

Artículo original

Rotación de médicos residentes de Medicina Familiar por el servicio de cuidados paliativos de São Paulo, Brasil

Family medicine residents in a palliative care service in São Paulo, Brazil

Pinheiro RPT[□], Levites Rosenfeld Marcelo^{□□}, González Blasco Pablo^{□□□}, Del Giglio Auro^{□□□□}, Irigoyen Coria Arnulfo^{□□□□□}

Resumen

Objetivo: identificar a través de narrativas el impacto educacional y vivencial de los cuidados paliativos en la formación de los médicos residentes de Medicina Familiar. **Diseño:** estudio descriptivo y transversal con el uso de metodología cualitativa. **Material y métodos:** el período de rotación por el consultorio de cuidados paliativos ambulatorios del servicio de Oncología de la Facultad de Medicina de la Fundación ABC, São Paulo, Brasil, comprendió los meses de marzo a noviembre del año 2004. Se atendieron a 37 pacientes (22 hombres/15 mujeres) de los cuales 24 fallecieron en el transcurso del estudio. Se aplicó una entrevista estructurada de cuatro preguntas a ocho residentes de Medicina Familiar. **Resultados:** la rotación en el consultorio de cuidados paliativos proporciona valiosas experiencias desde el punto de vista educacional y se perfila en un escenario fundamental para el aprendizaje en los siguientes aspectos: el paciente como foco de atención, la relación con las familias, el contacto con la muerte y el contacto con especialistas. **Conclusiones:** la rotación por cuidados paliativos es un escenario importante para la formación de los residentes en Medicina Familiar, los fortalece en el contacto con pacientes críticos debido a que el aprendizaje traspasa la técnica y la teoría médica. La experiencia clínica con pacientes terminales es esencial para la educación de los médicos, ya que éstos, inevitablemente enfrentarán estas situaciones en su práctica médica.

Palabras clave: Medicina Paliativa, Medicina Familiar, Educación médica

Key words: Palliative Medicine, Family Medicine, Medical education

Summary

Objective: to identify, using narratives, the educational and life learning impact of palliative care in Family Medicine residents. **Design:** cross-sectional study using qualitative methodology. **Materials and methods:** the rotation period was from March to November 2004 in the palliative care ambulatory set within the Oncology Department, in ABC Medical School, 37 patients were followed (22 men/15 women) and 24 of them died during this period. A semi-structured interview, based on four questions was applied to eight residents of the Family Medicine residency program. **Results:** the ambulatory palliative care promotes, in an educational way, a unique setting to continuum learning, in the following aspects: to be focus on the patient, relationship with the family, dealing with death and how to integrate knowledge and collaboration with other specialists. **Conclusions:** palliative care service emerge as an important setting for Family Medicine training, because the residents learn how to deal with very critical patients and the learned issues go beyond technique and the usual medical knowledge they have in theoretical lectures. The clinical experience with terminal ill patients is important in doctors' education because they will face this situation in their practice.

□Residente de segundo año del Programa FITNESS de Residencia de Medicina Familiar en la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (SOBRAMFA). □□Médico Familiar, director del Programa FITNESS, SOBRAMFA. □□□Doctor en Medicina, director científico de SOBRAMFA. □□□□Profesor titular de Hematología y Oncología de la Facultad de Medicina del ABC, São Paulo, Brasil. □□□□Profesor Asociado "C" del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia:
González Blasco Pablo
pablogb@sobramfa.om.br

Aten. Fam. 2007;14(5):122-125.

Introducción

La Medicina Paliativa se encarga del manejo de pacientes con enfermedades en las que la curación es imposible y la muerte es esperada en poco tiempo. La clave está en controlar los síntomas y potenciar la calidad de vida del paciente, al proporcionar un cuidado continuo. El objetivo complejo de aliviar el sufrimiento no puede ser unidimensional ni debe excluir alguna de las cuatro dimensiones del ser humano: la física (dolor, dispepsia, tos, constipación, delirio), la emocional (ansiedad, depresión), la social (negocios inacabados, problemas financieros, hijos) y la espiritual (culpa, baja autoestima). Generalmente para esta amplia asistencia, la Medicina Paliativa presta atención a los pacientes con un equipo multidisciplinario.¹⁻⁹

La razón de escoger al médico familiar para realizar este tipo de atención se basa en el entendimiento de los principios de la Medicina Familiar: atención primaria, educación médica, humanismo y formación de liderazgos; por estas razones se trata de una especialidad centrada en el individuo. El médico familiar es un especialista en personas.⁹ Morales de Irigoyen explica que la incorporación del médico familiar en los cuidados paliativos se debe al hecho de que ambas disciplinas poseen como elementos fundamentales la continuidad en el cuidado médico, la prevención y el estudio de la familia. La filosofía de la Medicina Familiar entiende que la actuación de los profesionales debe tener como objetivo mejorar el nivel de salud y bienestar de las personas. En la visión de la Medicina Familiar la relación entre el médico y el paciente no termina con la aparición de una enfermedad incurable y mortal ni con la muerte del paciente, pues la relación con la familia se mantiene después de este evento.¹⁰

Con el objetivo de proporcionar este tipo de atención a los pacientes con cáncer, la rotación en el consultorio de cuidados paliativos ambulatorios tuvo inicio en marzo de 2004 por un acuerdo entre el Departamento



de Oncología de la Facultad del ABC (de la Fundação do ABC de la Ciudad de Santo André- São Paulo, Brasil) y la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar (SOBRAMFA). Este consultorio provee asistencia médica a los pacientes que los oncólogos consideran fuera de sus posibilidades terapéuticas convencionales y tiene como objetivo entrenar a los médicos con el perfil adecuado para realizar este tipo de asistencia. El objetivo del estudio fue identificar el impacto educativo y de vivencia humana que tiene la rotación por el servicio de cuidados paliativos en residentes de Medicina.

Material y métodos

Estudio descriptivo y transversal en el que se utilizó metodología cualitativa. El período de rotación por el consultorio de cuidados paliativos ambulatorios del servicio de Oncología de la Facultad de Medicina del ABC comprendió los meses de marzo a noviembre del año 2004. Se atendieron a 37 pacientes (22 hombres/15 mujeres) de los cuales 24 fallecieron en el transcurso del estudio. Se aplicó una entrevista estructurada a ocho residentes de Medicina Familiar.

El consultorio de cuidados paliativos ambulatorios funciona una vez por semana, en el predio de Oncología de la Facultad de Medicina del ABC; se atienden en promedio cuatro pacientes en un período de cuatro horas. Quienes atienden en este consultorio son médicos familiares en entrenamiento (ocho médicos) y son supervisados al menos por un tutor médico familiar. El paciente es atendido por uno de los médicos que, después de la atención inicial, discute el caso con todo el equipo y entonces se decide un determinado plan de acción. A continuación el médico vuelve al consultorio con el paciente y le explica la conducta tomada.

Se realizó una entrevista semi-estructurada después de nueve meses de atención para exponer de forma más precisa las reflexiones de estos médicos. En relación con la rotación en la consulta de cuidados paliati-

vos ambulatorios, responda: ¿Cuál es el aspecto más importante que usted destacaría?, ¿en qué aspectos este rotatorio incrementó su conocimiento para su proceso de formación como médico familiar? Relate una historia de algún paciente que haya sido relevante para usted. Refiera otras experiencias positivas o negativas. Finalmente fueron recabados puntos para la reflexión de los médicos en entrenamiento a través de los prontuarios y de las discusiones en cada consulta médica.

Resultados

La rotación por el consultorio de cuidados paliativos ambulatorios proporciona un aprendizaje en Medicina Familiar diferente de otros locales de entrenamiento. Al reflexionar sobre la atención en este periodo, y con los datos de la entrevista semi-estructurada, podemos dividirla en cuatro categorías:

1. El paciente como foco de atención:

los pacientes de cuidados paliativos normalmente poseen varios síntomas, desde los relacionados con el cáncer, como dolor, hasta otras quejas comunes como cefalea o Hipertensión Arterial Sistémica (HAS). Con los pacientes se pudo aprender cómo controlar los síntomas más frecuentes en los estadios terminales de las enfermedades (dolor, náusea, constipación, fatiga, etcétera) sin ignorar la dificultad en la administración de los medicamentos, las interacciones medicamentosas y el difícil apego de los pacientes al tratamiento. Se tuvo, además, la oportunidad de diagnosticar y/o tratar síntomas y/o patologías que hasta entonces estaban en segundo plano. Es conveniente recordar que a todo médico familiar podrá requerírsele para apoyar y dar soporte a pacientes que acompañó durante mucho tiempo, los cuales generalmente terminan en servicios de cuidados paliativos.

¿Y cómo me tomo todo esto doctora?

En nuestra primera consulta de esta rotación aten-

dimos al Sr. "C" de 60 años, portador de cáncer de laringe, HAS e hipotiroidismo posradioterapia. El paciente trajo una bolsa de medicamentos a la consulta y descubrimos que no sabía leer. Esto dificultaba el uso de las medicinas y, algunas veces, lo hacía usar dosis erradas. Una tabla colorida de medicación e identificación de los medicamentos fue suficiente para que él pudiese entonces manejar su propia medicación.

2. Aprendizajes peculiares en el ámbito familiar:

específicamente en este consultorio las familias participan relatando cómo estaban los pacientes: el cuidado de ellos en casa, acudir a las consultas y señalar si estos ya no podían asistir. Las familias tenían una participación muy activa en el cuidado del paciente en esta situación extrema y necesitaban de orientación en diversos aspectos como nutrición, prescripción farmacológica, higiene, tristeza, sufrimiento y muerte. Es interesante destacar que el paciente no asistía a la consulta por estar muy debilitado, no obstante, la familia siempre asistía.

Recibiendo noticias

Es claro que nuestra relación con las familias y los pacientes es muy variable, principalmente porque algunos nos vemos apenas una o dos veces. Sin embargo, es interesante notar que los familiares, tal vez por esta intensa participación con la dolencia y con el enfermo, sienten la libertad de buscarnos después de los fallecimientos. En estos meses tuvimos la oportunidad de recibir llamadas telefónicas, cartas o incluso visitas al consultorio en el que el familiar expresaba gratificación por los cuidados y nos informaba de datos sobre el fallecimiento del paciente. Fueron momentos difíciles en los cuales pudimos percibir nuestra falta de entrenamiento y que durante los seis años de pregrado no fuimos capaces de manejar adecuadamente nuestras emociones y las de las familias.

¿Qué le puedo dar de comer doctor?

Las familias tienen muchas dudas en cuanto a la alimentación y no sólo en pacientes con sonda



nasogástrica. Encontramos hijos que no dejan a la mamá tomar helado porque podría adquirir un síndrome gripal, o bien las esposas que no permiten que sus maridos coman "frijoles con carne seca" durante dos días seguidos porque consideran este alimento como "fuerte". Percibimos con el pasar de los meses, cuan importante es orientar a la familia sobre lo que se puede dar de comer a los pacientes, lo que se debe dar y cómo hacerlo. Los pacientes, por otro lado, se sienten más tranquilos por tener una "liberación médica" en cuanto a la dieta. Ésta no debe ser más una prohibición o un problema en estos momentos.

3. Contacto con la muerte:

el contacto con estos pacientes invariablemente lleva a abordar aspectos de sufrimiento y muerte. Los propios pacientes cuestionan sobre su expectativa de vida, la gravedad de la enfermedad y el miedo a la muerte. El médico en formación tiene la oportunidad de confrontarse con la muerte más de cerca, y así aprende a dirigir mejor las cuestiones relacionadas con la vida y la muerte sin banalizar estos temas. Los residentes comentaron: *acabamos explorando aspectos filosóficos para que pudieran ser puestos en práctica en la búsqueda de soluciones creativas para cada situación.*

Certificado de defunción

Los pacientes frecuentemente fallecen en casa, y genera una necesidad burocrática y médica de certificar el deceso. En estos meses, algunas veces fuimos cuestionados sobre la posibilidad de estar realizando esta tarea, pero debido a la naturaleza del proyecto no tuvimos la posibilidad de prestar este tipo de servicio a los pacientes. Este hecho genera, innegablemente, una frustración, pues desde el primer contacto ofrecemos un acompañamiento médico con continuidad que buscaba confortar a la familia y al paciente; en el momento en que éste fallece, no pudimos estar al lado de la familia y ofrecer esta asistencia integral.

4. Contacto con especialistas:

los pacientes son enviados por oncólogos

con una nota de referencia. Los médicos del consultorio pueden discutir los casos con los oncólogos del servicio, lo que facilita el acompañamiento de los pacientes y posibilita su reevaluación, ya que algunos regresan al tratamiento oncológico (radioterapia/quimioterapia). Uno de nuestros pacientes fue enviado por el oncólogo y tras seguirlo durante algunos meses hubo una discusión con el colega que lo refirió. Al inicio el paciente estaba muy debilitado para nuevas tentativas terapéuticas, pero ahora estabilizado, se abría la posibilidad de realizar una biopsia hepática y dar continuidad al tratamiento oncológico.

Discusión

La experiencia clínica con pacientes terminales es esencial para la educación de los médicos, ya que estos podrán enfrentar situaciones como éstas en el futuro.⁵ La muerte en la actualidad se ha visto como un evento "poco común", prácticamente una aberración. Los médicos poseen el conocimiento y el arte para evitarla, lo que lleva a la mayoría de estudiantes y residentes a sentirse incómodos con los pacientes terminales y a evitar el contacto con la Medicina Paliativa.^{2,5,6}

Normalmente cuando los recursos terapéuticos fueron agotados, la sensación que permanece es de una total impotencia para ayudar al paciente. En realidad, la presencia del médico junto al paciente y a la familia tiene una gran valía en ese momento, más por no ser cuantificable, parece no ser útil. Urge descubrir la misión del médico cuando la técnica es insuficiente; una misión vital que trasciende la técnica y que al momento de la muerte del paciente asume proporciones gigantescas; una misión que requiere estructuras humanísticas para ser desempeñada.

Muchos médicos familiares no reciben entrenamiento formal en comunicación y otros aspectos esenciales en el trato con pacientes terminales, como tratamiento del dolor o dar malas noticias, por lo que no se sienten adecuadamente preparados para este cuidado. En general no hemos aprendido a

manejar satisfactoriamente ese profundo sentimiento de impotencia y de fracaso que experimentamos. En la mayor parte de las escuelas de Medicina nos aconsejan "mantener una prudente distancia con el paciente", casi nunca nos recomiendan "sentarnos en la cama de un paciente", "abrazarlo o besarlo fraternalmente", y en cambio en la mayoría de los casos nos conformamos con el uso de los gestos técnicos.¹¹ Afortunadamente existen intentos por revertir esta tendencia hacia la deshumanización del ejercicio médico. Un ejemplo de ello son los esfuerzos de SOBRAMFA, como el que se describe en este trabajo, así como la subespecialidad en Orientación Familiar que tiene como objetivo principal "Capacitar a médicos familiares a través de una formación tutelar de alto grado de especialización en el área de Orientación Familiar y de amplio sentido humanista y ético en las intervenciones terapéuticas realizadas a las familias", que desde hace tres años realiza el Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.¹²

Las barreras para un cuidado adecuado son fundamentalmente de tres tipos: falta de formación específica, actitudes personales de repulsión hacia la muerte y desinterés por el dolor humano. Los educadores médicos han notado la creciente necesidad de dar importancia al aprendizaje en el cuidado de los pacientes terminales y están haciendo intentos para mejorar las actitudes hacia este tipo de pacientes. Existen evidencias de que el déficit en la educación y entrenamiento en cuidados paliativos causan consecuencias negativas para los médicos y los pacientes.

Agradecimientos. Expresamos nuestra gratitud a la Doctora Nashielly Cortés Hernández -médica cirujana egresada de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, estudiante de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana- quien realizó la traducción de este artículo del portugués al español.

Desde la radioteca

Selección congruente de estudio radiológico con la hipótesis o diagnóstico clínico

Selected radiological procedure congruent with the "hypothesis" or clinical diagnosis

Santín García Guillermo[□]

Referencias

- Melvin AT. The Primary Care Physician and Palliative Care. *Palliative Care* 2001;28(2):239-245.
- Figueredo MT. Educación en cuidados paliativos: una experiencia brasileña. *O Mundo Da Saúde* 2003;27(1):165-169.
- South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Current Diagnosis e Treatment in Family Medicine. 2004;715-729.
- Melo AG. Os cuidados paliativos no Brasil. *O Mundo Da Saúde* 2003;27(1):58-62.
- Jubelier SJ, Welch C, Babar Z. Competences and concerns in end of life care for medical students and residents. *West Virginia Medical Journal* 2001;97:118-121.
- Taylor L, Hammond J, Carlos R. A student initiated elective on end of life care: a unique perspective. *Journal of Palliative Medicine* 2003;1:86-90.
- Coulombe L. Talking with patients: it is different when they are dying? *Can Fam Physician* 1995;41:423-437.
- Blasco PG. *O medico de familia hoy*. São Paulo. 1997;163-189.
- Blasco PB, Janaudis MA, Leoto RF. Principios de Medicina Familiar. São Paulo. 2003;121-136.
- Morales de Irigoyen H. El paciente terminal: Manejo del dolor y Cuidados Paliativos en Medicina Familiar. México. *Medicina Familiar Mexicana*. 2002.
- Helliwell AJ. A sabe, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. *Can Fam Physician* 1999;45:859-61.
- Información sobre el Curso de Posgrado para Médicos Especialistas en Medicina Familiar: *Orientación Familiar*. Departamento de Medicina Familiar. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en URL: <http://www.facmed.unam.mx/departamentos/index.html>

Introducción

Cuando la hipótesis y diagnóstico clínico del médico que atiende una consulta no es suficiente para administrar el tratamiento, requerirá de exámenes para aclarar, ratificar o modificar su diagnóstico clínico y otorgar cuanto antes el tratamiento apropiado.

El examen que se solicite debe ser congruente, es decir conveniente y oportuno. Como consecuencia de la existencia de procedimientos radiológicos de "imagen" de los que se han escuchado sus alcances y "belleza", parece que se descarta la bondad de la información proporcionada por los procedimientos radiológicos simples o clásicos. Los médicos tratantes actualmente ordenan sin orientación fundamentada la resonancia magnética, la tomografía computada, y, a veces la tomografía realizada con isótopos, y aún, al haber escuchado de la belleza y alcance del diagnóstico molecular de la Tomografía realizada con isótopos emisores de Positrones (PET). Se añade a esto el saber que es posible lograr imágenes en diversos planos, y reconstrucciones tridimensionales, las que inclusive pueden lograrse con ultrasonografía, y frecuentemente se ordenan sin justificación.

Se olvida que para el esqueleto, articulaciones, tórax y abdomen que incluye los aparatos digestivo y urinario, las radiografías simples o con medio de contraste se pueden hacer a veces de inmediato con costo considerablemente menor que cualquiera de los procedimientos antes aludidos.

Lo fundamental para el paciente -y para el médico- es acortar el tiempo entre el diagnóstico tentativo (llámese hipótesis, diagnóstico provisional o clínico), la corroboración o modificación, y el tratamiento.

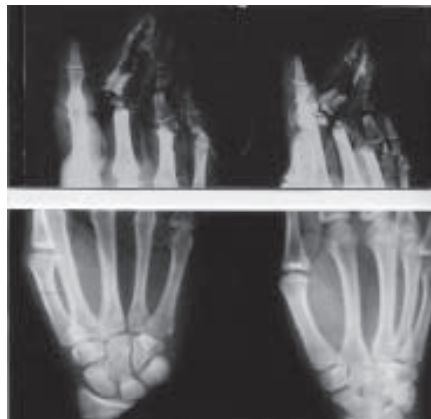


Fig. 1. En accidente de trabajo. Radiografía simple de la mano derecha, PA y ligeramente oblicua. Dedos triturados y fracturas de las cabezas metacarpianas con luxación. Arriba se separan las imágenes de la porción inferior por la delgadez que impide su ilustración uniforme.

El espejismo que representa el usar procedimientos sofisticados en lugar de procedimientos simples es lo que con mayor frecuencia afecta a los médicos de Medicina Familiar, General o aún en otras especialidades, y que ocurre -aunque con menor frecuencia- entre residentes de Radiología en los hospitales. Por ello es obligado insistir en reglas prácticas supuestamente olvidadas o excluidas por poca información, de lo que le conviene a nuestros pacientes.

Palabras clave: congruencia en procedimientos radiológicos

Key words: congruency in radiological procedures

[□]Profesor titular "c" MT. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México, maestro en ciencias radiológicas.

Correspondencia:
Santín García Guillermo
santín@servidor.unam.mx

Aten. Fam. 2007;14(5):125-127.