

Necesidades Formativas en la Atención a Pacientes Oncológicos en Castilla-La Mancha

Raquel González Carnero^a, Jorge Gabriel Sánchez Nava^a, Freddy Eduardo Canchig Pilicita^a, Gabriela Gómez Suanes^a, Peggy Paola Ríos Germán^a, Francisco López de Castro^a

^a Unidad Docente de Medicina de Familia de Toledo.

Correspondencia: Raquel González Carnero, c/ Bajada Antequeruela nº 35, Bajo C, 45003 - Toledo (España).
E-mail: raquelgc78@gmail.com.

Recibido el 24 de marzo de 2011.

Aceptado para su publicación el 20 de abril de 2011.

RESUMEN

Objetivo. Conocer las necesidades formativas en la atención a pacientes con cáncer.

Diseño y emplazamiento. Estudio descriptivo transversal, basado en encuesta a médicos de cupo de Castilla-La Mancha. La encuesta fue diseñada *ad hoc* sobre necesidades formativas (escala 0-5), seguridad en el manejo e implicación en la atención a pacientes oncológicos.

Resultados. Respondieron 172 médicos (14,9% de la población, 51,2% varones, edad media 49,1 años). El número medio de pacientes terminales atendidos al año es 3,9.

Las mayores necesidades formativas sentidas se refieren a la atención a supervivientes (3,44). El aspecto más reclamado es la atención a urgencias terminales (3,77). En general, la mujer tiene mayor percepción de necesidades formativas (3,44 vs 3,21; $p = 0,045$). El 69,2% ha realizado algún curso en los últimos 5 años. La seguridad en el manejo de oncológicos es calificada como 'media' por el 74,4% y se relaciona inversamente con la necesidad de formación, siendo mayor en hombres.

El 65,1% considera que la mayor responsabilidad del manejo del paciente con cáncer debe ser del oncólogo, recayendo en el Médico de Familia cuando se trata de terminales (según el 43,9%) o supervivientes (70,4%).

La comunicación con el oncólogo es "mala/muy mala" según el 53,2%, siendo este porcentaje del 9,3% cuando se refiere a Unidad de Paliativos. Para el 70,3% su grado de implicación con estos enfermos es adecuado. Respecto a una hipotética falta de implicación, la razón considerada más importante es la falta de experiencia (31,6%).

Conclusiones. Las necesidades formativas sentidas podemos considerarlas medio/altas, aunque en general se sienten razonablemente preparados para atender a estos pacientes. La falta de experiencia y de formación pueden ser factores que limitan la implicación del médico de familia.

Palabras Clave. Cáncer, Cuidados paliativos.

ABSTRACT

Training needs in cancer patient care in Castilla La Mancha, Spain

Objective. To determine the training needs in cancer patient care.

Method. Cross-sectional study based on a survey of family doctors in Castilla-La Mancha, Spain. An *ad hoc* questionnaire was designed which included questions on training needs (scale of 0-5), safety management and involvement in cancer patient care.

Results. A total of 172 doctors (14.9% of the population) responded; 51.2% male; average age 49.1 years. The average number of terminal patients per year was 3.9.

The doctors consider that the main training need is related to care of survivors (3.44). The most important is the care of emergency terminal patients (3.77). In general, women have a greater perception of training needs (3.44 versus 3.21; $p = 0, 045$), 69.2% has taken a course in the last 5 years. Safety management of cancer patients was rated as 'moderate' by 74.4% and was inversely related to the need for training, and was higher in male doctors.

65.1% believed oncologists should have the most responsibility for the management of cancer patients, but that the Primary Care doctor should be responsible for terminal patients (according to 43.9% of doctors) or survivors (70.4%).

According to 53.2% of doctors communication with the oncologists is "poor or very poor" this percentage being 9.3% when referring to the Palliative Care Unit. For 70.3% their degree of involvement with these patients is adequate. The main reason for a hypothetical lack of involvement would be the lack of experience (31.6%).

Conclusions. The doctors consider that there is a moderate to high need for training, although in general they feel reasonably prepared to treat these patients. Lack of experience and training could be factors that limit the involvement of the primary care doctor.

Key Words. Neoplasm, Terminal Care.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país, al igual que en la mayoría del mundo occidental, el cáncer es en la actualidad uno de los principales problemas de Salud Pública, ya que, además de sus altas tasas de mortalidad (se trata de la segunda causa de muerte en España), lleva asociada una elevada carga de morbilidad e importantes costes sociales y económicos^{1,3}. Además, el progresivo envejecimiento de la población implica que cada vez serán más frecuentes los casos de cáncer en nuestra sociedad y, por los avances en la Medicina, con diagnósticos más precoces, nuevas drogas y mejores técnicas quirúrgicas, también los supervivientes del mismo^{4,5}.

Gran parte de la carga de trabajo que el cáncer genera recae en los profesionales de Atención Primaria, en cuyas consultas son cada vez más frecuentes los pacientes oncológicos, con diversos tipos de cáncer, cada cual con sus particularidades y evolución diferente. Si bien es cierto que los tratamientos han avanzado mucho, consiguiéndose el control y en muchos casos la curación de la enfermedad, un elevado porcentaje no supera la enfermedad y convive con ella hasta la fase terminal, aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses. Tanto el Plan Nacional de Cuidados Paliativos como la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud conceden a Atención Primaria un especial protagonismo en la atención integral de estos pacientes^{6,7}.

La fase terminal es un periodo muy especial y complejo, en el que el médico de Atención Primaria va a ser un pilar fundamental en el día a día de los pacientes en su lucha con la enfermedad, estableciéndose una relación muy especial, que

va a exigir del médico, además de una atención de calidad desde el punto de vista técnico (para evitar sufrimientos innecesarios y mejorar la calidad de vida del paciente), un trato especialmente humanizado y personalizado, incluso delicado en el terreno emocional⁸.

La falta de experiencia en su manejo, el tradicional olvido de la formación médica en estas áreas y los problemas emocionales inherentes a la atención a estos pacientes que en muchas ocasiones enfrenta solo, sin medicación ni equipo adecuado, hacen que a veces el médico de Atención Primaria no se sienta preparado para abordar estos casos y que se deriven al nivel especializado. Esta derivación es casi siempre innecesaria, ya que el paciente no obtiene un beneficio claro y lo saca de su entorno familiar y de estar rodeado de los suyos, que es lo deseado por la mayoría de los enfermos terminales^{9,10}.

No debemos olvidar, además, que cada día es mayor el número de supervivientes de cáncer^{5,11} y que éstos tienen el derecho a un seguimiento adecuado y a un apoyo psicológico que no siempre se les presta^{12,13}.

En definitiva, muchos profesionales de Atención Primaria demandan una formación adecuada en muchas áreas, como es la atención a los pacientes oncológicos, ya sea a lo largo de su enfermedad, durante su tratamiento, en la fase terminal o como superviviente. Ya que el profesional más cercano siempre será el médico de familia, conocer la actitud de éste es importante para hacer una correcta planificación de la atención de los pacientes con cáncer. Por ello, nos pareció importante realizar el presente estudio, cuyo objetivo principal era conocer las necesidades formativas actuales en la atención a los pacientes con cáncer de los médicos de Atención Primaria y su actitud hacia ella.

Aspecto formativo	Nº	Media	Desviación típica
Urgencias en terminales	171	3,77	1,04
Manejo de las complicaciones del tratamiento (quimio, radio, cirugía)	172	3,71	0,96
Abordaje de complicaciones sexuales y reproductivas	172	3,52	1,04
Complicaciones a largo plazo	172	3,51	0,97
Seguimiento de supervivientes	172	3,49	0,97
Atención a la agonía	172	3,41	1,22
Manejo de problemas psicológicos	172	3,31	1,09
Apoyo psicosocial	170	3,19	0,98
Apoyo al cuidador	171	3,09	1,13
Atención al duelo	171	3,07	1,16
Comunicación con el paciente	171	3,02	1,11
Manejo del dolor (terminales)	172	2,89	1,15
Manejo de problemas respiratorios (terminales)	171	2,88	1,10
Manejo de problemas digestivos (terminales)	172	2,66	1,02

Tabla 1. Necesidades de formación sobre aspectos específicos relativos a la atención de pacientes con cáncer (en escala de 0 a 5).

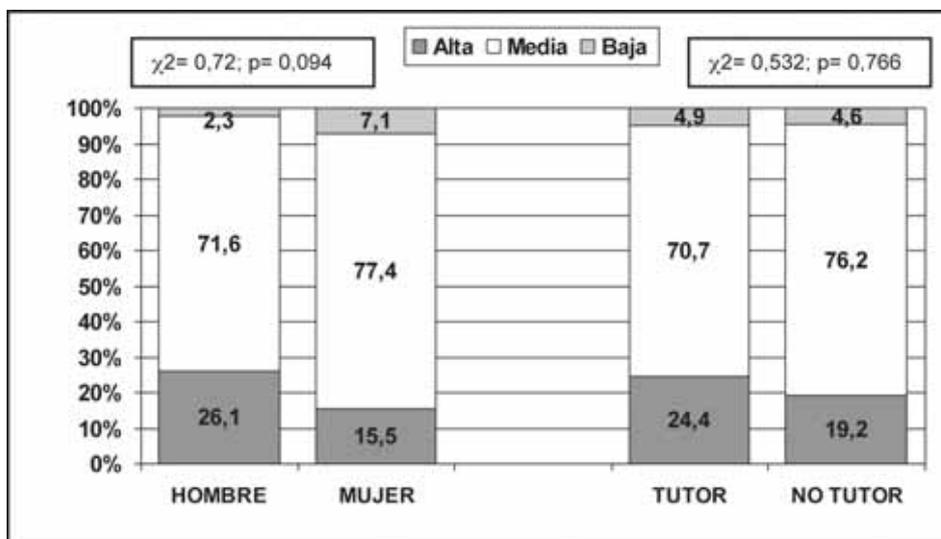


Figura 1. Seguridad sentida en el manejo del paciente con cáncer, según sexo y condición de tutor de residentes.

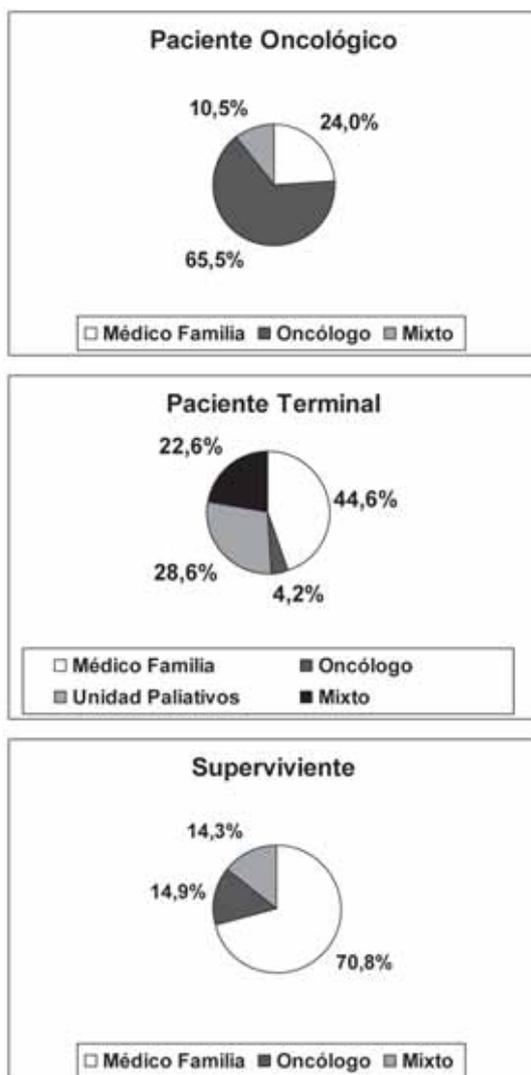


Figura 2. Opiniones sobre quién debe asumir la responsabilidad en el cuidado de los pacientes con cáncer según la etapa de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en el ámbito de la Atención Primaria de Castilla-La Mancha durante el primer trimestre de 2010.

La población del estudio fueron los médicos de familia de los equipos de Atención Primaria de Castilla-La Mancha. A través de las unidades docentes de medicina de familia se les remitió por correo electrónico una encuesta, diseñada ad hoc, sobre los siguientes aspectos:

- Necesidades formativas referidas a la atención de pacientes diagnosticados de cáncer, terminales y supervivientes (en una escala de 0 a 5, considerando 0 como ninguna necesidad y 5 como necesidad máxima de formación).
- Seguridad en el manejo de estos pacientes, diferenciando alta, media o baja.
- Opinión sobre quién debería asumir el mayor grado de responsabilidad en el cuidado de estos enfermos (médico de familia, oncólogo, unidad de cuidados paliativos o mixto).
- Grado de comunicación con el oncólogo y la unidad de cuidados paliativos.
- Implicación en la atención a los pacientes y posibles causas de una hipotética falta de implicación adecuada del colectivo de médicos de familia.

Para favorecer la respuesta se realizaron dos envíos de recuerdo durante el período de estudio. Los datos fueron introducidos en una base del programa estadístico SPSS 12.0 que se utilizó

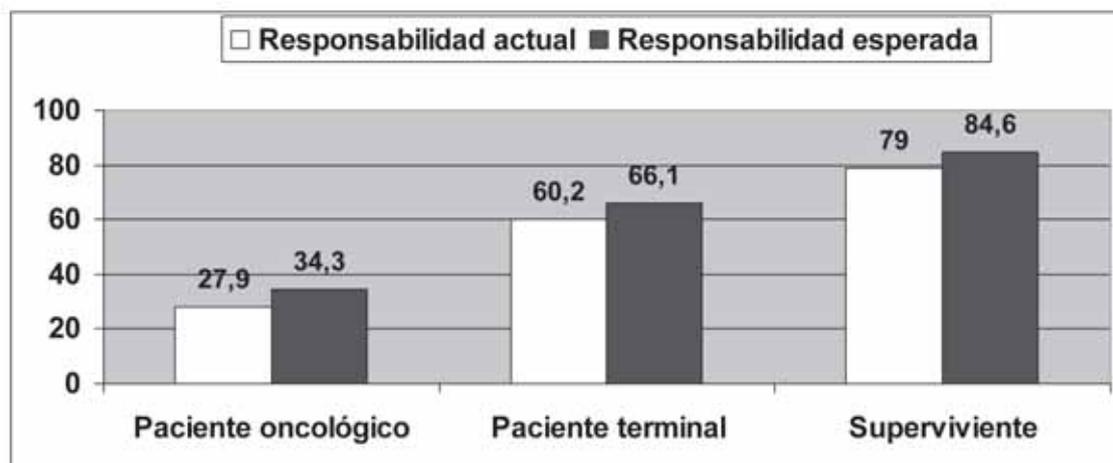


Figura 3. Opiniones sobre la responsabilidad del médico de familia en la realidad actual y la esperada, según la etapa de la enfermedad.

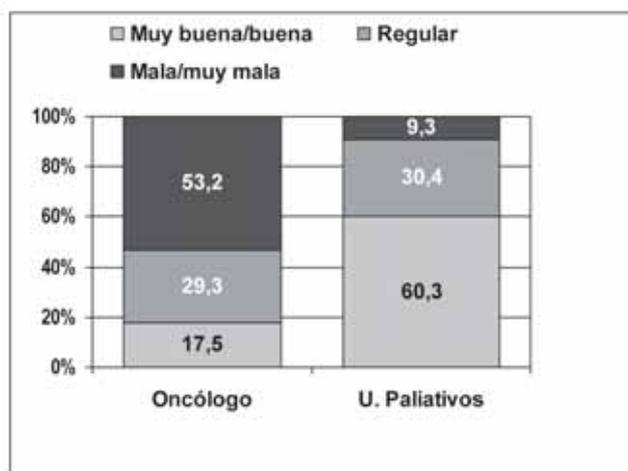


Figura 4. Valoración de la comunicación entre el médico de Atención Primaria y oncólogo y unidad de paliativos.

para su análisis. En la descripción se emplearon los parámetros habituales (medias y porcentajes) y para el análisis se utilizó el test Chi-cuadrado de Pearson, la t de Student y el coeficiente de correlación rho de Spearman.

RESULTADOS

Respondieron 172 médicos (14,9% de la población diana estimada). El 51,2% eran varones y la edad media fue de 49,1 años (DE: 6,6). El 24% eran tutores de residentes. El 44,2% trabaja en medio rural (<5.000 hab.), el 19,2% en medio semiurbano (5 a 10.000 hab.) y el 36,6% en medio urbano (>10.000 hab.). El número medio de pacientes terminales atendidos al año es 3,9 (mediana 3).

Los aspectos en los que mayores necesidades formativas refieren, en escala de 0 a 5, son los

relativos a atención a supervivientes (3,44) y diagnosticados de cáncer (3,37), y en menor grado la atención a terminales (3,15).

En cuanto a aspectos específicos, la mayor necesidad de formación se centra en la atención a urgencias en pacientes terminales (3,77) y en el manejo de las complicaciones del tratamiento oncológico (3,71), como se aprecia en la tabla 1. Por el contrario, el manejo del dolor (2,89), los problemas respiratorios (2,88) y los digestivos (2,66) son menos necesitados. En general, las mujeres encuestadas tienen mayor percepción de necesidades formativas que los hombres (3,44 vs 3,21; $t=2,03$; $p=0,045$). No encontramos relación entre necesidades formativas y edad, ni con ser tutor de residentes o con el medio laboral. El 69,2% de los encuestados ha realizado algún curso en los últimos 5 años.

La seguridad en el manejo de pacientes oncológicos es calificada como baja por el 4,7%, media por el 74,4% y alta por el 20,9%. Es mayor en hombres y tutores, aunque sin alcanzar significación estadística (figura 1). La seguridad se correlaciona inversamente con la necesidad sentida de formación ($\rho = -0.282$; $p < 0,01$).

El 65,1% considera que la mayor responsabilidad en el manejo del paciente con cáncer debe ser del oncólogo, mientras que debe recaer en el médico de familia cuando se trata de terminales (según el 43,9%) o supervivientes (70,4%) (figura 2). A juicio de los entrevistados, la responsabilidad de los médicos de familia en la atención a estos pacientes debería ser algo mayor de la que es actualmente (figura 3). La comunicación con el oncólogo es mala/muy mala según el 53,2%, siendo este porcentaje sólo del 9,3% cuando se refiere a Unidad de Paliativos (figura 4).

Para el 70,3% su grado de implicación con estos enfermos es adecuado. Respecto a una hipotética falta de implicación de los médicos de familia en la atención a estos pacientes, la razón más aducida por los entrevistados fue la falta de experiencia (58,1%), seguida de falta de tiempo (47,7%), falta de formación (46,5%) e inseguridad (45,9%). De todas ellas la considerada más importante fue la falta de experiencia.

DISCUSIÓN

Antes de iniciar la discusión de nuestros resultados, hemos de tener en consideración, para su correcta interpretación, que se trata de opiniones de los médicos que han contestado a nuestra encuesta. A la subjetividad inherente a este tipo de estudios se une una baja tasa de respuesta, a pesar de haber enviado dos correos de recuerdo solicitando su colaboración. Dado que no podemos descartar que exista relación entre la no respuesta y las necesidades de formación en cuidados paliativos, es posible la existencia de un sesgo que debe ser tenido en cuenta.

En general, las necesidades formativas expresadas podemos considerarlas de tipo medio/altas, aunque algo menores de las descritas en 1995 por Muñoz¹⁴, que en un estudio similar al nuestro encontró que el 45% reconocía una formación insuficiente en cuidados paliativos. A diferencia de lo hallado por Esteva en Baleares¹⁵, donde las mayores necesidades formativas eran las relacionadas con los aspectos emocionales y psicológicos, en

nuestro estudio los primeros puestos los ocupan la atención urgente a pacientes terminales, las complicaciones del tratamiento oncológico y el seguimiento de pacientes supervivientes, quedando aquellas relegadas a un segundo plano. Otro aspecto a destacar es que el manejo de los síntomas clínicos habituales en pacientes terminales (dolor, disnea, estreñimiento, etc.) genera menos necesidad de formación, posiblemente por ser los temas más desarrollados en los cursos de formación que se vienen desarrollando en los últimos años en nuestra comunidad. Respecto a éstos últimos, el hecho de que casi el 70% de los encuestados hayan realizado un curso en los últimos 5 años habla a favor del interés de nuestros médicos de familia por el tema y la necesidad sentida de mantenerse actualizado en el mismo. Uno de los principios de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS es la "competencia y desarrollo profesional continuado para responder adecuadamente a las complejas necesidades del paciente y de su familia"⁷.

A pesar de las necesidades de formación expresadas, la seguridad sentida en el manejo de este tipo de pacientes es suficiente o alta para la mayoría de los encuestados, en contraste con un estudio realizado en el Reino Unido¹⁶ en el que el 50% de los médicos de hospital no sentían suficiente seguridad en el manejo de pacientes terminales. Esta diferencia puede explicarse por el ámbito de estudio de ambos trabajos y el tiempo transcurrido entre ambos. En cualquier caso creemos que nuestros médicos se sienten razonablemente preparados para este tipo de atención, que, recordemos, es una de las prestaciones básicas en Atención Primaria que establece la Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud¹⁷.

En cuanto a la responsabilidad en el manejo de estos pacientes, la mayoría considera que el paciente oncológico debe ser atendido fundamentalmente por el oncólogo. Cuando se encuentra en situación terminal por el médico de familia y/o unidad de cuidados paliativos y, en caso de superviviente, básicamente por el médico de familia. En los últimos años ha habido ciertas dudas sobre la responsabilidad en el cuidado de los pacientes terminales entre las unidades de paliativos y Atención Primaria¹⁸, aunque la mayoría ha asumido la necesidad de una atención integral centrada en el médico de familia con el apoyo coordinado

de las unidades de cuidados paliativos en caso de ser necesario^{7,9,15,19}. Un estudio realizado en Extremadura concluye que esta coordinación es factible y que las visitas de las unidades de cuidados paliativos no influyen negativamente en la actividad desarrollada por Atención Primaria²⁰.

En relación con esto, nuestros médicos consideran que su responsabilidad actual está por debajo de lo que ellos mismos desearían y casi un 30% considera que su grado de implicación no es el adecuado. En el ya citado estudio de Muñoz¹⁴, realizado hace 15 años en nuestro mismo ámbito, sólo un 7% pensaba que la responsabilidad de la atención al paciente terminal debería ser del especialista, siendo ese porcentaje ahora del 32,8. La creación de las Unidades de Cuidados Paliativos puede explicar esa diferencia y que exista cierta polarización en la actitud de los profesionales¹⁵. Las barreras que impedirían una mayor implicación serían sobre todo la falta de experiencia, y en segundo término la falta de formación, tiempo y seguridad. La falta de experiencia puede explicarse por la relativa infrecuencia con que el médico de familia se enfrenta a ellos (3 ó 4 al año según nuestro estudio), aunque como algún estudio destaca la mayoría de los médicos de familia que trabajan en Atención Primaria atienden pacientes terminales como una parte incluida en su labor¹⁶. Creemos que es necesario el desarrollo de modelos de atención compartida con mayor implicación de Atención Primaria, para lo cual se debe seguir insistiendo en mejorar la formación en cuidados paliativos, incluyendo los aspectos emocionales⁷. Pero las dificultades de desarrollo de los cuidados paliativos en Atención Primaria obedecen a razones más complejas que al simple déficit de formación de los profesionales, por lo que se debe posibilitar una mayor dedicación de éstos, reduciendo sus cargas asistenciales y burocráticas y dotándoles de los medios necesarios^{9,11,20}.

Una cuestión que nos ha sorprendido es la mala comunicación percibida que existe entre Atención Primaria y los oncólogos. Aunque esto no es exclusivo en nuestro ámbito^{21,22}, consideramos que es necesario mejorar esta relación para facilitar la atención y el seguimiento de estos pacientes. No olvidemos que el responsable fundamental de cualquier paciente es su médico de familia, sea cual sea el problema en cualquier momento. Que una buena relación es factible lo demuestra el hecho de la buena valoración expresada por los médicos en su comunicación con los equipos de cuidados paliativos. La adecuada comunicación

entre especialistas hospitalarios, equipos de soporte y equipos de Atención Primaria es imprescindible para garantizar un modelo que aporte al paciente los máximos beneficios en su asistencia^{7,23}. Así, el seguimiento compartido de pacientes supervivientes por médicos de familia y oncólogos supone una atención más completa que la realizada sólo por este último¹². Además, la comunicación profesional del médico de familia con especialistas y equipos de soporte se ha mostrado también como una herramienta formativa eficaz²⁴.

Como conclusión, podemos decir que los médicos de familia, aunque se sienten seguros en el manejo de estos pacientes, necesitan mayor formación para así mejorar la calidad de la atención que prestan a los pacientes oncológicos. La Atención Primaria debe ser considerada el lugar idóneo para el cuidado y el seguimiento posterior de estos pacientes y ser potenciada adecuadamente para ello.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Inmaculada Raja Casillas, responsable de la Unidad de Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario de Toledo, por sus acertados consejos en la redacción del artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2008. Disponible en: <http://www.ine.es> [consultado el 25/05/2010].
3. Fernández de Larrea-Baz N, Álvarez-Martín E, Morant-Ginestar C, Gènova-Maleras R, Gil A, Pérez-Gómez B et al. Burden of disease due to cancer in Spain. BMC Public Health. 2009; 9:42.
4. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics. 2010. CA Cancer J Clin. 2010; 60(5):277-300.
5. Ganz PA. Survivorship: Adult Cancer Survivors. Prim Care Clin Office Pract. 2009; 36:721-41.
6. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
7. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
8. WHO. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organ Tech Rep Ser. 1990; 804:1-75.
9. Benítez MA, Castañeda P, Gimeno V, Gómez M, Duque A, Pascual L et al. Documento de Consenso SECPAL-semFYC. Atención al paciente con cáncer en fase terminal en el domicilio. Aten Primaria. 2001; 27(2):123-6.
10. Benítez del Rosario MA, Pascual L, Asensio Fraile A. La atención a los últimos días. Aten Primaria. 2002; 30(5):318-22.

11. Bober SL, Recklitis CJ, Campbell EG, Park ER, Kutner JS, Nagita JS et al. Caring for cancer survivors. *Cancer*. 2009; 115(18 Suppl):4409-18.
12. Earle CC, Neville BA. Under Use of Necessary Care among Cancer Survivors. *Cancer*. 2004; 101:1712-9.
13. Alonso de Diego I, Pinilla González-Gallego S, Fernández Gonzalo A, Alonso Martín AM, Camino Gómez M, López de Castro F. Papel de Atención Primaria en el Cáncer de Mama. *Nursing*. 2010; 28(10):56-61.
14. Muñoz González F, Calles Gato MD, López de Castro F, Hernández Moreno J, González Sánchez M, Sánchez del Viso Y. El médico de atención primaria ante el enfermo oncológico terminal en la comunidad de Castilla-La Mancha. *Centro de Salud*. 1995; 3(2):129-32.
15. Esteva Cantó M, Llobera Cánaves J, Miralles Ximena J, Bauzá Amengual ML. Management of terminal cancer patients: attitudes and training needs of primary health care doctors and nurses. *Support Care Cancer*. 2000; 8:464-71.
16. Goldberg R, Guadagnoli E, LaFarge S. A survey of housestaff attitudes towards terminal care education. *J Cancer Educ*. 1987; 2:159-63.
17. Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de mayo. *Boletín Oficial del Estado* nº 128 (29/5/2003).
18. Salinas Martín A, Asensio Fraile A, Armas J, Benítez del Rosario MA. Cuidados paliativos en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria*. 1999; 23:187-91.
19. Alonso Babarro A. ¿Deben contar los programas de cuidados paliativos con equipos de soporte en atención primaria? *Aten Primaria*. 2006; 38(6):316-24.
20. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Eulalia Grajera M, Redondo Moralo MJ, Díaz Díez F et al. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006; 38(6):316-24.
21. Barnes EA, Hanson J, Neumann CM, Nikolaichuk CL and Bruera E. Communication Between Primary Care Physicians and Radiation Oncologists Regarding Patients With Cancer Treated With Palliative Radiotherapy. *J Clin Oncol*. 2000; 18:2902-7.
22. McConnell D, Butow PN, Tattersall MHN. Improving the letters we write: An exploration of doctor-doctor communication in cancer care. *Br J Cancer*. 1999; 80:427-37.
23. Grunfeld E. Primary care physicians and oncologists are players on the same team. *J Clin Oncol*. 2008; 26:2246-47.
24. Brenneis C, Bruera E. The interaction between family physicians and palliative care consultants in the delivery of palliative care: clinical and educational issues. *J Palliat Care*. 1998; 34:58-61.