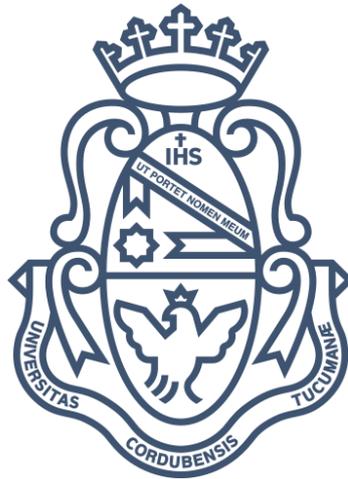


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN BIOÉTICA**



**LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS CUIDADOS
PALIATIVOS**

**“AUTOEVALUACIÓN SOBRE LA FORMACIÓN EN CUIDADOS
PALIATIVOS EN UN GRUPO DE RESIDENTES DE MEDICINA”**

MAESTRANDO: Licenciada Norma Lucía Colautti

DIRECTOR DE TESIS: Dr. Abelardo E. Rahal

CÓRDOBA - A Ñ O 2011

A,
Juan Pablo Verna
In memoriam

Finalmente, el médico debe recordar que él mismo no está exento de la suerte común, sino que está sujeto a las mismas leyes de mortalidad y enfermedad que los demás, y se ocupará de los enfermos con más diligencia y cariño si recuerda que él mismo es su sufriente compañero.

Sydenham, año 1666

AGRADECIMIENTOS

Al presentar esta tesis quiero hacer público un agradecimiento muy especial al Dr. Abelardo E. Rahal, mi director de tesis, por sus aportes y tiempo dedicado, a la Magíster María del Carmen Blanc quien realizó toda la etapa estadística. También a la Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola y a su director el Dr. Ricardo Theaux, así como al Hospital Provincial “San Roque” y a su directora, Dra. Isabel Canabarro, quienes me permitieron entrevistar a los médicos residentes que participaron voluntariamente respondiendo el cuestionario. A todos y a cada uno de estos médicos residentes ¡muchas gracias!, ya que sin su aporte esta investigación no se habría realizado.

INDICE

Resumen	6
Capítulo I - Introducción	10
I.1. El problema de la investigación	16
I.2. Preguntas de la investigación	27
Capítulo II - Marco teórico	29
II. 1. Los Cuidados Paliativos	31
II. 2. Los cuidados paliativos del enfermo terminal: una cuestión de derechos humanos	45
II. 3. Situación de los Cuidados Paliativos a nivel nacional (Argentina) y provincial (Córdoba)	59
Capítulo III - Hipótesis y Objetivos	64
Capítulo IV - Material y métodos	66
IV.1. Tipo de estudio	68
IV.2. La muestra	70
IV.3. Instrumentos de recolección de información	76
IV.4. Aspectos éticos del proyecto	77
Capítulo V - Resultados del estudio	78
Capítulo VI - Conclusiones	122
Capítulo VII - Recomendaciones	129
Capítulo VIII - Bibliografía	132
Anexos	137
Datos del Autor	147

RESUMEN

La demanda social por los aspectos paliativos de la Medicina se ha incrementado notablemente en los últimos años debido, entre otros factores, al envejecimiento de la población y al aumento de los enfermos con cáncer y otras enfermedades crónicas con mal pronóstico de vida.

Todo paciente con enfermedad terminal tiene el derecho a una asistencia integral, que le posibilite calidad de vida y una muerte digna.

El discurso médico que enfoca sólo lo patológico se ve reflejado en la práctica médica en el corte entre la enfermedad y el hombre que la padece. La relación médico-paciente con enfermedad avanzada no puede reducirse al control de síntomas físicos, sino que demanda una atención integral, abarcativa de los aspectos bio-psico-sociales y espirituales.

Hay estudios que señalan que los médicos recién egresados no están preparados suficientemente para asistir a estos pacientes. El ejercicio de la profesión en sí, no los capacita para enfrentar el sufrimiento y la muerte.

Uno de los retos actuales de la Medicina es mejorar la atención de los enfermos incurables en su fase avanzada. A tal fin, las Facultades de Medicina, entre otras, deberían incorporar en sus planes de estudio, conocimientos, estrategias y habilidades que capaciten a estudiantes y residentes en el manejo óptimo de los síntomas, brindando información adecuada, proporcionando soporte emocional y trabajando en equipo interdisciplinario.

El objetivo de este trabajo es determinar que proporción de un grupo de residentes de Medicina, han tenido formación en Cuidados Paliativos durante los estudios de pre y post-gradó y cómo valoran esa formación.

Se administró una encuesta anónima y voluntaria a 78 residentes de dos centros de salud de la ciudad de Córdoba, Argentina, durante el año 2010. Los residentes cursaron su carrera en la Universidad Nacional, la Universidad Católica, ambas de Córdoba y otras universidades extranjeras. La encuesta fue diseñada y aplicada en Chile en el año 2002, a residentes de la Pontificia Universidad Católica y autorizada para ser empleada en esta investigación.

El 73% de los residentes no tuvieron formación o cursos específicos en cuidados paliativos mientras cursaban su carrera, y la mayoría de los 21 que sí tuvieron, la valoraron como escasa e insuficiente. Los 51 encuestados que tuvieron clases sobre aspectos psicológicos y antropológicos de la muerte en el pregrado, valoraron esa preparación como insuficiente.

Los Cuidados Paliativos y los Derechos Humanos

Resumen

Todos consideraron muy importante, la inclusión de la enseñanza de los cuidados paliativos, especialmente en el post-grado.

Se aprecia que están mejor preparados en el manejo de síntomas físicos que en los aspectos relacionados con el sufrimiento de la persona muriente.

Se comprueba la necesidad de impartir formación en cuidados paliativos a los residentes, a fin de poder brindar una asistencia integral, respetando el derecho humano a transitar la etapa final de la enfermedad con el menor sufrimiento posible y con una muerte digna.

PALABRAS CLAVES: Cuidados Paliativos, enfermedad terminal, muerte digna, educación médica.

SUMMARY

The social demand for the palliative aspects of Medicine has increased significantly in the last years, among other reasons, as a result of an ageing population and an increase in cancer patients as well as other chronic diseases with poor life prognosis.

Every terminally ill patient is entitled to an overall assistance that grants them a better quality of life and a dignified death.

The physician's speech, which only focuses on the pathological, is reflected on the medical practice in the breach between the illness and the person suffering it.

The relationship doctor-patient with advanced disease cannot be confined to controlling physical symptoms only, it also calls for an overall, holistic assistance that contemplates bio-psycho-social and spiritual aspects.

Current research stresses the fact that recent graduate doctors are not sufficiently trained to assist these patients. The profession as such does not prepare them to cope with suffering and death. One of the present challenges of Medicine is to improve the assistance to the terminally ill in their advanced stages. For that reason, the Medical Schools among others, should include knowledge, strategies and skills in their curricula with a view to training students and residents to deal with symptoms, to deliver information, to provide emotional support and to work as an interdisciplinary team in the best possible way.

The aim of this paper is to determine the percentage of Medical residents in a given group that has had training in palliative care during their under-graduate and graduate studies and how they assess that education.

During 2010, an anonymous and voluntary survey was conducted among 78 residents in two health centers of Cordoba, Argentina. The residents had had their formal education at the National and Catholic Universities, both in Cordoba, and other foreign ones.

The survey was designed in Chile in 2002 and applied to medical residents of the Pontificia Catholic University in Chile and was authorized for use in the present research.

73% of the residents had received no formal education on palliative care while at University and most of the 21 who had, assessed that training as scarce and insufficient.

The 51 residents, who attended lectures on the psychological and anthropological aspects of death, rated the training as insufficient. All those interviewed consider the inclusion of teaching on palliative care as important, especially those in the post-graduate. They find themselves better qualified to deal with physical symptoms rather than with aspects related to the suffering of the dying

The residents' need to be furnished with formal education on palliative care that will enable them to give an overall assistance respecting the human right that involves going through the final stages of illness with the least possible suffering as well as a dignified death is confirmed.

KEY WORDS: palliative care, terminally –ill, dignified death, formal education

Capítulo I

Introducción

INTRODUCCION

El motivo por el cual se abordó este estudio, es la necesidad de conocer cuál es el alcance de la incorporación de los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con los cuidados paliativos del paciente con enfermedad incurable y avanzada en el curriculum de la carrera de Medicina y en el período de práctica médica denominado residencia.

La necesidad de incorporar los cuidados paliativos en el curriculum ha surgido en estos últimos años, cuando se ha ido avanzando en la profesionalización y sobre todo la tecnificación de la práctica médica. En este avance, a veces se fue perdiendo la perspectiva del sujeto de la medicina: el enfermo. Enfocar la mirada teórica en los cuidados paliativos es intentar humanizar la medicina, es poner al enfermo en el centro de atención.

Se quiere destacar que se ha enmarcado este trabajo en la idea de que los cuidados paliativos del enfermo incurable, es uno de los derechos humanos esenciales. Por tanto se deberían realizar, por parte de los gobiernos, las universidades, las instituciones públicas y privadas relacionadas con la salud, los esfuerzos necesarios a fin de que el derecho a una asistencia integral, para cursar la enfermedad con el menor sufrimiento posible y una muerte digna, sea un derecho gozados por todos los ciudadanos.

Se ha identificado que muchos médicos carecen de una formación suficiente cuando se enfrentan en su práctica profesional con un enfermo en la fase terminal. Es por ello que este estudio se orienta a identificar la magnitud de la formación integral de los médicos en cuidados paliativos adquirida durante la carrera universitaria de medicina y en la residencia.

Un primer antecedente de este trabajo lo constituye la investigación denominada “El médico ante la muerte”. Se trata de una investigación epidemiológica, descriptiva y exploratoria realizada a médicos de distintas especialidades que asistían a pacientes oncológicos y/o terminales en forma exclusiva o no. Los participantes eran médicos que trabajaban en distintos hospitales provinciales. Dicha investigación se llevó a cabo en la ciudad de Córdoba, Argentina, en el año 1989 y fue presentada en la Jornada de Investigación en Salud Mental, organizada por la Dirección General de Salud Mental, Ministerio de Salud, Córdoba.¹

Sus principales conclusiones fueron:

1. La singularidad de la relación médico-paciente queda expresada en dos momentos fundamentales: el del diagnóstico y en la etapa terminal de la enfermedad.

2. Los profesionales sólo comunicaban al paciente el diagnóstico y pronóstico cuando, el tipo de cáncer y estadio eran indicadores de buen pronóstico y remisión.

3. El 70% de los profesionales relataron que frente al paciente terminal se encontraban desprovistos de recursos para ofrecer, justamente en momentos en que el paciente demandaba más ayuda.

4. Frente a la ausencia de respuestas favorables a los tratamientos, los profesionales sentían impotencia y limitación en su rol de “curador”, considerando además que el ejercicio de la profesión médica en sí mismo no los capacitaba para aceptar la muerte de sus pacientes.

5. Cuando el paciente entraba en la etapa terminal, los médicos no sabían cómo responder a las preguntas, porque no había criterios uniformes de la conducta médica a seguir y porque no vieron esos temas al cursar la carrera universitaria. Las respuestas que daban a sus pacientes eran frutos de la intuición y la experiencia.

En el año 1997, el Dr. Gómez Sancho, experto español en cuidados paliativos, y otros profesionales realizaron una encuesta a 6783 médicos de Atención Primaria en España (el 32% del total en ese momento) con el objetivo de evaluar su formación en cuidados paliativos, y 6351 de los médicos encuestados (94%) reconocieron no haber recibido una formación adecuada para atender correctamente a los enfermos terminales y sus familiares. Un total de 6520 (96%) reconocieron que sería muy necesario que en los programas de estudio de las Universidades Españolas se añadiese un curso de Medicina Paliativa.²

En el año 2002, el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba organizó un curso anual interdisciplinario de Cuidados Paliativos, dirigido a profesionales de distintos hospitales provinciales. Al comienzo del mismo se aplicó un cuestionario a los 65 participantes (33 enfermeras, 19 médicos, 5 trabajadores sociales, 3 psicólogos, 3 kinesiólogos, 1 bioquímico y una nutricionista).

El 82 % de los participantes no habían asistido a ningún curso de Cuidados Paliativos y el interés en participar estaba centrado en obtener información y habilidades sobre el manejo de pacientes terminales. También en organizar en su institución un equipo de cuidados paliativos.

Las dificultades más importantes expresadas por los concurrentes al mencionado curso fueron: falta de conocimiento en el tema, dificultades en el manejo de la información diagnóstica y pronóstico con el paciente y con la familia y falta de trabajo en equipo.

Las conclusiones más importantes fueron:

- Necesidad de formación del equipo de salud en temas de cuidados paliativos.
- Interés de los participantes en organizar equipos de cuidados paliativos en los hospitales donde trabajaban.

Un antecedente más cercano en el tiempo, pero más lejano en el ámbito de aplicación (Santiago de Chile) y que se relaciona directamente con este trabajo, lo constituye la investigación denominada “Autoevaluación sobre formación en Medicina Paliativa en una cohorte de residentes”, cuyo autor es Flavio Nervi y otros.³ La misma fue realizada en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, en la ciudad de Santiago, aplicado a una cohorte de médicos residentes cuyo objetivo fue determinar en qué proporción, tuvieron formación específica en cuidados paliativos y control de síntomas, durante los estudios de pre y postgrado.

En el marco de esta investigación, durante el año 2002 se aplicó un cuestionario a un grupo de 200 residentes que estaban haciendo sus rotaciones por el Hospital Clínico de la escuela de postgrado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

A través de la respuesta al cuestionario se buscaba conocer su impresión subjetiva sobre el nivel de capacitación alcanzado en relación a la atención de pacientes incurables que están atravesando la fase terminal de su enfermedad. El cuestionario mencionado es el que se utiliza en la presente investigación.

Uno de los resultados de dicha investigación mostraron que el 76% de los residentes encuestados, no tuvieron formación o cursos específicos en cuidados paliativos.

En cuanto al nivel subjetivo de preparación alcanzado en cuidados paliativos la pregunta fue respondida positivamente sólo por 75 residentes. El 50% de ellos contestó que su preparación era menor al 25% de lo considerado como necesario, el 44% entre 25% y 50% y solo un 7% considero que tenía una preparación en un nivel de 50% a 75% del requerido. No hubo diferencias en cuanto a sexo, universidad de origen ni especialidad elegida.

En conclusión, la percepción de este grupo de residentes respecto a su formación en medicina paliativa es insuficiente y en algunas áreas, deficiente, pese a que el 88% considero como importante o muy importante la formación en cuidados paliativos para su desempeño profesional.

Otro antecedente importante lo constituye la investigación: La enseñanza del cuidado del paciente en estado terminal en Facultades de Medicina públicas y privadas de Argentina, cuyo autor es Eduardo Mutto.

Se trata de una encuesta que se administró a 256 estudiantes de Medicina de I y VI año de facultades publicas y privadas de Argentina, durante los años 2005 y 2006.

En este trabajo se evaluó la actitud de los alumnos encuestados con respecto al paciente terminal.

El 100% de los alumnos consideró que el tema de la muerte y cómo ayudar al bien morir deben ser parte de su formación médica.

Las asignaturas del plan de estudios en las que los alumnos refirieron el tratamiento de estos temas, han sido aquellas con mayor contenido humanístico, con muy pocas referencias a las materias clínico-quirúrgicas.

Los resultados obtenidos refuerzan el valor de las materias humanísticas como medio para impartir capacitación médica sobre el sentido del sufrimiento, la muerte y la atención al paciente terminal, y sugieren la necesidad de su incorporación, o profundización, en todas las carreras de medicina.⁴

I.1 EL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

La elección del tema a investigar ha surgido de la experiencia individual de la autora de este trabajo como psicóloga clínica integrante de un equipo de cuidados paliativos en un hospital provincial de la ciudad de Córdoba, de la lectura y análisis realizado a otros trabajos de investigación donde se relatan experiencias relacionados con la temática y a publicaciones relativas a la conformación de equipos de salud de cuidados paliativos.

Se observa habitualmente que una persona cuyo diagnóstico es una enfermedad grave, que amenaza su vida, como por ej. el cáncer, espera encontrar un equipo capaz de utilizar todos los recursos disponibles para su tratamiento, que aplique la tecnología más avanzada, que le dedique tiempo suficiente, y que lo aliente para sobrellevar las dificultades de los tratamientos.

En esta primera etapa el equipo intercambia ideas sobre las terapias más adecuadas y eficaces. El objetivo unificador es curar o prolongar la vida. Si el paciente se cura o prolonga su vida con un nivel aceptable de calidad, el equipo comparte una sensación de triunfo y eficacia.

Pero, ¿Si los tratamientos no dan el resultado esperado? ¿Si los síntomas se intensifican y la enfermedad progresa...y el dolor no se puede controlar? El avance de la enfermedad se vuelve irreversible...el final acecha...

Entonces todo cambia. El tiempo dedicado al paciente se reduce, se suele evitar las respuestas a los interrogantes planteados, especialmente al pronóstico y las preguntas sobre la muerte. Hay una vivencia de fracaso en el equipo.

¿Porque ese cambio tan grande?

Es posible que cuando la función de curar ya no pueda ejercerse, el médico se sienta inexperto para ejercer los cuidados requeridos, tal vez por desconocimiento o escasa formación.

En la práctica asistencial hospitalaria diariamente se comprueba que los pacientes llegan con dolor intenso no tratado o no aliviado adecuadamente y con mucho sufrimiento psíquico y espiritual.

El dolor físico, la dependencia de otras personas, el aislamiento, la estigmatización que sufren de la sociedad, sentirse una carga para sus familiares, la soledad, la frustración por los tratamientos que no dieron los resultados esperados, la ansiedad, los cambios en la imagen corporal, el no tener acceso a costosos tratamientos eficaces, la pérdida de trabajo; éstos y otros factores contribuyen al sufrimiento, no sólo de los pacientes sino también de sus familias. Las consecuencias de estas pérdidas en muchos casos suelen ser la desesperanza, la desilusión y la desesperación.

El Dr. Schavelzon⁵ dice que... “Alrededor de tres de cada diez pacientes que llegan al oncólogo, éste reconoce que no los podrá curar. Se pregunta ante este hecho. ¿Por qué no considerar como indicado un tratamiento paliativo desde el comienzo? Así la oncología paliativa quedaría como una praxis inicial. Los tratamientos posibles como radiaciones, cirugía y en especial quimioterapia, serían enfocados con mayor claridad, con indicaciones precisas, con menor riesgo de provocar daños o lesiones innecesarias logrando mejor calidad de vida y evitando la frustración de todos: paciente, familia y equipo tratante”...

Además pese al avance conseguido en los tratamientos específicos para enfermedades como el Cáncer y SIDA, que han permitido un aumento significativo de la supervivencia y calidad de vida de quienes las padecen, muchos de ellos morirán a causa de su enfermedad.

El hospital hoy, está diseñado para dar respuestas a enfermos curables disponiendo de equipos tecnológicos sofisticados y profesionales altamente calificados.

En otro sentido, los avances tecnológicos tienen principalmente en cuenta como valor regulatorio de las decisiones, la prolongación de la vida, aunque sea la meramente biológica.⁶

El enfermo en fase terminal tiene otras necesidades. Esto implica una organización diferente, flexible y permeable, que se pueda adaptar a las necesidades siempre cambiantes de estos enfermos.

Es posible que una mejor atención se pueda lograr con una mejor distribución de los recursos que actualmente existen.

El Dr. Gómez Sancho hace referencia a las características de la medicina asistencial actual:

- Alto costo y abuso de tecnología
- Encarnizamiento terapéutico en las salas de terapia intensiva
- Burocracia para conseguir medicamentos
- Medicina defensiva
- Mala distribución de los recursos médicos
- Médicos altamente calificados pero deshumanizados
- Comercialización de la salud
- Deterioro en la relación médico-paciente
- Juicios de mala praxis y profesionales del derecho que lucran con ello.

Y agrega que... “esto constituye un listado de argumentos fundamentales que justifican el desarrollo de los cuidados paliativos”.⁷

La mejora en la atención de enfermos en su fase avanzada y terminal es actualmente uno de los retos que se le presenta a la Medicina y otras profesiones afines.

En cuanto a los médicos que suelen asistir a pacientes con enfermedad avanzada e incurable se ven enfrentados, en el ejercicio de su profesión, al padecimiento humano, el sufrimiento, el dolor y la muerte. La profesión, en sí misma, no los capacita ni para enfrentar la muerte de los pacientes ni la suya propia.

Por otra parte, la relación médico-paciente terminal tiene características propias que requieren del médico una formación específica, que no puede reducirse al control de los síntomas y al aspecto físico, sino que demanda una atención integral.^{8, 9,10}

La formación médica apunta al conocimiento en el plano de lo biológico, su campo de acción es el síntoma físico, la enfermedad corporalmente alojada. El médico no tiene muchas oportunidades de acceder a un estudio sistemático de los factores psicosociales que se ponen en movimiento en todo padecer humano.

Formados en el concepto de la curación como “restitutio ad integrum”, como lo afirma Von Krehl, uno de los grandes maestros de la clínica médica alemana, en el contacto con el paciente incurable, puede sufrir “el fracaso de la utopía de reparar el cuerpo, del modo como un ingeniero experto puede llevar a cabo las reparaciones de un motor averiado, el médico no puede decir: puesto que tal es la causa real de lo que veo, mediante tal remedio conseguiré con una certidumbre científica la curación del enfermo”

Este concepto del rol médico, en tanto restaurador de lo dañado ¿no dificultará la aceptación de las limitaciones impuestas por la gravedad de la enfermedad, la tolerancia a la frustración del fracaso de los tratamientos, las demandas del paciente propias de su estado, la muerte cercana?

Si el objeto de la Medicina es la enfermedad, el médico toma como suyo ese objeto. Este discurso sobre lo patológico se ve reflejado en la práctica médica en el corte dado entre la enfermedad y el hombre que la padece.¹¹

A los estudiantes de Medicina se les enseña a “curar enfermedades” y no a “cuidar enfermos”.¹²

Las facultades de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social, entre otras, deberían otorgar en sus planes de estudio, conocimientos, estrategias y habilidades que lo capaciten para un manejo óptimo de los síntomas bio-psico-sociales, para proporcionar información adecuada, para brindar soporte emocional y para el trabajo en equipo.

Si bien las escuelas de Medicina están brindando capacitación a los estudiantes de pregrado en el cuidado de los pacientes en estado terminal, muchos estudiantes y médicos recién egresados consideran que no están debidamente preparados en estos temas.^{13, 14, 15}

Los médicos de atención primaria se hallan en muy buena situación para atender a pacientes terminales ya que, en muchos casos, conocen bien a los pacientes y sus familias. Desempeñan un papel clave en la coordinación de los diversos servicios de cuidados paliativos, realizan visitas a domicilio y tienen acceso a derivaciones en centros hospitalarios. Además pueden valorar el estado de salud de los otros miembros de la familia. No obstante, para muchos de ellos, los cuidados paliativos son una especialidad relativamente nueva con la que se hallan poco familiarizados.¹⁶

Es digno de destacar que la demanda social por los aspectos paliativos de la medicina se ha incrementado notablemente en los últimos años.

Varios han sido los factores desencadenantes: el progresivo envejecimiento de la población a causa del aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, el aumento de los enfermos de cáncer y otras enfermedades crónicas y degenerativas, entre otros.

Sin embargo, aún hoy, muchos planes de salud, políticas sanitarias y estrategias para enfermedades limitantes y amenazantes, como el cáncer y el VIH/SIDA, no permiten un acceso adecuado al tratamiento del dolor.

“El control del dolor y de los síntomas asociados al cáncer es reconocido como una parte importante de su terapéutica, pero todavía continúan siendo mayoría los pacientes terminales que no reciben el auxilio adecuado de la Medicina. Se observan fallas en el análisis de la condición física del paciente, en la indicación de medidas terapéuticas eficaces y en el reconocimiento de los componentes social, espiritual y emocional del sufrimiento. Debemos aceptar el desafío de aprender para que podamos ayudar a nuestros pacientes a encontrar alivio de los síntomas devastadores del cáncer...Todo ser humano tiene el derecho irrenunciable de llegar al fin de sus días con serenidad y sin dolor.” Dr. Roberto Wenk.¹⁷

El cuidado paliativo debería ser incluido como un momento más de la atención, además de la prevención, la detección temprana y el tratamiento activo.

Según Stjernward¹⁸ todas las profesiones sanitarias poseen un doble objetivo: curar y cuidar. Este doble objetivo se encuentra presente, aún cuando en distinta proporción, en todas las fases del enfermar humano.

En Cuidados Paliativos, llevar a la práctica clínica este concepto, supone tres premisas:

- a) Una concepción integral del hombre
- b) Un trabajo interdisciplinario
- c) La formación del equipo de salud, en distinto grado según sus funciones.

Concepción integral de la persona

En este trabajo se define persona desde la Ética Personalista. Frente a diversas concepciones bioéticas que condicionan el valor de la vida humana a distintas circunstancias, se ubica la bioética personalista que defiende y justifica el respeto a la vida humana de modo integral.

L. Palazzani¹⁹ sostiene: la fundamentación personalista propone en bioética el deber de respetar la vida humana en todas sus manifestaciones, desde el momento de la concepción hasta la última instancia. La persona es un sujeto moral y es sujeto de derechos y de deberes, o sea es un individuo que es respetado (moralmente) y tutelado (jurídicamente). Todos los seres humanos son personas. En este sentido es persona el anciano, el demente, el disminuido físico, el enfermo en coma, el paciente terminal, en cuanto son seres humanos, aunque no puedan ejercer “de hecho” algunas funciones u operaciones...

La persona es persona, no deviene persona o “recibe el estatuto de” persona cuando manifiesta determinados comportamientos.

Según el Personalismo Contemporáneo, lo que constituye formalmente a la persona es su libertad de elección; todos los seres humanos tenemos una idéntica y permanente dignidad que se deriva del hecho natural de que somos personas verdaderamente, podamos o no ejercer nuestra libertad de elección.²⁰

En toda Medicina verdaderamente humanitaria, el respeto a la vida está unido de forma indisoluble a la aceptación de la vulnerabilidad y fragilidad esencial del hombre.²¹

Trabajo interdisciplinario

Habitualmente el paciente es atendido por varios profesionales al mismo tiempo; cada uno aporta sus conocimientos y habilidades y, en el mejor de los casos, su intervención queda en una coordinación de esfuerzos. Cada uno actúa competentemente en su área, pero sin interactuar más allá de una mera transmisión de información. Suele suceder que el intercambio se de a través de las interconsultas.

Este modelo que puede ser aceptable en ciertas ocasiones, no lo sería en el caso de enfermos terminales, por la complejidad de las situaciones que se presentan.

El modelo de trabajo interdisciplinario crea una dinámica que permite la integración y el intercambio de conocimientos, de cada saber en cada situación, según las necesidades que se vayan presentando.

El equipo interdisciplinario de cuidados paliativos está formado por diferentes profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, religiosos, voluntarios, etc.) con curriculum distinto, lo cual implica conocimientos, lenguaje y experiencias diferentes.

Para este trabajo en equipo se requiere:

- Tener un objetivo terapéutico definido y compartido con cada paciente.
- Comunicación franca entre los profesionales.
- Roles claramente definidos.
- Tiempo y espacio que faciliten las reuniones del equipo interdisciplinario.

El equipo debe asumir la situación de interdependencia, es decir, que todos los profesionales se necesitan mutuamente para garantizar la mejor atención posible al paciente. En ese sentido es importante desarrollar la capacidad empática y la capacidad de acercar los diferentes lenguajes.

“La toma de decisiones y el proceso de consenso en los equipos dependen de la combinación de la experiencia, las actitudes, la formación en aspectos éticos, un método correcto interdisciplinario de toma de decisiones y la aplicación de los principios de respeto por los valores del enfermo, de la familia y de otros miembros del equipo.

Es aconsejable tener protocolizadas las situaciones más frecuentes y revisar frecuentemente las decisiones tomadas en cada caso”.²²

Formación del equipo

Actualmente en nuestro país, a pesar de la existencia de un currículum educacional para los cuidados paliativos, los profesionales de la salud reciben muy poco o ningún entrenamiento en estos temas, especialmente en el interior. Algo similar ocurre con la Bioética y específicamente con los conflictos bioéticos al final de la vida.

La Organización Mundial de la Salud identificó la educación, junto con políticas sanitarias y la disponibilidad / acceso de medicamentos, como las áreas de prioridad a trabajar en una estrategia de adopción de cuidados paliativos.

En 1980 la O.M.S. incorpora oficialmente el concepto de cuidados paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del programa de control del cáncer. Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud también la incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.²³

No existe información precisa sobre la disponibilidad de programas de educación en Cuidados Paliativos en América Latina, aunque algunos estudios demuestran la poca disponibilidad de cursos y oportunidades de entrenamiento.

En Argentina la educación en los cuidados paliativos no figura dentro de los contenidos básicos, ni los estándares de la CONEAU. Hasta el momento no ha sido incluida en la currícula de estudios de la carrera de grado en Medicina y no hay normas claras para la especialidad.²⁴

Según un estudio del año 2000 más de la mitad de todas las carreras de Medicina de Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Europa Occidental cuentan con cursos formales sobre cuidados paliativos para los estudiantes de Medicina.²⁵

En 1987 Gran Bretaña fue el primer país en crear la sub-especialidad médica llamada Medicina Paliativa, lo que fue seguido por otros países como Australia, Bélgica, Japón, etc. En el año 2006 el

American Board of Medical Subspecialties otorga a la Medicina Paliativa es status de sub-especialidad.²⁶

Los currículum de Cuidados Paliativos de los países de Canadá, Gran Bretaña y España, entre otros, establecen tres niveles de formación específica que llaman: básico, intermedio y avanzado (especialista o experto).

El nivel básico se aconseja para el pre-grado, residentes, equipos de atención primaria y post-grado de médicos de familia.

El nivel intermedio dedicado a los médicos que atienden a un cierto volumen de enfermos terminales, como los de oncología, cirugía, geriatría.

El tercer nivel dedicado a los profesionales con dedicación específica a los Cuidados Paliativos, que pueden llegar a actuar como referentes en asistencia, docencia e investigación.

En 2007, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EACP) publicó el “Plan de formación en Cuidados Paliativos para estudiantes de pregrado de Medicina: Recomendaciones de la EACP, informe del grupo de trabajo sobre Educación Médica de EACP” El objetivo de esta recomendaciones fue proponer un currículo común para las facultades de medicina europeas.²⁷

En el año 2010 se publica las Recomendaciones de la AECP para el desarrollo de la especialidad en Medicina Paliativa: informe del grupo de trabajo de la EACP para la Formación Médica.²⁸

En nuestro país existe en la ciudad de Buenos Aires, dependiente del gobierno, una residencia post-básica de Cuidados Paliativos dirigida a médicos, psicólogos, terapistas ocupacionales, enfermeros, trabajadores sociales y farmacéuticos. Es un programa de dos años que se realiza en los hospitales Tornú y Udaondo.

También existe una concurrencia en el hospital Tornú. El hospital alemán de Buenos Aires, tiene un programa de Fellow de dos años de duración para médicos.

Se puede afirmar, que la etapa de formación de los residentes médicos, es una buena ocasión para implementar conocimientos y habilidades que se constituyan en herramientas adecuadas para la atención de pacientes con enfermedad avanzada e incurable.

Habitualmente cada profesional de la salud, aborda la atención de los pacientes terminales con lo que le es propio; su personalidad, su historia, las experiencias de enfermedad y de muertes que ha vivido en el pasado; pero también con las motivaciones que le llevaron a ejercer su profesión, su filosofía de la vida y la muerte, su compromiso personal, su certidumbres y sus dudas.

Algunos autores resaltan que gran parte de la dificultad en lograr una muerte digna, radica en la falta de capacidad del equipo médico para enfrentar la complejidad de la situación de la cercanía de la muerte y el sufrimiento resultante.

Es por ello que esta investigación está centrada en la formación de los médicos en el ámbito universitario de grado y en el post- grado, ya que de esa capacitación depende, en parte, el cumplimiento del derecho a calidad de vida en la enfermedad y a una muerte digna.

Se intenta contribuir al cambio de una Medicina basada exclusivamente en los conocimientos científico-tecnológicos, donde el paciente es a veces un objeto de mercancía, hacia una humanización de la atención médica.

Una medicina humanizada propone cuidar al paciente hasta el final, no abandonarlo, brindarle lo que requiere y necesita, sin avasallarlo ni prolongarle su agonía con tratamientos fútiles, preservando su autonomía en un ámbito de justicia y equidad.

El éxito en el tratamiento de un paciente no siempre es mantenerlo con vida a toda costa, sino que en ocasiones, brindarle la posibilidad de morir dignamente es la mejor asistencia que se le puede brindar.

Queda así planteado, a modo de inquietud, lo observado en muchos años de experiencia como psicóloga en la atención de pacientes con enfermedad terminal y de docencia en los aspectos psicosociales de los Cuidados Paliativos al equipo de salud.

I. 2 PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

Las preguntas que se plantean en esta investigación nacen de incógnitas tales como:

- 1) ¿En los estudios de pre-grado y en la residencia, los médicos, reciben conocimientos relacionados con el manejo de los síntomas en los pacientes con enfermedad avanzada e incurable?
- 2) ¿Han recibido información sobre aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte?
- 3) ¿El ejercicio de la profesión médica en sí mismo los prepara para enfrentar la muerte de los pacientes?
- 4) ¿En qué medida la información dada al paciente, con enfermedad avanzada e incurable, está influenciada por la representación mental que el médico tiene de la enfermedad incurable?
- 5) ¿Se sienten preparados para manejar las “malas noticias” con los pacientes y sus familiares?

Todas estas preguntas están sintetizadas en la siguiente pregunta de investigación que orienta este trabajo.

¿Cuál es la dimensión de la formación de grado y de posgrado en Cuidados Paliativos que posee un grupo de médicos residentes en centros de salud de la ciudad de Córdoba en el 2010, y cuál es la autovaloración de esa formación por parte de los residentes?

En síntesis, la presente investigación resulta de importancia para las autoridades universitarias y las del sector salud provincial y municipal, a fin de contar con bases empíricas para diseñar políticas más adecuadas relacionadas con la formación de los médicos en cuidados paliativos reconociendo al paciente como sujeto de derechos humanos cuando transita la etapa final de su enfermedad.

Se estima que este estudio contribuirá a completar algunos vacíos en el conocimiento y a facilitar la implementación de estrategias preventivas y de formación de los médicos e instituciones médicas en el manejo del enfermo incurable.

En primer lugar, se presenta el marco teórico, y los objetivos e hipótesis.

En segundo lugar, se presenta un extenso capítulo con los resultados de la investigación empírica que tuvo como base la aplicación de un cuestionario a médicos residentes de dos importantes centros de salud de la ciudad de Córdoba: uno estatal de dependencia provincial, el Hospital San Roque y el otro privado, la Clínica Reina Fabiola.

En el capítulo de resultados se abordan temas relativos a la formación de grado (carrera universitaria de medicina) y de post-grado (residencia médica en dos centros de salud de la ciudad de Córdoba) relacionados con los cuidados paliativos, la valoración por parte de los médicos de diferentes aspectos relacionados con esta formación y la opinión sobre la conformación de equipos interdisciplinarios abocados a esta problemática.

Capítulo II

Marco teórico

MARCO TEÓRICO

El presente marco conceptual se estructura en tres partes fundamentales: la primera se refiere a la filosofía de los cuidados paliativos; origen y concepto actual, y los aportes de los cuidados paliativos al enfermo y su familia; la segunda parte se refiere a los cuidados paliativos como un tema de derechos humanos y la relación de los derechos humanos y los cuidados paliativos con la salud y la bioética; y la tercera parte se refiere a la situación de los cuidados paliativos a nivel nacional (Argentina) y provincial (Córdoba).

II.1 - LOS CUIDADOS PALIATIVOS

FILOSOFIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

La idea de que el hombre tiene el “derecho a morir con dignidad” ha generado un debate bioético alrededor del final de la vida.

Algunos autores entienden el derecho a una muerte digna, como el derecho a disponer de la propia vida mediante la eutanasia o el suicidio asistido, basándose en la libertad individual o autonomía del paciente. Se afirma, que nadie puede imponer la obligación de seguir viviendo a una persona, que dado su extremo sufrimiento, ya no desea hacerlo. Sería un acto de compasión (beneficencia) la eutanasia o suicidio asistido, en tal situación; el no hacerlo se podría entender como una forma de maleficencia.

Frente a estos planteos, un número creciente de estudiosos han reformulado la antigua ética del cuidado y del acompañamiento del enfermo terminal a través de la Medicina Paliativa que da otra respuesta a esta problemática. Se plantea un abordaje integral del enfermo terminal, en sus diferentes dimensiones: física, psicológica, social y espiritual. Se considera el acto de morir como un acto humano y se le da relevancia a la dimensión ética de la etapa final de la vida y del morir.

Los médicos tienen una responsabilidad dual a saber: preservar la vida y aliviar el sufrimiento. Sin embargo, hacia el final de la vida el alivio del sufrimiento adquiere una importancia mayor en la medida en que la preservación de la vida se hace progresivamente imposible.²⁹

En Cuidados Paliativos se requiere no sólo de una aptitud científica fruto de la formación sino también una actitud profundamente humanitaria, en tanto tiene como valor central la dignidad humana y enfatiza la solidaridad empática entre el paciente y el equipo tratante.

El paradigma de los cuidados paliativos del enfermo terminal tiene su origen en la necesidad del hombre de morir en dignidad y con el menor sufrimiento posible. Surgió a partir de la comprobación de un aumento en la duración de la vida humana, que en la actualidad alcanza a los 80 años, aún en países como el nuestro en vías de desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2002 definió a los Cuidados Paliativos como “un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con una enfermedad que amenaza sus vidas, a través de la prevención y alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación impecable y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”.³⁰

Según la EACP los cuidados paliativos son los cuidados activos totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo.

Los Cuidados Paliativos consideran que el proceso de morir es un hecho natural, afirman y promueven la vida, y no pretenden alargarla innecesariamente ni acortarla específicamente, sino promover su calidad.

Con el término “calidad de vida” se hace referencia a la percepción del grado de satisfacción subjetiva del paciente con respecto a su propia vida, comprendiéndola en todas sus dimensiones, a saber: física, psicológica, social y espiritual. Y en ese sentido, tiene un significado diferente para cada persona.

Algunos eticistas consideran que el concepto “calidad de vida” alude al mayor interés del paciente y es por lo tanto, lícito el reclamo de ellos al equipo médico, cuando se ven afectados en sus condiciones vitales.

La calidad de vida puede afectarse por causas de índole personal (edad, estado de la enfermedad, nivel cultural) y por limitaciones externas, tal como el grado de desarrollo alcanzado por el país, el equipamiento

médico disponible en la región o la formación de los profesionales que lo atienden.

Cuando se alude al “máximo interés” lo que se pretende establecer en virtud de la autonomía- si se trata de un enfermo capaz y competente- o en virtud de la beneficencia- si se trata de un incapaz e incompetente- la senda terapéutica que le ofrecería mayores posibilidades vitales al paciente, primando su voluntad personal.

Se considera que el derecho a morir con dignidad es parte constitutiva del derecho a la vida. Ello implica que el significado que aquí se atribuye al concepto “morir con dignidad” se distingue radicalmente del propuesto por los defensores de la eutanasia.

El derecho a una muerte digna es el derecho a vivir humanamente la propia muerte y se refiere a la forma de morir: con alivio del dolor, en su hogar si ello es factible, acompañado de sus seres queridos y con los cuidados necesarios.

O bien como afirma Marcelo Negro:³¹

- No conviene morir ignorantes del fin, como niños engañados.
- No conviene morir como un perro dolorido.
- No conviene morir sumidos en la desesperación.
- No conviene morir siendo objeto de tratamientos indeseables.

Cabe destacar que se sabe que más de un millón de personas muere cada semana en el mundo, y de ellas, sólo una minoría recibe cuidados paliativos para aliviar su sufrimiento, según datos de la O.M.S. y la Junta Internacional de Fiscalización de estupefacientes.

La O.M.S. ha mostrado que hasta un 90% de los pacientes con cáncer podrían recibir terapias adecuadas para su dolor con analgésicos opioides. Aún así, un gran número de pacientes, especialmente en los países en vías de desarrollo, no tienen acceso a medicamentos para el alivio del dolor

¿Cuál es el origen de los cuidados paliativos y de la medicina paliativa? La respuesta se vierte a continuación.

Origen y concepto actual de los Cuidados Paliativos y de la Medicina Paliativa

Los Cuidados paliativos se iniciaron en Inglaterra como resultado de la visión e inspiración de Cicely Saunders (1918 – 2005) enfermera y médica, que fue fundadora del Hospicio St. Christopher en Londres, en 1967, una institución dedicada al cuidado de los enfermos terminales.

C.Saunders difundió la idea de que el propósito del cuidado en el hospicio, es dar apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible.

Hace siglos, hospicio significaba lugar de reposo para viajeros o peregrinos. A Cicely Saunders le atrajo ese nombre pues quería proveer un tipo de atención que combinara las habilidades de un hospital con la hospitalidad y el calor de un hogar. El centro de interés se desplazó de la enfermedad hacia el paciente y su familia, es decir, hacia la atención de la persona.

El origen de los hospicios se remonta a Fabiola, matrona romana que en el siglo IV abrió su casa para los necesitados, poniendo en práctica obras de misericordia cristianas: alimentar a los hambrientos y sedientos, visitar a los enfermos y prisioneros, vestir a los desnudos, acoger a los extraños. En esa época la palabra hospicio significaba tanto anfitrión como huésped. La palabra sobrevivió en conexión con hospitales conventuales o asilos.

En el siglo XVIII un médico de Edimburgo llamado John Gregory hizo una descripción que expresa lo que deben ser los cuidados paliativos: “el deber de un médico consiste tanto en curar enfermedades, como en aliviar el dolor y allanar los caminos de la muerte cuando ésta es

inevitable. Aun en los casos en los cuales su habilidad técnica específica como médico no pueda hacer ya nada más, su presencia y asistencia amistosas puede ser agradable y útil, tanto a su paciente como a la familia.³²

El primer hospicio fundado específicamente para moribundos es probablemente el de Lyon, en 1842. Madame Garnier continuó abriendo muchos otros, la mayoría de los cuales aún existen. En Gran Bretaña se creó en 1905, el hospicio St. Joseph de las Hermanas de la Caridad. En 1893 el Dr. Howard Barret fundó el St. Luke'Home, para pobres moribundos, similar a los hospicios modernos.

El hospicio St. Christopher se abrió en 1967, al sur de Londres, con 54 camas y acomodación adicional para 16 ancianas frágiles. Atrajo mucho interés desde el exterior y pronto se convirtió en el punto de encuentro para un movimiento de protesta que anhelaba un mejor trato para los moribundos, rechazados por un sistema de salud que a mediados del siglo XX se había dejado seducir progresivamente por el glamour de las terapias curativas y el resplandor de las altas tecnologías.

Cicely M. Saunders,³³ en su clásico libro "Cuidados de la enfermedad maligna terminal" considera los siguientes elementos esenciales en el tratamiento de la enfermedad terminal:

- Preocupación por el paciente y su familia como unidad de asistencia.
- Tratamiento por un equipo clínico especializado.
- Control experto de los síntomas comunes del cáncer terminal, especialmente del dolor en todos sus aspectos (dolor total).
- Enfermeras hábiles y experimentadas.

- Un equipo interprofesional.
- Un programa de asistencia domiciliaria.
- Asistencia después de la pérdida.
- Registro y análisis metódico de los casos.
- Enseñanza en todos los aspectos del cuidado terminal.
- Empleo inteligente del espacio disponible en la institución

La Medicina Paliativa, está definida como la especialidad médica que centra su atención en los enfermos terminales, es decir, aquellos que padecen una enfermedad incurable y cuyo estado de salud se ha deteriorado al punto de requerir cuidados permanentes. Se ha desarrollado a partir de distintas especialidades médicas que han enfrentado la cercanía de la muerte y el manejo del sufrimiento, como la geriatría y la anestesiología.

Definición de enfermedad terminal

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en el año 1993, estableció los siguientes criterios para definir la enfermedad terminal.³⁴

1. Diagnóstico seguro de una enfermedad avanzada, progresiva y sin posibilidades de curación. Habitualmente se relaciona a enfermedades oncológicas, pero comprende también la insuficiencia no trasplantable de órganos (Insuficiencia cardiaca, EPOC, daño hepático crónico, Insuficiencia renal sin hemodiálisis), enfermedades neurológicas degenerativas (Alzheimer, accidente vascular encefálico), enfermedades infecciosas en las que se desestima el tratamiento, etc.

2. Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
3. Pronóstico de vida no mayor a 6 meses.
4. Numerosos síntomas intensos, multifactoriales y cambiantes
5. Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.

Aportes de la medicina paliativa al enfermo terminal y sus familias

Toda enfermedad incurable, especialmente en la etapa de terminalidad, impacta tanto al enfermo como a su familia.

El paciente sufre por su enfermedad y por sus familiares: suelen manifestar el temor a ser una carga, preocupación por los gastos que ocasionan, el tiempo que sus familiares tienen que dedicar a su cuidado, etc. Y cuando no tienen familiares la angustia se acrecienta por la incertidumbre de no saber quien va a cuidarlos.

Las fases psicológicas por las que atraviesa un enfermo terminal han sido descritas por la Dra. E. Kùbler Ross.³⁵

La primera de estas fases es la negación, en la cual el enfermo se resiste a aceptar la dura realidad de una muerte cercana. La segunda es la ira que surge al verse el enfermo obligado a aceptar la posibilidad real de morir. Luego viene la negociación seguido de un estado depresivo y finalmente la aceptación de su destino.

Si bien generalmente no suelen observarse todas las fases ni necesariamente lo hacen en el orden descrito, fue importante este primer trabajo de conceptualización de las reacciones psicológicas.

La muerte tiene significados muy especiales para los enfermos terminales. Estos significados tienden a estar asociados a la importancia que se le da a la enfermedad y a los valores e ideales que posee cada

persona para dar un sentido a su vida y que generalmente se revisan hacia el final de la misma.

Las preocupaciones de estos enfermos tiene relación con:

- La pérdida de la autonomía
- Los cambios en el esquema corporal
- La separación de los seres queridos
- La incertidumbre por el futuro
- El temor a la soledad y al aislamiento
- El temor a la pérdida de control sobre su cuerpo
- El enfrentamiento a lo desconocido

Estados de ansiedad y depresión están presentes en la mayoría de los pacientes lo que indica la importancia de su diagnóstico certero y de abordajes apropiados a cada situación.

La evaluación de la capacidad de la familia para enfrentar la enfermedad comprende el estudio del sistema familiar en los aspectos de comunicación, cohesión y adaptación.

El impacto de la enfermedad sobre la familia está determinado por los siguientes factores, entre otros:

- Circunstancias personales del enfermo o específicas de la enfermedad.
- Relaciones familiares, dinámica familiar
- Reacciones y estilos de aceptación de pérdidas anteriores
- Relaciones sociales, sistemas de apoyo
- Falta de adecuación de los objetivos entre el paciente y su familia
- Inadecuado alivio del dolor y otros síntomas
- Manejo de la información, conspiración del silencio

Suelen aparecer episodios caracterizados por la incapacidad de los familiares para ofrecer una respuesta a la demanda y necesidades del paciente y cuya consecuencia es la dificultad para mantener una comunicación efectiva entre paciente-familia-equipo. Estas crisis reciben el nombre de claudicación familiar.

Mantener a la familia y al enfermo como unidad terapéutica es el mejor antídoto para prevenir y superar las crisis de claudicación familiar.³⁶

Resumiendo, la medicina paliativa como teoría y práctica de cuidados paliativos, aportan los siguientes elementos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No buscan acelerar o retrasar la muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a que los pacientes vivan lo más activamente posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a que las familias sobrelleven la enfermedad de los pacientes y su propio duelo;
- Aplican un enfoque de equipo multidisciplinario para la atención de los pacientes y sus familiares;
- Mejoran la calidad de vida
- Los cuidados paliativos deberían implementarse tempranamente en el transcurso de la enfermedad, conjuntamente con otras terapias que buscan prolongar la vida sin que eso implique encarnizamiento terapéutico.
- Se afirma la vida y reconoce que el morir es un proceso normal. No busca ni acelerar ni posponer la muerte. No está dominada por la tiranía de la “curación”, y se opone firmemente a la eutanasia.

EL FINAL DE LA VIDA: DILEMAS ETICOS

Los cuatro principios éticos de Beauchamp y Childress³⁷ deben ser aplicados sobre un criterio mayor de respeto por la vida y de aceptación de la inevitabilidad última de la muerte.

En el proceso de toma de decisiones en el final de la vida se involucran tres dicotomías que deben ser consideradas en una forma balanceada

- Los beneficios potenciales del tratamiento deben ser balanceados con los riesgos potenciales.
- La decisión de preservar la vida debe confrontarse, cuando ello se vuelve fútil, con la provisión de confort en el proceso de morir.
- Las necesidades de la persona deben ser balanceadas con las necesidades de la sociedad.

No existe la obligación de prescribir tratamientos fútiles, entendidos como aquellos que no tienen expectativa de proveer un beneficio terapéutico.

Expertos convocados por el Centro Colaborador en Oxford de la O.M.S. publicaron una recomendación general, con conceptos avalados por diferentes sociedades científicas, entidades sociales y credos religiosos: “Los cuidados paliativos son la opción recomendada cuando la enfermedad del paciente es incurable y los tratamientos agresivos para prolongar la vida pueden producir morbilidad exagerada o alto costo personal, con escaso beneficio significativo”.

Esta recomendación se basa no sólo en elementos científicos y morales del cuidados del enfermo, sino también en una ética social relacionada con el principio de justicia”.³⁸

Se trata de actuar siempre en beneficio del enfermo, sin incurrir en encarnizamiento terapéutico que producirían daño (*primum non nocere*), preservar su autonomía, es decir, la capacidad para tomar decisiones, dentro de un régimen de justicia y equidad (derecho a ser bien atendido y sin diferencias en la provisión de servicios).

Esta “ética del cuidado” orientada hacia el ser sufriente que padece la enfermedad, constituiría lo que Jorge Manzini ha llamado un nuevo humanismo médico.³⁹

La Dra. Paulina Taboada⁴⁰ se refiere a cinco principios éticos especialmente relevantes en la atención de pacientes terminales, si se quiere respetar la dimensión ética del morir. Ellos son:

a) Principio de veracidad

La veracidad es el fundamento de la confianza en las relaciones interpersonales. Por ello se sostiene que decir la verdad al paciente y sus familiares constituye un beneficio para ellos (principio de beneficencia) ya que posibilita su participación activa en el proceso de toma de decisiones (principio de autonomía).

Sin embargo en algunas situaciones el medico cae en una actitud falsamente paternalista, que lleva a ocultarle la verdad al paciente. Se da lo que se ha llamado “conspiración del silencio” que puede agregar nuevas fuentes de sufrimiento al romperse la comunicación (paciente-equipo-familia) y también puede suponer una grave injusticia (principio de justicia).

El paciente se convierte, en este caso, en aquel del que se habla, y ya no es escuchado.⁴¹

Para que la comunicación de la verdad tenga en cuenta los principios antes nombrados y guiados por la virtud de la prudencia, tiene que ser una verdad tolerable prestando atención al qué, cómo, cuando, cuanto, quien y a quien informar.

b) Principio de proporcionalidad terapéutica

El principio de proporcionalidad terapéutica sostiene que existe la obligación moral de implementar las medidas terapéuticas que guarden una relación de debida proporción entre los medios empleados y el resultado previsible. Aquellas intervenciones en las que esta relación no se cumple se consideran desproporcionadas y no serian moralmente obligatorias.

Algunos de los elementos que siempre deberían ser tomados en cuenta a la hora de juzgar la proporcionalidad de una intervención médica son:

- La utilidad o inutilidad de la medida
- Las alternativas de acción, con sus respectivos riesgos y beneficios.
- El pronóstico con o sin la implementación de la medida.
- Los costos: físicos, psicológicos, morales y económicos.

La proporcionalidad de una medida médica debe hacerse en referencia al beneficio global de la terapia y no solo a los efectos fisiológicos que pueda inducir.

En este sentido, podemos afirmar que el viejo aforismo “primum non nocere” se encuentra todavía plenamente vigente.

c) Principio del doble efecto en el manejo del dolor y la supresión de la conciencia.

Existe un principio ético que señalan las condiciones que deberían darse para que un acto que tiene dos efectos –uno bueno y otro malo- sea lícito. Este principio es el del doble efecto y las condiciones son:

- Que la acción sea en sí misma buena, o al menos, indiferente.
- Que el efecto malo previsible no sea directamente querido, sino sólo tolerado
- Que el efecto bueno no sea causado inmediata y necesariamente por el malo
- Que el bien buscado sea proporcionado al eventual daño producido.

Si aplicamos estos requisitos al tratamiento analgésico con opioides vemos que, si lo que se busca directamente es aliviar el dolor (efecto bueno) habiendo agotado otras terapias que carecen de los efectos negativos mencionados, no habría inconvenientes éticos en el uso de opioides, en tanto esta terapia representa el mayor beneficio para el paciente. Lo mismo para la supresión de la conciencia en caso de pacientes muy agitados. Pero es muy importante que el médico esté formado en el uso adecuado de estas drogas, cosa que no suele ocurrir.

d) Principio de prevención

Este principio hace referencia a la necesidad de implementar las medidas necesarias para prevenir complicaciones futuras y aconsejar a los familiares sobre el mejor curso de acción a seguir en caso de que ellas se presenten. De este modo se le ahorran mayores sufrimientos al paciente, la familia está preparada y los médicos no se ven involucrados, llegado el caso, a seguir un curso de acción que los lleven a intervenciones desproporcionadas.

e) Principio de no-abandono

Sería éticamente reprobable, salvo casos de grave objeción de conciencia, abandonar a un paciente porque rechaza determinadas terapias aún cuando el médico considere que ese rechazo es inadecuado.

La atención a pacientes terminales confronta al equipo de salud con el sufrimiento y la muerte, lo cual puede llevar a evadir su trato, en tanto genera sensación de impotencia.

Se debe recordar que cuando no es posible curar, siempre se puede acompañar y también consolar.

II.2 - LOS CUIDADOS PALIATIVOS DEL ENFERMO TERMINAL: UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

Los antecedentes más lejanos de la teoría de los derechos humanos se encuentran, en el estoicismo, con su creencia en una razón universal y su idea de cosmopolitismo, y también en el cristianismo con su afirmación de la dignidad humana.

La Constitución francesa hizo significativos aportes a la universalización y legalización de los derechos humanos, proclamando el 26 de agosto de 1789, en la Asamblea Constituyente la “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano”. En ella se establecía que los hombres son iguales y libres en derecho, y se reconocen como derechos sagrados e inviolables la libertad personal, la libertad de palabra, la de conciencia y la seguridad, entre otros.

La plasmación en instrumentos legales en los diferentes países del mundo, ha sido el producto de un desarrollo histórico, en el cual el sufrimiento de los pueblos y la determinación universal de lucha por la dignidad humana fue llevando al reconocimiento universal de que toda persona tiene derechos por el sólo hecho de serlo.

El hecho histórico más significativo para la toma de conciencia de los derechos del hombre, lo constituyó la conmoción histórica de la Primera y la Segunda Guerra Mundial. La magnitud del genocidio puso en evidencia la necesidad de construir instancias y promulgar instrumentos jurídicos internacionales de protección de los derechos humanos.

El preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas reafirma la fe en los Derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres; y en

su Art. 56 dispone que “Todos los miembros se comprometen a tomar medidas para la realización de los propósitos, como la promoción de los niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, desarrollo económico-social, el respeto universal de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de todos.”

El 2 de mayo de 1948 fue adoptada la Declaración Americana de los Derechos del hombre, y el 10 de diciembre del propio año 1948, la Asamblea General de Naciones Unidas proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la cual en sus 30 artículos recoge los conceptos generales sobre lo que la comunidad internacional de naciones entiende por Derechos Humanos, abarcando no sólo los derechos civiles y políticos que tradicionalmente se venían defendiendo desde la época de la Revolución Francesa, como dijimos anteriormente, sino también los derechos económicos sociales y culturales.

Según la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en junio de 1993.”Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”

Los derechos humanos abarcan: lo que se conoce como derechos de primera generación: se los designa con el nombre de derechos civiles y políticos. Incumben principalmente a la relación entre las personas y el Estado. Por lo tanto, es deber de los Estados no sólo no infringir

directamente los derechos reconocidos, sino también asegurar las condiciones que permitan su respeto, protección, goce y ejercicio.

Y los llamados de segunda generación que comprende los derechos económicos, sociales y culturales.

A estos últimos pertenece el derecho a la protección de la salud, considerado como importante de manera clara a fines del siglo XIX y a comienzos del siglo XX se incorpora el derecho al mantenimiento durante la infancia, la vejez, las enfermedades y otras formas de incapacidad.⁴²

Relación entre la salud y los derechos humanos

Se ha consignado párrafos arriba, que los derechos humanos son universales y se centran en el respeto a la dignidad de las personas, ahora surge la pregunta ¿cuál es la relación entre la salud y los derechos humanos?

En primer lugar cabe destacar que el término salud es polisémico, no todos entienden lo mismo por este concepto, y por ello existen diferentes definiciones.

En el informe “Las Metas de la Medicina” del Hastings Center Report del año 1996 se define a la salud como la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en su contexto social y laboral habitual. Se destaca el enfoque tradicional sobre la integridad del cuerpo y el bienestar general, la ausencia de disfuncionalidades y la resultante capacidad para actuar en el mundo.

Esta definición más reciente, difiere de la propuesta por la O.M.S. en 1947 que pone énfasis en la salud como un “completo bienestar físico, mental y social”.

La medicina no puede brindar un “completo” bienestar, ya que algún grado de patología es, en un momento u otro, parte de la vida de cada persona, igualmente algún grado de salud es también parte de la vida de la mayoría de las personas. Salud y enfermedad no representan una dicotomía tajante, así como la enfermedad puede tener diferente impacto en la vida de las personas.

Un concepto más adecuado de salud se corresponde con la idea de un equilibrio inestable, basado en la vulnerabilidad del ser humano.

Para Diego Gracia⁴³ la salud no puede definirse como la “ausencia de enfermedad”, ni como “silencio de los órganos”, ni tampoco como mero “bienestar”... “Es preciso, dice, definir la salud en términos de capacidad de posesión y apropiación por parte del hombre de su propio cuerpo...El culmen de la desposesión y expropiación del cuerpo, lo constituye, lógicamente, la muerte”...

“[...] La dialéctica apropiación-expropiación es particularmente importante en el período final de la vida de las personas. No hay duda que la enfermedad mortal va poco a poco expropiando el cuerpo, hasta acabar con él. Pero tampoco hay duda que los nuevos procedimientos (técnicas de soporte vital, unidades de cuidados intensivos, etc.), cuando no se utilizan correctamente, pueden incrementar aún más ese proceso de expropiación.”

Entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos: ⁴⁴

- La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud,
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen,
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.

¿Qué se entiende por enfoque de la salud basado en los derechos humanos?

Por enfoque de la salud basado en los derechos humanos se entiende:

- La utilización de los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario
- La evaluación de las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas que guarden relación con la salud.”

Los principios fundamentales que habría que aplicar en esos procesos podrían ser los siguientes:

- Respetar la dignidad humana.
- Conceder atención a los grupos de la sociedad más vulnerables.(las personas con enfermedades crónicas, invalidantes y dolorosas son más vulnerables)

- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos, especialmente a los sectores más vulnerables.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación, ya sea voluntaria o involuntaria, en la formulación y puesta en práctica de los programas de salud.

Los posibles ingredientes de un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, debería incluir:

- Derechos a la salud
- Información adecuada
- Dignidad humana
- Atención responsable
- Igualdad y no discriminación
- Atención a los grupos vulnerables
- Participación
- Intimidad
- Accesibilidad
- Obligaciones concretas de los gobiernos

Se deja en claro que se concibe a la salud como un bien, no como una mercancía operando dentro de la economía de mercado; por lo tanto no entra en un sistema de oferta y demanda.⁴⁵ Los enfermos son primariamente personas y, como tales, en el sentido kantiano, tienen dignidad y no precio, son sujetos y no objetos, son fines en sí mismos y no medios.

¿Qué relación guarda la ética con los derechos humanos?

La ética consiste en normas de conducta para las personas y la sociedad. Esas normas tienen su origen en muchas fuentes, entre otras, la religión, las tradiciones culturales y la reflexión, lo que explica en parte la complejidad de cada punto de vista ético. Como sistema de normas, la ética se vale de muchos conceptos constitutivos, entre otros: obligaciones y derechos, virtudes, patrones de valor y bondad con que se valoran los resultados y las consecuencias de las acciones, y patrones de equidad y justicia para la asignación de recursos.

Existe un polo de convergencia entre la bioética y la doctrina de los derechos humanos de gran desarrollo en los últimos tiempos. Los “derechos del hombre” y la “dignidad de la persona” son los pilares que comparten ambos campos de discurso.⁴⁶

En octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. La Declaración reconoce la interrelación existente entre la ética y los derechos humanos en el terreno concreto de la bioética.

El artículo 1 se refiere al alcance de la ética en relación a la salud:

1. La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.
2. La Declaración va dirigida a los estados

En el artículo 2 se enumeran los objetivos a que deben aspirar los estados parte entre los cuales se resalta:

1. Promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales.
2. Promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.

En el artículo 5 se hace mención a la autonomía y responsabilidad individual en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

El artículo 6 habla del consentimiento de la persona interesada acerca de los tratamientos e intervenciones relacionadas con la salud: “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda el procedimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”.

El artículo 8 se refiere al respeto a la vulnerabilidad humana y la integridad personal, especialmente de los individuos y grupos vulnerables.

Se puede afirmar que los pacientes con enfermedades crónicas, irreversibles y avanzadas, son personas vulnerables.

La relación entre la responsabilidad y la salud queda plasmada en el Art.14 donde se explicita que el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales deben ser fomentados por los progresos de la ciencia y la tecnología, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano.

De acuerdo al Art. 22 los Estados deberían adoptar todas las disposiciones adecuadas, de carácter legislativo y administrativo, para poner en práctica los principios enunciados en la presente Declaración. Estas medidas deberían ser secundadas por otras en el terreno de la educación, la formación del equipo de salud y la información pública.

Los derechos Humanos y los Cuidados Paliativos

No existe un instrumento legal internacional específico que regule los derechos humanos relacionados con los cuidados paliativos del enfermo terminal o moribundo; es por ello que en materia de protección de derechos humanos de todas las personas se aplica la doctrina internacional existente, que es jurídicamente vinculante para los estados. Más arriba nos hemos referido a estas regulaciones internacionales.

Para los países de Europa cabe mencionar la Resolución 613 del año 1976 del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos.

La Asamblea del Consejo de Europa declara que existe el convencimiento de que lo que los enfermos quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos.

Invita a los países miembros a que los profesionales sanitarios revisen críticamente las decisiones en las que basan el inicio de la reanimación y de la instauración de tratamientos que mantienen artificialmente la vida.

En el mismo año la Asamblea aprueba la Recomendación 779 sobre los derechos de los enfermos y moribundos.

En ella se considera que prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse también por el alivio del sufrimiento.

Considera que el médico no tiene derecho, incluso en casos que le parezcan desesperados, a intencionalmente acelerar el curso natural de la muerte.

Recomienda a los Estados Miembros tomar las medidas necesarias para la organización de servicios y la formación de personal para aliviar el sufrimiento, que se establezcan reglas éticas para abordar el tratamiento de personas moribundas y se determinen criterios para la aplicación de medidas extraordinarias que prolonguen la vida.

Recomienda revisar cuestiones relacionadas con las declaraciones escritas de personas legalmente competentes autorizando a los médicos a abstenerse de aplicar medidas artificiales de prolongación de la vida.

En el año 1995 se aprueba la Resolución sobre el respeto de los derechos humanos en la Unión Europea. En su punto 17 afirma que el derecho a la vida incluye el derecho a la atención sanitaria y que de él

deben beneficiarse todas las personas independientemente de su situación, edad y salud.

En su punto 18 exige la prohibición de la eutanasia que se realice en detrimento de minusválidos, pacientes en coma, recién nacidos con minusvalías y personas mayores. Por primera vez se hace referencia a la creación de establecimientos de medicina paliativa de forma que los enfermos terminales reciban un trato digno en esa fase de su vida.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó el 25 de junio de 1999 la Recomendación 1418 sobre la protección de los enfermos en la etapa final de su vida, en la que se establece que la obligación de respetar y proteger la dignidad deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El texto:

- Aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación más de la asistencia sanitaria.
- Subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.
- Advierte de los factores que amenazan a los derechos fundamentales de los pacientes terminales.

Recomienda:

- El respaldo de los cuidados paliativos integrales.
- La protección del derecho a la autodeterminación.
- El respaldo a la prohibición de poner fin a la vida intencionalmente

Posteriormente en el año 2004 se aprueba la recomendación del Consejo de Europa sobre la organización de los cuidados paliativos, en la que se reconoce que los cuidados paliativos tienen que desarrollarse más

en Europa y que existe un número creciente de personas que los necesitan.

Establece que los Cuidados Paliativos pretenden ayudar a las personas con enfermedades progresivas a disfrutar de la mejor calidad posible de vida hasta el final y que no intenta ni acelerar ni posponer la muerte. Se amplía, como se ve, el concepto de cuidados paliativos.

Se nombra las siguientes dimensiones de estos cuidados: control de los síntomas, apoyo psicológico, espiritual y emocional, apoyo a la familia y en el duelo, teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes considerando su dignidad y autonomía.

En abril de 2005 se presenta al Consejo de Europa, una propuesta para legalizar la eutanasia en determinados supuestos.

Esta propuesta estaba basada en la legalización de la eutanasia en determinadas circunstancias en Bélgica y Holanda, pero fue rechazada. De esta forma se mantiene vigente la Resolución 1418 del año 1999 del Consejo de Europa que respalda la prohibición de poner fin a la vida deliberadamente.

A nivel interamericano se cuenta, entre otros, con los siguientes instrumentos básicos:

- Carta de la OEA
- Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana sobre Derechos Humanos
- Convención Internacional de los Derechos del Niño.

Además, existen otros derechos que corresponden exclusivamente a las personas con enfermedades terminales, que a pesar de no estar contemplados expresamente en un instrumento jurídicamente reconocido, es importante mencionarlos: ⁴⁷

- Derecho a recibir un trato y un reconocimiento como persona digna y responsable, y no propiedad de la familia, del médico tratante, de los servicios de salud, de investigadores/as o de empresas farmacéuticas
- Derecho a reconocer la condición de salud y a que se responda con veracidad y claridad las preguntas relacionadas con los procedimientos a seguir para enfrentar su enfermedad.
- Derecho a que se tome en cuenta su opinión a la hora de tomar decisiones relacionadas con los procedimientos a seguir con respecto a su enfermedad.
- Derecho a llorar, a sentir, a manifestar ira y expresar miedos, temores y angustias con responsabilidad.
- Derecho a no estar sola o solo y a morir en compañía de sus seres queridos.
- Derecho a tener sueños y fantasías aunque esté cerca de la muerte.
- Derecho a jugar, a la alegría, al humor, independientemente de la edad que tenga o aunque esté cerca de su muerte.
- Derecho a negarse a seguir recibiendo tratamiento para la enfermedad, pero continuar con otros tratamientos que permitan una mayor calidad de vida.
- Derecho a una muerte digna y en paz.
- Derecho a que tanto la persona enferma como sus familiares o amistades cercanas sean ayudadas a elaborar el duelo por la muerte.
- Derecho a morir en la casa y no en el hospital, si es posible.

- Derecho a ser sedado/a a la hora de enfrentar la muerte, si así lo solicita la persona.
- Derecho a que se reconozcan y acepten las creencias espirituales o religiosas de cada persona ante la muerte.

II.3 - SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS A NIVEL NACIONAL (ARGENTINA) Y PROVINCIAL (CÓRDOBA)

a) A nivel nacional (Argentina)

A mediados de la década del 80 surgen las primeras iniciativas individuales y aisladas, unas de otras, vinculadas con los cuidados paliativos.

En julio de 1990, en San Nicolás, se realizó el primer curso internacional de control del dolor y medicina paliativa, contando con la presencia del doctor Charles Cleeland de EE.UU. y del Dr. Bruera, médico argentino emigrado a Canadá donde se especializó, y representantes de diferentes equipos argentinos que ya estaban trabajando en el tema.

En enero de 1994, después de que aquel grupo de pioneros fundara informalmente la Asociación, se obtuvo la figura legal de sociedad científica sin fines de lucro con personería jurídica. A partir de aquí fueron surgiendo otros equipos en las principales ciudades del país con sólida formación de sus integrantes (Córdoba, Rosario, Neuquén, localidades del gran Buenos Aires).

La comunicación entre los diferentes equipos fue creciendo y la Asociación Argentina se transformó en una entidad de encuentro e intercambio de experiencias para todos. El año 2000 se firma un convenio de colaboración recíproca entre el Ministerio de Salud y la Asociación, con el objetivo de impulsar el desarrollo de múltiples actividades. Referentes delegados de los equipos líderes, participaron en la redacción de las Normas de Organización y Funcionamiento de los Cuidados Paliativos, aprobados por resolución 643/2000 del Ministerio de Salud de la Nación,

incorporándose la misma al programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, e iniciando el proceso de categorización de servicios.

Actualmente en las siguientes provincias se han creado programas de Cuidados paliativos.

Normas y Legislación

RESOLUCION 934/2001 MINISTERIO DE SALUD.

Sustituyese la Norma de Organización y Funcionamiento en Cuidados Paliativos, aprobada por la Resolución No 643/00, en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires 22/8/2001; Publicado en: Boletín Oficial 18/09/2001

Archivo: RESOLUCION 934-2001 Normas de Funcionamiento en Cuidados Paliativos.

LEY 12347 PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL.

Comisión Provincial de Cuidados Paliativos - Creación en el ámbito del Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires. Sanción: 03/11/1999; Promulgación: 07/12/1999; Boletín Oficial 21/12/1999

Archivo: LEY 12347. Buenos Aires.

LEY 3759 PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL. Salud pública - Creación de la Comisión Provincial de Cuidados Paliativos. Provincia de Río Negro. Sanción: 11/09/2003; Promulgación: 26/09/2003; Boletín Oficial 16/10/2003

Archivo: LEY 3759. Río Negro.

LEY 2566. PODER LEGISLATIVO PROVINCIAL Salud Pública. Creación del programa Provincial de Cuidados Paliativos. Provincia de Neuquén. Sanción: 8/11/2007

Archivo: LEY 2566 Neuquén

LEY 4327 CAMARA DE REPRESENTANTES DE LA PROVINCIA DE MISIONES. Creación del Servicio de Cuidados Paliativos en hospitales públicos con nivel III- Fecha de sanción: 8 de septiembre de 2006.

Archivo: LEY 4327 Misiones.

LEY 9977 PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DE ENTRE RIOS. Programa Provincial de Cuidados Paliativos. Sanción: 01/06/2010; Promulgación: 07/07/2010; Boletín Oficial 02/08/2010

Archivo: LEY 9977 Programa Provincial de Cuidados Paliativos. Entre Ríos.

LEY 4780 PODER LEGISLATIVO DE LA PROVINCIA DEL CHACO Comisión Provincial de Cuidados Paliativos. Creación en el ámbito del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. Objetivos, integración y atribuciones. Sanción: 13/09/2000; Promulgación: 29/09/2000; Boletín Oficial 11/10/2000

Archivo: LEY 4780.Chaco

A nivel provincial (Córdoba)

En el **ámbito provincial** la Constitución de la Provincia de Córdoba en su Art.4 habla de la Inviolabilidad de la persona: “la vida desde su concepción, la dignidad y la integridad física y moral de la persona, son inviolables. Su respeto y protección es deber de la comunidad y, en especial, de los poderes públicos.

En el Art.5 se define a la salud “como un bien natural y social” y en el Art.19 se proclama que “todas las personas en la provincia gozan de los siguientes derechos: a la vida desde la concepción, derecho a la salud, a la integridad física y moral y a la seguridad personal.

En el año 2002 se sanciona y promulga la Ley Provincial 9021, cuyo Art. 1^a dice:

Créase, en el ámbito del Ministerio de Salud, el “Programa Asistencial de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor”, con carácter de modelo organizativo interdisciplinario, destinado a establecer las acciones sanitarias y disponer de la atención médica de los pacientes, asistidos en los Hospitales Públicos de la Provincia, que se encuentren afectados de enfermedades potencialmente letales, a corto o mediano plazo, que no respondan a tratamientos utilizables, como así también de aquellos que padecen dolor persistente o crónico, cualquiera sea su origen.

Lamentablemente dicha Ley hasta ahora no está en vigencia ya que no ha sido reglamentada.

A modo de epílogo

La inclusión de los cuidados paliativos en los sistemas de salud implica un desafío para toda la sociedad, comenzando por las instituciones de salud, pero sus objetivos quedarían distorsionados si se pretendiera “medicalizar la muerte”, reduciendo la aproximación a la persona muriente a un conjunto de recomendaciones elaboradas por especialistas.

Antes de finalizar este marco conceptual, queremos consignar que el 8 de octubre de cada año se celebra el Día Internacional de los Cuidados Paliativos.

Capítulo III

Hipótesis y Objetivos

HIPÓTESIS

Los médicos reciben una formación que no los capacita para ofrecer una atención integral de los aspectos bio-psico-sociales en la fase terminal de toda enfermedad incurable, por consiguiente, la asistencia brindada a los pacientes es insuficiente.

OBJETIVO GENERAL

Reconocer el nivel de formación de grado y de post grado en Cuidados Paliativos del paciente con enfermedad incurable y avanzada, alcanzado por los integrantes de un grupo de residentes de Medicina en dos centros de salud de la ciudad de Córdoba (Argentina) y la autovaloración de esa formación por parte de los mismos residentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de formación específica en Cuidados Paliativos en un grupo de residentes de Medicina
- Caracterizar los niveles de formación en Cuidados Paliativos en función de las distintas especialidades en el post grado.
- Identificar el nivel de formación obtenido en el pre grado en temas de Cuidados Paliativos.

Capítulo IV

Material y Métodos

MATERIAL Y MÉTODOS

En el presente capítulo de la investigación, cuyo objetivo principal es “Reconocer el nivel de formación de grado y de post grado en cuidados paliativos en un grupo de residentes de Medicina de dos centros de salud de la ciudad de Córdoba (Argentina) y la autovaloración de la formación por parte de los mismos residentes” se expone el diseño metodológico que guió la misma, es decir 1) el tipo de estudio; 2) la unidad de análisis y muestreo (población a que está dirigido el estudio); 3) el instrumento de relevamiento de información: el cuestionario y una breve descripción del trabajo de campo.

IV. 1 - Tipo de estudio

Para abordar el tema de la formación de los médicos en cuidados paliativos del enfermo terminal o incurable, el tipo de estudio planteado es en primer lugar de tipo empírico porque releva datos de la realidad social y en segundo lugar descriptivo de la magnitud de la formación de grado y postgrado en cuidados paliativos de un grupo de médicos residentes.

Según Roberto Hernández Sampieri una investigación descriptiva es aquella que tiene como propósito para el investigador "...describir la situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y cómo se manifiesta determinado fenómeno...". "...Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir". Es seleccionar "...una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga".⁴⁸

En este estudio se va a medir la magnitud de la formación en medicina paliativa y la autovaloración de los médicos residentes sobre la misma, a través de la aplicación de un cuestionario diseñado especialmente, sobre modelo de Flavio Nervi y otros (Chile; 2004).

Asimismo, se destaca destacar que esta investigación tiene un diseño:

a) no experimental, ya que se intenta conocer la magnitud de la formación en medicina paliativa y la autovaloración de los médicos residentes sobre la misma, en su ambiente natural, sin manipulación de variables.

En la investigación no experimental no hay ni manipulación intencional, ni asignación al azar. Los sujetos elegidos ya eran residentes

en el Hospital San Roque y en la Clínica Reina Fabiola cuando se decidió aplicarles el cuestionario.

b) de tipo transeccional o transversal, los datos se recolectaron en un único momento, que fue el período comprendido en el mes de Mayo y Junio de 2010, ya que el “propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.”⁴⁹

Dentro de los estudios transeccionales, este es descriptivo, que son aquellos que tienen como “objetivo indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en medir en un grupo de personas...una o más variables y proporcionar su descripción. Cuando se establecen hipótesis, éstas también son descriptivas.”⁵⁰

Pueden abarcar un solo grupo de personas o como en este caso dos o más grupos o subgrupos de personas. El estudio no experimental transeccional descriptivo presenta un panorama del estado de la formación de grado en cuidados paliativos en dos grupos de residentes que trabajan en dos centros de salud, uno estatal y el otro privado.

IV.2 - La muestra - Perfil de los residentes

Se ha realizado una muestra intencional, no probabilística, de médicos residentes en dos centros de salud de la ciudad de Córdoba de alta complejidad. Uno de los centros es el tradicional Hospital Provincial San Roque, de dependencia estatal y la Clínica Reina Fabiola, de dependencia privada, que es el hospital escuela de la Universidad Católica de Córdoba. Ambos centros de salud se ubican en el sector sur, sur este de la ciudad de Córdoba.

Los criterios de inclusión que se aplicaron fueron los siguientes:

1. Haber cursado la carrera de medicina en cualquier universidad del país o del extranjero.
2. Ser residente de Medicina.
3. Cursar la residencia en la Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola o en el Hospital San Roque.

En cada uno de los centros de salud seleccionados, se encuestaron todos los residentes que se prestaron voluntariamente a contestar el cuestionario, en el primer semestre del año 2010. En el Hospital San Roque los encuestados fueron 43, de los cuales 19 (44.2 %) son varones y 24 (55,8 %) son mujeres y en la Clínica Reina Fabiola, se encuestaron 35 médicos, de los cuales 14 (40 %) son varones y 21 (60 %) son mujeres. El total de residentes que respondieron el cuestionario, es de 78, de ese total 33 son varones (42 %) y 45 son mujeres. (58 %) (Tabla 1)

En relación al tipo de universidad (pública – privada) en que los residentes cursaron sus estudios de grado de medicina se puede apreciar que prácticamente todos los residentes del Hospital San Roque egresaron

de la Universidad Nacional de Córdoba. Sólo se registra el caso de un residente varón que egresó de la Universidad Católica de Córdoba.

En cambio en la Clínica Reina Fabiola, casi la mitad de los residentes, es decir 17 de ellos que representan el 48.6 % del total egresó de la Universidad Católica de Córdoba, mientras que 13 de ellos (37 %) provienen de la Universidad Nacional de Córdoba, otros dos de otras universidades nacionales como de la Universidad Nacional de Tucumán y de la Universidad Nacional del Noreste y en tres casos proceden de universidades extranjeras: Univalle (Cochabamba – Bolivia; Mayor de San Simón (Cochabamba – Bolivia) y Científica del Sur (Lima – Perú)

En cuanto a la edad de los residentes, se puede apreciar en la Tabla 1 que el modo de la distribución de la variable edad, se encuentra en 26 – 30 años, donde se ubican 54 casos que representan el 69 % del total. La mediana, se encuentra también en el mismo valor 26 – 30 años.

TABLA 1

Edad y sexo de los residentes por tipo de institución (pública - privada) a la que asisten.

Cifras absolutas y relativas

Edad en años	Hospital San Roque			Clínica Reina Fabiola			TOTAL GENERAL		
	V	Sexo M	T	V	Sexo M	T	V	Sexo M	T
36 - 40	1 (5%)	1 (4%)	2 (4%)				1 (3%)	1 (2%)	2 (3%)
31 - 35	4 (21%)	3 (13%)	7 (16%)	2 (14%)	3 (14%)	5 (14%)	6 (18%)	6 (13%)	12 (15%)
26 - 30	12 (64%)	17 (70%)	29 (69%)	12 (86%)	13 (62%)	25 (72%)	24 (73%)	30 (68%)	54 (69%)
25	2 (10%)	3 (13%)	5 (11%)		5 (24%)	5 (14%)	2 (6%)	8 (17%)	10 (13%)
TOTAL	19	24	43	14	21	35	33	45	78

La tabla es de elaboración propia

En cuanto al año en que egresaron como médicos los actuales residentes, se puede observar en la Tabla 2, que una mujer egresó hace 15 años, es decir en 1995. Cabe destacar que en sentido inverso, casi la mitad de los residentes, egresaron en años próximos: 18 lo hicieron en 2009 (23 %), 17 lo hicieron en 2008 (22 %) y 14 en 2007 (18 %).

En la mencionada Tabla 2, agrupamos los años de egreso en intervalos de tres años; de esta manera se puede observar que el modo de la distribución de la variable año de egreso, se encuentra en el valor 2007 – 2009, donde se ubica más de la mitad de los casos: se trata de 49 residentes que representan el 63 % del total. La mediana también se encuentra en el valor “año 2007 - 2009”. Entre los años 2001 y 2006 egresaron 28 médicos residentes que representan un total del 36 %.

TABLA 2

Año de egreso y sexo de los residentes por tipo de institución (pública – privada) a la que asisten.

Cifras absolutas y relativas

Año de egreso	Hospital San Roque			Clínica Reina Fabiola			TOTAL GENERAL		
	V	Sexo M	T	V	Sexo M	T	V	Sexo M	T
1995		1 (4 %)	1 (2 %)					1 (2 %)	1 (1 %)
2001	1 (5%)	4 (17%)	5 (11%)				1 (3%)	4 (9%)	5 (6%)
2004	9 (47%)	9 (38%)	18 (41%)	3 (21%)	2 (10%)	5 (15%)	12 (37%)	11 (18%)	23 (30%)
2006	9 (48%)	10 (42%)	19 (44%)	11 (79%)	19 (90%)	30 (85%)	20 (60%)	29 (64%)	49 (63%)
TOTAL	19	24	43	14	21	35	33	45	78

La tabla es de elaboración propia

Los residentes del centro médico público se distribuyen por año en que están cursando la residencia, según el siguiente ordenamiento decreciente de los porcentajes obtenidos: el 30 % está en el primer año de su residencia; el 26 % en su tercer año; el 23 % en cuarto año y el 21 % en segundo año. El mismo ordenamiento en el centro médico privado es el siguiente: el 45 % está en el primer año de su residencia; el 34 % en el segundo año; el 15 % en su tercer año, y el 6 % en cuarto año. Nótese la alta concentración de residentes de la clínica privada en primero y segundo años de cursado (79 %).

TABLA 3

Año de cursado de la residencia por sexo de los residentes y tipo de institución (pública – privada) a la que asisten

Cifras absolutas y relativas

Año de residencia	Hospital San Roque			Clínica Reina Fabiola			TOTAL GENERAL		
	Sexo			Sexo			Sexo		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
1º	7 (37%)	6 (25%)	13 (30%)	6 (43%)	10 (47%)	16 (45%)	13 (40%)	16 (35%)	29 (37%)
2º	2 (10%)	7 (29%)	9 (21%)	5 (36%)	7 (33%)	12 (34%)	7 (21%)	14 (31%)	21 (27%)
3º	6 (32%)	5 (21%)	11 (26%)	2 (14%)	3 (14%)	5 (15%)	8 (24%)	8 (18%)	16 (21%)
4º	4 (21%)	6 (25%)	10 (23%)	1 (7%)	1 (5%)	2 (6%)	5 (15%)	7 (16%)	12 (15%)
TOTAL	19	24	43	14	21	35	33	45	78

La Tabla es de elaboración propia

En la Tabla 4 se presenta la especialidad cursada y sexo de los residentes por tipo de institución (pública – privada) a la que asisten.

Tal como lo presenta la Investigación de Chile, se agruparon las especialidades de las residencias en tres áreas, según el siguiente detalle:

Área médica: incluye medicina interna, gastroenterología, pediatría, urología y reumatología.

Área quirúrgica: incluye cirugía, anestesiología, obstetricia - ginecología

Área diagnóstica: incluye radiología y diagnóstico por imágenes.

Si atendemos a los totales generales de la Tabla 4 (marginal derecho) de la distribución de los residentes por área de residencia, se puede apreciar que algo más de la mitad de los residentes (57 %) se agrupan en las especialidades del área médica, le sigue en importancia el

área quirúrgica (35 %). Mucho menos representada está el área diagnóstica (8 %), en la que sólo hay residentes de la Clínica Reina Fabiola.

En la Tabla 4 se registra una alta concentración en el área quirúrgica en el Hospital San Roque, entre varones (58 %) y en el total (51 %); así como en el área médica en la clínica reina Fabiola, tanto entre varones (57 %), como en mujeres /76 %) y en el total (69 %).

TABLA 4

Área de residencia y sexo de los residentes por tipo de institución (pública - privada) a la que asisten

Cifras absolutas y relativas

Área de la residencia	Hospital San Roque			Clínica Reina Fabiola			TOTAL GENERAL		
	Sexo			Sexo			Sexo		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
Área Médica	8 (42%)	13 (54%)	21 (49%)	8 (57%)	16 (76%)	24 (69%)	16 (49%)	29 (65%)	45 (57%)
Área Quirúrgica	11 (58%)	11 (46%)	22 (51%)	4 (29%)	1 (5%)	5 (14%)	6 (45%)	12 (27%)	27 (35%)
Área Diagnóstica				2 (14%)	4 (19%)	6 (17%)	2 (6%)	4 (8%)	6 (8%)
TOTAL	19	24	43	14	21	35	33	45	78

La Tabla es de elaboración propia

IV.3 - Instrumento de recolección de información

El cuestionario que se aplicó consta de 16 preguntas, cuyo texto se presenta en el anexo, sobre aspectos cuantitativos y cualitativos de la capacitación alcanzada en cuidados paliativos, incluyendo las siguientes dimensiones:

1. Asistencia a cursos y seminarios de cuidados paliativos, y autoevaluación del nivel alcanzado.
2. Formación sobre aspectos antropológicos y éticos relacionados con la muerte y autoevaluación de la capacidad de enfrentarse a los problemas del paciente terminal y su familia.
3. Grado de capacitación alcanzado en el control de síntomas en pacientes con enfermedad incurable y avanzada.
4. Opinión sobre la importancia que otorga al trabajo en equipo interdisciplinario.
5. Opinión sobre la importancia de la formación en cuidados paliativos para su formación médica y práctica profesional.

Los cuestionarios fueron contestados de forma anónima. La información fue analizada mediante la aplicación de la estadística descriptiva. Los datos de las dos instituciones fueron comparados.

Los resultados son presentados en un capítulo especial, en tablas de doble o triple entrada de diseño propio y así poder desarrollar conclusiones y plantear recomendaciones sobre planes de acción a seguir. En una investigación posterior podrán compararse estos resultados con los de la investigación realizada en 2004, por la Universidad Pontificia Católica de Chile.

IV.4 - Aspectos éticos del proyecto

Se han observado los principios enunciados en la declaración de Helsinki 2004, en lo referido a la consideración de los riesgos y beneficios.

Ésta investigación consiste en un cuestionario de carácter anónimo que no incluye riesgos para los participantes, ya que las preguntas formuladas, se refieren a su formación académica. No se necesita Consentimiento Informado.

Los beneficios directos para los encuestados implican la toma de conciencia sobre la necesidad de formación en Cuidados Paliativos.

Los beneficios indirectos, recaerían sobre los pacientes y sus familiares ya que obtendrían un cuidado integral y un acompañamiento durante la evolución de la enfermedad incurable.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación en Salud de la Clínica Universitaria Reina Fabiola.

Capítulo V

Resultados del estudio

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Este capítulo se refiere a la formación de grado y post - grado de los residentes de los dos centros de salud que integran la muestra y a sus conocimientos teóricos y prácticos acerca del manejo de los síntomas frecuentes de encontrar, en pacientes con enfermedad avanzada como cáncer diseminado y sida. Todos estos aspectos se trabajan a partir de las respuestas, de los médicos residentes, al cuestionario que se diseñó especialmente.

Formación de grado y post-grado en Cuidados Paliativos

En la Pregunta 1 se solicitó a los residentes de ambos sexos y de ambos centros de salud, que respondieran si tuvieron algún curso o clase específico de cuidados paliativos durante sus estudios de medicina como en el post-grado.

Las respuestas referidas a la **formación de grado** se resumen en la Tabla 5. Si analizamos el total general en sentido horizontal, se observa que de los 78 residentes entrevistados, 21 (27 %) expresaron que **sí tuvieron** formación de grado en cuidados paliativos, mientras que 57 sujetos (73 %) expresaron que **no tuvieron** esa formación.

Si ahora analizamos los datos de acuerdo a la universidad de procedencia, podemos apreciar que 12 de los 56 (27 %) egresados de la Universidad Nacional de Córdoba; 7 de los 17 (41 %) egresados de la Universidad Católica y 2 de los 5 (40 %) egresados de otras universidades nacionales y extranjeras, dijeron que **sí tuvieron cursos o clases en cuidados paliativos** durante el cursado de la carrera.

TABLA 5

Existencia de un curso o clases de cuidados paliativos en formación de grado según la universidad de procedencia
CIFRAS ABSOLUTAS Y RELATIVAS

Respuestas de los egresados por universidad	Formación de Grado									
	Años de Egreso									
	1995		2001 / 03		2004 / 06		2007 / 09		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
U. N. C.										
Si	-	-	1	20	3	14	8	16	12	15
No	1	100	4	80	17	77	22	44	44	56
Total	1	100	5	100	20	91	30	60	56	71
U. C. C.										
Si	-	-	-	-	-	-	7	14	7	9
No	-	-	-	-	2	9	8	16	10	13
Total	-	-	-	-	2	9	15	30	17	22
Otras Univ.										
Si	-	-	-	-	-	-	2	4	2	3
No	-	-	-	-	-	-	3	6	3	4
Total	-	-	-	-	-	-	5	10	5	7
Total Gral.	1	100	5	100	22	100	50	100	78	100

La Tabla es de elaboración propia

Los resultados referidos a la **formación de post – grado** se presentan en la Tabla 6 en cifras absolutas y relativas, de acuerdo a la institución en la que actualmente cursan la residencia. En el total general, se observa que sólo 14 de los 78 residentes (18 %) respondieron que **sí tuvieron** esa formación; mientras que una amplia mayoría (64 de los 78 residentes) respondieron que **no tuvieron** esa formación, cifra que representa el 82 % del total de las respuestas.

TABLA 6

Existencia de un curso o clases de cuidados paliativos en formación de post-grado

Cifras absolutas y relativas

Año de Egreso	Formación de Post-grado					
	Residentes del Hospital San Roque					
	SI	%	NO	%	Total	%
1995	1	7%	-		1	
2001 / 03	-	-	5	7 %	5	8 %
2004 / 06	4	29 %	14	22 %	18	22 %
2007 / 09	7	50 %	12	19 %	19	23 %
Total	12	86 %	31	48 %	43	54 %
	Residentes de la Clínica Reina Fabiola					
	SI	%	NO	%	Total	%
2004 / 06	-	-	4	7 %	4	6 %
2007 / 09	2	14 %	29	45 %	31	40 %
Total	2	14 %	33	52 %	35	46 %
Total Gral.	14	100	64	100	78	100

La Tabla es de elaboración propia

De los que cursan la residencia en el Hospital San Roque, el 28% (12 / 43) dijo que sí tuvieron esa preparación en post-grado; en sentido inverso, el 72 % (31 / 43) no la ha tenido hasta el momento. Una situación similar se presenta entre los residentes de la Clínica Reina Fabiola, ya que sólo el 6 % (2 / 35) tuvo alguna formación en cuidados paliativos, y el 94 % (33 / 35) no la tuvo hasta ahora.

Autovaloración sobre la formación de grado

Los residentes de ambos centros de salud, que contestaron positivamente la pregunta 1, debieron valorar en la **pregunta 2** si los conocimientos adquiridos en el pre grado eran suficientes para la práctica médica en el campo de los cuidados paliativos. (Tabla 7)

TABLA 7

Valoración de los residentes sobre su grado de preparación en cuidados paliativos por universidad de procedencia.

Cifras absolutas y relativas

Univ. y año de egreso	Formación de Grado									
	Hasta 25		Hasta 50		Hasta 75		100		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
U. N. C.										
2004 - 2006	1	9 %	4	50 %	-	-	-	-	5	24 %
2007 - 2009	4	36 %	2	25 %	1	100%	-	-	7	29 %
Total	5	45%	6	75%	1	100%	-	-	12	57 %
U.C.C										
2007 - 2009	6	55%	1	12%	-	-	-	-	7	34%
Otras Univ.	-	-	1	12%	-	-	1	100%	2	10 %
Total	6	55%	2	25%	-	-	1	100%	9	43 %
Total Gral.	11	100%	8	100%	1	100%	1	100%	21	100

La Tabla es de elaboración propia

No respondieron esta pregunta por haber contestado que no a la pregunta anterior, 57 médicos residentes. Más de la mitad de los 21 médicos que contestaron positivamente, valoraron esa formación menor al 25 % de la requerida, se trata de 11 de los 21 médicos (52 %); otros 8

médicos (38 %) respondieron que el conocimiento esta entre el 25 y el 50% de lo necesario; 1 médico (5 %) dijeron que el conocimiento alcanza hasta 75 % y 1 médico respondió que los conocimientos adquiridos llegan al 100 % (5 %), de los que sería necesario tener.

Queremos destacar que al analizar las respuestas de los médicos, no tenemos en cuenta, el centro de salud en el que ahora son residentes, ya que la pregunta se refiere a la formación que tuvieron en la universidad de origen.

Según puede observarse en la Tabla 7, de los 21 residentes que respondieron positivamente a la **pregunta 1**, 12 (57 %) egresaron de la Universidad Nacional de Córdoba, 7 (33 %) de la Universidad Católica de Córdoba y 2 (10%) de otras universidades.

Ahora bien, casi la mitad de los 12 egresados de la Universidad Nacional de Córdoba que contestaron positivamente, dijeron que la formación alcanzada es escasa y que no supera el 25 %: se trata de 5 sujetos del total de 12. El resto contestó de la siguiente manera: 6 dijeron que esa formación alcanza entre el 25% y el 50 % y 1 que la formación alcanza hasta el 75 %. Ninguno dijo que esta formación alcanza al 100 %.

De los 9 egresados de la Universidad Católica de Córdoba que contestaron positivamente, dijeron que la formación alcanzada es escasa y que no supera el 25 %: se trata de 6 sujetos; 1 sujeto dijo que la formación alcanza hasta el 50%.

Finalmente, dos de los sujetos que respondieron positivamente proceden de una universidad extranjera, uno contestó que la formación alcanza al 50% y el otro contestó que llega al 100 %.

Existencia de clases formales o seminarios relacionados con el manejo del paciente moribundo en post-grado

En la pregunta 3 se requirió a los residentes de ambos centros de salud, si tuvieron clases formales y / o seminarios relacionados con el manejo del paciente moribundo en las actividades de post – grado en alguna de las actividades que realizan. Al analizar las respuestas se tiene en cuenta, **el centro de salud en el que ahora son residentes.** (Tabla 8)

Alrededor de un tercio (24 / 78) expresó que **si tuvo** alguna instancia formal o seminarios relacionados con el manejo del paciente moribundo; pero se destaca que una amplia mayoría que alcanza al 67 % (54 / 78), respondieron que no tuvieron (porcentajes en sentido horizontal)

Si ahora analizamos las respuestas de acuerdo al centro de salud (estatal – privado) en que ahora son residentes, se puede observar que:

- de los residentes del hospital estatal, sólo el 37 % (15 de los 43 sujetos) dijo que **si tuvieron** esa formación; mientras que el 63 % (28 sujetos), respondieron que **no tuvieron** una instancia formal para el tratamiento del tema
- fue **menor** el porcentaje de los de los residentes de la clínica privada que de los residentes estatales, que dijeron que **si tuvieron** esa formación: se trata de 9 sujetos (29 %) del total de 35; mientras que fue mayor el porcentaje de quienes dijeron que **no tuvieron** esa formación: se trata de 26 de los 35 médicos residentes (71 %).

TABLA 8**Existencia de clases formales y/o seminarios en manejo de pacientes moribundos en post-grado****Cifras absolutas y relativas**

Año de Egreso	Existencia de clases formales y/o seminarios					
	Residentes del Hospital San Roque					
	SI	%	NO	%	Total	%
1995	1	4 %	-	-	1	1 %
2001 / 03	1	4 %	4	7 %	5	6 %
2004 / 06	6	25 %	11	20 %	17	22 %
2007 / 09	7	29 %	13	24 %	20	25 %
Total	15	62%	28	51%	43	55 %
	Residentes de la Clínica Reina Fabiola					
	SI	%	NO	%	Total	%
2004 / 06	2	8 %	4	7 %	4	5 %
2007 / 09	7	29 %	22	41 %	31	40 %
Total	9	37%	26	48%	35	45 %
Total Gral.	24	100	54	100	78	100

*La Tabla es de elaboración propia***Autovaloración de los residentes sobre el nivel de preparación alcanzado sobre cuidados paliativos en post-grado**

Quienes contestaron positivamente la pregunta 3, es decir consideraron que si tuvieron clases formales y/ o seminarios en manejo de pacientes moribundos en post grado, podían contestar la **pregunta 4**, en cuya respuesta debían valorar porcentualmente si la preparación recibida en esas instancias de formación fueron o no suficientes para la práctica médica en este campo. Los resultados se presentan en la Tabla

9, en la que se puede apreciar que del total de 24 residentes que expresaron que tuvieron clases formales y seminarios sobre el manejo del paciente moribundo, 15, es decir el 62 %, son residentes del hospital estatal y 9, es decir el 38 % lo son de la clínica privada.

TABLA 9

Valoración de los residentes sobre el grado de preparación alcanzado en C.P. según tipo de centro de salud (estatal- privado) de la residencia

Cifras absolutas y relativas

Año de egreso	Grado de preparación alcanzado									
	Hasta 25		Hasta 50		Hasta 75		100		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Residentes del Hospital San Roque										
1995	-	-	-	-	1	20%	-	-	1	4 %
2001 - 2003	-	-	1	9%	-	-	-	-	1	4 %
2004 - 2006	1	12%	4	37%	1	20%	-	-	7	27%
2007 - 2009	3	38%	2	18%	2	40%	-	-	7	27%
Total	4	50%	7	64%	4	80%	-	-	15	62%
Residentes de la Clínica Reina Fabiola										
2004 - 2006	-	-	2	8%	-	-	-	-	2	4%
2007 - 2009	4	50%	2	30%	1	20%	-	-	7	34%
Total	4	50%	4	36%	1	20%	-	-	9	38%
Total Gral.	8	100	11	100.0	5	100	-	-	24	100

La Tabla es de elaboración propia

Casi la mitad (46 %) del total de los residentes de ambos centros de salud manifestó que sus conocimientos alcanzan entre el 25% y el 50 % de los requeridos (porcentajes en sentido horizontal del total general); el 33 % valoró que sus conocimientos alcanzan hasta 25 % de los

considerados suficientes; y el 20 % que los conocimientos son hasta el 75 % de los conocimientos suficientes.

Existencia de clases formales y / o seminarios en estudios de grado, sobre aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte

En la Pregunta 5 se solicita a los médicos residentes en ambos centros de salud, información acerca de si tuvieron clases formales y / o seminarios durante sus estudios, que trataran los aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte.

Si observamos el total general, podemos apreciar que el 65 % de los entrevistados (51 / 78), informan que sí tuvieron las clases aludidas; sólo el 35 % (27 / 78) dice que no tuvo esa formación.

TABLA 10

Asistencia de los médicos residentes, a clases formales y/ o seminarios en aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte, según universidad de procedencia

Cifras absolutas y relativas

Univ. y año de Egreso	Existencia de clases formales y/o seminarios					
	SI	%	NO	%	Total	%
U.N.C						
1995	-	-	1	4 %	1	1 %
2001 / 03	1	2 %	4	15 %	5	6 %
2004 / 06	12	24 %	8	29 %	20	26 %
2007 / 09	22	43 %	8	30 %	30	38 %
Total	35		21		56	71 %
U.C.C						
2004 / 06	2	4 %	--	--	2	2 %
2007 / 09	12	23 %	3	11 %	15	19 %
Total	14	27 %	3	11 %	17	21 %
Otras Univ.	2	4 %	3	11 %	5	7 %
Total	16	31 %	6	22 %	22	28 %
Total Gral.	51 (65%)	100	27 (35%)	100	78 (100%)	100

La Tabla es de elaboración propia

Autovaloración de los residentes de ambos centros de salud, sobre la preparación recibida para la práctica médica con el paciente moribundo.

Los 51 médicos residentes que contestaron positivamente la pregunta anterior, debían valorar porcentualmente en la **pregunta 6**, si esas instancias de formación son suficientes para la práctica médica en el campo de los aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte. Los resultados se presentan en la Tabla 11.

TABLA 11

Valoración de los residentes sobre la preparación recibida para la práctica médica con el paciente moribundo en formación de grado
Cifras absolutas y relativas

Año de egreso	Grado de preparación alcanzado									
	Hasta 25		Hasta 50		Hasta 75		100		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
U.N.C										
2001 - 2003	-	-	1	4%	-	-	-	-	1	2%
2004 - 2006	7	33%	5	21%	-	-	-	-	12	23%
2007 - 2009	10	48%	10	42%	2	33%	-	-	22	44%
Total	17	81%	16	67%	2	33%	-	-	35	69%
U.C.C										
2004 - 2006	-	-	-	-	2	33%	-	-	2	4%
2007 - 2009	2	9%	8	33%	2	34%	-	-	12	23%
Total										
Otras Univ.	2	9%	-	-	-	-	-	-	2	4%
Total	4	19%	8	33%	4	67%	-	-	16	31%
Total Gral.	21 (41%)	100	24 (47%)	100	6 (12%)	100	-	-	51 (100%)	100

La Tabla es de elaboración propia

Si analizamos los porcentajes en sentido horizontal, del total general, vemos que el 41 % de los que respondieron, dijeron que esa formación alcanza hasta el 25 % (21 respuestas), el 47 % dijo que la formación alcanza hasta el 50 % (24 respuestas) y 12 % (6 respuestas) dijo que esa formación alcanza hasta el 75 %.

En la **Pregunta 7** los encuestados debían calificar en una escala de 1 a 7 su capacidad para el manejo adecuado de los síntomas permanentes posibles de encontrar en enfermos con cáncer diseminado o SIDA. La escala de valoración que hemos adoptado es la de la investigación de Chile.

El puntaje asignado a cada síntoma por los residentes, es valorada de acuerdo a las siguientes equivalencias:

1 - 2 = deficiente

3 = insuficiente

4 = regular

5 = más que regular

6 = bueno

7 = muy bueno

Cabe destacar que tal como se ha procedido en la Investigación de Chile, se agruparon las especialidades de las residencias en las siguientes tres áreas:

Área médica: incluye medicina interna, pediatría, reumatología, gastroenterología, etc.

Área quirúrgica: incluye cirugía, anestesiología, ginecología.

Área diagnóstica: incluye radiología, diagnóstico por imágenes.

Los resultados referidos a los residentes del Hospital San Roque se presentan en la Tabla 12 y los referidos a los residentes de la Clínica Reina Fabiola, en la Tabla 13.

Respuestas de los residentes del Hospital San Roque.

Los 43 residentes del Hospital San Roque al valorar los 8 síntomas que les propuso el cuestionario como alternativas, generaron un total de

344 respuestas (43 x 8 = 344) que pueden leerse en el marginal derecho del total general de la Tabla 12.

TABLA 12

Valoración de los residentes del Hospital san Roque, sobre su capacidad para el manejo de los síntomas en enfermos con cáncer diseminado o sida

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Hospital San Roque						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	TOTAL
Dolor	Médica	1 1 %	4 5 %	6 11 %	4 7 %	5 11 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	1 1 %	4 5 %	4 7 %	10 17 %	4 9 %	-	23 6.5 %
	Total	2 2 %	8 10 %	10 18 %	14 24 %	9 20 %	-	43 12,5
Nauseas	Médica	1 1 %	2 3 %	4 7 %	1 2 %	9 20 %	3 27 %	20 6 %
	Quirúrgica	--	2 3 %	4 7 %	8 14 %	7 15 %	2 18 %	23 6.5 %
	Total	1 1 %	4 6 %	8 14 %	9 16 %	16 35 %	5 45 %	43 12,5
Anorexia	Médica	7 7 %	5 7 %	3 6 %	2 3 %	3 7 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	6 6 %	8 11 %	2 4 %	6 11 %	1 2 %	-	23 6.5 %
	Total	13 13 %	13 18 %	5 10 %	8 14 %	4 9 %	-	43 12,5
Astenia	Médica	7 7 %	4 5 %	3 6 %	5 8 %	1 2 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	8 8 %	5 7 %	5 10 %	3 6 %	1 2 %	1 9 %	23 6.5 %
	Total	15 15 %	9 12 %	8 16 %	8 14 %	2 4 %	1 9 %	43 12,5 %

Constipación	Médica	2 2 %	3 4 %	4 7 %	5 8 %	6 13 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	2 2 %	1 1 %	7 13 %	8 14 %	2 4 %	3 27 %	23 6.5 %
	Total	4 4 %	4 5 %	11 20 %	13 22 %	8 17 %	3 27 %	43 12,5
Angustia	Médica	5 5 %	7 9 %	3 6 %	2 3 %	2 4 %	1 9 %	20 6 %

	Quirúrgica	11 11 %	7 9 %	4 7 %	1 2 %	-	-	23 6.5 %
	Total	16 16 %	14 18 %	7 13 %	3 5 %	2 4 %	1 9 %	43 12,5%
Depresión	Médica	7 7 %	8 11 %	2 4 %	1 2 %	2 4 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	12 12 %	6 8 %	1 2 %	2 3 %	2 4 %	-	23 6.5 %
	Total	19 19 %	14 19 %	3 6 %	3 5 %	4 8 %	-	43 12,5
Delirio	Médica	12 12 %	6 8 %	1	-	1 2 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	18 18 %	3 4 %	1 2 %	-	-	1 9 %	23 6.5 %
	Total	30 30 %	9 12 %	2 2 %	-	1 2 %	1 9 %	43 12,5%
Total general		100 100 %	75 100	54 100	58 100	46 100 %	11 100	344 100 %

La Tabla es de elaboración propia

Las 344 respuestas se distribuyeron de manera heterogénea en las diferentes filas y columnas de la Tabla 12, de acuerdo a la opinión de los residentes sobre su capacidad en el manejo de los 8 síntomas. En el marginal izquierdo de la Tabla se enumeran los 8 síntomas, por área de la residencia y en el cabezal superior de la Tabla se encuentra la siguiente escala de valoración: (1 – 2: deficiente; 3: insuficiente; 4: regular; 5: más que regular; 6: bueno y 7 “muy bueno”).

Nótese que en este hospital los residentes se distribuyen en las áreas medicina interna y quirúrgica y que no hay residentes en el Área Diagnóstica, por lo cual en la tabla se evita agregar una fila con la leyenda “área diagnóstica”.

El modo de la distribución, se encuentra en el valor “1 – 2 = deficiente”. La mediana, se encuentra en el “valor 3 = insuficiente”.

De acuerdo a estos datos concluimos que se verifica una tendencia de los médicos consultados, a valorar como deficiente e insuficiente, la preparación recibida para la práctica médica con el paciente moribundo, a excepción de los síntomas dolor, náuseas y constipación, cuya valoración se encuentra en 5: más que regular. Los síntomas que les presentan mayores dificultades son: astenia, angustia, depresión y delirio.

Respuestas de los residentes de la Clínica Reina Fabiola

Tal como sucedió con los residentes del hospital estatal, los 35 residentes de la Clínica Reina Fabiola debían valorar su capacidad para el manejo de los 8 síntomas que les propuso el cuestionario como alternativas, con lo que generaron un total de 280 respuestas (35 x 8 = 280) que pueden leerse en el marginal derecho del total general de la Tabla 13. Las 280 respuestas se distribuyen de manera heterogénea entre las distintas valoraciones previstas, las cuales figuran en las columnas de la mencionada Tabla.

TABLA 13

Valoración de los residentes de la Clínica Reina Fabiola, sobre su capacidad para el manejo de los síntomas en enfermos con cáncer diseminado o sida

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Clínica Reina Fabiola						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	TOTAL
Dolor	Médica	2 2 %	3 4 %	10 19 %	4 11 %	4 16 %	1 10 %	24 9 %
	Quirúrgica	1 1 %	1 2 %	2 4 %	-	1 4 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	2 2 %	2 3 %	1 2 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	5 5 %	6 9 %	13 25 %	5 13 %	5 20 %	1 10 %	35 12.5
Nauseas	Médica	1 1 %	1 2 %	6 11 %	7 17 %	5 20 %	4 40 %	24 9 %
	Quirúrgica	-	1 2 %	-	1 2 %	2 8 %	1 10 %	5 1.5 %
	Diagnóstico	1 1 %	1 2 %	1 2 %	1 2 %	2 8 %	-	6 2 %
	T o t a l	2 2 %	3 6 %	7 13 %	9 21 %	9 36 %	5 50 %	35 12.5
Anorexia	Médica	8 9 %	7 12 %	3 6 %	4 11 %	1 4 %	1 10 %	24 9 %
	Quirúrgica	-	3 4 %	1 2 %	-	1 4 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	5 5 %	-	1 2 %	-	-	-	6 2 %
	T o t a l	13 14 %	10 16 %	5 10 %	4 11 %	2 8 %	1 10 %	35 12.5
Astenia	Médica	11 13 %	7 12 %	3 6 %	2 5 %	-	1 10 %	24 9 %
	Quirúrgica	1 1 %	2 3 %	1 2 %	-	1 4 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	4 5 %	1 2 %	-	1 2 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	16 19 %	10 17 %	4 8 %	3 7 %	1 4 %	1 10 %	35 12.5
Constipación	Médica	1 1 %	1 2 %	7 13 %	9 21 %	6 24 %	-	24 9 %
	Quirúrgica	-	1 2 %	-	4 11 %	-	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	1 1 %	2 3 %	-	2 5 %	1 4 %	-	6 2 %
	T o t a l	2 2 %	4 7 %	7 13 %	15 37 %	7 25 %	-	35 12.5
Angustia	Médica	9 11 %	7 11 %	5 9 %	1 2 %	1 4 %	1 10 %	24 9 %
	Quirúrgica	3 4 %	1 2 %	1 2 %	-	-	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	3 4 %	1 2 %	1 2 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	15	9	7	2	1	1	35

		19 %	15 %	13 %	4 %	4 %	10 %	12.5
Depresión	Médica	9 11 %	9 15 %	3 6 %	2 5 %	-	1 10 %	24 9 %
	Quirúrgica	1 1 %	4 7 %	-	-	-	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	3 4 %	1 2 %	1 2 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	Total	13 16 %	14 24 %	4 8 %	3 7 %	-	1 10 %	35 12.5
Delirio	Médica	12 14 %	7 11 %	5 10 %	-	-	-	24 9
	Quirúrgica	3 4 %	2 3 %	-	-	-	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	4 5 %	2 3 %	-	-	-	-	6 2 %
	Total	19 23 %	11 6 %	5 10 %	-	-	-	35 12.5
Total general		85 100%	66 100%	53 100%	41 100%	25 100%	10 100%	280 100 %

La Tabla es de elaboración propia

El modo de la distribución, se encuentra en el valor “1 – 2 = deficiente”. La mediana, se encuentra en el “valor 3 = insuficiente”.

De acuerdo a estos datos concluimos que se verifica una tendencia de los médicos consultado, a valorar como deficiente e insuficiente, la preparación recibida para la práctica médica con el paciente moribundo. Los síntomas que mejor manejan, en sentido decreciente son constipación, náuseas y dolor. Al igual que el otro grupo los síntomas que presentan mayores dificultades son: astenia, depresión, angustia y delirio.

Comparación de las respuestas de los residentes de ambos centros de salud

Para comparar los resultados generales obtenidos por los residentes de ambos centros de salud, se confeccionó (con los totales generales de

la Tabla 12 y de la Tabla 13) el **Cuadro 1**, en el cual se dividió la escala de valoración en tres tramos: valores bajos, medios y altos. En las columnas ubicamos los totales generales de las Tablas 12 (residentes estatales del Hospital San Roque) y 13 (residentes privados de la Clínica Reina Fabiola)

La distribución de las respuestas de los residentes de ambos centros de salud son similares: en ambos casos, porcentajes cercanos al 50 % de las respuestas se ubican en los valores bajos, seguidos de los intermedios. Sólo el 17 % de las respuestas de los residentes estatales y el 13 % de los privados, valoran como alta su capacidad para el manejo de los síntomas en enfermos con cáncer diseminado o sida.

CUADRO 1

Valores	Residentes estatales		Residentes privados	
	Nº	%	Nº	%
Bajos (1 – 3)	175	51 %	151	53 %
(1 – 2)	100	29 %	85	30 %
(3)	75	22 %	66	23 %
Medios (4 – 5)	112	32 %	94	34 %
(4)	54	15 %	53	19 %
(5)	58	17 %	41	15 %
Altos (6 – 7)	57	17 %	35	13 %
(6)	46	13 %	25	9 %
(7)	11	4 %	10	4 %
Totales	344	100 %	280	100 %

La Tabla es de elaboración propia

Calificación de la preparación recibida por áreas de residencia

De acuerdo a los datos presentados en la Tabla 14, se observa que:

a) Respuestas de los residentes del Hospital San Roque

- En 100 casos (29 % del total de 344 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “deficiente”. Fueron 58 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 42 por médicos que asisten al área quirúrgica.
- En 75 casos (22 %) los médicos consideraron que la formación recibida es “insuficiente”. Fueron 39 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 36 por médicos que asisten al área quirúrgica.
- En 54 casos (16 %) los médicos consideraron que la formación recibida es “regular”. Fueron 25 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 29 por médicos que asisten al área quirúrgica.

TABLA 14

Calificación de la preparación recibida por áreas de residencia por médicos de ambos centros de salud

Cifras absolutas y relativas

Calificación de la preparación por área de residencia		Frecuencias Obtenidas			
		Hos. San Roque		Clí. Reina Fabiola	
		N	%	N	%
1 - 2 Deficiente	Área Médica	58	17 %	52	20 %
	Área Quirúrgica	42	13 %	11	4 %
	Área Diagnóstica	-	-	22	8 %
	Total	100	33 %	85	32 %
3 Insuficiente	Área Médica	39	11 %	42	15 %
	Área Quirúrgica	36	10 %	15	5 %
	Área Diagnóstica	-	-	9	3 %
	Total	75	22 %	66	13 %
4 Regular	Área Médica	25	7 %	45	17 %
	Área Quirúrgica	29	8 %	4	1 %
	Área Diagnóstica	-	-	4	1 %
	Total	54	15 %	53	19 %
5 Más que regular	Área Médica	17	5 %	31	11 %
	Área Quirúrgica	41	12 %	4	1 %
	Área Diagnóstica	-	-	6	2 %
	Total	58	17 %	41	14 %
6 Bueno	Área Médica	31	9 %	18	6 %
	Área Quirúrgica	15	4 %	5	2 %
	Área Diagnóstica	-	-	2	0.7 %
	Total	46	13 %	25	8.7 %
7 Muy bueno	Área Médica	4	1 %	9	3 %
	Área Quirúrgica	7	3 %	-	-
	Área Diagnóstica	-	-	1	0.3 %
	Total	11	4 %	10	3.3 %
Total General		344	100 %	280	100 %

La Tabla es de elaboración propia

- En 58 casos (17 %) los médicos consideraron que la formación recibida es “más que regular”. Fueron 17 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 41 por médicos que asisten al área quirúrgica.
- En 46 casos (13 %) los médicos consideraron que la formación recibida es “buena”. Fueron 31 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 15 por médicos que asisten al área quirúrgica.

- En 11 casos (3 %) los médicos consideraron que la formación recibida es “muy buena”. Fueron 4 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 7 por médicos que asisten al área quirúrgica.

Para este grupo de residentes, el modo de distribución de la variable se encuentra en 1-2: deficiente y la mediana en el valor 3: insuficiente – área médica.

b) Respuestas de los residentes de la Clínica Reina Fabiola

- En 85 casos (30 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “deficiente”. Fueron 52 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 11 por médicos que asisten al área quirúrgica y 22 asisten al área diagnóstica.
- En 66 casos (24 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “insuficiente”. Fueron 42 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 15 por médicos que asisten al área quirúrgica y 9 asisten al área diagnóstica.
- En 53 casos (19 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “regular”. Fueron 45 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 4 por médicos que asisten al área quirúrgica y 4 asisten al área diagnóstica.
- En 41 casos (19 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “más que regular”. Fueron 31 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 4 por médicos que asisten al área quirúrgica y 6 asisten al área diagnóstica.

- En 25 casos (9 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “buena”. Fueron 18 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna y 5 por médicos que asisten al área quirúrgica y 2 asisten al área diagnóstica.
- En 10 casos (4 % del total de 280 respuestas) los médicos consideraron que la formación recibida es “muy buena”. Fueron 9 las respuestas emitidas por médicos que están en el área medicina interna; ninguna respuesta de médicos del área quirúrgica y 1 asisten al área diagnóstica.

El modo de la distribución de la variable se encuentra, por áreas de residencia de los médicos”, en “1 – 2 = deficiente” y la mediana, se encuentra en el valor “3 = insuficiente – área quirúrgica”

Conocimiento de la fisiopatología de síntomas de cáncer diseminado

En la **Pregunta 8** los encuestados debían calificar en una escala de 1 a 7 sus conocimientos, de la fisiopatología de ocho tipos de síntomas frecuentes de encontrar en enfermos con cáncer diseminado. Los resultados referidos al Hospital San Roque se presentan en la Tabla 15 y a la Clínica Reina Fabiola en la Tabla 16.

El modo de la distribución, se encuentra en el valor “5 – más que regular”. La mediana, se encuentra en el valor “4 = regular”.

El conocimiento de la fisiopatología de la angustia, depresión y delirio es notoriamente inferior.

TABLA 15

Valoración de los residentes del Hospital San Roque, sobre sus conocimientos de la fisiopatología de síntomas frecuentes en cáncer diseminado

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Hospital San Roque						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Tipo de Dolor	Médica	1 1 %	3 5 %	5 7 %	8 11 %	1 2 %	2 10 %	20 6 %
	Quirúrgica	2 4 %	5 8 %	4 6 %	8 11 %	4 7 %	-	23 6.5 %
	T o t a l	3 5 %	8 13 %	9 13 %	16 22 %	5 9 %	2 10 %	43
Caquexia	Médica	1 1 %	3 5 %	3 4 %	4 5 %	8 14 %	1 5 %	20 6 %
	Quirúrgica	4 7 %	6 9 %	4 6 %	4 5 %	3 6 %	2 10 %	23 6.5 %
	T o t a l	5 8 %	9 14 %	7 10 %	8 10 %	11 20 %	3 15 %	43 12.5
Astenia	Médica	1 1 %	3 5 %	6 8 %	6 8 %	3 6 %	1 5 %	20 6 %
	Quirúrgica	5 8 %	6 9 %	4 6 %	5 7 %	3 6 %	-	23 6.5 %
	T o t a l	6 10 %	9 14 %	10 14 %	11 15 %	6 12 %	1 5 %	43 12.5
Nauseas	Médica	-	3 5 %	4 6 %	8 10 %	4 7 %	1 5 %	20 6 %
	Quirúrgica	2 4 %	2 3 %	5 7 %	9 12 %	5 9 %	-	23 6.5 %
	T o t a l	2 4 %	5 8 %	9 13 %	17 22 %	9 17 %	1 5 %	43 12.5
Constipación	Médica	-	2 3 %	3 4 %	7 10 %	7 13 %	1 5 %	20 6 %
	Quirúrgica	3 5 %	3 5 %	6 9 %	6 8 %	4 7 %	1 5 %	23 6.5 %
	T o t a l	3 5 %	5 8 %	9 13 %	13 18 %	11 20 %	2 10 %	43 12.5

Angustia	Médica	3 5 %	4 6 %	6 9 %	3 4 %	3 6 %	2 10 %	20 6 %
	Quirúrgica	8 13 %	5 8 %	3 4 %	1 1 %	2 4 %	3 15 %	23 6.5 %
	Total	11 18 %	9 14 %	9 13 %	4 5 %	5 10 %	5 25 %	43 12.5
Depresión	Médica	4 7 %	4 6 %	4 6 %	3 4 %	4 7 %	2 10 %	20 6 %
	Quirúrgica	8 13 %	7 11 %	2 3 %	-	2 4 %	3 15 %	23 6.5 %
	Total	12 20 %	11 17 %	6 14 %	3 4 %	6 12 %	5 25 %	43 12.5
Delirio	Médica	8 13 %	3 5 %	6 9 %	3 4 %	-	-	20 6 %
	Quirúrgica	10 17 %	4 6 %	7 10 %	1 1 %	1 2 %	-	23 6.5 %
	Total	18 30 %	7 11 %	13 19 %	4 5 %	1 2 %	-	43 12.5
Total general		60 100%	63 100%	72 100%	76 100%	54 100%	19 100%	344 100%

La Tabla es de elaboración propia

En la Tabla 16 se resumen los datos de los residentes de la Clínica Reina Fabiola.

El modo de la distribución, es decir el valor de la variable en que se encuentra la mayor frecuencia, se encuentra en el valor “1 – 2 = deficiente”, de la distribución de la variable valoración. La mediana (valor de la variable que deja por debajo y por encima de él, la misma cantidad de casos), se encuentra en el “valor 3 = insuficiente”.

Coincidentemente con el otro grupo de residentes, el conocimiento de la fisiopatología de la angustia, depresión y delirio es notoriamente inferior a otros síntomas.

TABLA 16

Valoración de los residentes de la Clínica Reina Fabiola, sobre su conocimiento de la fisiopatología de síntomas de cáncer diseminado
Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Clínica Reina Fabiola						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Tipo de Dolor	Médica	5 8 %	5 11 %	4 6 %	4 7 %	5 15 %	1 8 %	24 9 %
	Quirúrgica	2 3 %	1 2 %	1 1 %	-	1 3 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	-	1 2 %	4 6 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	7 11 %	7 15 %	9 13 %	6 9 %	6 18 %	1 8 %	35 12.5
Caquexia	Médica	6 10 %	2 4 %	5 7 %	6 11 %	4 12 %	1 8 %	24 9 %
	Quirúrgica	1 2 %	1 2 %	1 1 %	1 2 %	1 3 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	1 2 %	-	3 5 %	2 4 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	8 14 %	3 7 %	9 13 %	9 17 %	5 15 %	1 8 %	35 12.5
Astenia	Médica	7 11 %	4 9 %	4 6 %	4 7 %	3 9 %	2 16 %	24 9 %
	Quirúrgica	1 2 %	1 2 %	2 2 %	-	1 3 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	1 2 %	-	4 6 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	9 15 %	5 11 %	10 14 %	5 9 %	4 12 %	2 16 %	35 12.5
Nauseas	Médica	2 3 %	2 4 %	7 10 %	6 11 %	5 15 %	2 16 %	24 9 %
	Quirúrgica	-	2 4 %	2 2 %	-	1 3 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	-	1 2 %	3 5 %	2 4 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	2 3 %	5 11 %	12 17 %	8 15 %	6 18 %	2 16 %	35 12.5
Constipación	Médica	3 5 %	2 4 %	6 9 %	6 10 %	4 12 %	3 23 %	24 9 %
	Quirúrgica	-	2 4 %	1 1 %	1 2 %	1 3 %	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	-	-	3 5 %	3 5 %	-	-	6 2 %
	T o t a l	3 5 %	4 9 %	10 14 %	10 17 %	5 15 %	3 23 %	35 12.5

Angustia	Médica	7 11 %	5 11 %	2 2 %	6 10 %	3 9 %	1 8 %	24 9 %
	Quirúrgica	2 3 %	2 4 %	-	-	1 3 %	-	5% 1.5 %
	Diagnóstico	1 2 %	-	3 5 %	2 4 %	-	-	6 2 %
	Total	10 11 %	7 15 %	5 7 %	8 15 %	4 12 %	1 8 %	35 12.5
Depresión	Médica	6 7 %	6 13 %	4 6 %	4 7 %	2 6 %	2 16 %	24 9 %
	Quirúrgica	3 3 %	-	1 1 %	-	1 3 %	-	5% 1.5 %
	Diagnóstico	1 1 %	1 2 %	3 5 %	1 2 %	-	-	6 2 %
	Total	10 16 %	7 15 %	8 12 %	5 9 %	3 9 %	2 16 %	35 12.5
Delirio	Médica	9 14 %	5 11 %	4 6 %	4 7 %	1 3 %	1 8 %	24 9 %
	Quirúrgica	3 5 %	2 4 %	-	-	-	-	5 1.5 %
	Diagnóstico	1 2 %	1 2 %	2 2 %	2 4 %	-	-	6 2 %
	Total	13 21 %	8 17 %	6 8 %	6 11 %	1 3 %	1 8 %	35 12.5
Total general		62 100%	46 100%	69 100%	56 100%	34 100%	13 100%	280 100%

La Tabla es de elaboración propia

Grado de conocimiento de la farmacología clínica

En la Pregunta 9 los encuestados debían calificar en una escala de 1 a 7 su conocimiento de la farmacología clínica de los siguientes fármacos frecuentes de utilizar en enfermos de cáncer diseminado: opioides; antidepresivos; antinauseosos y ansiolíticos.

Las respuestas de los residentes del **Hospital San Roque** se presentan en la Tabla 17 y de los residentes de la Clínica Reina Fabiola en la Tabla 18).

El total de respuestas brindada por los 43 residentes del Hospital San Roque es de 172 (43 X 4 síntomas). Dicho total se distribuye heterogéneamente en las distintas valoraciones del conocimiento de la farmacología clínica (escala de 1 a 7) (ver totales generales de la Tabla 17).

TABLA 17

Distribución de la autovaloración sobre el grado de conocimiento de la farmacología clínica por parte los residentes del Hospital San Roque

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Hospital San Roque						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Opioides	Médica	3 11 %	5 15 %	2 5 %	8 21 %	2 10 %	-	20 6 %
	Quirúrgica	2 8 %	4 12 %	5 12 %	9 23 %	-	3 27 %	23 6.5 %
	Total	5 19 %	9 27 %	7 17 %	17 44 %	2 10 %	3 27 %	43 12,5
Antidepresivos	Médica	6 23 %	5 15 %	7 17 %	2 5 %	-	-	20 6 %
	Quirúrgica	9 35 %	4 12 %	7 17 %	3 7 %	-	-	23 6.5 %
	Total	15 58 %	9 27 %	14 34 %	5 12 %	-	-	43 12,5
Antinauseosos	Médica	2 8 %	2 6 %	3 7 %	3 8 %	6 27 %	4 36 %	20 6 %
	Quirúrgica	1 3 %	1 3 %	7 17 %	9 23 %	4 18 %	1 9 %	23 6.5 %
	Total	3 11 %	3 9 %	10 24 %	12 31 %	10 45 %	5 45 %	43 12,5
Ansiolíticos	Médica	1 3 %	7 21 %	2 5 %	3 8 %	4 18 %	3 27 %	20 6 %
	Quirúrgica	2 8 %	5 15 %	8 19 %	2 5 %	6 27 %	-	23 6.5 %
	Total	3 11 %	12 36 %	10 24 %	5 13 %	10 45 %	3 27 %	43 12,5
Total general		26 100%	33 100%	41 100%	39 100%	22 100%	11 100%	172 100%

La Tabla es de elaboración propia

El total de respuestas brindada por los 35 residentes de la **Clínica Reina Fabiola** es de 140 (35 X 4 síntomas). Dicho total se distribuye heterogéneamente en las distintas valoraciones del conocimiento de la farmacología clínica (escala de 1 a 7) (ver totales generales de la Tabla 18).

TABLA 18

Distribución de los residentes de la Clínica Reina Fabiola, de la autovaloración del grado de conocimientos de la farmacología clínica
Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Clínica Reina Fabiola						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Opioides	Médica	3 9%	5 14%	8 19%	4 27%	4 30%	-	24 17%
	Quirúrgica	1 3%	2 6%	2 5%	-	-	-	5 4%
	Diagnóstico	3 9%	2 6%	1 3%	-	-	-	6 4%
	T o t a l	7 21%	9 26%	11 27%	4 27%	4 30%	-	35 25%
Antidepresivos	Médica	7 21%	10 28%	5 13%	1 7%	1 8%	-	24 17%
	Quirúrgica	2 6%	2 6%	1 3%	-	-	-	5 4%
	Diagnóstico	4 11%	1 3%	1 3%	-	-	-	6 4%
	T o t a l	13 38%	13 37%	7 19%	1 7%	1 8%	-	35 25%
Antinauseosos	Médica	3 9%	3 8%	8 19%	4 27%	3 23%	3 100	24 17%
	Quirúrgica	-	1 3%	1 3%	2 12%	1 8%	-	5 4%
	Diagnóstico	1 3%	1 3%	2 5%	1 6%	1 8%	-	6 4%
	T o t a l	4 12%	5 14%	11 27%	7 45%	5 39%	3 100	35 25%
Ansiolíticos	Médica	8 23%	5 14%	6 14%	2 14%	3 23%	-	24 17%
	Quirúrgica	-	2 6%	2 5%	1 7%	-	-	5 4%
	Diagnóstico	2 6%	1 3%	3 8%	-	-	-	6 4%
	T o t a l	10 29%	8 23%	11 27%	3 21%	3 23%	-	35 25%
T o t a l g e n e r a l		34 100%	35 100%	40 100%	15 100%	13 100%	3 100%	140 100%

La Tabla es de elaboración propia

Capacidad para el manejo de situaciones relacionadas con enfermos incurables

La información sobre este tema está provista por las respuestas a la **Pregunta 10** del cuestionario, en la cual, los encuestados debían calificar en una escala de 1 a 7 su capacidad para el manejo de 5 situaciones con que el médico se enfrenta en relación a enfermos con enfermedades incurables y avanzadas. En la pregunta se dan 5 situaciones que se transcriben a continuación, ya que en las tablas de referencia, se presentan con las letras mayúsculas que encabeza cada situación.

- a) Comunicar el pronóstico al paciente incurable
- b) Comunicar un mal pronóstico a la familia del paciente incurable
- c) Dar órdenes de no resucitar
- d) Dar órdenes de suspender terapias fútiles
- e) Acompañar a la familia del paciente terminal

Las respuestas de los residentes del Hospital San Roque se presentan en la Tabla 19 y de los residentes de la Clínica Reina Fabiola en la Tabla 20.

El total de respuestas brindada por los 43 residentes del **Hospital San Roque** es de 215 (43 X 5 síntomas). Dicho total se distribuye heterogéneamente en las distintas valoraciones de la capacidad para el manejo de situaciones relacionadas con enfermos incurables (escala de 1 a 7) (ver totales generales de la Tabla 19).

El ordenamiento decreciente de los totales generales obtenidos en cada uno de los valores de la escala es el siguiente: 44 de las 215 respuestas (21 %) se ubicaron en el valor “6 – bueno”; 40 (19 %) en el valor “5 – más que regular”; 39 (18 %) en la categoría “1 – 2 – deficiente”;

32 (15 %) en “4 – regular”; 29 (13 %) en la categoría “3 – insuficiente” y 31 (14 %) en la categoría “7 - muy bueno”.

TABLA 19

Valoración de los residentes del Hospital San Roque, sobre su capacidad para el manejo de situaciones relacionadas con enfermos incurables

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Hospital San Roque						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Situación A	Médica	2	3	-	5	6	4	20
	Quirúrgica	2	2	5	6	5	3	23
	Total	4 10%	5 15%	5 19%	11 28%	11 25%	7 22%	43 20%
Situación B	Médica	3	1	-	5	7	4	20
	Quirúrgica	2	2	6	4	5	4	23
	Total	5 13%	3 9%	6 22%	9 23%	12 27%	8 25%	43 20%
Situación C	Médica	2	4	3	3	5	3	20
	Quirúrgica	7	4	2	3	3	4	23
	Total	9 23%	8 24%	5 19%	6 15%	8 18%	7 22%	43 20%
Situación D	Médica	2	6	2	4	3	3	20
	Quirúrgica	9	2	2	3	4	3	23
	Total	11 28%	8 24%	4 14%	7 17%	7 16%	6 19%	43 20%
Situación E	Médica	3	3	3	4	4	3	20
	Quirúrgica	7	6	4	3	2	1	23
	Total	10 26%	9 27%	7 25%	7 17%	6 14%	4 12%	43 20%
Total general		39 100%	33 100%	27 100%	40 100%	44 100%	32 100%	215 100%

La Tabla es de elaboración propia

Manejo de cada una de las situaciones relacionadas con el paciente incurable o moribundo, por parte de los residentes privados

El total de respuestas brindada por los 35 residentes de la **Clínica Reina Fabiola** es de 175 (35 X 5 situaciones). Dicho total se distribuye heterogéneamente en las distintas valoraciones de su capacidad para el manejo de 5 situaciones previstas en la **pregunta 10** con que el médico se enfrenta en relación a enfermos con enfermedades incurables y avanzadas (escala de 1 a 7) (ver totales generales de la Tabla 20).

TABLA 20

Valoración de los residentes de de la Clínica Reina Fabiola, sobre su capacidad para el manejo de situaciones relacionadas con enfermos incurables

Cifras absolutas y relativas

Síntomas	Área de Residencia	Clínica Reina Fabiola						
		Valoración del conocimiento						
		1 – 2	3	4	5	6	7	Total
Situación A	Médica	8	3	4	9	1		24
	Quirúrgica	-	2	-	-	3	-	5
	Diagnóstico	2	1	1	-	2	-	6
	T o t a l	10 20%	6 22%	5 19%	9 26%	6 20%		35 25%
Situación B	Médica	4	4	5	8	1	1	24
	Quirúrgica	-	2	-		3	-	5
	Diagnóstico	2	1	1	-	2	-	6
	T o t a l	6 12%	7 26%	6 23%	8 23%	6 20%	1 12%	35 25%
Situación C	Médica	7	4	4	5	4	-	24
	Quirúrgica	2	-	1	1	1	-	5
	Diagnóstico	5	1	-	-	-	-	6
	T o t a l	14 29%	5 19%	5 19%	6 17%	5 17%	-	35 25%

Situación D	Médica	8	4	3	3	5	1	24
	Quirúrgica	2	-	-	2	1	-	5
	Diagnóstico	5	1	-	-	-	-	6
	T o t a l	15 35%	5 19%	3 12%	5 14%	6 20%	1 13%	35 25%
Situación E	Médica	2	2	4	5	6	5	24
	Quirúrgica	-	-	1	2	1	1	5
	Diagnóstico	2	2	2	-	-	-	6
	T o t a l	4 8%	4 14%	7 27%	7 20%	7 23%	6 75%	35 25%
T o t a l g e n e r a l		49 100%	27 100%	26 100%	35 100%	30 100%	8 100%	175 100

La Tabla es de elaboración propia

Comparación de los totales generales de las respuestas de los residentes de ambos centros de salud (tablas 19 y 20)

El total de respuestas brindada por los 43 residentes del **Hospital San Roque** es de 215 (43 X 5 síntomas) y el total de respuestas brindada por los 35 residentes de la **Clínica Reina Fabiola** es de 175 (35 X 5 situaciones). Dichos totales se distribuyen en las distintas valoraciones de la escala de 1 a 7, en relación a la variable: capacidad para el manejo de las 5 situaciones relacionadas con enfermos incurables, de acuerdo a las cifras que se presentan en el siguiente cuadro para ambos centros de salud

CUADRO 2

Valores	Residentes estatales		Residentes privados	
	Nº	%	Nº	%
Bajos (1 – 3)	68	31 %	76	44 %
(1 – 2)	39	18 %	49	29 %
(3)	29	13 %	27	15 %
Medios (4 – 5)	72	34 %	58	33 %
(4)	32	15 %	26	15 %
(5)	40	19 %	32	18 %
Altos (6 – 7)	75	35 %	41	23 %
(6)	44	21 %	32	18 %
(7)	31	14 %	9	5 %
Totales	215	100 %	175	100 %

Estos resultados nos están mostrando una mayor valoración de los residentes estatales de su capacidad en el manejo del conjunto de las 5 situaciones alternativas planteadas en relación al enfermo incurable, con las que los médicos pueden enfrentarse en el ejercicio profesional.

Para visualizar los resultados en el manejo de las 5 situaciones y comparar a los dos grupos de residentes, se presenta el siguiente cuadro.

CUADRO 3

Situaciones		Valores bajos (1 a 3)	Valores medios (4 a 5)	Valores altos (6 a 7)
Manejo de la Situación A	Estatales	21%	37%	41%
	Privados	46%	37%	17%
Manejo de la Situación B	Estatales	19%	35%	46%
	Privados	37%	34%	29%
Manejo de la Situación C	Estatales	35%	30%	35%
	Privados	55%	31%	14%
Manejo de la Situación D	Estatales	44%	28%	28%
	Privados	57%	22%	21%
Manejo de la Situación E	Estatales	38%	38%	24%
	Privados	22%	40%	37%

Formación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de los pacientes

Para valorar la preparación profesional, afectiva y espiritual de los residentes para enfrentar la muerte de los pacientes que atienden, los encuestados debían calificar en la **Pregunta 11** una escala de 1 a 7. Los resultados se presentan en la Tabla 21.

El conjunto de los 78 residentes, valoraron su formación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de sus pacientes, en la escala de 1 a 7 propuesta en el cuestionario, de la siguiente manera: 25 de los 78 residentes (32 %) ubicaron el nivel de su preparación en la categoría “5 - “más que regular”; 16 (20 %) residentes los ubicaron en la categoría “6 – bueno”; 13 residentes (17 %) los ubicaron en la categoría “4 – regular”; 9 residentes (11 %) en la categoría “3 – insuficiente”: 8 residentes (10 %) los ubicaron en la categoría “7 – muy bueno” y 5 (6 %) en la categoría “1 – 2 “ deficiente”.

Si ahora nos concentramos en la distribución de las respuestas de los residentes de cada uno de los centros de salud, podemos apreciar que:

- las respuestas de los residentes del **hospital estatal** se distribuyeron en los distintos valores de la variable “valoración de la formación integral para enfrentar la muerte de los pacientes” del siguiente modo: 11 residentes (25 %) de los 43, ubicaron sus conocimientos en la categoría “4 – regular”; 9 de (21 %) ubicaron el nivel de sus conocimientos en la categoría “5 - “más que regular”; 9 (21 %) en la categoría “6 – bueno”; 8 residentes (19 %) en la categoría “3 – insuficiente”; 4 residentes (10 %) los ubicaron en la categoría “7 – muy bueno” y 2 (4 %) en la categoría “1 – 2 “ deficiente”.

TABLA 21

Valoración de los residentes de ambos centros de salud, sobre su formación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de sus pacientes

Cifras absolutas y relativas

Valoración	Área de Residencia	Valoración de su formación					
		Hospital San Roque		Clínica Reina Fabiola		Total	
		N	%	N	%	N	%
1 - 2	Médica	1	2%	1	3%	2	3%
	Quirúrgica	1	2%	-	-	1	1%
	Diagnóstico	-	-	2	6%	2	3%
	T o t a l	2	4%	3	9%	5	6%
3	Médica	3	7%	2	6%	5	6%
	Quirúrgica	5	14%	-	-	5	6%
	Diagnóstico	-	-	1	3%	1	3%
	T o t a l	8	19%	3	9%	11	14%
4	Médica	4	10%	-	-	4	5%
	Quirúrgica	7	17%	1	3%	8	10%
	Diagnóstico	-	-	1	3%	1	1%
	T o t a l	11	25%	2	5%	13	17%
5	Médica	4	10%	12	34%	16	20%
	Quirúrgica	5	14%	2	6%	7	9%
	Diagnóstico	-	-	2	6%	2	3%
	T o t a l	9	21%	16	46%	25	33%
6	Médica	4	10%	6	17%	10	13%
	Quirúrgica	5	14%	1	3%	6	8%
	Diagnóstico	-	-	-	-	-	-
	T o t a l	9	21%	7	20%	16	20%
7	Médica	4	10%	3	9%	7	9%
	Quirúrgica	-	-	1	3%	1	1%
	Diagnóstico	-	-	-	-	-	-
	T o t a l	4	10%	4	11%	8	10%
Total general		43	100%	35	100%	78	100%

La Tabla es de elaboración propia

- las respuestas de los residentes del **hospital privado** se distribuyeron del siguiente modo: 16 de los 35 residentes (46 %) ubicaron el nivel de sus conocimientos en la categoría “5 - “más que regular”; 7 (20 %) residentes los ubicaron en la categoría “6 – bueno”; 4 residentes (12 %) los ubicaron en la categoría “7 – muy bueno”; 3 (9 %) en la categoría “1 – 2 “ deficiente”; 3 residentes (9

%) en la categoría “3 – insuficiente”; 2 residentes (6 %) los ubicaron en la categoría “4 – regular”.

En síntesis, los residentes de ambos centros de salud, ubicaron sus conocimientos en posiciones intermedias dentro de la escala como son “regular”, “más que regular” y “bueno”. Se destaca la alta concentración de respuestas en la categoría “5 - “más que regular” (46 %) entre los residentes de la Clínica Reina Fabiola.

En la Pregunta 11 los encuestados debían calificar en una escala de 1 a 7 su preparación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de los pacientes que atienden. Para comparar los resultados confeccionamos el siguiente cuadro:

CUADRO 4

Valores	Residentes estatales		Residentes privados		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajos (1 – 3)	10	23 %	6	18 %	16	20 %
(1 – 2)	2	4 %	3	9 %	5	6 %
(3)	8	19 %	3	9 %	11	14 %
Medios (4 – 5)	20	46 %	18	51 %	38	50 %
(4)	11	25 %	2	5 %	13	17 %
(5)	9	21 %	16	46 %	25	33 %
Altos (6 – 7)	13	31 %	11	31 %	24	30 %
(6)	9	21 %	7	20 %	16	20 %
(7)	4	10 %	4	11 %	8	10 %
Totales	43	100 %	35	100 %	78	100 %

En conclusión, una amplia mayoría constituida por el 80 % del total de las respuestas valoraron su formación en los aspectos que estamos analizando como intermedios y altos. El modo de la distribución se encuentra en “5 - más que regular” y la mediana en la categoría “6 – bueno”.

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

En la Pregunta 12 se pide a los encuestados una opinión acerca de la importancia del trabajo en equipo en la atención de pacientes en etapa terminal. Es casi unánime la opinión de los médicos residentes consultados, acerca de que el trabajo en equipo es muy importante, por ello no hemos elaborado una tabla con los datos obtenidos. Podemos apreciar que de los 43 residentes del Hospital San Roque 40 (93 %) contestaron que es muy importante y 3 (7 %) que es importante; y de los 35 residentes de la Clínica Reina Fabiola, 33 (94 %) respondieron que es muy importante y los 2 (6 %) restantes que es importante el trabajo en equipo para la atención de pacientes terminales.

Conformación de los equipos de salud

En la Pregunta 13 se pide a los encuestados su opinión sobre la conformación del equipo para trabajar en la atención de pacientes con enfermedad crónica y avanzada. Los resultados obtenidos en los dos centros de salud estudiados se presentan en la Tabla 22.

TABLA 22

Opinión de los residentes de ambos centros de salud, sobre tipo de profesionales que deberían integrar los equipos para la atención de pacientes con enfermedad crónica y avanzada

Cifras absolutas y relativas

	Hospital San Roque			Clínica Reina Fabiola		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Enfermeros	41 95%	2 5%	43 100%	32 91%	3 9%	35 100%
Psicólogos	37 86%	6 14%	43 100%	32 91%	3 14%	35 100%
Psiquiatras	38 88%	5 12%	43 100%	25 71%	10 29%	35 100%
Nutricionistas	35 81%	8 19%	43 100%	26 74%	9 26%	35 100%
Bioquímicos	20 46%	23 54%	43 100%	20 57%	15 43%	35 100%
Oncólogos	39 91%	4 9%	43 100%	33 94%	2 6%	35 100%
Trabajadores Sociales	31 72%	12 28%	43 100%	21 60%	14 40%	35 100%
Kinesiólogos	31 72%	12 28%	43 100%	25 71%	10 29%	35 100%

Inclusión de cuidados paliativos en la formación de grado

En la **Pregunta 14** se requirió en primer lugar, la opinión de los residentes sobre la importancia de incluir la formación en Cuidados Paliativos entre los contenidos de la carrera de Medicina. En la Tabla 23 se presentan los resultados, de acuerdo a la universidad de origen de los médicos residentes.

Si analizamos los totales generales de la Tabla 23 en sentido horizontal podemos apreciar que del total de 78 residentes: 44 dijeron que la inclusión de la formación en cuidados paliativos es importante (56 %), 27 que es muy importante (35 %) y 7 que la importancia es regular (9 %).

TABLA 23

Opinión de los residentes de ambos sexos, de los centros de salud público y privado, sobre inclusión de cuidados paliativos en formación de grado
Cifras absolutas y relativas

Univ. y año de egreso	Formación de Grado								
	U. N. C.	M. IM	%	IMP.	%	REG	%	Total	%
1995	1	4%	-	-	-	-	-	1	1%
2001 - 2003	2	8%	3	7%	-	-	-	5	6%
2004 - 2006	8	29%	9	21%	1	14%	-	18	23%
2007 - 2009	8	29%	20	45%	4	57%	-	32	42%
Total	19	70%	32	73%	5	71%		56	72%
U.C.C	M. IM	%	IMP.	%	REG	%	Total	%	
2004 - 2006	-	-	1	2%	-	-	1	1%	
2007 - 2009	6	22%	8	18%	2	29%	16	21%	
Otras Univ.	2	8%	3	7%	-	-	5	6%	
Total	8	30%	12	27%	2	29%	22	28%	
Total Gral.	27	100%	44	100%	7	100%	78	100%	

La Tabla es de elaboración propia

Inclusión de cuidados paliativos en la formación de posgrado

En la Pregunta 14 se requirió en segundo lugar, la opinión de los residentes sobre la importancia de incluir en el futuro la formación en Cuidados Paliativos en los estudios de post- grado de la carrera de Medicina. En la Tabla 24 se presentan los resultados, de acuerdo al centro de salud en que los médicos están cursando la residencia.

TABLA 24

Opinión de los residentes de ambos sexos, de los centros de salud público y privado, sobre inclusión de cuidados paliativos en formación de posgrado

Cifras absolutas y relativas

Univ. y año de egreso	Formación de Post Grado							
Residentes del Hospital San Roque de ambos sexos								
	M. IM	%	IMP.	%	REG	%	Total	%
U. N. C.								
1995	1	2%	-	-	-	-	1	1%
2001 - 2003	4	8%	1	4%	-	-	5	6%
2004 - 2006	10	20%	5	21%	-	-	17	22%
2007 - 2009	14	27%	5	21%	2	67%	19	24%
U.C.C								
2006	-	-	1	4%	-	-	1	1%
Total	29	57%	12	50%	2	67%	43	55%
Residentes de la Clínica Reina Fabiola de ambos sexos								
	M. IM	%	IMP.	%	REG	%	Total	%
U. N. C.								
2004 - 2006	2	4%	1	4%	-	-	3	4%
2007 - 2009	7	14%	4	17%	-	-	11	14%
U.C.C								
2004 - 2006	1	2%	-	-	-	-	1	1%
2007 - 2009	10	20%	4	17%	1	33%	15	19%
Otras Univ.	2	3%	3	12%	-	-	5	7%
Total	22	43%	12	50%	1	33%	35	45%
Total Gral.	51	100%	24	100%	3	100%	78	100%

La Tabla es de elaboración propia

Si analizamos los totales generales de la Tabla 24 en sentido horizontal podemos apreciar que del total de 78 residentes: 51 dijeron que la inclusión de la formación en cuidados paliativos es muy importante (65 %), 24 que es importante (31 %) y 3 que la importancia es regular (4 %).

Formas de inclusión en los estudios de medicina, del control de síntomas y cuidados paliativos de los pacientes terminales

En la **Pregunta 15** se requirió la opinión de los residentes sobre la ubicación y modalidad de la formación de los médicos en temas relativos a control de síntomas y cuidados paliativos de los pacientes terminales. Las alternativas brindadas fueron: a) un módulo o curso específico o b) contenidos entregados en capítulos del currículo clásico.

Las respuestas se resumen en la siguiente Tabla 25, en la que se puede observar que 46 de los 78 residentes encuestados (59 %) consideró como válida la primera alternativa brindada, es decir, que sugirió la inclusión de dichos contenidos en un módulo o curso específico, mientras que 32 de los 78 residentes (41 %) considera que se pueden incluir capítulos en el currículo clásico.

TABLA 25

Opinión de los residentes por tipo de institución (pública – privada) a la que asisten, sobre dónde ubicar la formación en cuidados paliativos

Cifras absolutas y relativas

Ubicación de la Especialidad	Hospital San Roque		Clínica Reina Fabiola		Total General	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
En un módulo o curso específico	23	53%	23	66%	46	59%
En capítulos del currículo clásico	20	47%	12	34%	32	41%
Total	43	100%	35	100%	78	100%

La Tabla es de elaboración propia

Asignaturas que incluyen conocimientos sobre sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal

En la **Pregunta 16** se solicitó a los residentes que seleccionaran las materias, de una lista propuesta, recibieron clases sobre sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal, los resultados se presentan en la Tabla 26. Debe tenerse en cuenta que cada residente pudo marcar hasta 9 opciones. El promedio de respuestas brindadas por cada entrevistado es de dos (165 / 78).

Las materias propuestas en el cuestionario fueron: Bioética, Antropología, Psiquiatría, Oncología, Teología, Psicología Médica, Medicina Interna, Cirugía. Se podía mencionar otra materia diferente a las enumeradas o contestar que no recibieron esos contenidos en ninguna asignatura.

TABLA 26

Respuestas de los residentes de ambos centros de salud sobre las materias en que recibieron formación sobre sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal.

Cifras absolutas

Univ.	Materias										Total
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
UNC	43 77%	16 61%	17 68%	1 50%	1 12%	23 67%	9 78%	1 100	1 50%	2 100	114 70%
U.C.C y Otras Univ.	13 24%	10 39%	8 48%	1 50%	7 88%	11 47%	-	-	1 100	-	51% 30%
Total	56 100%	26 100%	25 100%	2 100%	8 100%	34 100%	9 100%	1 100%	3 100%	2 100%	165 100%

La Tabla es de elaboración propia

En la Tabla 26 se presentan, a modo de referencia, letras mayúsculas que sustituyen las denominaciones de las materias enumeradas de acuerdo al siguiente detalle:

- A - Bioética
- B - Antropología
- C - Psiquiatría
- D - Oncología
- E - Teología
- F - Psicología Médica
- G - Medicina Interna
- H - Cirugía
- I - Otras
- J - Ninguna

En su conjunto, los residentes consideraron que los contenidos referidos a sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal, están incluidos en todas las asignaturas enumeradas. La más mencionada de las fue asignatura Bioética (34 % de las respuestas - 56 / 165). Las restantes asignaturas se ordenaron del siguiente modo: Psicología Médica (21 % de las respuestas - 34 / 165); Antropología (16 % de las respuestas - 26 / 165); Psiquiatría (16 % de las respuestas (25 / 165); Medicina interna (5 % de las respuestas - 9 / 165); Teología (5 % de las respuestas - 8 / 165); Oncología (1 % de las respuestas - 2 / 165) y Cirugía (1 % de las respuestas - 1 / 165).

Dos respuestas se ubicaron en “ninguna” asignatura y una en “otra” asignatura.

Capítulo VI

Conclusiones

CONCLUSIONES

Formación de grado en Cuidados Paliativos y autovaloración del nivel de formación.

En relación a la existencia de cursos o clases que incluyeran los cuidados paliativos durante el cursado de la carrera, alrededor de un tercio de los entrevistados (27% - 21 / 78) expresaron que sí tuvieron cursos de formación de grado en cuidados paliativos, mientras que una amplia mayoría (73% - 57 / 78) expresaron que no.

No hubo diferencias significativas entre las dos Universidades.

Los que contestaron positivamente se recibieron en los años 2007 - 2009.

Analizada la autovaloración de la formación recibida, la mayoría (12 / 21) considera que la misma alcanza hasta el 25% de la requerida, siendo por lo tanto, insuficiente y escasa; y para 6 residentes alcanza el 50%.

Formación de post-grado en el manejo de pacientes moribundos.

Se indagó si alguna instancia docente durante sus actividades de post-grado está referida al manejo clínico de pacientes moribundos a lo que contestaron positivamente el 33% (24 / 78) de los residentes.

Analizada la autovaloración sobre la preparación alcanzada, la mitad (11 / 26) de los que la tuvieron consideran que sus conocimientos se ubican entre el 25% y el 50% de lo requerido, siendo escasa esta formación. Para 8 residentes sus conocimientos alcanzan hasta el 25%, siendo insuficiente. Sólo 5 residentes opinaron que su formación alcanza el 75% de lo requerido. No hubo diferencias significativas entre las instituciones formadoras.

Formación sobre aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte.

Más de la mitad (65% - 51 / 78) de los residentes manifestaron que sí habían tenido clases sobre esta temática mientras cursaban la carrera. Las materias más mencionadas fueron: Bioética, Psicología Médica, Antropología y Psiquiatría. Quienes cursaron su carrera en la Universidad Católica citaron además a Teología.

Sin embargo valoran como insuficiente la formación alcanzada en estos temas en relación a la que consideran la requerida para una eficiente práctica asistencial integral. Se trata del (88% - 45 /51) para quienes su formación llega al 25% de lo necesario.

Grado de capacitación alcanzado en el control de síntomas y de su fisiopatología.

Se analizaron las respuestas dadas a su autovaloración en el control de los síntomas más comunes en cáncer diseminado.

Los residentes valoraron sus conocimientos como “más que regular” y “bueno” el manejo de los síntomas biológicos (dolor, náuseas y constipación).

No hubo diferencias significativas entre el lugar de residencia y entre las distintas especialidades.

En cuanto al control de los síntomas psiquiátricos: angustia, depresión y delirio, consideraron su formación como “insuficiente” y “deficiente”. Igualmente ocurrió con los síntomas: anorexia y astenia, ambos con componentes emocionales observados en la mayoría de los pacientes terminales.

La distribución de las respuestas de los profesionales de ambos centros de salud son similares: en los dos grupos, porcentajes cercanos al 50% de las respuestas se ubican en valores bajos (“insuficiente” y

“deficiente”) y un poco más del 30% se ubican en valores medios (“regular” y “más que regular”).

En relación a la fisiopatología manifestaron tener mayor conocimiento de los síntomas: dolor, náuseas y constipación, calificándolos como de valor medio, o sea “regular” y “más que regular” y como “deficiente” el referido a los síntomas psiquiátricos antes mencionados.

Grado de conocimiento de la farmacología clínica

Se indagó el nivel de conocimiento de los fármacos que más frecuentemente se utilizan en el contexto de los cuidados paliativos como son los opioides, antinauseosos, ansiolíticos y antidepresivos.

Al comparar el total general de las respuestas se concluye: que los residentes estatales consideran sus conocimientos en el valor intermedio, entre “regular” y “más que regular”; los valores más altos se refieren a los opioides y antinauseosos.

Casi un tercio (10 / 35) de los residentes del centro privado consideró sus conocimientos del tema como “insuficiente” y “regular”. Los valores más bajos aluden a los antidepresivos y ansiolíticos.

En este grupo 6 residentes cursan la residencia en diagnóstico por imágenes y por lo tanto no realizan práctica asistencial.

Preparación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de los pacientes que atienden.

Se solicitó la autoevaluación sobre el manejo de distintas situaciones:

a) Comunicar pronóstico al paciente incurable.

Los residentes de la institución estatal consideran su preparación para hablar con el paciente sobre su pronóstico cuando éste no es

favorable, como “más que regular”, y “bueno”. Se trata del 84% o sea 36 médicos. Los residentes de la institución privada consideran su preparación como “deficiente” e “insuficiente” en el (46% - 16 / 35) de los casos.

b) Comunicar un mal pronóstico a la familia del paciente incurable.

En general los dos grupos manifestaron que se encuentran mejor preparados para comunicar un pronóstico desfavorable a la familia, antes que al paciente.

Los residentes del hospital estatal se sienten mejor preparados, evaluando su capacidad en valores altos, mientras que el otro grupo de residentes la ubican en valores medios.

c) Dar órdenes de no resucitar.

En términos generales evaluaron su capacidad para sostener órdenes de no resucitar, como deficiente e insuficiente. Las diferencias se dan en las valoraciones altas (“muy bueno”): siete residentes estatales dieron esta respuesta y ninguno del otro grupo.

d) Dar órdenes de suspender terapias fútiles.

Este tema al igual que el anterior pertenecen a uno de los grandes capítulos de la Bioética: el final de la vida y sus conflictos bioéticas. No existen diferencias significativas entre ambos grupos institucionales en tanto califican su formación como “deficiente”.

e) Acompañar a la familia del paciente terminal.

Del total de residentes estatales, 24 de ellos manifiestan no estar en condiciones de afrontar esta situación, valorando su formación entre “deficiente” y “regular”. Los residentes de la clínica privada la evalúan entre “regular” y “buena”, salvo el grupo de residentes de diagnóstico por imágenes que la califican de deficiente.

Lo observado indica que: evalúan mejor su formación en el manejo de síntomas, especialmente los biológicos, que la obtenida para enfrentar situaciones que tienen que ver con el manejo de la comunicación, dar malas noticias, acompañamiento al paciente y la familia y aquellas que habitualmente generan conflictos bioéticos. Es decir, el ejercicio de la profesión en sí mismo no los capacita para brindar una atención humanizada e integral.

Importancia del trabajo en equipo y conformación del mismo en la atención de pacientes con enfermedades incurables y avanzadas.

El trabajo en equipo es considerado en forma unánime como muy importante, (94% - 73 /78) o importante (6% - 5 /78) sin diferencias entre el lugar de residencia o área de residencia.

En cuanto a la conformación del equipo, consideran que debieran incluirse los siguientes profesionales: enfermeras (93%), oncólogos (92%), psicólogos (88%), psiquiatras (81%) y nutricionistas (78%).

No hay diferencias significativas en cuanto al tipo de residencia que cursan.

Importancia de la inclusión de los cuidados paliativos en la formación de grado y post-grado. Formas de inclusión.

En general (91%) consideran importante y/o muy importante su inclusión en los dos niveles de formación. En los estudios de grado, se consideró en primer lugar como importante, y en el post-grado como muy importante.

La mayoría considera que debiera darse en un módulo o curso específico en el post-grado (46 / 78).

Asignaturas que brindaron conocimientos sobre sufrimiento, muerte y atención de pacientes terminales.

El instrumento propuso una lista de asignaturas y se les pidió que seleccionaran aquellas en las que recibieron clases sobre sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal.

Las materias que más fueron seleccionadas son: Bioética, Psicología Médica, Antropología y Psiquiatría.

Egresados de la Universidad Católica de Córdoba incluyeron también a Teología.

Si bien la muestra estudiada, por sus dimensiones, no justifica la generalidad de los resultados, se conjetura que los obtenidos en este colectivo no son muy diferentes con respecto a la formación en Cuidados Paliativos y manejo integral de los pacientes con enfermedades incurables y avanzadas, de todos los residentes de Medicina de la ciudad de Córdoba.

Los resultados de esta muestra indican que la formación es escasa en el manejo clínico de situaciones que a menudo se presentan en los Comités Hospitalarios de Bioética por los conflictos de intereses entre paciente, familia y equipo.

Los residentes encuestados son concientes de la importancia y de la necesidad de la formación en cuidados paliativos y del trabajo en equipo.

Capítulo VII

Recomendaciones

RECOMENDACIONES

Los resultados de esta investigación tienen relevancia tanto para las autoridades sanitarias como las universitarias en relación a mejorar la formación y la práctica asistencial contribuyendo a brindar una atención integral que de respuesta a las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes con enfermedades crónicas, incurables y/o avanzadas.

Debido al envejecimiento poblacional, cada año habrá mayor número de personas enfermas que requerirán profesionales actualizados en el uso de protocolos clínicos para el apropiado control de síntomas y el uso racional de la analgesia.

Las Facultades de Medicina, Psicología, Enfermería y Trabajo Social, entre otras, deberían incorporar en sus planes de estudio, conocimientos, estrategias y habilidades que capaciten a sus alumnos para un manejo óptimo de los síntomas, para proporcionar información adecuada, para brindar soporte emocional y para el trabajo en equipo.

Y fundamentalmente que se cumpla el derecho de toda persona a una muerte con dignidad.

En tal sentido se recomienda:

- Incluir en forma sistemática los cuidados paliativos en las enseñanzas de grado y post-grado de las facultades de Medicina, a través de cursos y/o seminarios.
- Implementar en los programas de formación continua del equipo de salud, cursos y/o seminarios de cuidados paliativos en los distintos niveles de atención.
- Promocionar cambios en las estructuras asistenciales adecuadas a una atención más humanizada de los pacientes en el final de sus vidas.

- Promover el desarrollo de protocolos clínicos para el control de síntomas.
- Impulsar el acceso de los opioides para el control del dolor, no siempre al alcance de quienes lo necesitan.
- Promover la formación en cuidados paliativos en los distintos niveles: básico, intermedio y especializado de acuerdo a los requerimientos y necesidades de los profesionales de la salud.
- Implementar la formación de docentes especializados quienes estarán a cargo de la enseñanza a estudiantes y residentes.
- Proponer que la Ley Provincial 9021 se reglamente y se ponga en práctica.
- Continuar el proceso investigativo dentro de esta línea, ampliando la muestra a todos los residentes de Medicina de los hospitales estatales de la ciudad de Córdoba.

Capítulo VIII

Bibliografía

BIBLIOGRAFIA

1. COLAUTTI DE VERNA, Norma (1989) *El médico ante la muerte*. Trabajo presentado en las Jornadas de Investigación en Salud Mental. Ministerio de Salud, Córdoba. Ediciones Cincos
2. GÓMEZ SANCHO, Marcos (1998) *Medicina Paliativa: la respuesta a una necesidad*. España, Editorial ARAN
3. NERVI, Flavio y otros (2004). *Autoevaluación sobre formación en Medicina Paliativa en una cohorte de residentes*. Chile. Revista médica de Chile; Vol.132 N° 4.
4. MUTTO, Eduardo y otros (2007): *La enseñanza del cuidado de pacientes en estado terminal en Facultades de Medicina públicas y privadas de Argentina*. Revista Argentina de Educación Médica. Vol.1 N°1, Buenos Aires.
5. SCHAVELZON, José (2004) *Psicooncología, principios teóricos y praxis para el siglo XXI*. Buenos Aires. Editorial Letra Viva.
6. FONTI, Diego (2004) *Morir en la era de la técnica*. Córdoba, Editorial De la Universidad Católica de Córdoba.
7. GÓMEZ SANCHO, Marcos (2003) *Avances en cuidados paliativos*. Tomo III, España Editorial Grafos.
8. FOLEY Kathleen y GELBAND Hellen (2001) *Improving palliative care for cancer: summary and recommendations*. Washington, D.C. National Academy Press.
9. FIELD Marilyn y CASSEL Christine (1997) *Approaching death: improving care at the end of life*. Washington DC. National Academy Press.
10. BRETSCHER Mary (1997) *Understanding suffering: What palliative medicine teaches* Estados Unidos. Mayo Clinic Proceedings. Vol. 72.
11. NEGRO, Marcelo (2008) *La otra muerte: Psicoanálisis en Cuidados Paliativos*. Buenos Aires. Editorial Letra Viva.

12. AZULAY TAPIERO, Armando (2000) *Dilemas bioéticos en la situación de enfermedad terminal y en el proceso de la muerte*. Revista Medicina Paliativa Vol.7 N° 4.
13. MERMANN Alan (1991) *Learning to care for the dying: a Surrey of medical schools and a model course*. Acad. Med. Vol.6
14. REILLY Jo Marie, RING Jeffrey (2004) *An end of life curriculum: empowering the resident, patient, and family*. Journal Palliative Medicina. Vol 7 N° 1.
15. RHODES-KROPF Jennifer (2003) *Interns learning to care for dying patients*. Journal Palliative Medicina. Vol 6.
16. PEREIRA, José. BRUERA, Eduardo (1997) *Manual de Cuidados Paliativos de Edmonton*. Canadá.
17. WENK, Rubén (1998) *Dolor y cáncer*. Programa Argentino de la OMS para el control del por cáncer.
18. STJERNWARD, Jan En: BAYÉS, Ramón (1991) *SIDA y Psicología*. Barcelona, España, Editorial Martínez Roca.
19. PALAZZINI, Laura (1993) *La fundamentación personalista en Bioética*. Cuadernos de Bioética. España, Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Vol 4 N° 14.
20. CENTENO, Carlos. y otros: *Bioética en situación terminal de enfermedad*. En: Bioética y Salud Mental. Editorial Akadia.
21. GONZÁLEZ BARÓN, Manuel (2007) *Tratado de Medicina Paliativa*. Editorial Médica Panamericana.
22. GONZÁLEZ BARÓN, Manuel op. cit.
23. DE LIMA, Liliana y BRUERA, Eduardo (2000) *The Pan American Health Organization: Its structure and role in the envelopment of a palliative care program for Latin America and the Caribbean*. Journal of pain and simpton Management. Vol.20 N°6.
24. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Contenidos básicos y carga horaria mínima de todas las carreras de Medicina (Anexo 1)

25. ONESCHUK, Doreen y otros (2000) *An International Survey of undergrade medical education in palliative medicine*. Journal pain sympton manage. Vol. 20.
26. DOYLE, Derek (2010) *Oxford Textbook Of Palliative Medicine: the first 18 years of a new sub-speciality of general medicine*. Londres, Oxford University Press.
27. ELSNER Frank (2010) *El desarrollo de la especialidad Medicina Paliativa*. Revista Medicina Paliativa. SECPAL España Vol.17 N°2.
28. ELSNER Frank y otros (2010) *Recomendaciones de la EAPC para el desarrollo de la especialidad en medicina paliativa*. Revista Medicina Paliativa. SECPAL España Vol.17 N°2.
29. AZULAY TAPIERO, Armando: op.cit.
30. OMS Consulta en la World Wide Web: <http://www.who.int>
31. NEGRO, Marcelo.: op. cit.
32. AZULAY TAPIERO, Armando: op. cit.
33. SAUNDERS Cecily (1980) *Cuidados de la enfermedad maligna terminal*. Barcelona. Editorial Salvat.
34. AZULAY TAPIERO, Armando: op.cit.
35. KUBLER ROSS, Elizabeth (1995) *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Grijalbo.
36. ESPINO, A y otros (1994) *Necesidades de la familia del enfermo en fase terminal*. Primer Congreso Internacional de Cuidados Paliativos. Madrid (Resúmenes del congreso).
37. BEAUCHAMP, T CHILDRESS, J (1983) *Principles of biomedical ethics*. Nueva York. Oxford University Press.
38. DE SIMONE, Gustavo El final de la vida: situaciones clínicas y cuestionamientos éticos. En Acta
39. MANZINI, Jorge (1997) *Bioética paliativa*. La Plata. Editorial. Quirón.
40. TABOADA Paulina: *El derecho a morir con dignidad*. En Cuidados Paliativos y Bioética. Año VI N° 1

41. MANNONI, Maud (1992) *Lo nombrado y lo innombrable*. Buenos Aires. Editorial Nueva Visión.
42. DONDA, María Cristina (1998) Conferencia dictada en el Ministerio de Acción Social. Córdoba
43. GRACIA, Diego (1990) *Historia de la eutanasia*. En: GAFO, Javier y otros: *La eutanasia y el arte de morir*. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid.
44. Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. OMS. N° 1. 2002
45. MAGLIO, Francisco (2004) *Ética y justicia en la distribución de recursos en salud*. En: Engelhardt, D y otros: *Bioética y Humanidades Médicas*. Editorial Biblos.
46. NEGRO, Marcelo: op.cit.
47. QUESADA Tristán, Lisbeth (2008) *Derechos humanos y cuidados paliativos*. Revista médica de Honduras. Vol.76.
48. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto y otros: *Metodología de la investigación*. II Edition Editorial McGraw-Hill.
49. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto: op.cit.
50. HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto: op.cit.

Anexos

I – EL CUESTIONARIO

ENCUESTA PARA RESIDENTES Clínica Privada Universitaria Reina Fabiola

AUTOEVALUACION SOBRE FORMACION EN MEDICINA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Existe una opinión relativamente generalizada en los países desarrollados que la preparación en el control de síntomas y cuidados paliativos es insuficiente en la carrera de medicina, tanto en estudiantes de pregrado, como de postgrado.

Con el objeto de obtener información sobre nuestra realidad, te ruego contestar esta encuesta anónima.

Residentes

1° Año

2° Año

3° Año

4° Año

Medicina Interna:

Cirugía:

Ginecología:

Oncología:

Otra:

Estudios de pregrado

Universidad:

Año de Egreso:

Fecha de nacimiento: . .

Sexo: F M

Señala a continuación con X lo que te parezca más apropiado.

1. ¿Tuviste un curso o clases sobre Cuidados Paliativos durante los estudios de Medicina?

En Pregrado Si No

En Postgrado Si No

2. Si tu respuesta fue SI ¿Consideras que ellos fueron suficientes para tu práctica médica en este campo?

En < 25% 25-50% <75% ~100%

3. ¿Durante tus estudios tuviste clases formales y / o seminarios relacionados con el manejo de pacientes moribundos?

Si No

4. Si tu respuesta fue SI ¿Consideras que ellos fueron suficientes para tu práctica médica en este campo?

En < 25% 25-50% <75% ~100%

5. ¿Durante tus estudios tuviste clases formales y / o seminarios relacionados aspectos psicológicos y antropológicos relacionados con la muerte?

Si No

6. Si tu respuesta fue SI ¿Consideras que ellos fueron suficientes para tu práctica médica en este campo?

En < 25% 25-50% <75% ~100%

7. En una escala de 1 a 7 (máximo) ¿En cuánto calificarías tu capacidad para el manejo adecuado de los siguientes síntomas permanentes posibles de encontrar en enfermos con cáncer diseminado o SIDA?

Dolor Náuseas Anorexia Astenia

Constipación Angustia Depresión Delirio

8. En una escala de 1 a 7 (máximo) ¿En cuanto calificarías tu conocimiento de la fisiopatología de los siguientes síntomas frecuentes de encontrar en enfermos con cáncer diseminado?

Tipos de Dolor Caquexia Astenia Náuseas

Constipación Angustia Depresión Delirio

9. En una escala de 1 a 7 (máximo) ¿En cuanto calificarías tu conocimiento de la farmacología clínica de los siguientes fármacos frecuentes de utilizar en enfermos con cáncer diseminado?

Opioides Antidepresivos Anti nauseas Ansiolíticos

10. En una escala de 1 a 7 (máximo) ¿En cuánto calificarías tu capacidad para el manejo adecuado de las siguientes situaciones en enfermos con enfermedades incurables y avanzadas?

a) Comunicar el pronóstico al paciente incurable

b) Comunicar un mal pronóstico a la familia del paciente incurable

c) ¿Dar órdenes de no resucitar?

d) ¿Dar órdenes de suspender terapias fútiles?

e) ¿Acompañar a la familia del paciente terminal?

11. En una escala de 1 a 7 (máximo) ¿En cuánto calificarías tu preparación profesional, afectiva y espiritual para enfrentar la muerte de los pacientes que atiendes?

Valor de escala

12. (Marca con una X, solo una alternativa) ¿Cuan importante te parece el trabajo en equipo en la atención de pacientes en etapa de terminalidad?

Muy importante Importante Escasamente importante

13. ¿Con qué otros profesionales piensas que deberías trabajar atendiendo pacientes con enfermedad crónica y avanzada?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermeras | <input type="checkbox"/> Bioquímicos |
| <input type="checkbox"/> Psicólogos | <input type="checkbox"/> Oncólogos |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatras | <input type="checkbox"/> Trabajador social |
| <input type="checkbox"/> Nutricionistas | <input type="checkbox"/> Quinesiólogos |

14. (Marca con una X, sólo una alternativa) ¿Cuán importante te parece que debiera ser la formación en Medicina y Cuidados Paliativos en la carrera de Medicina, tanto en pregrado como en postgrado?

Pre-grado

Post-grado

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muy importante | <input type="checkbox"/> Muy importante |
| <input type="checkbox"/> Importante | <input type="checkbox"/> Importante |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Regular |

15. En tu opinión la docencia en control de síntomas y cuidados paliativos de pacientes terminales debería ser (marca sólo una alternativa):

- a) Un módulo o curso específico
- b) Contenidos entregados en capítulos del currículo clásico

16. ¿Podrías marcar en qué materias recibiste clases sobre sufrimiento, muerte y atención del paciente terminal?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bioética | <input type="checkbox"/> Teología |
| <input type="checkbox"/> Antropología | <input type="checkbox"/> Psicología Médica |
| <input type="checkbox"/> Psiquiatría | <input type="checkbox"/> Medicina Interna |
| <input type="checkbox"/> Oncología | <input type="checkbox"/> Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Ninguna |

II – EVALUACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN



*Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola
Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba*

COMITÉ INSTITUCIONAL de ÉTICA de la INVESTIGACIÓN en SALUD

EVALUACIÓN de PROTOCOLOS de INVESTIGACIÓN

1 TÍTULO, TIPO Y CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

“Autoevaluación sobre la formación en Cuidados Paliativos en un grupo de Residentes de Medicina”

Promotor de la Investigación:

Autogestión

Investigador Principal:

Licenciada en Psicología Norma Lucía Colautti

Situación ante la A.N.M.A.T.

No aplicable

SEGURO DE DAÑOS

No Aplicable

Lugar de Realización

Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola

Responsable Institucional:

Dr. Ricardo Alejandro Theaux

2 EVALUACIÓN DEL RESUMEN DEL PROYECTO

No presenta resumen del proyecto

3 EVALUACIÓN GENERAL DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

1	Tipo de investigación	Estudio Observacional de Cohortes Sobre Cuidados Paliativos mediante una Encuesta.
	Centros Participantes	Clínica Universitaria Reina Fabiola y Hospital San Roque
	Calendario de realización	Mayo 2010
	1.1 Justificación Científica	Adecuada Comprobación de que los pacientes llegan con dolor intenso no tratado/aliviado adecuadamente. Insuficiente formación médica para enfrentar la muerte, tratar el dolor y brindar cuidados paliativos. El concepto de curación como restituito ad integrum, restauración del daño. Creciente demanda social de cuidados paliativos. Ausencia de información acerca de programas de educación en cuidados paliativos, acerca de la formación de pre-grado sobre enfermedad terminal, aspectos psicológicos y antropológicos de la muerte, información al paciente sobre malas noticias y la Humanización de la atención médica,


 Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola
 Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba
COMITÉ INSTITUCIONAL de ÉTICA de la INVESTIGACIÓN en SALUD

1.2	Justificación Ética	Adecuada Helsinki 2004. Respetar la confidencialidad de la identidad de los sujetos.
1.3	Objetivo Principal	Evaluar el nivel de formación específica en Cuidados Paliativos en un grupo de Residentes de Medicina
1.4	Objetivos Secundarios	Identificar el nivel de formación en función de las diferentes especialidades de pos-grado Identificar el nivel de formación obtenido en el pre-grado Espera un beneficio para los participantes en cuanto a tomar conciencia y aumentar sus conocimientos acerca de cuidados paliativos. Beneficio Indirecto para los pacientes a quienes se brinde atención. Elaborar planes de acción a seguir
2	Población a Estudiar	Médicos Residentes en Formación de Diferentes Especialidades en una institución privada y otra pública de la ciudad de Córdoba.
2.6	Cálculo tamaño muestral	100 médicos
2.7	Criterios de inclusión	Título de Médico Ser Médico Residente de la CURF o el HSR
2.8	Criterios de exclusión	—
2.9	Grupos a comparar	Privado vs Público. Argentina vs Chile.
4	Detalle Diseño Experimental	
4.1	Diseño:	Observacional de Cohortes y Comparativo
5	DATOS: Recolección/análisis	
5.1	Medida p/evaluar objetivos	Edad, Sexo, año de egreso, universidad, especialidad, institución
5.3	Observadores	
5.4	Método de recolección	Encuesta Estructurada Cerrada Semicuantitativa
5.5	Evaluación datos perdidos	No Consta
5.6	Evaluación cumplimiento	No Consta
5.7	Pruebas estadísticas	Estadística descriptiva y comparativa cualitativa X2

6 CONCLUSIONES GENERALES DE LA EVALUACION ETICA

1. Información Brindada	Adecuada
2. Metodología de Investigación objetivos, estadística y eficiencia científica	Ver Observaciones
3. Potencial de extraer información con menor exposición	Adecuada
4. Justificación de riesgo/beneficio Individual y Social	Adecuada
5. Relevancia Comunitaria de la Investigación	Adecuada
5. Adecuación del Investigador	Adecuada
6. Adecuación del Centro	Adecuada
11. Medidas para garantizar Requisitos de Confidencialidad	Adecuadas



Clinica Universitaria Privada Reina Fabiola
Fundación para el Progreso de la Universidad Católica de Córdoba
COMITÉ INSTITUCIONAL de ÉTICA de la INVESTIGACIÓN en SALUD

Observaciones:

1- No acompaña Resumen del estudio

2- Encuesta: La calificación en porcentaje de las preguntas 2, 4 y 6 no es cuantitativa sino cualitativa. Sería lo mismo poner "nunca", "a veces", "muchas veces" o "siempre". El análisis de estos datos debe ser con estadística cualitativa.

La puntuación de 1 a 7 de las preguntas 7 a 11, tampoco es cuantitativa, y presenta el sesgo de que la puntuación de 7 (máxima en esta escala) es considerada como buena en la escala numérica del uno al diez, por lo que inconcientemente los encuestados puede sobrevalorar su puntuación. Sería más apropiada una escala del 1 al 10. Sin embargo, ya que el instrumento ya fue utilizado en otra población que se pretende comparar, se sugiere mantener la estructura actual de la encuesta pero considerar los sesgos a la hora del análisis de los resultados.

Resultado de la Evaluación:

APROBADO

Lugar y Fecha: Córdoba, 27 de abril de 2010



Firma del Coordinador

Dr. JULIO R. BARTOLI
Coordinador del C
Clínica Univ. Priv. Reina Fabiola

DATOS DEL AUTOR

Nombre: Norma Lucía Colautti
Dirección: Obispo Oro 515 8° A, Córdoba Argentina
Teléfono Fijo: 54 - 0351 - 4694977
Teléfono Celular: 54 - 0351 - 155 551 564
e-mail: normacolautti@hotmail.com