

ORIGINAL

Percepción sobre conocimientos en cuidados paliativos de los trabajadores de los centros sociosanitarios de personas mayores de una zona básica de salud



J. Sánchez-Holgado^{a,*}, J. Gonzalez-Gonzalez^a y M.L. Torijano-Casalengua^b

^a Centro de Salud Santa Olalla, Área de Gestión Integrada Talavera de la Reina, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Coordinadora de EEAP, Calidad, Formación Continuada, Docencia e Investigación. Área de Gestión Integrada Talavera de la Reina, Talavera de la Reina, Toledo, España

Recibido el 4 de septiembre de 2014; aceptado el 13 de octubre de 2014

Disponible en Internet el 13 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidados paliativos;
Centros de personas
mayores;
Atención primaria de
salud

Resumen

Objetivo: Analizar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos que manifiesta el personal sanitario facultativo y no facultativo de los centros de mayores de una zona básica de salud, estudiar sus diferencias según categoría profesional y detectar el interés en recibir formación sobre cuidados paliativos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal realizado entre médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliares de enfermería y terapeutas ocupacionales mediante cuestionario sobre conocimientos en la asistencia a pacientes terminales con 22 ítems agrupados en 4 esferas: generalidades en cuidados paliativos, cuidados físicos, psicoemocionales y espirituales. Cada pregunta se responde en una escala de 4 puntos: mucho-regular-poco-nada.

Resultados: El 86,8% de los encuestados conocen bastante o regular el significado de los cuidados paliativos. El 3,8% se consideran formados en cuidados paliativos. Encontramos diferencias significativas en el manejo no farmacológico de la disnea y el insomnio, donde los sanitarios no facultativos manifiestan tener peores conocimientos. Medicina y enfermería refieren tener más conocimientos en el reconocimiento de una úlcera tumoral.

Conclusiones: Existe un interés muy alto en recibir formación sobre cuidados paliativos, siendo estos considerados de gran utilidad. Se requiere incidir sobre la adquisición de conocimientos en el personal sanitario no facultativo en cuanto al manejo no farmacológico de síntomas importantes. Destaca también la necesidad de abordaje para no cuestionar el dolor del paciente por parte de los médicos. Los test para detectar un deterioro cognitivo no son bien conocidos por los auxiliares de enfermería. La esfera espiritual como nivel de conocimientos es aceptable por parte de todas las categorías profesionales encuestadas.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sanchezholgado@hotmail.com (J. Sánchez-Holgado).

KEYWORDS

Palliative care;
Housing for the
elderly;
Primary health care

Perception of knowledge in palliative care housing for the elderly workers in a basic health zone

Abstract

Objective: To analyze the level of knowledge in palliative care that health and non health housing for the elderly workers refer, to study the differences between professional categories and to detect their interest in receiving palliative care training.

Patients and methods: Cross-sectional study conducted among physicians, nurses, physiotherapists, nursing assistant and occupational therapists applying a questionnaire assisting terminal patients with 22 items grouped into four sections: generalities palliative care, physical care, psycho-emotional and spiritual. Each question is answered using a four point scale in much-regulate-little-nothing.

Results: 86.8% of respondents know quite what they mean or regular palliative care. 3.8% consider themselves sufficiently trained in palliative care. We found significant differences in non-pharmacological management of dyspnea and insomnia where concerns have less knowledge worker. Medicine and nursing reported having more knowledge in the recognition of a tumor ulcer.

Conclusions: There is a very high interest in receiving palliative care training and these are considered very useful. Required impact on the acquisition of knowledge in the medical staff not optional as to non-pharmacological management of major symptoms It also emphasizes the need to approach not to question the patient's pain by physicians. The test to detect cognitive impairment are not well known for nursing assistants. The spiritual realm is the acceptable level of knowledge on the part of all professional categories surveyed.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia en las enfermedades oncológicas hace que exista un grupo de pacientes cuyo seguimiento cada vez se hace más complejo¹.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) mencionan en el enfermo terminal la aparición de síntomas que provocan gran impacto emocional en el paciente, la familia e incluso en el equipo terapéutico, muy relacionados con la presencia de la muerte², y señalan como objetivos básicos el control del dolor y el abordaje de otros problemas físicos, psicológicos y espirituales³, junto con el apoyo emocional del enfermo y su familia, su bienestar y su calidad de vida⁴.

Resulta de gran importancia dar a conocer las mejores prácticas en la intervención en cuidados paliativos en la tercera edad, abordando diferentes temas como la formación en cuidados paliativos del personal sanitario y no sanitario, los cuidados paliativos en los casos de demencia, o la mejora de la atención sanitaria para las personas mayores en los hospitales, en los centros residenciales y en sus propios domicilios⁵.

En diversos estudios realizados⁶⁻¹⁰ se pone de manifiesto que el nivel general de conocimientos sobre cuidados paliativos es pobre entre los profesionales de la salud y también entre los no sanitarios. La educación del personal de salud tiene una gran influencia en su conocimiento, que actúa como una base para mejorar la práctica clínica¹¹.

Los trabajadores de los centros sociosanitarios son una parte esencial dentro de la medicina paliativa. Uno de los factores importantes que influyen en el éxito de la entrega de atención médica paliativa es el conocimiento de estos profesionales, las actitudes, las creencias y experiencias, que determinan no solo su procedimiento, sino también su comportamiento durante la evaluación y el tratamiento de los pacientes¹² mediante un abordaje en las dimensiones físicas, funcionales, sociales y espirituales de la atención¹³.

En la actualidad no se han documentado estudios en nuestro país para valorar los conocimientos en cuidados paliativos en categorías profesionales que trabajan en las residencias geriátricas.

Este es el motivo por el cual se ha pensado en el desarrollo de este proyecto.

Objetivos

1. Detectar el interés de esos profesionales en recibir formación sobre cuidados paliativos.
2. Analizar el nivel de conocimientos que manifiesta tener en cuidados paliativos el personal sanitario facultativo y no facultativo de los centros de personas mayores de una zona básica de salud y estudiar las diferencias en función del puesto de trabajo que desarrollan estos profesionales.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado entre los profesionales de los cuatro centros sociosanitarios de

personas mayores de una Zona Básica de Salud (Santa Olalla) perteneciente a la Gerencia de Atención Integrada de Talavera de la Reina.

Material

Cuestionario sobre conocimientos en la asistencia a pacientes terminales. El cuestionario consta de 22 ítems agrupados en 4 esferas fundamentales: generalidades en cuidados paliativos, cuidados físicos del paciente, aspectos psicoemocionales y aspectos espirituales. Cada pregunta se responde según una escala de 4 puntos: mucho-regular-poco-nada.

Además, en el cuestionario se incluyen otras variables como el sexo, la edad en 4 categorías, la categoría profesional (medicina, enfermería, auxiliar de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional), la antigüedad profesional, dividida en 6 categorías, y el lugar de trabajo. No se incluyeron más variables identificativas con el fin de no vulnerar su carácter confidencial (Anexo I).

Población de estudio

Contamos con 65 trabajadores entre médicos, enfermeros, fisioterapeutas, auxiliar de enfermería y terapeutas ocupacionales repartidos en 4 centros sociosanitarios de la Zona Básica de Salud de Santa Olalla, cuya ocupación en el momento del estudio era de 183 residentes.

Método

Se obtuvo autorización de los directores de los centros para la entrega de la encuesta a todos los trabajadores de las categorías profesionales antes mencionadas. Se trata de un cuestionario autoadministrado que fue entregado a cada uno de ellos en mano a través de una enfermera referente de cada centro. La encuesta, una vez cumplimentada, fue recogida por esa misma enfermera tras una semana de su entrega.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables estudiadas y posteriormente se utilizó la prueba de chi cuadrado para la comparación de proporciones. En todos los casos se consideró un nivel de significado de 0,05 (programa estadístico SPSS, versión 15.0).

Resultados

Descripción de la muestra de respondedores:

Responden a la encuesta el 80% de todos los trabajadores.

Del total de respondedores de la encuesta, el 92,8% corresponden a mujeres y el 7,2% a varones.

En cuanto a los grupos de edad, el 32,1% corresponden al grupo de edad comprendido entre 18 y 29 años, al igual que el grupo comprendido entre 42 y 53 años. Le sigue el grupo de 30 a 41 años, con un 28,3%.

Con respecto a la categoría profesional, respondieron el 50% de los médicos, el 85,7% de enfermeras, el 84,6% de los

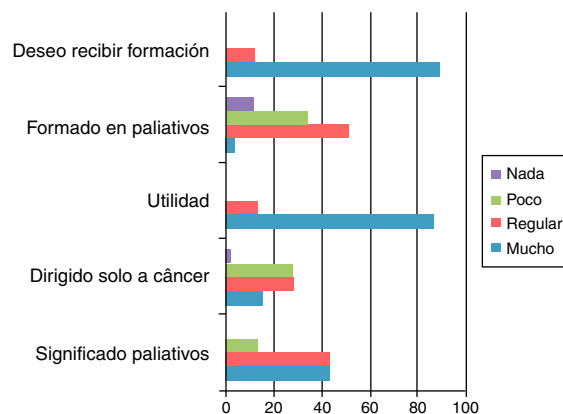


Figura 1 Aspectos relacionados con generalidades en cuidados paliativos.

auxiliares de enfermería, el 100% de los fisioterapeutas y el 50% de los terapeutas ocupacionales.

El mayor número de encuestas respondidas corresponde a auxiliar de enfermería, con el 71,7%, seguida de enfermería, con el 11,3%, si bien ambas suponen a su vez el grupo mayoritario del total de profesionales (70% de todas las residencias son auxiliares y 10% son enfermeras).

El 40,4% de los respondedores tienen una antigüedad en su puesto de trabajo menor de 5 años, y el mismo porcentaje, entre 5 y 10 años de trabajo. Es decir, el 80,8% tienen una antigüedad de 10 o menos años trabajados.

En la figura 1 se describen, en porcentajes, las respuestas al cuestionario a los ítems relacionados con generalidades en cuidados paliativos.

Se exploraron las diferencias entre las respuestas según categoría profesional del encuestado, resultando lo siguiente:

No existen diferencias significativas en función de la profesión en cuanto a los conocimientos que estos profesionales tienen del significado de cuidados paliativos ($p=0,237$), ni existe tampoco diferencia en cuanto a la opinión que tienen de que los cuidados paliativos van dirigidos solamente a los pacientes con cáncer que se encuentran en la última fase de su vida ($p=0,413$), y no existen diferencias sobre el conocimiento de la utilidad de los cuidados paliativos ($p=0,625$). Tampoco existen diferencias en cuanto a la formación que todos los profesionales tienen en cuidados paliativos ($p=0,696$), así como en el deseo de los mismos en recibir formación ($p=0,061$). No existen diferencias estadísticamente significativas de los conocimientos del manejo de los cuidados y aseo en los pacientes en situación de últimos días ($p=0,692$), como tampoco existen en los conocimientos de las necesidades de la alimentación de estos pacientes en esta etapa final ($p=0,065$). No existen diferencias significativas en función de los conocimientos en cuidados del paciente con estreñimiento ($p=0,800$), ni existen en los conocimientos de los cuidados en pacientes con xerostomía ($p=0,167$).

Tampoco se han objetivado diferencias significativas en conocimientos en el manejo de la disfagia ($p=0,24$), ni existen con respecto al conocimiento en las medidas no farmacológicas a tomar ante un paciente con náuseas y

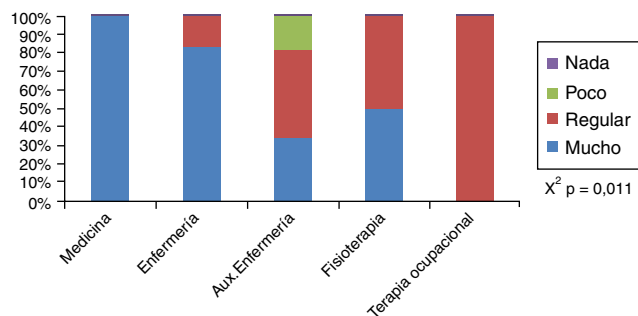


Figura 2 Reconocer una úlcera tumoral.

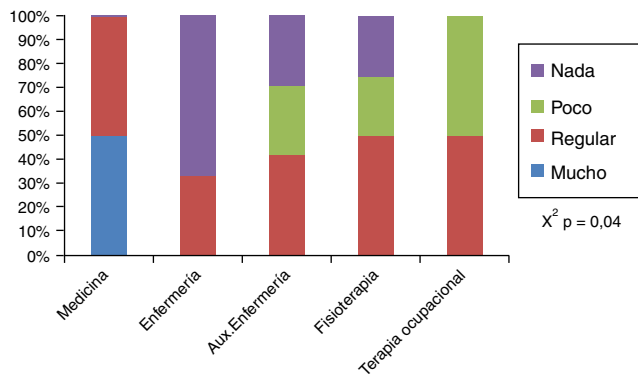


Figura 3 Poner en duda la intensidad del dolor.

vómitos ($p=0,410$). No existen diferencias en los conocimientos sobre las medidas para abordar la astenia ($p=0,337$) ni existen con respecto al conocimiento sobre el abordaje de un paciente con bajo ánimo ($p=0,646$). Tampoco existen diferencias sobre los cuidados y recomendaciones generales a tener en cuenta ante una conspiración de silencio ($p=0,358$). No existen diferencias en cuanto a los conocimientos del significado de espiritualidad ($p=0,854$), ni el reconocimiento de las necesidades espirituales ($p=0,481$).

Sin embargo, sí existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,05$) con respecto al reconocimiento de una úlcera tumoral y las medidas a llevar a cabo ($p=0,011$). También resulta estadísticamente significativo en el apartado de poner en duda la intensidad del dolor que manifiesta el paciente terminal ($p=0,04$), así como los conocimientos que estos profesionales muestran ante el tratamiento no farmacológico de la disnea ($p=0,000$) (figs. 2-4).

Resulta también significativo el conocimiento de las recomendaciones que deben ofrecer ante un cuadro de insomnio en un paciente terminal ($p=0,004$) (fig. 5).

Significativo también es el hecho de conocer los test que se aplican para detectar un deterioro cognitivo ($p=0,011$), así como de disponer de las habilidades necesarias para reconocer un problema psicoemocional ($p=0,047$) (figs. 6 y 7).

Discusión

El personal de los centros sociosanitarios conoce el significado de los cuidados paliativos, reconoce su utilidad y en general sabe que no solo van dirigidos a los pacientes con cáncer que se encuentran en la última fase de su vida. Manifiestan sentirse poco formados, al igual que ocurre en

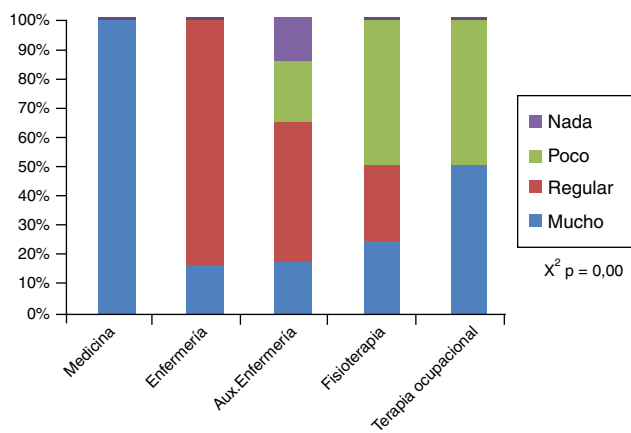


Figura 4 Conocimientos sobre el tratamiento no farmacológico de la disnea.

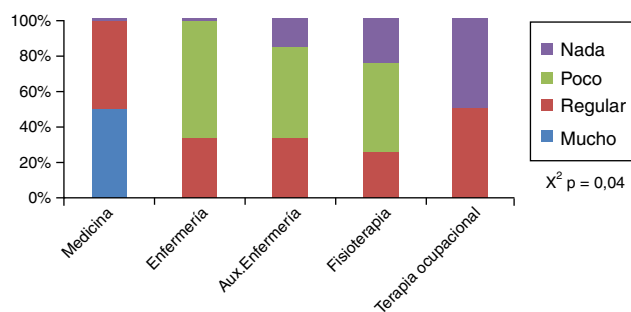


Figura 5 Conocimientos sobre tratamiento no farmacológico del insomnio.

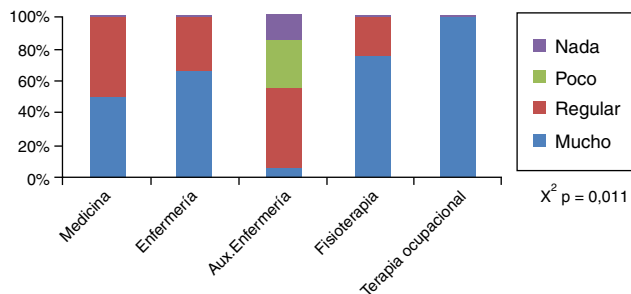


Figura 6 Conocimiento del test para deterioro cognitivo.

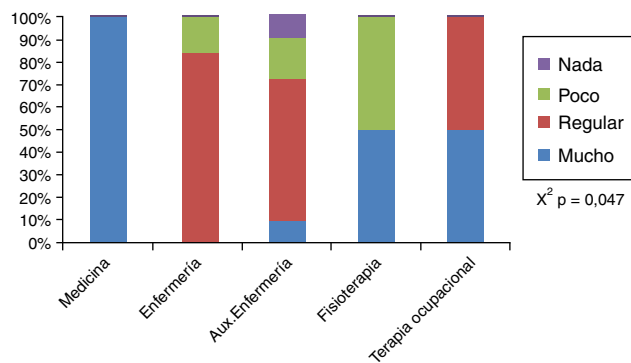


Figura 7 Reconocer problemas psicoemocionales.

muchos estudios¹⁴⁻¹⁶, y muestran mucho interés en recibir formación en este tema.

Los profesionales de los centros de mayores tienen similares conocimientos en el manejo del aseo del paciente y cuidados en el paciente con xerostomía y estreñimiento, así como en el manejo de la disfagia, astenia y en cuanto a las medidas no farmacológicas de las náuseas y vómitos, encontrándose un buen nivel de conocimientos entre ellos. Las necesidades que estos pacientes necesitan para su alimentación son bien conocidas por todas las categorías profesionales, aunque menos en fisioterapia.

Sí encontramos diferencias significativas en cuanto al reconocimiento de una úlcera tumoral y en el tratamiento no farmacológico de la disnea y el insomnio, donde los médicos lo reconocen con facilidad y menos el resto de categorías profesionales.

Creemos que el motivo de este hecho puede guardar relación por el tiempo que dedican a su formación pregrado, habida cuenta que los médicos tienen un periodo superior al resto de categorías profesionales en su licenciatura, donde pueden adquirir más conocimientos e incluso experiencia a través de sus rotaciones en las distintas especializaciones por las se mueven.

Sin embargo, auxiliares de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, y más concretamente los primeros, dudan menos de la intensidad del dolor que manifiesta el paciente terminal, resultando este dato con significación estadística. Posiblemente este hecho pueda estar justificado por el tiempo y la dedicación de los auxiliares de enfermería, que se traduce en una mayor proximidad con los enfermos, lo que hace que perciban con más claridad sus situaciones especiales, en este caso sus dolencias. El personal de enfermería obtiene mejores resultados que el personal médico, y su explicación quizá sea similar al caso de los auxiliares de enfermería anteriormente mencionado. Se ha de trabajar para poder proporcionar un enfoque multidisciplinario y de coordinación en la atención para cada paciente, ofreciendo la máxima información de sus procesos. Esto, a su vez, genera confianza en la relación entre el paciente y la familia y los profesionales que ofrecen la atención¹⁷. Esta confianza puede servir para que no se cuestionen ciertos aspectos, como este último señalado.

En el apartado psicoemocional sí observamos diferencias significativas en los test que se aplican para detectar un deterioro cognitivo, donde terapia ocupacional tiene muchos conocimientos y también enfermería, fisioterapia y medicina, y en menor medida auxiliar de enfermería. Esto podría explicarse por el importante papel que tanto enfermería como terapia ocupacional tradicionalmente han tenido en el abordaje del paciente con deterioro cognitivo en los centros sociosanitarios, donde las valoraciones iniciales casi siempre son realizadas por ellos mediante los distintos test neuropsicológicos, escalas e instrumentos de cribado disponibles en nuestro medio y que forman parte de sus actividades cotidianas.

En este mismo apartado, medicina, fisioterapia y terapia ocupacional manifiestan tener las habilidades necesarias para reconocer un problema psicoemocional.

Las cuestiones relacionadas con aspectos espirituales del paciente tales como conocimiento sobre el significado de la palabra espiritualidad y el reconocimiento de las necesidades espirituales en un paciente terminal son

aceptablemente conocidas por las categorías profesionales, a excepción de terapia ocupacional, que manifiesta tener menos conocimientos. En ninguna encontramos significación estadística. Este tema podría ser abordado como actividad formativa a desarrollar a corto plazo en todas estas profesiones en la residencia de mayores que ha sido sujeto de nuestro estudio con la finalidad de poder trabajar activamente sobre la espiritualidad del residente para poder identificarla, valorarla y atenderla.

Conclusiones

Prácticamente todos los profesionales interrogados en este estudio coinciden en la utilidad que suponen los cuidados paliativos y muestran gran interés en recibir formación sobre cuidados paliativos.

Se requiere incidir sobre la adquisición de conocimientos en el personal sanitario no facultativo en cuanto al manejo no farmacológico de síntomas importantes y de relativa frecuencia de los pacientes residentes incluidos en un programa de paliativos en las residencias de mayores.

El personal sanitario facultativo es el que más cuestiona el dolor que refiere el paciente residente.

En los aspectos psicoemocionales el nivel de conocimientos es bueno, con más margen de mejora por parte de los auxiliares de enfermería.

La esfera espiritual como nivel de conocimientos es aceptable, con aparente buen manejo tanto para reconocerla como para su abordaje por parte de todas las categorías profesionales encuestadas, aunque menos conocido su abordaje por parte de terapia ocupacional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2014.10.013>.

Bibliografía

1. Cuidados Paliativos al Enfermo Terminal. Buenas Prácticas de Enfermería [consultado 23 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos32/enfermeria-pacienteterminal/enfermeria-paciente-terminal.shtml#ixzz2KnLO2y7L>
2. Del Cañizo Fernández-Roldán A. Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. *Nutr Hosp.* 2005;20:88-92.
3. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. [Publicación en línea] «Redundantpublication» 2011 [consultado 20 May 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
4. *Estrategia en Cuidados Paliativos. Sistema Nacional de Salud.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; actualización 2010-2014.
5. Hall S, Petkova H, Tsourous A, Costantini M, Higginson I. *Palliative Care for Older People: Better Practices.* Denmark: Who Regional Office for Europe; 2011.

6. Hall S, Kolliakou A, Petkova H, Froggatt K, Higginson I. Intervenciones para mejorar los cuidados paliativos de personas de avanzada edad que viven en residencias geriátricas (Revisión Cochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD007132>. CD007132.
7. Medina Zarco Lilia E, de la Cruz Casas AM, Sánchez Santaela ME, González-Pedraza Avilés A. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. *Rev Esp Med Quir*. 2012;17:109–14.
8. Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, et al. Study of nurses' knowledge about palliative care: A quantitative cross-sectional survey. *Indian J Palliat Care*. 2012;18:122–7.
9. Hernández-Belmonte A, Ferrer-Colomer M. Conocimientos en cuidados paliativos del paciente no oncológico. *Cuad Bioét*. 2009;20:540–1.
10. Ferrell BR, McGuire DB, Donovan MI. Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty. *J Prof Nurs*. 1993;9:79–88.
11. CrossettiMda G. Production of knowledge and the quality of nursing practice. *Rev Gaucha Enferm*. 2009;30:372–4.
12. Skår R. Knowledge use in nursing practice: The importance of practical understanding and personal involvement. *Nurse Educ Today*. 2010;30:132–6.
13. Egan KA, Abbott P. Interdisciplinary team training — preparing new employees for the specialty of hospice and palliative care. *J Hosp Palliat Nurs*. 2002;4:161–71.
14. García Caro MP, Schmidt Río-Valle J, Cruz Quintana F, Prados Peña D, Muñoz Vinuesa A, Pappous A. Enfermedad terminal, muerte en palabras de los profesionales. *Rev ROL Enf*. 2008;31:297–302.
15. RodríguezRodríguez N, Ruiz Valdes Y, Carvajal Herrera A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. *Rev Cubana Enfermer [online]*. 2007;23.
16. Vial P, Ibáñez P, Umaña A, Reyes MM, Viviani P, Nervi F. Self assessment about proficiency on palliative care in a cohort of residents. *Rev Med Chil*. 2004;132:445–52.
17. Meyer S. Care management role in end-of-life discussions care. *Manag J*. 2012;13:180–3.