

POLICLÍNICO “OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y LA PEDRAJA”
CAMAJUANÍ, VILLA CLARA

ARTÍCULO ORIGINAL

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES CON CÁNCER EN ESTADIO TERMINAL
POR LA ATENCIÓN RECIBIDA

Por:

Dr. José A Gutiérrez Gamazo¹, Dra. Nancy Cordero Gutiérrez², Dra. Irina Frómeta Morales³, Dr. Ángel M. Álvarez Donis⁴, Lic. Nancy Rodríguez Rodríguez⁵ y Lic. Milayxys Méndez Rodríguez⁶

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
2. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Dermatología. Máster en Atención Primaria de Salud. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
3. Especialista de II Grado en Medicina General Integral y de I Grado en Psiquiatría Infantil. Máster en Atención Primaria de Salud. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
4. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.
5. Especialista en Enfermería Comunitaria. Máster en Salud Pública. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Instructora. UCM-VC.
6. Licenciada en Psicología. Máster en Psicología Médica. Policlínico “Octavio de la Concepción y la Pedraja”. Camajuaní, Villa Clara. Asistente. UCM-VC.

Resumen

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con diseño de intervención, con el objetivo de determinar la satisfacción de los pacientes con cáncer en estadio terminal por la atención recibida del médico, la enfermera y el cuidador primario, antes de la intervención y después de esta, en el Policlínico de Camajuaní, en el período de agosto de 2006 a agosto de 2007. La muestra estuvo constituida por 32 médicos y 67 enfermeras de la familia que prestan servicios en la comunidad, los 61 pacientes en estadio terminal y sus cuidadores primarios. Los datos se recogieron mediante la revisión documental de la historia clínica individual y la entrevista semiestructurada al paciente sobre satisfacción por la atención recibida. La información obtenida fue procesada estadísticamente, y para ello se utilizó el análisis porcentual, las pruebas de McNemar, Chi cuadrado, Fisher y Wilcoxon. Se concluyó que la satisfacción del paciente por la atención recibida mejoró significativamente después de la intervención.

Descriptores DeCS:

SATISFACCION DEL PACIENTE
CUIDADO TERMINAL

Subject headings:

PERSONAL SATISFACTION
TERMINAL CARE

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como el cuidado global y activo a aquellos pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo y en los que es esencial el control del dolor y otros síntomas, la atención a los problemas psicológicos, sociales y espirituales, así como lograr una mejor calidad de vida para el enfermo y su familia. El documento de la OMS enfatiza en que los cuidados paliativos afirman la vida, y considera el morir como un proceso natural; estos cuidados no prolongan ni aceleran la muerte, sino que proporcionan alivio del dolor y otros síntomas penosos; integran aspectos psicosociales y espirituales, así como del cuidado; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta su muerte, y a sus familiares, para afrontar la enfermedad, la pérdida y el duelo^{1,2}.

El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y la mayor supervivencia de las enfermedades oncológicas hace que exista un grupo de pacientes que requieren un elevado consumo de recursos sanitarios, lo que obliga a todos los sistemas de salud a buscar nuevas fórmulas asistenciales que mejoren la atención a los pacientes y aseguren una más eficiente utilización de los recursos que se destinan para su cuidado³⁻⁵.

La satisfacción con la atención recibida muestra una tendencia acorde con las políticas del sistema sanitario cubano, de trabajar siempre con la premisa de que los servicios de salud deben estar al lado de las satisfacciones, siempre crecientes, de aquellos que los demandan. Los médicos y enfermeras de la familia están en la obligación de trabajar para el paciente, y de encaminar sus esfuerzos a mejorar la calidad en los servicios; para ello, es necesaria la capacitación continuada del equipo de salud y de los cuidadores primarios, con el objetivo de ofrecer mejor atención y lograr que el paciente se sienta satisfecho⁶⁻⁸.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, nos motivamos a realizar esta investigación para determinar la satisfacción del paciente con cáncer en estadio terminal por la atención recibida del médico, la enfermera y el cuidador en la atención primaria de salud (APS), antes de la intervención y después de esta, así como caracterizar a los pacientes según edad y sexo^{9,10}.

Métodos

Se realizó una investigación en sistemas y servicios de salud con diseño de intervención, para determinar la satisfacción del paciente con cáncer en estadio terminal, por la atención recibida del médico, la enfermera y el cuidador primario, antes de la intervención y después de ella, en el Policlínico Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" del municipio de Camajuani, provincia de Villa Clara, en el período comprendido entre agosto de 2006 a agosto de 2007.

Se trabajó con tres universos o poblaciones: El primero estuvo constituido por los 32 médicos y las 67 enfermeras de la familia que prestan servicios en la comunidad, y se incluyó a toda la población de este universo. El segundo estuvo integrado por todos los familiares que cuidan a estos pacientes. De esta población, se tomó una muestra a conveniencia, y se seleccionó al miembro específico de la familia que lleva a cabo el cuidado o la atención al enfermo y que mayor tiempo permanece con él, al cual denominamos cuidador primario (61 cuidadores), uno por cada paciente. El tercer universo de estudio estuvo constituido por los 61 pacientes con cáncer en estadio terminal de su enfermedad, que fueron dispensarizados en el consultorio del médico de la familia entre agosto de 2006 y agosto de 2007, mayores de 15 años, residentes en el área de salud que atiende el policlínico. En el transcurso de la investigación, ocho pacientes pasaron al estado de agonía, por lo que no se pudo obtener la expresión de su nivel de satisfacción, y la muestra se redujo de 61 a 53 enfermos.

Se solicitó el consentimiento informado de los seleccionados para formar parte del estudio.

Descripción de las técnicas utilizadas:

- Revisión documental de la historia clínica individual y de salud familiar. Se realiza al comienzo de la investigación, con el objetivo de identificar a los pacientes que padecen de cáncer en

estadio final, dispensarizados en cada consultorio, y recoger variables de interés, como: edad, sexo de los enfermos y localización del tumor primario,

- Entrevista semiestructurada al paciente sobre la calidad de la atención recibida, para conocer su grado de satisfacción con los cuidados recibidos del médico, la enfermera y el cuidador primario. Se realiza por el grupo de trabajo en el hogar del paciente, en la primera visita y al finalizar la intervención.

Intervención

Como respuesta a las dificultades encontradas en la preparación de los médicos, enfermeras y la familia en la atención al paciente con cáncer en estadio final de su enfermedad, diseñamos y aplicamos el siguiente sistema de acciones: Curso de posgrado a médicos y enfermeras sobre el tema: Atención al paciente con cáncer en estadio terminal de su enfermedad, en la Atención Primaria de Salud, el cual se impartió de forma continua y escalonada ([Anexo 1](#)), e Instrucción al cuidador primario sobre cómo atender a este tipo de paciente ([Anexo 2](#)); las acciones fueron validadas por criterio de expertos, con el objetivo de preparar a los médicos, enfermeras y cuidadores primarios para la atención a estos pacientes.

Se investigaron las siguientes variables: edad, sexo, localización del tumor primario, satisfacción del paciente con la atención recibida del médico, la enfermera y el cuidador primario.

Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente con la asesoría de investigadores del Centro de Estudios de Informática de la Universidad Central “Marta Abreu” de Las Villas. Se utilizó el análisis porcentual y las pruebas de Chi cuadrado, McNemar, Fisher y Wilcoxon.

Resultados

En la tabla 1 se realizó la caracterización de la muestra por edades y sexos: De 61 pacientes, 35 pertenecían al sexo masculino (57,4 %) y 26 al femenino (42,6 %), en diferentes grupos de edades, desde 25 hasta 65 años o más. En general, predominaron los pacientes de 55 años o más (88,6 %). Además, no existió asociación entre la edad y el sexo, según las pruebas estadísticas utilizadas.

Tabla 1 Caracterización de la muestra por edades y sexos.

Edades			Sexo		Total
			Masculino	Femenino	
Edad	25-34	Cantidad	0	2	2
		% del Total	0	3,3	3,3
	35-44	Cantidad	0	1	1
		% del Total	0	1,8	1,6
	45-54	Cantidad	2	2	4
		% del Total	3,3	3,3	6,6
	55-64	Cantidad	15	7	22
		% del Total	24,6	11,5	36,1
	65 o más	Cantidad	18	14	32
		% del Total	29,5	23,0	52,5
TOTAL		Cantidad	35	26	61
		% del Total	57,4	42,6	100,0

Fuente: Revisión documental.

En la tabla 2 se puede observar que, al inicio, 41 pacientes estaban satisfechos con el médico y 11 no lo estaban. Después, los 53 pacientes expresaron su satisfacción, incluido el enfermo que

originalmente no quiso expresar su opinión. La prueba de Wilcoxon valoró que 11 pacientes mejoraron su opinión y no hubo empeoramiento en ninguno. Este avance fue altamente significativo (significación 0,000). Como la variable que se analiza en esta tabla es dicotómica (satisfecho – no satisfecho), los resultados se comprueban mediante la prueba de McNemar, específica para este tipo de variables, y su significación exacta es 0,001.

Tabla 2 Cambios en la satisfacción con el médico.

Satisfacción del paciente		Satisfacción con el médico después de la intervención		Total
		Satisfecho	No satisfecho	
Satisfacción con el médico antes de la intervención	Satisfecho	41		41
	No satisfecho	11		11
	Sin criterio	1		1
TOTAL		53		53

Fuente: Entrevista semiestructurada.
 Prueba de Wilcoxon: significación 0,000
 Prueba de McNemar: significación 0,001

La tabla 3 muestra los niveles de satisfacción con la enfermera antes de intervención y después de ella. Originalmente, 39 pacientes estaban satisfechos y 14 no lo estaban. De estos, 13 expresaron con posterioridad su satisfacción, de manera que 52 quedaron satisfechos y solo uno no lo estuvo. Evolucionaron positivamente 13 pacientes y no hubo retrocesos. Este avance fue considerado altamente significativo por la prueba de Wilcoxon y también por la de McNemar.

Tabla 3 Cambios en la satisfacción con la enfermera.

Satisfacción del paciente		Satisfacción con la enfermera después		Total
		Satisfecho	No satisfecho	
Satisfacción con la enfermera antes	Satisfecho	39	0	39
	No satisfecho	13	1	14
TOTAL		52	1	53

Fuente: Entrevista semiestructurada.
 Prueba de Wilcoxon: significación 0,000
 Prueba de Mc Nemar: significación 0,001

La tabla 4 refleja análogamente los niveles de satisfacción con el cuidador antes de la intervención y después de ella. Inicialmente había 36 pacientes satisfechos y 17 no satisfechos. Finalmente, 15 de estos últimos expresaron su satisfacción y solo dos quedaron insatisfechos. No hubo retrocesos y, por todo ello, tanto la prueba de Wilcoxon como la de McNemar corroboraron un avance altamente significativo.

Tabla 4 Cambios en la satisfacción con el cuidador.

Satisfacción del paciente		Satisfacción con el cuidador después		Total
		Satisfecho	No satisfecho	
Satisfacción con el cuidador antes	Satisfecho	36	0	36
	No satisfecho	15	2	17
TOTAL		51	2	53

Fuente: Entrevista semiestructurada.
 Prueba de Wilcoxon: significación 0,000
 Prueba de McNemar: significación 0,001

Discusión

El aumento creciente de la morbilidad y mortalidad por cáncer en nuestra área hace necesario que, para la atención integral a estos enfermos, haya que tener en cuenta la preparación del equipo básico de salud para enfrentar los temores del propio paciente y de sus familiares, los cuales son parte esencial de la medicina paliativa; contribuyen a los cuidados del enfermo y tienen que recibir la atención e instrucción necesarias por el equipo de salud para influir positivamente en la evolución del paciente, y con ello, lograr que este se sienta satisfecho con la atención recibida del médico, la enfermera y el cuidador primario.

Está bien establecida la mayor frecuencia de cáncer en los hombres, sexo más afectado por casi todos los tipos de neoplasias, relacionado con el mayor consumo de tabaco y alcohol por este sexo; no obstante, la mortalidad en el sexo femenino va en aumento por la adquisición de esos hábitos, que constituyen factores de riesgo para la aparición de neoplasias malignas; de igual manera, con el aumento de la edad se incrementa el riesgo de padecer de cáncer³⁻⁵.

En nuestro estudio, la incidencia mayor de localización del tumor primario fue en pulmón, colon y próstata, por ese orden. Otras localizaciones fueron: riñón, útero y recto. Similares resultados han sido encontrados por diferentes autores, que citan como más frecuente al cáncer de pulmón, seguido por los de colon, mama, próstata y laringe. Los estudios nacionales e internacionales coinciden en que el cáncer de pulmón es la neoplasia por la que fallece mayor número de personas. En Cuba, la tasa de mortalidad por neoplasia de pulmón se mueve en el rango de 22,4 a 30,4 por 100 000 habitantes⁵.

El equipo básico debe entrenarse y capacitarse para satisfacer al paciente con cáncer en este estadio terminal (mediante el cuidador primario) para mejorar la calidad de vida de estos⁶.

Similares resultados encontramos en estudios realizados por otros autores, donde la satisfacción por la atención recibida del personal de salud mejora considerablemente después del tratamiento y cuidados adecuados^{3,7}.

Los enfermeros deben participar en el afrontamiento del dolor y de la muerte, con el objetivo de establecer esa relación de ayuda imprescindible para satisfacer la humanización de los cuidados al enfermo en estadio terminal; en esos momentos tan importantes, no solo se deben tener en cuenta el componente tecnológico y sus habilidades, sino las actitudes y sentimientos en un nivel ético y humano. Es fundamental en la actuación de enfermería proteger y promover la dignidad, y preservar la humanidad de las personas que reciben una atención de salud. Lo humano se aprende en la interacción, que permite descubrir sus necesidades, teniendo en cuenta sus creencias y valores, y el lente interpretativo a través del cual la persona mira al mundo⁸.

Resultados similares muestran otros autores al plantear que el cáncer amenaza a la familia con la desorganización de sus hábitos, sus proyectos, sus metas, la alteración de su línea temporal. Se anticipan separaciones y pérdidas. La ansiedad aparece desde el principio, y se expresa en conductas irritables, intolerancia, posibles dificultades en la comunicación e hiperactividad. Conflictos anteriores no resueltos o encubiertos pueden manifestarse. Asimismo, aparecen también culpas y recriminaciones. Algunos miembros muestran fragilidad emocional e incapacidad para

realizar la función de cuidadores; los conflictos familiares afloran y pueden influir negativamente sobre la persona afectada, que se muestra insatisfecha con la atención recibida por el cuidador^{9,10}.

Summary

An study with intervention design was carried out in systems and health services to determine the satisfaction of terminal cancer patients with cares given to them by the doctor, the nurse, and the caregiver before and after the intervention, at the Camajuaní Polyclinic, from August 2006 to August 2007. The sample was made up of 32 doctors, and 67 family nurses who render services to the community as well as of the 61 terminal cancer patients and their primary caregivers. Data were collected by means of documental checking of each medical history and the semi structured interview to the patient related with care he/she had received. The information obtained was statistically processed by means of the percentage analysis, Mc-Nemar, Chi Square, Fisher, and Wilcoxon tests. We got to the conclusion that patient satisfaction with cares given to them significantly increased after the intervention.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevas normas sobre el tratamiento del dolor: ocasión ideal para reformar la atención médica en Estados Unidos. *Cáncer Pain Release*. 2002;14(2):2-3.
2. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional integral de control de cáncer. Acciones de cuidados continuos al paciente oncológico. La Habana: Unidad de control de cáncer (UNCC); 2006.
3. Gómez Sancho M. Medicina paliativa: la respuesta a una necesidad. En: *Avances en cuidados paliativos v.1*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS; 2003. p. 113-70.
4. Higginson J, Addington-Hall JM. The epidemiology of death and symptoms. En: Doyle, Hanks, Cherny N, Calman K, editors. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3 ra ed. England: Oxford University Press; 2004. p.14-24.
5. Espinosa Roca AA, Romero Cabrera AJ, Misas Méndez M, Fresneda Quintana O. Asistencia al enfermo terminal en atención primaria de salud. *Rev Finlay*. 2005; 10(1):132- 43.
6. Cárdenas Pérez C. Evaluación psicológica del paciente con cáncer en la APS. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2005;21(1-2):10-6.
7. Fernández Garrido M, Corona Martínez LA, Hernández Rodríguez J, Espinosa Roca A, Pereira Valdés E, Fuigueiras Ramos B. Mortalidad por neoplasias malignas en la población adulta de la provincia de Cienfuegos durante el decenio 1988-1997. *Rev Cubana Med*. 2003;42(2):42-7.
8. Ramos Freyre AJ, Cascante Guerrero LA, Casanova Cabrera F, González Grillo VS. Cuidados paliativos en pacientes terminales con cáncer. *Avances Médicos de Cuba*. 2005; 12(42):14-5.
9. Hurtado de Mendoza Amat J, Fuentes Peláez A, Montero González T, Álvarez Santana R, Coello Salazar RA. Cáncer en Cuba. Evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem según el Sistema Automatizado de Registro y Control en Anatomía Patológica. *Rev Cubana Med*. 2004;43(1):18-26.
10. Colectivo de autores. *Manual de procedimientos básicos del médico y enfermera de la familia*. La Habana: MINSAP; 2004.

Recibido: 15 de noviembre de 2007.

Aprobado: 2 de julio de 2008.

Anexo 1

CURSO DE POSGRADO

Título: Atención al paciente con cáncer en estadio terminal de su enfermedad en la APS (20 horas)

SISTEMA DE CONOCIMIENTOS POR UNIDADES TEMÁTICAS:

Tema I: Cuidados paliativos. Generalidades. (4 horas)

Tema II: Control de síntomas. (4 horas)

Tema III: El psicólogo en los cuidados paliativos. (4 horas)

Tema IV- Cuidados de enfermería. (4 horas)

Tema V: Atención a la familia. (4 horas)

Anexo 2 Acciones para instruir al cuidador primario.

Objetivo:

Adiestrar al cuidador primario para la atención al paciente con cáncer en estadio final.

Las sesiones de trabajo para la totalidad de los cuidadores primarios fueron cinco:

- Primera sesión: Se realizó con el objetivo de establecer una aproximación empática con la familia a través de un conversatorio, donde se conocieron las inquietudes y perspectivas de la familia; se les explicó la diferencia entre la medicina curativa y la medicina paliativa, la importancia del alivio de los síntomas y de mantener el confort del paciente.
- Segunda sesión: Tuvo como objetivo instruir al cuidador en los cuidados físicos, como: alimentación, cuidados de la boca, la piel e higiene personal y ambiental, así como el alivio de los síntomas frecuentes en estos pacientes: dolor, estreñimiento, disnea, vómitos, insomnio, entre otros, para lo cual nos auxiliamos de un manual confeccionado y validado con este fin en una investigación anterior, y que le dejamos al cuidador como material de consulta.
- Tercera sesión: Se realizó con el objetivo de demostrar en el hogar del paciente las técnicas para bañarlo en la cama, cambiarlo de posición, administrarle masajes y enema evacuante. En esta sesión, la enfermera miembro del equipo multidisciplinario demostró dichas técnicas; cuando no fue posible realizarlas con el paciente, se utilizó una maqueta.
- Cuarta sesión: Se ofreció asesoría por la psicóloga del equipo, con el objetivo de resaltar la importancia de mantener el bienestar psicológico del paciente, y se enfatizó en el tratamiento de la ansiedad, la depresión, la atención al bienestar social, las relaciones personales, la autoestima, etc. Desde el punto de vista espiritual, se trató la incertidumbre, las actividades espirituales, la esperanza de vida, entre otros.
- Quinta sesión: Se realizó con el objetivo de informar sobre los cuidados en la agonía, la muerte digna y las gestiones funerarias.