

# U Jornadas AECPAL

Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos

Uniendo Esfuerzos, Tejiendo Redes

[www.aecpal2013.com](http://www.aecpal2013.com)

Barcelona  
11 - 12 abril  
**2013**



## Índice

---

Bienvenida	3
Comité Organizador	4
Comité Científico	5
Esquema de las sesiones	6
Ponentes	7
Programa	14
Ponencias	20
Pósters	32
Comunicaciones Orales	58

## Bienvenida

---

Queridos compañeros,

Desde el comité organizador y científico os damos la bienvenida a las V Jornadas Nacionales de Enfermería en Cuidados Paliativos.

Siguiendo la línea y filosofía de ediciones anteriores esperamos ofrecer durante estos días, un programa científico de interés, y que este encuentro sirva, una vez más, para reencontrarnos e intercambiar experiencias sobre nuestro trabajo diario con los pacientes y familiares.

Queremos dedicar estas jornadas a la continuidad del cuidado y hemos elegido como lema: “Uniendo esfuerzos, tejiendo redes” por una atención de calidad.

Garantizar la continuidad es el primer paso para ofrecer bienestar y seguridad y, como consecuencia, promover calidad de vida especialmente en esta etapa del ciclo vital. Los profesionales enfermeros debemos impulsar, desde nuestra disciplina, el desarrollo de modelos de atención que potencien este continuum asistencial porque responde a la misma esencia del cuidar.

Por todo ello, esperamos que disfrutéis de estas Jornadas que hemos organizado con toda nuestra ilusión.

Lourdes Guanter  
Presidenta Comité Científico

Eulalia Albuquerque  
Presidenta Comité Organizador

## Comité Organizador

---

### Presidenta

Eulalia Alburquerque

### Vicepresidenta

Cristina Lasmarías

### Vocales

Josa Adell

Francisco Benavente

Montserrat Bleda

Montserrat Bonet

Íngrid Bullich

M. Teresa Cubí

Cristina Lacomá

Xavier Lloró

Núria Miralles

Inmaculada Morales

Montserrat Puig

Mireia Riera

Teresa Peris

## Comité Científico

---

### Presidenta

Lourdes Guanter

### Vicepresidenta

Núria Codorniu

### Vocales

Eva Barallat

Ester Busquets

Montserrat Busquets

Anna Calles

Ana Carvajal

Esther Corrales

Francisco Cegrí

Ángela Duran

Isidro García

Adela Gejo

Sílvia Llorens

José María Martínez

Ainhoa Molins

Adelaida Ramos

Luis Utor

## Esquema de las sesiones

### Jueves 11 de abril

	Sala Verdi	Sala Vivaldi	Sala Rossini
11.00-13.00h Talleres Prejornadas	Taller: Estrategias imaginativas en nutrición. Propuestas culinarias para el abordaje de la Disfagia y Anorexia	Taller: Expresión de sentimientos: arteterapia y autoconocimiento	Taller: Musicoterapia
15.30 - 17.00h	Coordinación-Continuum Asistencial. ¿Es la integración garantía de la atención integral?		
17.00 - 18.00h	Instrumentos para la identificación y la atención de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas: programa NECPAL.		
18.00 - 18.30h	Pausa - Café		
18.30 - 19.30h	Sesión inaugural. El liderazgo enfermero en la sociedad: a propósito de una utopía		

### Viernes 12 de abril

	Sala Verdi	Sala Vivaldi	Sala Rossini
8.30 - 09.30h	Asamblea AEPAL		
9.30 - 11.30h	Deliberaciones al final de la vida: experiencia de un comité de ética asistencial	El paciente ante el dolor. Taller práctico sobre situaciones de dolor irruptivo en pacientes oncológicos	
11.30 - 12.30h	Planes de cuidados informatizados: repercusión en el rol enfermero y en la calidad del cuidado	Mesa de comunicaciones libres	Mesa de comunicaciones libres
11.00 - 11.30h	Pausa-café		
12.30 - 14.00h	La investigación en la mejora del cuidado enfermero. Presentación de las comunicaciones	Taller. Metodología docente: aprendizaje de las competencias enfermeras en cuidados paliativos a través de una simulación	
14.00 - 16.00	Almuerzo y conferencia satélite		
15.00 - 16.00h		Conferencia Satélite Taller: La Constipación día a día. <i>Patrocinado por Norgine</i>	
16.00 - 17.30h	Taller: Atención de calidad en el paciente con enfermedad avanzada: una aproximación desde el Modelo de Preservación de la Dignidad, de H. M. Chochinov	Taller: Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida. Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)	Taller: Vivir la sexualidad con una enfermedad avanzada al final de la vida
17.45 - 19.00h	Clausura. Conclusiones y entrega de premios		

## Ponentes

---



**CARLES BLAY**

Médico especialista en Familiar y Comunitaria. Área Básica de Salud en Santa Eugenia de Berga. Barcelona. Profesor de la Cátedra de cuidados paliativos. Universitat de Vic (UVic), Barcelona. Tutor de Residentes de Médicos de Familia y Comunitaria. Unidad Docente Cataluña Central. Responsable de las rutas asistenciales. Programa de prevención y atención a la cronicidad. Departament de salut. Generalitat de Catalunya.



**ESTER BUSQUETS**

Enfermera y filósofa. Profesora de bioética en la Facultad de Ciencias de la Salud y del Bienestar de la Universidad de Vic. Colaboradora del Institut Borja de Bioètica (Universidad Ramon Llull). Directora de la revista Bioètica & debat. Vocal de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona (COIB).



**NURIA CARSI COSTA**

Licenciada y Master en Consultor Enfermería Clínica. Directora de l'Espai de Salut. Consultora en Relación de Ayuda y Procesos de pérdida, duelo y muerte, Modelo DOMO ( T. Piulachs, Barcelona). Enfermera consultora clínica del equipo de soporte psicoemocional AFANOC, (asociación de familiares y amigos de niños oncológicos de Cataluña) en las unidades de oncohematología pediátrica de los hospitales Sant Joan de Déu y Vall d'Hebron.



**SAGRARIO CELADA**

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Castilla-La Mancha. Sexóloga. Experta en Educación Sexual, asesoramiento y terapia de pareja Estudios Univ. Postgrado en Sexología. Instituto Sexología (Incisex) Univ. Alcalá de Madrid. Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad Camilo José Cela. Madrid. Profesora del Master en Sexología. Instituto Universitario de Sexología (IUNIVES) por la Universidad.



**NÚRIA CINCA PAU**

Diplomada en Nutrición Humana y Dietética y Licenciada en Ciencia y Tecnología de los Alimentos por la Universitat de Vic (UVic), Barcelona. Desde 2009 es miembro del Departamento de Salud y Hábitos Alimentarios de la Fundación Alcía. Responsable de distintos proyectos relacionados con la alimentación saludable (promoción de buenos hábitos, restricciones alimentarias o restauración colectiva).



### **NADIA COLETTE BIRNBAUM**

Arteterapeuta (Máster ISPA, Barcelona, homologado EGS, Suiza). Postgrado de profesionalización y supervisión en Arteterapia (Universidad de Girona (UdG). Licenciada en Bellas Artes y DEA en Pintura y Retórica visual (UPV, Valencia). Licenciada en Biología Médica Aplicada (ULB, Bruselas).

Asesora experta en duelo, modelo integrativo-relacional (IPIR, Barcelona).



### **FÁTIMA DÍAZ**

Diplomada en Enfermería .Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Comillas. Orden Hospitalaria S. Juan de Dios. Sevilla. Vicepresidenta APALEx (Asociación de profesionales de cuidados paliativos y atención al paciente en fase terminal de Extremadura).Enfermera del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de Badajoz.



### **MIGUEL DUARTE RODRÍGUEZ**

Enfermero y antropólogo. Enfermero Gestor de Casos del distrito de Sevilla. Experto nombrado por el ministerio de sanidad y consumo en las estrategias nacionales de cuidados paliativos. Acreditación con el nivel de excelente como Enfermero de Atención Primaria por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Ex-vocal de Enfermería y ex -vicepresidente de la SECPAL.

Autor de publicaciones relacionadas con la estrategia nacional de CP, Plan de Cuidados Paliativos de la Consejería Sanitaria de Andalucía, entre otros.



### **JESÚS GONZÁLEZ BARBOTEO**

Médico especialista en Geriátría y Gerontología. Máster en Bioética por la Escuela Nacional de Salud. Master en Cuidados Paliativos por la Universidad de Barcelona. Médico adjunto del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital Duran i Reynals del Institut Català d'Oncologia (ICO).Barcelona. Docente en el Máster Universitario de Cuidados Paliativos de La Universidad de Vic ,entre

otras actividades docentes. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona



### **NURIA ESCUDE MATAMOROS**

Licenciada en Musicoterapia por la Universidad de Barcelona (UB). Licenciada en Psicología y profesora de música. Directora del Máster de Musicoterapia II3-Universidad de Barcelona. Directora del Instituto Catalán de Musicoterapia. Coordinadora de programas de intervención y estimulación musical en la Fundación Baremboim-Said. Musicoterapeuta en la Unidad de Cuidados Paliativos del Parc Salut Mar y Hospital de la Esperanza.



### **RAMÓN ESPASA**

Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona. Especialista en Cirugía, Traumatología y Ortopedia. Durante 10 años fue jefe de la Unidad de Cirugía digestiva del Hospital de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat, Barcelona. Consejero de sanidad de la Generalitat de Catalunya (1977-1980). Fue Diputado del Parlamento de Cataluña y senador de las Cortes Generales. Actualmente es miembro del Comité de Bioética del Hospital de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.



### **LUIS ALBERTO FLORES**

Diplomado en Enfermería (Universidad de Valladolid). Especialidad Matrona (Univ. Salamanca). Curso de Adaptación Pedagógica. CAP (Univ. Valladolid). Licenciado en Documentación (Univ. Oberta de Catalunya). Máster en Cuidados Paliativos (Univ. Valladolid). Profesor Máster en Cuidados Paliativos (Univ. Valladolid). Técnico de Dirección Enfermería Gerencia AP Valladolid Este (SACYL). Técnico Unidad de Investigación y Docencia. C. H. San Luis (Palencia). Coordinador del Observatorio de Cuidados Paliativos HH CyL.



### **CARMEN FUENTELESAZ**

Diplomada en Enfermería. Responsable de investigación en enfermería del Hospital Universitario Vall d' Hebron. Responsable del Área Investigación e Innovación en Cuidados de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Miembro del Comité Científico del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Briggs para los Cuidados de Salud Basados en la Evidencia.



### **JOAQUIM JULIÀ**

Médico Coordinador del Servicio de Soporte Integral - Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología de Badalona. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad Autónoma de Barcelona. Especialista en Medicina Interna. Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Barcelona. Docente en el Máster Universitario de Cuidados Paliativos de la Universidad de Vic , en el Máster de Competencias Médicas Avanzadas de la Universidad de Barcelona entre otras actividades docentes.



### **ÁNGEL LÓPEZ TRIGUERO**

Diplomado en Enfermería. Universidad de León. Actualmente coordinador del Pan Gallego de Cuidados Paliativos. Técnico del Servicio de Desenvolvimento PA, P e CS, SX Planificación e Ordenación Asistencial, Dirección de Asistencia Sanitaria. Secretario de la Comisión Gallega de Cuidados Paliativos y vocal de la Comisión Gallega de la Estrategia contra el Dolor.



**SONIA LÓPEZ**

Diplomada en Graduado Social por la Universidad de Barcelona. Máster Universitario en Bioética del Instituto Borja de Bioética .Universidad Ramón Llull. Responsable del Voluntariado y Calidad de la Unidad de Atención al Usuario y de Gestión Administrativa, y Técnica de Gestión de Función Administrativa del Hospital Universitario de Bellvitge. Miembro del Comité de Ética Asistencial y del comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario de Bellvitge L´ Hospitalet. Barcelona, desde el 2006.



**TAMARA MARTÍNEZ LLORENTE**

Diplomada en Enfermería por la Universidad Autónoma de Madrid. Experto en urgencias y emergencias y en cuidados críticos por la Escuela de ciencias de la salud de la Universidad Complutense de Madrid. Máster en cuidados perinatales y en la infancia. Universidad Autónoma de Madrid. Enfermera de la unidad de cuidados paliativos pediátricos del Hospital Niño Jesus. Madrid.



**CLARA MAURI**

Diplomada en Enfermería. Master en calidad asistencial. Adjunta del Área de Procesos Asistenciales del Hospital de Viladecans. Coordinadora del programa del paciente crónico en el Hospital de Viladecans. Barcelona. Coautora de la escala EMINA para la valoración de riesgos de Ulceras por presión.



**JORDI MERCADÉ CARRANZA**

Licenciado en Ciencias Políticas por la Universidad Pompeu Fabra (UPF) Barcelona y Máster en Musicoterapia (IL-3-Universidad de Barcelona). Ha trabajado como musicoterapeuta en diferentes ámbitos asistenciales en Barcelona como son servicios sociosanitarios del Hospital San Joan de Déu, Asociación Ajudam- Predegent y en la Residencia del Hospital de Sant Andreu. Actualmente trabaja en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Esperanza y en el Instituto Catalán de Musicoterapia.



**AINHOA MOLINS**

Enfermera. Diplomada en Educación primaria y Licenciada en psicopedagogía por la Universitat de Lleida. Máster en educació i TIC ( e-learning) por la UOC. Técnica del Servicio de Formación de l´ Institut d´ Estudis de la Salut. Responsable de la ACOE de médicos de Cuidados Paliativos. Grupo de trabajo de definición de competencias de la enfermera experta en Cuidados Paliativos.



**CRISTINA ORTEGA**

Enfermera clínica de geriatría del Hospital Universitari de Bellvitge. UFISS de Geriatría, Máster en Enfermería Geriátrica y Gerontológica per la Universidad de Barcelona (UB), Máster Universitario en Liderazgo y Gestión por la Universidad de Barcelona (UB) y Enfermera especialista en Enfermería del Trabajo. Responsable de la asesoría y orientación a la formación del Colegio Oficial de enfermería de Barcelona (COIB).



**JOSEP PLANAS DOMINGO**

Doctor en Medicina. Especialista en Oncología Médica. Profesor asociado de Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona. Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de la Esperanza (Parc de Salut Mar). Investigador principal en el proyecto: “ La musicoterapia como tratamiento complementario en pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos del Parc Salut Mar”.



**MARC PUIG-PEY BOHER**

Técnico en cocina cursado en la “Escola d’Hosteleria de Sant Narcís” (Girona). Del 1989 al 2006 trabajó en el restaurante el Bulli. Responsable de pastelería y cocina. Responsable de la sección de catering del Bulli, colaborando en el I+D de su línea gastronómica. Formó parte del equipo de I+D del Bullitaller. Desde 2006 es el responsable de cocina del Departamento de Salud y Hábitos Alimentarios de la Fundación Alcía.



**JUAN MANUEL RIVERA**

Diplomado en Enfermería. Experto en Gestión de Cuidados por la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) y la Universidad de Granada. Experto en Bioética por la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Universidad de Granada. Presidente del Comité de Ética Asistencial Bahía de Cádiz - La Janda. Jefe de Bloque de Gestión de Cuidados Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Socio fundador y vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Andaluza de Bioética (SAB)



**JOSEP ROMA**

Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública .Maîtrise en Epidemiologie et Biomathematiques por la Universidad de Paris, Master Health Professions Education por la Universidad de Maastricht. Profesor asociado de la Universidad de Barcelona y Jefe de Servicio de Formación del Institut d’ Estudis de la Salut (IES) del Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Barcelona



**BEGOÑA ROMÁN MAESTRE**

Doctora en Filosofía. Profesora de Filosofía de la Universidad de Barcelona (UB). Directora de tesis doctorales y estudios relacionados con la ética y la fundamentación moral. Miembro del grupo de investigación Ética y Filosofía Contemporánea (UB), autora y coautora de artículos, (más de 20 artículos en los últimos 5 años) de capítulos de libros relacionados con la Ética y los servicios de salud, las organizaciones sanitarias, el ámbito de la atención a paciente-usuario, la profesión sanitaria, etc. Ha colaborado en diversas ocasiones con el Colegio de enfermeras y enfermeros de Barcelona en textos y conferencias. Actualmente es la presidenta del comité de ética de la Consejería de servicios sociales de la Generalitat de Catalunya.



**JORDI ROYO POZO**

Licenciado en Psicología por la Universitat de Barcelona. Licenciado en Publicidad y Relaciones Públicas por la Universitat Autònoma de Barcelona. Psicólogo de la Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena (equipo EAPS Maresme del “Programa para la atención a personas con enfermedades avanzadas” de la Obra Social “La Caixa”) con actividad asistencial en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Comarcal de Sant Jaume de Calella, PADES Alt Maresme y atención psicológica en duelo. Formado en atención psicológica en cuidados paliativos en el Hospital de la Santa Creu de Vic, St. Christopher’s Hospice (Londres), PUCRS (Pontificia Universidade Católica Rio Grande do Sul) (Brasil) y en la “Dignity Therapy Workshop” en el Manitoba Cancer Care (Canadá). Coordinador de VIDDA Fundació Hospital (Departamento de investigación y docencia en final de vida, dignidad y duelo).



**SANDRA SOLER**

Diplomada en Trabajo Social por la Universitat de Barcelona y Postgrado de atención Sociofamiliar en el ámbito sociosanitario. Universitat de Barcelona. Coordinadora de la Unidad de Trabajo del Hospital Universitario de Bellvitge. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Bellvitge desde noviembre de 2006.



**MIREIA TARRUELLA I FARRÈ**

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Lingüística. Doctora por la Universidad de Barcelona con la tesis: EL Análisis comunicativo y pragmático de los registros de Enfermería. Desde hace 20 años se dedica a la Docencia y durante 15 años fue la Directora de la Escuela Universitaria de la Cruz Roja adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona.



### **ALBERT TUCA**

Doctor en Medicina por la Universidad de Barcelona, especialista en Oncología Médica, diplomado en Farmacología Clínica y Máster en Cuidados Paliativos por la Universidad de Barcelona. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínico de Barcelona. Premio a la Excelencia Profesional del Colegio de Médicos de Barcelona en 2006. Coordinador de la Unidad de Soporte y Cuidados Paliativos del Instituto de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas del Hospital Clínico de Barcelona.



### **PILAR VALLÉS**

Diplomada en Enfermería. Máster en Cuidados Paliativos. Acreditada en excelente por la agencia de calidad sanitaria andaluza. Equipo soporte domiciliario de cuidados paliativos del Área de Gestión Sanitaria del Campo de Gibraltar. Secretaria general de la sociedad española de cuidados paliativos. Coordinadora del grupo de planes de cuidados de la AECPAL y del grupo de trabajo de enfermería de la sociedad andaluza de cuidados paliativos.



### **LAURA VILA PALOMERO**

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Barcelona (UB). Enfermera del Área Básica de Salud de Sta. Eugenia de Berga. (Cataluña central). Co-autora del primer plan de salud para el área de Osona y Cataluña. Colaboradora en el programa de prevención y atención a la Cronicidad en las áreas relacionadas con la autocura y autoresponsabilización de los pacientes crónicos complejos, desarrollando programas de atención paliativa desde el 2011.



### **AINHOA VIDEGAIN**

Psicóloga EAPS (EAPS Maresme del “Programa para la atención a personas con enfermedades avanzadas” de la Obra Social “La Caixa”). Cuidados Paliativos de la Fundación Hospital St. Jaume y Sta. Magdalena de Mataró. Psicooncóloga en Grupo Agata. Máster en psicooncología per la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Formación en Dignity Therapy Workshop, impartida por el Dr. H.M. Chochinov, Cancer Care of Manitoba, Winnipeg (Canada). Formación en atención al duelo por IPIR (Institut Psicoterapia Integrativa Relacional).

## Programa

---

**JUEVES 11 de abril de 2013**

**10:00h – 11:00h Recogida de documentación**

**Programa prejornadas: CIENCIA Y ARTE**

**11:00h – 13:00h Talleres simultáneos**

**Sala Vivaldi**      **TJ 1 - Taller 1: La expresión de sentimientos: arteterapia y autoconocimiento**  
**Facilitadora:**

*Ade Ramos.* Enfermera. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de Sant Pau. Barcelona

**Ponentes:**

*Núria Carsi.* Enfermera consultora clínica. Directora de l'Espai de Salut. Barcelona

*Nadia Colette.* Arteterapeuta. Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital de Sant Pau. Barcelona

**Sala Verdi**      **TJ 2 - Taller 2: Estrategias imaginativas en nutrición. Propuestas culinarias para el abordaje de la Disfagia y Anorexia.**

**Facilitadora:**

*Teresa Peris.* Enfermera y nutricionista. Pades Les Corts. Mutuam. Barcelona

**Ponentes:**

*Marc Puig-Pey.* Cocinero. Fundación Alicia. Alimentación y ciencia. Sant Fruitós de Bages. Barcelona

*Núria Cinca.* Dietista-nutricionista. Fundación Alicia. Alimentación y ciencia. Sant Fruitós de Bages Barcelona

**Sala Rossini**      **TJ 3 - Taller 3: Musicoterapia**

**Facilitadora:**

*Mireia Riera.* Pades Sants. Mutuam. Barcelona

**Ponentes:**

*Núria Escudé.* Psicóloga y musicoterapeuta. Directora del Máster de Musicoterapia. Universidad de Barcelona

*Jordi Mercadé.* Licenciado en Ciencias Políticas y Musicoterapeuta. Universidad de Barcelona

*Josep Planas.* Médico. Responsable del Equipo de Cuidados Paliativos. Hospital de la Esperanza. Consorcio Sanitario de Barcelona. Barcelona

## INICIO JORNADAS

14:00h – 15:00h Recogida de documentación

15:30h – 17:00h **M1 - Coordinación-Continuum Asistencial. ¿Es la integración garantía de la atención integral?**  
Sala Verdi

**Moderadora y dinamizador:**

*Adela Gejo.* Enfermera. Pades L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

*Carles Blay.* Médico. Atención Primaria. Programa de prevención y atención a la cronicidad. Responsable de rutas asistenciales. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona

*M1.1 - Cuidado del adulto desde la gestión de casos*

**Ponente:**

*Miguel Duarte.* Enfermero gestor de casos. Centro de salud. Distrito Sanitario de Atención Primaria. Sevilla

*M1.2 - Cuidado del niño desde un equipo de soporte domiciliario*

**Ponente:**

*Tamara Martínez.* Enfermera de la Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos del Hospital Niño Jesús. Madrid

*M1.3 - Cuidado del anciano desde un Equipo de Soporte Hospitalario*

**Ponente:**

*Cristina Ortega.* Enfermera clínica Geriátrica. Unidad Geriátrica de Soporte Hospitalario. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

17:00h – 18:00h **M2 - Instrumentos para la identificación y la atención de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas: programa NECPAL**  
Sala Verdi

**Moderadora:**

*Cristina Lasmarias.* Enfermera. Coordinadora del Área Docente. Observatori "QUALY" / Centre Col·laborador OMS per a Programes Públics de Cures Paliatives (CCOMS-ICO). Instituto Catalán de Oncología. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

*M2.1 - Programa NECPAL en un territorio en Galicia*

**Ponente:**

*Ángel López Triguero.* Enfermero. Coordinación do Plan Galego de Coidados Paliativos. A Coruña

*M2.2 - La experiencia de implementación de NECPAL en Cataluña*

*Clara Mauri.* Enfermera. Jefe de Área de Procesos Asistenciales. Adjunta a la dirección. Hospital de Viladecans. Barcelona

*M2.3 - Implementación del Plan Normalizado de Trabajo (PNT). La atención al paciente con enfermedad crónica avanzada. Programa MACA*

**Ponente:**

*Laura Vila.* Enfermera. EAP Santa Eugènia de Berga. Programa PPAC. Barcelona

18:00h – 18:30h Pausa café

18:30h – 19:30h **M3 - Sesión inaugural. El liderazgo enfermero en la sociedad: A propósito de una utopía**

Sala Verdi

**Moderadora:**

*Montse Busquets*. Enfermera. Profesora titular de Ética y Legislación. Escuela Universitaria de Enfermería. Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona

**Ponente:**

*Begoña Román*. Doctora en Filosofía. Profesora agregada de la Facultad de Filosofía. Universidad de Barcelona

19:30h – 20:00h **Acto Inaugural**

Sala Verdi

*Carles Constante*. Director general de Planificación e investigación en salud. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

*Candela Calle*. Directora general del Instituto Catalán de Oncología.

*Lourdes Guanter*. Presidenta de la AECPAL y presidenta del comité científico de las V jornadas de la AECPAL.

*Eulàlia Alburquerque*. Presidenta del comité organizador de las V jornadas de la AECPAL

21:00h **Acto de bienvenida en Caixa Forum**

## Viernes 12 de abril de 2013

**08:30h – 09:30h** **Asamblea AECPAL**  
**Sala Verdi**

**09:30h – 11:00h** **Deliberaciones al final de la vida: experiencia de un comité de ética asistencial**  
**Sala Verdi**

**Moderadora:**

*Núria Codorniu*. Enfermera de la Unidad Funcional de Pulmón. Instituto Catalán de Oncología. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

**Ponentes:**

*Jesús González-Barboteo*. Médico. Unidad de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Barcelona

*Albert Tuca*. Médico. Unidad de Soporte y Paliativos. Servicio de Oncología Médica.

Hospital Clínico. Barcelona

*Ramón Espasa*. Médico cirujano. Miembro CEA. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

*Sonia López*. Administrativa. Unidad de Atención al Usuario. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

*Sandra Soler*. Trabajo social. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona

*Juan Manuel Rivera*. Enfermero. CEA Hospital Puerta del Mar. Cádiz

**Sala Vivaldi** **TV1 - El paciente ante el dolor. Taller práctico sobre situaciones de dolor irruptivo en pacientes oncológicos**

**Ponente:**

*Joaquim Julià*. Servicio de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Hospitalet de Llobregat. Barcelona

**11:00h – 11:30h** **Pausa Café**

**11:30h – 12:30h** **M4 - Planes de cuidados informatizados: repercusión en el rol enfermero y en la calidad del cuidado**  
**Sala Verdi**

**Moderadora:**

*Eva Barallat*. Enfermera. UFISS de Cuidados Paliativos. Hospital Arnau de Vilanova de Lleida.

**Ponentes:**

*Pilar Vallés*. Enfermera. Equipo de Soporte de la Unidad de Cuidados Paliativos. Área de Gestión Sanitaria Campo de Gibraltar. Unidad de Cuidados Paliativos. Algeciras. Cádiz

*Fátima Díaz*. Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Badajoz

*Mireia Tarruella i Farrè*. Enfermera y Lingüista. Doctora por la Universidad de Barcelona. Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería y Trabajo Ocupacional. UAB. Terrassa. Barcelona

**Sala Vivaldi**    **Mesa de comunicaciones libres 1**  
**Coordinadores y evaluadores:**  
*Josep M<sup>a</sup> Martínez y Paco Cegri*  
CO1, CO2, CO3, CO4, CO5, CO6, CO7

**Sala Rossini**    **Mesa de comunicaciones libres**  
**Coordinadores y evaluadores:**  
*Isidro García y Luis Utor*  
CO8, CO9, CO10, CO11, CO12, CO13, CO16

**12:30h – 14:00h** **M5 - La investigación en la mejora del cuidado enfermero**

**Sala Verdi**    **Moderadora:**  
*Ana Carvajal*. Enfermera. Facultad de Enfermería. Universidad de Navarra

*M5.1 - Recursos para la investigación en cuidados en España*

**Ponente:**

*Carmen Fuentelsaz*. Enfermera Responsable de la Investigación en Cuidados del Hospital Universitario Vall d'Hebron y del Área de Investigación e Innovación en Cuidados de la Unidad de Investigación en Cuidados de Salud (Investén-isciii). Barcelona

*M5.2 - Observatorio de Cuidados Paliativos*

**Ponente:**

*Luis Alberto Flores*. Enfermero. Coordinador del Observatorio de Cuidados Paliativos. Valladolid

**Presentación de las mejores comunicaciones** CO14, CO15

**12.30h – 14.00h** **TV2 - Taller. Metodología docente: aprendizaje de las competencias enfermeras en cuidados paliativos a través de una simulación**

**Sala Vivaldi**    **Ponentes:**  
*Josep Roma*. Médico. Jefe del servicio de Formación. Institut d'Estudis de Salut. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya. Barcelona  
*Ainhoa Molins*. Enfermera. Institut d'Estudis de Salut. Grupo de Competencias AECPAL. Barcelona

**14:00h – 16:00h** **Almuerzo y Conferencias Satélite**

**Conferencias Satélite**

**15:00h – 16:00h** **Taller de Estreñimiento Crónico. Patrocinado por Norgine**

**Sala Vivaldi**    **Ponentes:**  
*Mireia Rodríguez*. Enfermera. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona  
*Ester Sastre*. Auxiliar de Enfermería. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona

**16:00h – 17:30h Talleres simultáneos**

**Sala Vivaldi TV3 - Taller 1: Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida. Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)**

**Facilitadora:**

*Montse Busquets*. Enfermera. Profesora titular de Ética y Legislación. Escuela Universitaria de Enfermería. Campus Bellvitge. Universidad de Barcelona

**Ponente:**

*Ester Busquets i Alibés*. Enfermera. Directora del Departamento de Salud y Acción Social. Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Universidad de Vic. Barcelona

**Sala Verdi TV4- Taller 2: Atención de calidad en el paciente con enfermedad avanzada: una aproximación desde el Modelo de preservación de la Dignidad, de H. M. Chochinov**

**Facilitadora:**

*Cristina Lasmarias*. Enfermera. Coordinadora del Área Docente. Observatori "QUALY" / Centre Col·laborador OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives (CCOMS-ICO). Instituto Catalán de Oncología. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona

**Ponentes:**

*Ainhoa Videgain Vázquez*. Psicóloga. Equipo de EAPS. Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró. Barcelona

*Jordi Royo*. Psicólogo. Equipo de EAPS. Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró. Barcelona

**Sala Rossini TV5 - Taller 3: Vivir la sexualidad con una enfermedad avanzada al final de la vida**

**Facilitadora:**

*Montse Bleda*. Enfermera. Unidad de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Instituto Catalán de Oncología. Badalona. Barcelona

**Ponente:**

*Sagrario Celada*. Enfermera y Sexóloga. Profesora Máster Sexología UCJC. Madrid

**17:45h – 19:00h Clausura. Conclusiones y entrega de premios**

**Sala Verdi**

Clausuran:

*Álvaro Gándara*. Presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL

*Miquel Domènech*. Presidente Sociedad Catalano-Balear de Cuidados Paliativos. SCBCP

*Xavier Gómez Batiste*. Director Observatorio QUALY / Centro Colaborador de la OMS para programas públicos de Cuidados Paliativos (CCOMS-ICO) y Cátedra de Cuidados Paliativos de la Universidad de Vic.

*Lourdes Guanter*. Presidenta de la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos. AEPAL

*Albert Tort*. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona COIB

*Montserrat Teixidor*. Decana del Consejo Catalán de enfermeras y enfermeros de Cataluña.

*José Rodríguez*. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### Ponencias

#### **TJ1 – La expresión de sentimientos: arteterapia y autoconocimiento**

*Carsí, N<sup>2</sup>.; Collette, N<sup>2</sup>.*

1. *Espai de Salut, Barcelona*
2. *Hospital de Sant Pau, Barcelona*

El taller pretende brindar a los participantes la experiencia de conocerse a sí mismos mediante el arteterapia, para facilitar un saber estar desde una actitud de apertura y claridad ante lo que sucede, que permite dejar de utilizar conductas reactivas y de huida.

El taller constará de cinco partes:

1. Introducción teórica sobre la relación existente entre las experiencias personales y la práctica clínica. Cómo puede influir nuestra historia, cuándo estamos en contacto con personas que afrontan una enfermedad avanzada, el sufrimiento y la muerte.
2. La importancia del trabajo de autoconocimiento y de elaboración de los propios procesos de pérdidas y duelos, como elementos protectores en la práctica clínica. Experiencia práctica de itinerario personal de pérdidas.
3. El impacto de las pérdidas y duelos ocurridos en el entorno profesional. Experiencia práctica de elaboración a partir de un caso clínico traído por cada participante.
4. Puesta en común de las producciones artísticas y comentarios libres sobre vivencias experimentadas en el taller.
5. Conclusiones sobre los aspectos terapéuticos para los participantes.

#### **TJ2 Estrategias imaginativas en nutrición. Propuestas culinarias para el abordaje de la Disfagia y Anorexia**

*Puig-Pey, M<sup>1</sup>.; Cinca, N<sup>1</sup>.*

1. *Fundació Alicia, Sant Fruitósde Bages, Barcelona*

Demostración de cocina en la que se tratarán temas relacionados con la disfagia y la anorexia, aportando soluciones creativas y atractivas para hacer más agradables las comidas. Se enseñarán técnicas de cocina aplicables tanto en centros como en domicilios, así como productos menos usuales que pueden ser de gran utilidad en estas situaciones. Como temas principales se tratará la mejora de la alimentación triturada, teniendo en cuenta la materia prima que se utiliza, la técnica de cocción o la presentación. Además, se presentarán algunos espesantes o gelificantes que pueden ayudar al tratamiento de la disfagia. Para complementarlo, se tendrán presente opciones y trucos para enriquecerlos y, de este modo, asegurar el aporte nutricional a personas con anorexia.

#### **TJ3 Musicoterapia**

*Escudé, N<sup>1</sup>.; Mercadé, J<sup>1</sup>.; Planas, J<sup>2</sup>*

1. *Universidad de Barcelona*
2. *Hospital de la Esperanza, Barcelona*

El taller constará de tres partes:

1. Música y visualización
2. Las canciones de nuestros pacientes: ¿Por qué eligen esas canciones? ¿Qué elemento terapéutico hay detrás? Casos prácticos.
3. La transición de la canción como elemento terapéutico. Experiencia con los participantes.

## **TV1 El paciente ante el dolor. Taller práctico sobre situaciones de dolor irruptivo en pacientes oncológicos**

*Julità, J<sup>1</sup>.*

*1. Instituto Catalán de Oncología, Hoptalet de Llobregat, Barcelona*

Taller destinado al reconocimiento y tratamiento del Dolor Irruptivo Oncológico. Se plantea como una actividad docente interactiva y participativa para compartir conocimientos y experiencias en el manejo de dolor irruptivo entre los profesionales participantes.

El taller se desarrolla a través del trabajo de varios casos clínicos paradigmáticos presentados en formato video con enfermos simulados. Una vez presentado el caso se plantean preguntas de elección múltiple al auditorio para fomentar la discusión y el intercambio de opiniones. El moderador aporta la evidencia científica al respecto y clarifica conceptos y dudas.

## **TV2 Taller. Metodología docente: aprendizaje de las competencias enfermeras en cuidados paliativos a través de una simulación**

*Roma, J<sup>1</sup>.; Molins, A<sup>2</sup>*

*1. Institut d'Estudis de la Salut, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, Barcelona*

*2. Institut d'Estudis de la Salut, Grupo Competencias AECPAL, Barcelona*

La característica que define la forma correcta de actuar de un profesional es el catálogo de sus competencias. Igualmente los profesionales sanitarios no son ajenos a este principio. En estos últimos años se está realizando un gran esfuerzo en la definición del conjunto de competencias de las distintas profesiones sanitarias. El proceso de adaptación al espacio europeo de educación superior no ha sido ajeno a dicha labor, en tanto se han desarrollado los nuevos currícula de grado en base a tales competencias. Desde nuestro punto de vista la relación de competencias es asimismo útil para el diseño de los programas de postgrado y de formación continuada.

Entendemos por competencia el adecuado nivel de coordinación entre conocimientos, habilidades y actitudes que tienen por objetivo la realización de una determinada tarea profesional. El Institut d'Estudis de la Salut (IES) y la Societat Catalana de Cures Pal·liatives (SCCP) han diseñado e implementado una prueba de Evaluación de Competencias Objetiva y Estructurada (ECO) dirigida a médicos paliativistas, y tiene en perspectiva diseñar otra prueba específica para enfermeras del mismo sector.

Los casos diseñados en la ECOE, debidamente adaptados a la realidad clínica de enfermería, son de gran utilidad para fomentar la adquisición de competencias. El taller consistirá en demostrar cómo aprender y adquirir competencias en base a una simulación. Los participantes tendrán la oportunidad de interactuar con un enfermo estandarizado y escenificar la forma de dar y recibir feedback de su propia actuación.

El objetivo es pues aprender cómo dar y recibir soporte concreto y específico a partir de un encuentro simulado y conseguir que sea personalizado y no valorativo para promover de forma efectiva el aprendizaje.

### **TV3 Planificación anticipada de las decisiones al final de la vida. Documento de Voluntades Anticipadas (DVA)**

*Busquets i Alibés, E.<sup>1</sup>*

*1. Departamento de Salud y Acción Social. Facultad de Ciencias de la Salud y el Bienestar. Universidad de Vic*

Uno de los elementos básicos del cuidar es “cuidar tal y como el otro quiere se cuidado”. Si cuidamos desde de la perspectiva del cuidador (enfermero/a) y no desde la perspectiva de la persona cuidada (enfermo) estamos ante un modelo de cuidado arcaico que sólo piensa en el principio de beneficencia, y olvida el principio de autonomía.

El respeto al principio de autonomía consiste en promover y respetar la capacidad de elegir libremente conforme al sistema de valores de la persona atendida por los profesionales de la salud. El instrumento para promover la autonomía de las personas atendidas es el consentimiento informado, entendido como un proceso de diálogo y no como un simple papel que se debe firmar.

El respeto a la autonomía de la persona es tan importante que se debe respetar incluso cuando la persona, debido a su estado de salud, ya no puede implicarse en la toma de decisiones. Ante esta situación hay diferentes modelos para dejar constancia sobre como deben actuar los profesionales de la salud, y como deben decidir los familiares, cuando la persona ya no puede decidir por ella misma: la Planificación Anticipada de Decisiones Sanitarias (PADS) y de los Documentos de Voluntades Anticipadas (DVA). Se trata de dos caminos ligeramente distintos pero que comparten un objetivo común: respetar los deseos expresados anteriormente sobre las instrucciones sanitarias, en el momento que la persona se encuentre en una situación que no puede expresar su voluntad. La diferencia entre los dos modelos está en que la PADS quiere ir más allá de la simple firma de un DVA, ya que decidir sobre como se va a morir no debe ser un acto aislado, sino un proceso adaptado a cada persona para intentar planificar adecuadamente el final de la vida.

En el taller, una vez presentado el marco teórico de la PADS y el DVA se proyectará en la pantalla una situación real en la cual los asistentes tendrán que planificar –en equipo– el desarrollo de la toma de decisiones en una situación de final de vida. Este ejercicio de rol debe servir para identificar las diferencias entre lo que se hace habitualmente en la práctica asistencial y lo que se debería hacer, para encontrar propuestas de mejora en la atención a este tipo de enfermos.

### **TV4 Atención de calidad en el paciente con enfermedad avanzada: una aproximación desde el Modelo de preservación de la Dignidad, de H. M. Chochinov**

*Videgain, A<sup>1</sup>; Royo, J.<sup>1</sup>*

*1. Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena, Mataró, Barcelona*

En este taller intentaremos ofrecer un espacio de reflexión a los participantes sobre la importancia como profesionales de explorar y conocer el significado, y la vivencia de la enfermedad, en los pacientes y su entorno, como un elemento esencial de una atención de calidad centrada en la preservación del sentido de dignidad. La actitud de los profesionales sanitarios tiene una gran influencia en la vivencia que tienen el paciente y su familia de la enfermedad, en la percepción que el paciente tiene de sí mismo, de su sentido de dignidad, en la percepción de su calidad de vida y de los recursos que disponen para hacer frente a la situación.

Realizaremos una aproximación teórica al Modelo de preservación de dignidad al final de la vida, del Dr. Harvey Chochinov, y nos acercaremos a la experiencia en primera persona de

los pacientes, a través de fragmentos audiovisuales que nos acercan a la realidad subjetiva de la experiencia de enfermedad. Se favorecerá la adquisición de habilidades, actitudes y recursos necesarios para planificar los cuidados de acuerdo a las necesidades personales del paciente y atender las necesidades familiares según el “modelo preservación de dignidad”. Dicho modelo se presenta como un mapa clínico para profesionales sanitarios en cuidados paliativos que nos puede servir de guía para identificar las diferentes fuentes de sufrimiento generadoras de malestar y para favorecer la preservación de su sentido de dignidad, aliviando así el sufrimiento y favoreciendo una atención de calidad centrada en el respeto.

## **TV5 Vivir la sexualidad con una enfermedad avanzada al final de la vida.**

*Celada, S.<sup>1</sup>*

*1. UCJC, Madrid*

La sexualidad en personas con necesidad de cuidados paliativos, hasta el momento ha sido un tema que prácticamente no se ha abordado en estudios y publicaciones de carácter científico, y las que se han encontrado son en revistas internacionales. Son escasas las publicaciones específicas en la literatura española que existen, que abordan el tema de la sexualidad en fases avanzadas de la enfermedad.

A pesar de ser una preocupación real de muchas personas con estas necesidades, no suele ser un tema considerado fundamental por parte de los profesionales frente a la prioridad de intervenir sobre el cáncer, la propia enfermedad o sus síntomas, abordarla no va a robar tiempo a otros aspectos de la salud o de la enfermedad. Además, los profesionales en su práctica diaria no disponen de guías específicas, documentos de consenso, programas de intervención o cualquier otro recurso que les procure información, estrategias, herramientas y recursos para Atender y Cuidar la Sexualidad en las fases avanzadas de la enfermedad. La sexualidad es el mismo ser humano, “el modo en que cada persona sexuada, hombre o mujer, vive su propio sexo”. No es cuestión de “tener un sexo” sino de *ser sexuado* Y cabe recordar que, somos seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos.

El taller pretende ser un primer acercamiento al tema, una primera aproximación, y una reflexión sobre el atlas por descubrir, y sobre el que aún quedan muchas cosas por hacer. Invita a iniciar el “reto de conceder a la Sexualidad de las personas con necesidad de Cuidados paliativos la importancia que merece, consiguiendo otorgarle un espacio en el día a día, con una mirada desde las posibilidades y no solo desde las dificultades y en el que la tarea no sea solo el trabajo de unos pocos, sino de todos los que rodean a la persona y su familia con necesidad de Cuidados paliativos ...”

“Cada uno en nuestras manos tenemos la posibilidad de procurar en un sentido integral un final de la vida de calidad”

## **M1 – Coordinación-Continuum Asistencial. ¿Es la integración garantía de la atención integral?**

### **M1.1 Cuidado del adulto desde la gestión de casos**

*Duarte, M.<sup>1</sup>*

*1. Centro de salud. Distrito Sanitario de Atención Primaria, Sevilla*

La creación de la figura de la enfermera gestora de casos (EGC) se enmarca dentro del conjunto de medidas puestas en marcha por el “Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas” (2002). La gestión de casos, es definida por la Case Management Society of America como “un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos”.

La población diana de la EGC está constituida principalmente por pacientes con alta complejidad de cuidados y sus familias. La gran mayoría de los enfermos en situación Terminal poseen esa condición y constituyen un objetivo priorizado de la labor de la EGC. Objetivo general: “garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y sus cuidadores especialmente en domicilio”. Áreas de intervención prioritarias son la Valoración y plan de cuidados multidimensional, la formación y asesoramiento de la familia, la gestión de material sanitario y ayudas técnicas y la coordinación sociosanitaria.

La coordinación sociosanitaria, se establece con actuaciones conjuntas de todo el equipo asistencial y enfocadas a las necesidades de los pacientes para facilitar el acceso a los recursos disponibles. Tiene una especial relevancia la coordinación asistencial, con énfasis en las transiciones entre hospital y primaria en aras a conseguir una continuidad de cuidados que en la fase final de la vida se vuelve imprescindible si queremos ofrecer una mínima calidad asistencial que incluya la posibilidad de una muerte digna en domicilio. Una de las herramientas más eficaces para lograr la continuidad de cuidados es la Planificación conjunta al alta, que se realiza normalmente a través de contacto telefónico entre la enfermera referente hospitalaria y la EGC.

Podemos decir que la misión de la EGC es acompañar y orientar al paciente y familia a lo largo de todo el proceso clínico e intentar optimizar la utilización de los recursos tanto propios como del sistema para conseguir satisfacer o paliar sus necesidades y expectativas

## **M1.2 Cuidado del niño desde un equipo de soporte domiciliario**

*Martínez, T.<sup>1</sup>*

### *1. Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos, Hospital Niño Jesús, Madrid*

El cuidado paliativo para niños es el cuidado activo y total del cuerpo, mente y espíritu del niño que también abarca el cuidado a la familia. Empieza cuando se diagnostica la enfermedad y continúa independientemente de que el niño reciba un tratamiento orientado hacia su enfermedad.

La unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos de Madrid se crea en 2008 con el fin de prestar una asistencia integral a niños con pronóstico de vida acortado. Está formada por un equipo humano interdisciplinar de médicos, enfermeras, psicólogo, trabajador social y administrativo que atiende los problemas y necesidades del niño y su familia para que puedan vivir de la forma más humana posible hasta que se produzca el fallecimiento. Los cuidados paliativos se pueden proporcionar en cualquier entorno, aunque, si es posible se promueve el domicilio como el lugar preferente de atención. La asistencia sanitaria 24 horas de manera presencial o telefónica, programada o urgente, según las necesidades de los niños es uno de los pilares básicos para ofrecer una adecuada continuidad asistencial. El cuidado paliativo eficaz utiliza los recursos disponibles de la comunidad, se trabaja en red integrando a múltiples profesionales con el objetivo de fomentar el bienestar del paciente y de este modo proveer de los medios técnicos y humanos necesarios para realizar adecuadamente los cuidados del niño enfermo en el domicilio. Así se rentabilizan al máximo los recursos disponibles mediante la coordinación con los centros de atención primaria y especializada, la atención en colegios, centros de fisioterapia y el contacto con servicios sociales.

Por último mencionar la labor formativa y de docencia que amplía el conocimiento sobre esta reciente disciplina aportando un nuevo enfoque y mejorando las relaciones entre profesionales implicados en el cuidado del niño.

### **M1.3 Cuidado del anciano desde un Equipo de Soporte Hospitalario**

*Ortega, C.<sup>1</sup>*

#### *1. Unidad Geriátrica de Soporte Hospitalario, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona*

Las Unidades Funcionales Interdisciplinares Sociosanitarias (UFIS) son dispositivos del “Pla Director Sociosanitari de Catalunya” que tienen como principal objetivo la valoración y seguimiento de los pacientes mayores ingresados en el hospital a fin de:

- Ofrecer una atención especializada y dar soporte al equipo asistencial en la asistencia a estos pacientes.

- Iniciar programas de educación sanitaria, tanto para el paciente como para su familia y

- Conocer el entorno familiar, para poder planificar el recurso más idóneo al alta hospitalaria a fin de garantizar la continuidad asistencial y la calidad de vida.

Las personas mayores son el grupo poblacional que ingresa cada vez con más frecuencia en los hospitales de agudos. Cuando ingresan en un hospital, presentan a menudo, problemas añadidos al motivo que ocasiona su ingreso. Durante el proceso hospitalario, también son más susceptibles de sufrir complicaciones que otro tipo de pacientes.

Cuando se requiere nuestra intervención, a menudo, nos encontramos a pacientes en situación paliativa o terminal que requieren de cuidados especializados.

En el ámbito de la oncología, están muy desarrollados los dispositivos para atender a las personas en situación terminal y aunque hay todavía muchos aspectos susceptibles de mejora, los profesionales están cada vez más sensibilizados y capacitados para determinar cuando un paciente debe recibir este tipo de cuidados.

Este hecho no está generalizado para los paciente paliativos no oncológicos, que en la mayoría de las veces son personas mayores que fallecen sin que se haya identificado su situación terminal, sometiéndolos a tratamientos y cuidados no adecuados a su situación vital.

Es importante que en estas situaciones se pueda ofrecer al paciente y a su familia una atención integral sea cual sea el ámbito asistencial. Esto lleva implícita la integración de todos los recursos y niveles de atención para garantizar la continuidad asistencial. De esta manera el paciente y su familia dispondrán de una asistencia adecuada a sus necesidades, se evitara ingresos innecesarios y se garantizará el uso apropiado de todos los dispositivos asistenciales.

El desarrollo de las tecnologías de la información ha facilitado el acceso a los datos clínicos del paciente desde los distintos ámbitos y ha contribuido en gran manera a la comunicación entre los profesionales.

Los equipos de soporte son por definición multidisciplinares, hecho que potencia el abordaje integral de los problemas de salud.

No obstante, tenemos que seguir avanzando en la valoración proactiva de aquellos pacientes más frágiles que ingresan en el hospital para poder identificar sus necesidades, agilizar el proceso asistencial y poder atenderlos en el ámbito sanitario más idóneo para ellos y sus familias.

Es imprescindible que exista una mejor coordinación entre los sistemas sanitarios y sociales para poder dar soporte a los pacientes y a sus familias, de lo contrario nos enfrentamos a institucionalizaciones innecesarias y privamos a las personas de vivir su proceso de final de vida en su domicilio si es que es esta su elección.

La enfermera es el profesional que por su formación tiene las competencias y por tanto la responsabilidad de gestionar los cuidados. Es la que debe ejercer el liderazgo en este sentido dentro de los equipos multiprofesionales. Pero para ello es imprescindible que cuente con las herramientas necesarias: Poder de decisión y participación en la definición de las estrategias sanitarias y reconocimiento legal y profesional para la toma de decisiones en el cuidado de las personas.

## **M2 Instrumentos para la identificación y la atención de los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas: programa NECPAL**

### **M 2.1 Programa NECPAL en un territorio en Galicia**

*López Triguero, A.<sup>1</sup>*

*1. Coordinación do Plan Galego de Coidados Paliativos, A Coruña*

#### **Introducción**

En los últimos años Galicia está apostando por la integración de la atención paliativa en el sistema sanitario a través de la implementación de programas y actividades de mejora con visión territorial y poblacional.

El programa NECPAL se caracteriza por la integración de la atención paliativa en todos los ámbitos de la atención sanitaria. En Galicia vamos a comenzar su desarrollo con dos experiencias piloto (Área Sanitaria de Ferrol y comarca de Barbanza). En ambas hemos seguido un procedimiento paralelo y adaptado a las características de cada zona.

#### **Objetivos**

- Conocer el estado de implementación del programa NECPAL en Galicia.
- Describir la metodología para la implementación del programa.

#### **Metodología**

Tras la estimación de la población que podría requerir atención paliativa en cada uno de estos territorios según el estudio de prevalencia realizado en Osona y hacer una revisión de los recursos disponibles en el área constituímos un grupo de trabajo para hacer un análisis de situación y detectar las posibles necesidades de cara a la implementación.

El grupo decidió elaborar un plan formativo específico y trabajar en la adaptación de las herramientas informáticas disponibles con el objetivo de facilitar el trabajo de los profesionales y por tanto su colaboración en el programa. En todo este proceso están participando profesionales de la asistencia y de la gestión.

#### **Resultados**

Se realizarán actividades formativas dirigidas a profesionales de distintas disciplinas en los ámbitos de atención primaria, atención hospitalaria y atención sociosanitaria. Además estamos adaptando la herramienta NECPAL para integrarla en la historia clínica electrónica y compartida.

#### **Conclusiones**

La implementación del programa NECPAL requiere una planificación de actividades adecuadas a las necesidades organizativas y formativas existentes en el territorio. La participación de todos los agentes implicados es fundamental para la consecución de los objetivos planteados.

### **M2.2 La experiencia de implementación de NECPAL en Cataluña**

*Mauri, C.<sup>1</sup>*

*1. Hospital de Viladecans, Barcelona*

#### **Introducción**

El hospital de Viladecans es de primer nivel (ICS), pequeño, recursos ajustados, muy productivo, resolutivo e innovador y históricamente mantiene redes sólidas de integración y colaboración con la AP de su zona. Poner en marcha un programa de atención a la cronicidad (Plan de Salut 2011-2015) con una visión integral, un enfoque integrador i coordinador ha sido muy gratificante por los cambios generados y los resultados obtenidos

## Objetivos

- Adaptar intensidad de atención a estado y situación del paciente, en un contexto eficiente de utilización y prestación de servicios sanitarios y sociales
- Potenciar alternativas a la hospitalización, el control del estado y necesidades de los pacientes para evitar descompensaciones y reingresos
- Potenciar la integración y mejorar la coordinación i comunicación entre niveles asistenciales, para evitar duplicidades y asegurar la continuidad de la atención

## Método

- Análisis situación en la que estábamos y de posibilidades de mejora que teníamos
- Hoja de ruta para priorizar las actuaciones y tener una visión clara de hacia donde queríamos ir
- Acciones: Analizamos recursos (Hospital/AP) de los que ya disponíamos y de los que necesitaríamos disponer, potenciando los programas de coordinación (UFAC y ECA). Definimos población diana, la identificamos mediante criba de listados y control de reingresadores, les dimos visibilidad mediante alarmas en SAP y una tarjeta identificativa. Reorganizamos circuitos aprovechando todos los recursos de los que disponíamos: Rutas asistenciales, programa continuidad asistencial, alternativas hospitalización. Innovamos transformando recursos: UFISS+Prealt+Trabajo Social+Gestión Casos en Equipo de Coordinación Asistencial, Urgencias+centros de atención continuada en una unidad que coordina la atención urgente para pacientes crónicos, entre otro
- Colaboramos como centro piloto en nuevos programas (NECPAL) y en la creación de una plataforma informática para la gestión de pacientes crónicos
- Mientras, no paramos, haciendo lo que ya estábamos haciendo y, a la vez, transformando la nueva realidad

## RESULTADOS: 31 de octubre 2012 respecto 2011

**AUMENTA:** intervención UFISS 55%, Intervención Prealt 9%, Hospital Día 15%, ingresos HAD un 21%

**DISMINUYE:** ingresos urgentes 7%, entradas a urgencias 4%, reingresos 2,43%, altas >30 días 24%,

## CONCLUSIONES

Identificación de los pacientes crónicos avanzados de nuestra área: PCC y MACA  
Mayor integración con AP: mejor comunicación, coordinación y continuidad  
Disminución de: ingresos urgentes, entradas a urgencias, reingresos y estancias superiores a 30 días

## M2.3 Implementación del Plan Normalizado de Trabajo (PNT). La atención al paciente con enfermedad crónica avanzada. Programa MACA

Vila, L<sup>1</sup>

1. EAP Santa Eugènia de Berga, Barcelona

### LAS 4 BASES DEL PROCESO DE ATENCIÓN

- 1) Modelo ético-profesional impecable
- 2) Lo que ya haces, hazlo muy bien
- 3) Organiza tu equipo y tu territorio
- 4) Atención pro-activa e integral de calidad

Atención pro-activa e integral de calidad

Plan Normalizado de Trabajo (PNT)

1. Identificación y codificación: En historia clínica electrónica propia y en entorno compartido.
2. Valoración de las necesidades de los pacientes y la familia: Valoración de las necesidades según Ferris 2002.

### 3. Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA):

#### 1º nivel: Preguntas abiertas y dirigidas

- ¿Qué sabe de su enfermedad?
- ¿Como ve su enfermedad y su evolución?
- ¿Que le preocupa?
- ¿Que espera de nosotros?

#### 2ª nivel: Pactar con el paciente y la familia

- Adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Como y donde desearía que le atendiesen.
- Delegación en la toma de decisiones.

#### 4. Revisión de las patologías: Revisar la situación de les enfermedades crónicas utilizando los criterios de severidad y progresión.

#### 5. Revisión del tratamiento: Adecuar los fármacos de la prescripción crónica del enfermo en relación a los objetivos terapéuticos planteados.

#### 6. Elaboración de un Plan de Intervención Individualizado (PII): Disponer de un documento de síntesis con la información clínica básica del paciente, el plan de actuación i la planificación del seguimiento, pactado entre todos (profesionales, paciente y familia) para compartir esta información entre todos los niveles asistenciales

#### Propuesta de estructura y contenidos del Plan de Intervención Compartido (PIIC)

- Problemas activos de salud
- Medicación crónica activa
- Alergias a medicamentos
- Directrices si crisis o descompensaciones
- Plan de decisiones anticipadas
- Valoración multidimensional
- Datos EAP referencia
- ¿Servicio tele asistencia?
- ¿Atendido por PADES/Gestión de casos/ATDOM?
- ¿Vive en residencia?
- ¿Vive solo/a?
- Datos del cuidador
- ¿En quien delega decisiones?
- Fecha actualización PII
- Información adicional

### **M3 Sesión inaugural. El liderazgo enfermero en la sociedad: a propósito de una utopía Román, B.<sup>1</sup>**

#### *1. Facultad de Filosofía, Universidad de Barcelona*

Quisiera empezar con unas precisiones terminológicas:

En primer lugar sobre la utopía. Por ésta no entendemos la variante negativa, la del “no lugar”, sino la positiva, la que propone el lugar al que deberíamos tender paulatinamente cual horizonte de referencia y sentido y desde el cual evaluar la profesión enfermera.

En segundo lugar respecto del liderazgo. Conviene distinguir el líder del liderazgo: el primero se caracteriza por ser una tarea más personal, individual e incluso necesitada de carisma casi genético; mientras que el liderazgo es un trabajo de equipo alineado en y hacia un proyecto común, con una trayectoria conjunta (equipo de alto rendimiento).

Pues bien, cuando hablamos de liderazgo enfermero hablamos de la profesión como un colectivo cohesionado en la búsqueda de la mejora continua de la calidad asistencial, y especialmente hoy, en el acompañamiento al final de la vida. Se trata de convencer/se de

que, sin enfermería, “la misión” es imposible. ¿Que pierde el usuario y el conjunto de la sociedad en general si no dispone de enfermeras preparadas para liderar “los cuidados”? No lo que pueden hacer otros, sino lo que puede hacer la enfermera.

En ese progreso paulatino habrá que superar la visión de la enfermería como profesión auxiliar, subsidiaria, instrumental, al servicio de otras profesiones que marcan los fines: éste es el desafío externo, mostrar y demostrar la aportación del liderazgo enfermero a la tarea de los cuidados paliativos: su potencial técnico, intelectual y empático en la forja de la ineludible transprofesionalidad.

Para muchas de enfermeras ese cambio se hizo hace años (muchas en 1977 entráis en la universidad, después formáis parte de los comités de dirección de centros de salud, publicáis libros, sois editoras de revista profesionales...). Pero ese cambio no es suficiente. Todavía hoy, la enfermería no está ubicada en el discurso y pervive la visión de la enfermera como parte de la actuación médica. En muchos ámbitos cuando bajo la medicina se incluye a la enfermería. La profesionalización de la enfermería, para muchos, es hacerse un lugar en la medicina y no en tanto que en la propia disciplina de cuidado: muchos cuidan, pero el conocimiento enfermero sigue en la sombra..... Por ejemplo se dice que “con la crisis corremos peligro de ir a urgencias y no tener médicos que nos atiendan” o ir a la farmacia y no tener medicamentos, pero no es usual que se diga iremos al hospital y no tendremos enfermeras que nos cuiden.

Pero también se trata de superar, esta vez como desafío interno, cierta anorexia de poder, cierto complejo de inferioridad, desde el momento en que es más fácil seguir a otros que asumir la angustia de tener de mostrar y demostrar las potencias de la enfermería y su liderazgo que generarían cambios y cuestionarían el sistema; es decir del poder como dominación al poder como estructura para el cambio que queremos. Y hay que liderar desde cada parcela y rol enfermero el ámbito de los cuidados como parte de vuestro rol, responsabilidad y del que se requiere una formación experta que os capacita para ello. Hay que liderar desde la atención directa, la formación, la investigación y la gestión.

Todo este liderazgo no es una cuestión ni de individuos ni sólo de colectivo profesional: el liderazgo pasa por efectuar cambios organizativos y encastar (para romper las castas o estamentos) la enfermería en el lugar que merece como profesión al servicio de una sociedad más cuidada y atendida y, por tanto, mejor para todos. Es hora de crearlo, creérselo, y crearlo

### **Alguna reflexión:**

“Creo que es clave alinear el discurso con los intereses y emergentes inquietudes de los profesionales que participaran en la Jornadas. Los mensajes y puntos clave que con tanta claridad reflejas, Begoña, deben unirnos y darnos fuerza como colectivo profesional para visibilizar y empoderarnos y crear/nos que podemos pero también que debemos como parte de nuestra responsabilidad hacia la sociedad, y sobre todo, hacia el objeto de nuestro cuidado, el paciente y su familia.

Sé que es un reto el hacer reflexionar de manera proactiva a un conjunto de profesionales haciéndoles ver que mostrar/demostrar la aportación enfermera como «garante-garantía» de la calidad asistencial es clave en cualquier etapa del ciclo vital pero donde se ve más necesario e ineludible (ya que ponemos las necesidades, deseos, vivencias en primer lugar dándole voz al paciente dentro del equipo asistencial) es en el proceso de enfermedad avanzada y/o final de vida.”

## **M4 Planes de cuidados informatizados: repercusión en el rol enfermero y en la calidad del cuidado**

Díaz, F.<sup>1</sup>

1. *Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Badajoz*

Los sistemas informatizados que se están implantando para el registro del Plan de Atención de Enfermería pueden facilitar la realización de un seguimiento continuado de la calidad de los cuidados.

La puesta en marcha de un sistema informático no está exenta de dificultades, ya que el seleccionar adecuadamente el programa, elaborar la base de datos y formar a los profesionales para su correcta utilización, requiere un gran esfuerzo por parte de todo el equipo multidisciplinar. Por otro lado, la aplicación de la informática aporta una serie de ventajas, como facilitar la comunicación entre las diferentes áreas del hospital y miembros del equipo, recoger mayor información de cada paciente, el uso de un lenguaje estandarizado, la rapidez y accesibilidad continua a la información, la gestión de costes, la posibilidad de realizar *audits* o controles de calidad de forma periódica. La utilización de estos sistemas informatizados en las unidades de cuidados paliativos tiene una especial relevancia, ya que en estas unidades se gestionan diariamente un gran número de datos de cada paciente, y el uso de estos equipos permite recoger una gran cantidad de información que se ve limitada con el registro de papel.

Tarruella i Farrè, M.<sup>1</sup>

1. *Escuela Universitaria de Enfermería y Trabajo, Universidad Autónoma de Barcelona*

La cumplimentación de los registros de enfermería es una obligación de los profesionales. Los registros están determinados por cuestiones legales, profesionales y seguridad. Para una correcta cumplimentación hay que tener en cuenta estas cuestiones y también unos requisitos como por ejemplo que deben mostrar la profesionalidad de quien los escribe, deben dejar constancia de manera objetiva, secuencial y sin dar lugar a diferentes interpretaciones del proceso del paciente y de la relación profesional que con este se ha mantenido.

No hay que olvidar que la comunicación escrita es una obligación legal de los profesionales del mismo modo que un derecho de los usuarios es a que quede constancia por escrito de todo su proceso.

Algunos de los errores más frecuentes y que se deberían evitar o se debería llegar a un acuerdo convencional entre los profesionales, es el uso de abreviaturas y siglas. Esta práctica está muy extendida y puede tener repercusiones importantes en la seguridad del enfermo.

Otras cuestiones que deberían ser objeto de reflexión es que los escritos enfermeros deberían demostrar la asunción de responsabilidad de los profesionales y deberían mostrar el valor profesional propio que aportan los enfermeros visibilizando la mirada holística a las personas.

Se debe tener en cuenta que a partir de la tipología de la escritura se puede inferir la visión que el profesional tiene de la enfermería y, por consiguiente, redundar en la imagen que recibe quien lee estos escritos. A la comunicación escrita se le da el valor ser testimonio y de formar parte de la historia del usuario.

No se debe olvidar que “quod no est in acta, non est in mundo” (aquello que no está escrito no existe) y que “verba volant, scripta manent” (las palabras vuelan y los escritos permanecen).

## M5 La investigación en la mejora del cuidado enfermero

### M5.2 Observatorio de Cuidados Paliativos

Flores, L.A.<sup>1</sup>

1. *Observatorio de Cuidados Paliativos, Valladolid*

#### **Introducción:**

El Observatorio de Cuidados Paliativos es una iniciativa de la Unidad de Investigación y Docencia de los centros de Hermanas Hospitalarias en Castilla y León. Tiene como misión fundamental la gestión del conocimiento en el área de los Cuidados Paliativos ofreciendo información clara y accesible a profesionales e instituciones sanitarias, a pacientes y familiares, y a cualquier otra entidad interesada o relacionada con los cuidados al final de la vida.

El Observatorio asume los principios de atención a los enfermos en situación de enfermedad terminal de los centros de las Hermanas Hospitalarias.

#### **Método:**

Se están desarrollando las siguientes líneas estratégicas: Ç

- Crear una estructura estable y adaptada a las necesidades.
- Colaborar, en la difusión y desarrollo de los Cuidados Paliativos con sociedades científicas nacionales e internacionales.
- Fomentar la creación de grupos estables de investigación.
- Proporcionar soporte y capacitar a los profesionales para la actividad investigadora.
- Establecer redes de colaboración de proyección nacional e internacional con otros observatorios, sociedades científicas e instituciones.
- Crear un Sistema de Información on-line en Cuidados Paliativos.

#### **Resultados:**

Creación de la estructura del Observatorio: Ubicado en la Unidad de Investigación y docencia del C. H. San Luis de Palencia (250 m2). 5 despachos individuales informatizados, 1 sala de trabajo-biblioteca local, aula de formación (50 plazas con sistema multimedia), medios audiovisuales, reprografía, wifi en todo el área de investigación.

Acuerdo de colaboración con la Sociedad Castellano Leonesa de Cuidados Paliativos (PACYL).

Diseño y publicación de la página web del observatorio: [www.observatoriopaliativos.org](http://www.observatoriopaliativos.org)

Revisión, catalogación y publicación de los contenidos de la revista Medicina Paliativa.

Revisión, catalogación y publicación de las tesis doctorales publicadas por autores españoles.

Estudio de la producción científica de Cuidados Paliativos en España (en fase de depuración de base de datos).

## Pósters

P1

### **CUIDADOS PALIATIVOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS. CONTRIBUCIONES DE UN EQUIPO DE TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO.**

*Martín Hernández, Ivonne<sup>1</sup>; Zaldívar Vaillant, Tatiana<sup>1</sup>; Lara Fernández, Gloria<sup>1</sup>; Soto, Alexis<sup>1</sup>; Puerta, Angela<sup>1</sup>*

*1. Instituto De Neurología Y Neurocirugía , Habana, Cuba*

#### **INTRODUCCIÓN:**

Hasta el año 2008 en el contexto cubano poco se conocía y divulgaba sobre los servicios de Cuidados Paliativos (CP) dirigidos a pacientes con enfermedades neurodegenerativas (EN). Esto motivó una investigación sobre el tema y sus resultados contribuyeron al enriquecimiento del trabajo que venía realizando desde el año 2005 un equipo multidisciplinario especializado en la atención a pacientes con EN, en el Instituto de Neurología y Neurocirugía.

#### **OBJETIVOS:**

El propósito de este trabajo es exponer los principales resultados de una investigación realizada y en segundo lugar, mencionar las acciones realizadas por este equipo multidisciplinario para contribuir al desarrollo y divulgación de los CP.

#### **METODOLOGÍA:**

Se realizó un estudio exploratorio, descriptivo y transversal en La Habana que incluyó a profesionales de los tres niveles de atención de salud, utilizando técnicas de análisis cualitativas y cuantitativas

#### **RESULTADOS:**

Se encontró que no existe una organización e infraestructura de estos servicios; que predomina una formación en CP y Bioética superficial, por autoformación, aunque existe motivación para mejorarlas y que muchos médicos no poseen habilidades comunicativas. Estos resultados alertaron sobre la necesidad de desarrollar programas de capacitación que sistematizaran los conocimientos en los temas de CP y Bioética, para el personal de salud involucrado en la atención a estos pacientes. Por ello el grupo multidisciplinario del centro ha trabajado intensamente y entre las acciones realizadas se pueden citar: la incorporación de un bioeticista en el grupo de trabajo, cursos y diplomados a enfermeras sobre CP en Neurología, cursos sobre EN en atención primaria de salud, organización de talleres y encuentros con los familiares y cuidadores, etc.

#### **CONCLUSIONES:**

A pesar de los logros alcanzados mucho queda por hacer y se trabaja para alcanzar un servicio de excelencia que responda a las múltiples necesidades de estos pacientes.

P2

### **HIPODERMOCLISIS ALTERNATIVA A LA HIDRATACION EN EL PACIENTE GERIATRICO FRAGIL: REVISIÓN BIBLIOGRAFICA.**

*Sodeto Torrealba, Carla<sup>1</sup>; de la Rica Escuíñ, Marisa<sup>2</sup>; González Vaca, Julia<sup>2</sup>*

*1. Hospital San Juan De Dios, Zaragoza, España*

*2. Complejo Hospitalario de Albacete, Albacete, España*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La hipodermoclisis es método alternativo de administración de fluidos y medicación a nivel del tejido subcutáneo. Técnica muy utilizada hasta finales de los 50, reemplazada por la vía intravenosa. En las últimas dos décadas se publicaron estudios mostrando beneficios de la hipodermoclisis. Se ha logrado, en pacientes geriátricos frágiles, una adecuada reposición de líquidos con escasos efectos adversos y bajo costo.

**OBJETIVOS:**

Conocer la evidencia disponible sobre la hipodermocclisis como método alternativo de hidratación en población geriátrica frágil.

**METODOLOGÍA:**

Revisión bibliográfica. Búsqueda en noviembre de 2012. Artículos publicados entre 2007-2012; inglés y castellano; Pubmed y Google Scholar. Descriptores: hypodermoclysis, rehydration, geriatric patients, frail elderly, subcutaneous. Se obtuvieron 19 artículos.

**RESULTADOS:**

La hipodermocclisis ha sido utilizada tradicionalmente en pacientes terminales oncológicos, la bibliografía actual añade el uso como medio de hidratación en pacientes geriátricos frágiles, en reemplazo de la vía endovenosa, con buenos resultados. La vía subcutánea ofrece ventajas sobre la vía endovenosa: menor tasa de complicaciones, fácil colocación, manejo, cómoda para el paciente, menor costo y permite la estancia de éste en el domicilio. Desventajas: limitación en la administración de grandes volúmenes y edema en el sitio de punción; esto puede ser minimizado con la adición de hialuronidasa a la infusión. Estudios revelan que entre el 53 y el 70 % precisarán vía alternativa a la oral, estos porcentajes se incrementan en la situación agónica. En nuestro medio, no se ha difundido mucho su uso. Hasta la fecha, no se han presentado muchas publicaciones sobre el uso de ese tipo de hidratación.

**CONCLUSIONES:**

La hipodermocclisis es una técnica segura, sencilla, efectiva y cómoda para el paciente, puede utilizarse de forma intermitente, o continua. Idónea para administrar fluidos y fármacos en el paciente mayor permitiendo la estancia de éste en su domicilio y evitando ingresos a veces innecesarios.

P3

**CUIDADOS PALIATIVOS A USUARIO DE UN CENTRO RESIDENCIAL**

*Gonzalez Sanchez, Mercedes<sup>1</sup>; Cuerva Castillo, M.Carmen<sup>1</sup>; Valor de Moreta, M<sup>a</sup> del Mar<sup>1</sup>; 1. Servei Residencials de Estadets Temporals i Respir de la Diputació de Barcelona. Llars Mundet, Barcelona*

**INTRODUCCIÓN :**

Usuario de 79 años que ingresó en el Programa de Servicio de Atención Urgente a la Vejez (SAUV), de los Servicios Residenciales de Estancias Temporales y Respirio de la Diputación de Barcelona, ya que no podía vivir solo dado su alto grado de dependencia, su elevado deterioro físico y el inicio de su tratamiento de quimioterapia

**OBJETIVO :**

- Controlar síntomas y signos
- Vigilar el Tratamiento
- Dar medidas de confort al final de su etapa

**ANTECEDENTES:**

HTA, DMI, Adenocarcinoma de páncreas, enolismo, ex fumador desde hace 20 años. Sin referencias familiares al ingreso, y que permanece en el centro hasta su muerte.

**METODOLOGIA- MATERIAL :**

Se realizó una valoración integral recogida en la hoja de ingresos de enfermería, basándonos en las necesidades de Virginia Henderson. Se realizó valoración de las necesidades básicas (Barthel), que al ingreso era de 70 y el último mes de vida fue de 40. Se valoró el riesgo de presentar úlceras por presión con la escala Emina, que en el ingreso era de 2 (riesgo bajo) y el último mes de vida era de 9 (riesgo alto). Se valoró el riesgo de presentar caídas utilizando la escala de Downton que al ingreso era de 1, y el último mes de vida fue de >3 (alto riesgo). En la recogida de datos a su ingreso a nivel social, se observó la inexistencia

de la relación familiar desde hacía años. Se realizó el PAI (Plan Atención Individualizada), y se formularon entre otros, los siguientes diagnósticos de enfermería según la NANDA :Dolor 00133 , NOC control del dolor, NIC manejo del dolor; Riesgo deterioro de la integridad cutánea 00047, NOC integridad tisular: piel y membranas mucosas, NIC prevención UPP; Insomnio 00095, NOC descanso, NIC mejorar el sueño; Riesgo síndrome de desuso 00040, NOC resistencia, NIC manejo de la energía; Afrontamiento familiar comprometido 00074, NOC comunicación efectiva, NIC fomentar la implicación familiar . Se realizó trabajo de colaboración con el resto del equipo interdisciplinar y se contactó al final de su vida con el equipo del PADES de la zona

#### **RESULTADOS :**

- \* A nivel dolor se consiguió que el paciente manifestase que había disminuido su dolor realizando técnicas de enfermería y tratamiento farmacológico.
- \* Se consiguió que a nivel cutáneo no hubiese ninguna alteración, realizando cambios posturales c/2h, alimentación adecuada y colchón antiescaras.
- \* Se detectó la causa del insomnio y se solucionó con técnicas de relajación y tratamiento farmacológico.
- \* El usuario pudo reanudar la relación con su familiar , siendo ésta satisfactoria para ambos al final de su vida. La colaboración de la trabajadora social fue determinante.
- \*Se realizó un adecuado control de síntomas y aplicación de medidas de confort .

#### **CONCLUSIÓN :**

El trabajo interdisciplinar ha sido la clave para el desarrollo de todas las tareas. Los criterios diagnósticos de enfermería han ayudado a precisar los objetivos e intervenciones a llevar a cabo. El protocolo de cuidados paliativos ha permitido abordar los objetivos planteados. Las escalas aplicadas han conseguido monitorizar los cambios evolutivos del paciente.

P4

#### **UTILIZACION DE VÍA SUBCUTÁNEA EN UNA UNIDAD HOSPITALARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

*Rodriguez, Beatriz<sup>1</sup>; Tapia, Lorena<sup>1</sup>; Becerril, Isabel<sup>1</sup>; Arango, Milton<sup>1</sup>; Arranz, Esther<sup>1</sup>*

*1. Hospital San Juan De Dios, Burgos*

#### **INTRODUCCIÓN**

La vía subcutánea es la alternativa de elección ante la pérdida de vía oral en cuidados paliativos para la administración de fármacos en control de síntomas e hidratación. Entre sus ventajas destacan ser una técnica poco agresiva, fácil de usar y que favorece la autonomía del paciente.

#### **OBJETIVOS**

El objetivo del presente estudio es conocer la utilización de la vía subcutánea en una Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos: prevalencia, indicación, duración, cuidados y complicaciones asociadas.

#### **METODOLOGÍA**

Se elabora una hoja de recogida de datos epidemiológicos, clínicos y específicos sobre vía subcutánea: indicación, fármacos, recambio, complicaciones, fin de uso y motivo. Se incluyen en el estudio a los pacientes de la Unidad en los que se indica vía subcutánea durante el periodo Febrero- Junio de 2012.

#### **RESULTADOS**

Se indican 40 vías en 29 pacientes, con una prevalencia de uso de 20,57%. La indicación más frecuente es situación de últimos días (35%) seguida de hidratación (27,5%) y control de síntomas (22,5%). La principal causa de recambio de palomillas es la pérdida de las mismas .Las complicaciones registradas asociadas al uso son induración en 4 casos, irritación local, sangrado y coagulación en 1 caso cada una. El tiempo medio de vía subcutánea es 9 días con mediana 5. El motivo de fin de vía subcutánea es exitus en 64,51 %, cambio de vía 12,9% y fin tratamiento 19,35%.

## CONCLUSIONES

La vía subcutánea se utiliza en nuestro medio menos que en otras unidades hospitalarias. Sus principales usos coinciden con los descritos en la literatura, situación de últimos días, hidratación y control síntomas. Su uso se asocia a complicaciones menores en 17,5% de los casos.

P5

## APLICACIÓN DE LA RED SOCIAL FACEBOOK EN CUIDADOS PALIATIVOS “CUIDADOS PALIATIVOS 2.0”

*López Donat, Ruth<sup>1</sup>*

1. Hospital General Universitario Alicante , Alicante

### INTRODUCCIÓN.

Cada día es más habitual el uso de las herramientas relacionadas con las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el mundo sanitario. Las TIC aplicadas al campo de los cuidados paliativos(1), resultan muy interesantes por su conectividad y participación. El 80% de los internautas españoles tiene alguna red social. Facebook(2) es la más popular y su uso es de gran utilidad para poder compartir y aprender sobre Cuidados Paliativos de una manera colaborativa. Este aprendizaje implica la interacción entre profesionales para construir una Comunidad Virtual de Práctica(3) y difusión del conocimiento en esta área.

### OBJETIVOS:

Elaborar un modelo de aprendizaje interactivo donde se sumen experiencias y conocimientos de los profesionales que conforman el equipo multidisciplinar de cuidados paliativos. Impulsar el uso de redes sociales entre estos profesionales, para que puedan aprender, debatir, compartir y ofrecer una asistencia integral de calidad al paciente y su familia.

### METODOLOGÍA

La herramienta fundamental es el Grupo “Cuidados paliativos 2.0”(4) al que vamos dotando de contenido científico y actualizando periódicamente con nuevos recursos y otras aportaciones personales. El grupo se dinamiza mediante debates y exposiciones de casos clínicos.

### RESULTADOS

Contamos con 239 miembros : el 75% enfermeras y el resto médicos, psicólogos paliativistas y otras categorías no sanitarias. En su año de vida, se han publicado más de 375 entradas en el “timeline” habiéndose compartido materiales (videos, podcast, presentaciones, protocolos...) por los miembros del grupo, y generado debates y comentarios sobre cuidados paliativos.

### CONCLUSIONES

Dada la juventud del grupo, nos encontramos todavía en una etapa formativa, donde nuevos miembros siguen ingresando y se va desarrollando la identidad de esta comunidad virtual. El uso de las redes sociales(5) como difusión del conocimiento resulta útil para transmitir conocimientos y compartir inquietudes dentro del campo de cuidados paliativos.

P6

## ESCUELA AMBULANTE DE CUIDADORES: EMPODERANDO A LA PERSONA CUIDADORA- *Monleón-Just, Manuela<sup>1</sup>; Martínez-Cruz, M<sup>a</sup> Belén<sup>1</sup>; García-Baquero Merino, M<sup>a</sup> Teresa<sup>1</sup>;*

*Tordable Ramirez, Ana M<sup>ae</sup>; Rubio Moral, M<sup>a</sup> Teresa<sup>3</sup>; Bielsa Bueno, Patricia<sup>4</sup>*

1. Coordinación Regional de Cuidados Paliativos De La Comunidad De Madrid

2. Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliario. DA Norte. AP. Servicio Madrileño de Salud , Madrid.

3. PAL24

4. Centro de Salud Legazpi. DA Noroeste. Servicio Madrileño de Salud, Madrid.

## INTRODUCCIÓN

Se estima que un 60% de la población morirá a causa de una enfermedad de larga evolución, lo que significa que la persona y su familia vivirán una situación de enfermedad progresiva, avanzada y su fase final, con mejor o peor destreza en cuidados, que puede llevar al sufrimiento innecesario. Para ello los profesionales debemos asumir la educación de las familias, y en concreto de la persona cuidadora, para mantener y mejorar el bienestar de los enfermos con necesidades paliativas y de la familia misma. Este proyecto ha sido financiado por el MSSSI (2011), dentro de la Estrategia Nacional de cuidados paliativos y proceso final de la vida.

### OBJETIVO PRINCIPAL

Identificar las necesidades de formación de las personas cuidadoras (no profesionales sanitarias) de enfermos con necesidades paliativas, para implementar una formación dirigida a las cuidadoras/es en el entorno domiciliario de la persona con enfermedad avanzada y al final de la vida, a través de la Escuela Ambulante de Cuidadores

### METODOLOGÍA

Estudio cualitativo a través de técnicas de conversación, como son las entrevistas semiestructuradas a las personas cuidadoras de enfermos paliativos. Para que, tras realizar el análisis de los contenidos, nos acerque a conocer la subjetividad de las personas. Resultados Tras el análisis de las entrevistas semiestructuradas realizadas a cuidadoras de enfermos en programa de Cuidados Paliativos, se identifica la necesidad de enseñanza en técnicas de control emocional como muy prioritario, junto a la formación en el manejo de la persona con poca movilidad en el cuidado básico como aseo, uso del wc, etc. El control de síntomas se hace difícil por el mal manejo de la medicación.

### CONCLUSIONES

Existen carencias de los conocimientos y destrezas de las personas que aplican cuidados a enfermos con necesidades paliativas, realizándolos muchas veces a través de la cultura adquirida en casa.

P7

### INTERVENCIÓN EN EL PROCESO DE DUELO

*Sierra Garcia, Marta<sup>1</sup>; Crespo Mahillo, Montse<sup>1</sup>; Moreno Alonso, Debora<sup>1</sup>; Herrero Rabella, Mari Angels<sup>2</sup>*

1. Pades, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.
2. EAP El Castell. Castelldefels, Barcelona

### INTRODUCCION:

Existe una gran labor a desarrollar sobre el duelo desde la atención primaria teniendo en cuenta la intervención de los PADES (equipos de soporte de atención domiciliaria). La enfermería planifica unos objetivos y unas intervenciones en relación con el diagnóstico del duelo sobre el que también interviene interdisciplinariamente. Actualmente existen pocos recursos materiales y humanos especializados para el abordaje del afrontamiento de la pérdida en las poblaciones del Delta del Llobregat.

### OBJETIVO:

Describir la intervención enfermera por parte de los equipos de atención primaria y especializada en el contexto de los domicilios, ante diferentes casos reales de duelo no patológico antes y después del fallecimiento de la persona. La metodología utilizada será la descriptiva, desde la propia disciplina enfermera se registrará cómo se ha abordado el duelo y cómo se ha ido incorporando el counselling como herramienta en el acompañamiento. Es necesario la optimización de los recursos que se disponen desde los ámbitos sanitarios y social

## **RESULTADOS:**

Se producirá un aumento de la satisfacción con la atención recibida y una mejoría en el bienestar del familiar cuidador, lo que posibilitará la contemplación de la protocolización futura de este conjunto de actuaciones.

## **CONCLUSIONES:**

Sería necesaria la implementación de mecanismos de intervención individuales y grupales que actuaran a nivel poblacional como elementos facilitadores de la adaptación al duelo, cuya eficacia sería contrastada mediante futuros programas de investigación. Gracias a la atención precoz al duelo es posible detectar aquellos casos de duelo patológico para redirigirlos a los profesionales de ayuda especializada.

P8

## **LA IMPORTANCIA DE LA VALORACION DE LA DISFAGIA EN PACIENTES PALIATIVOS**

*Ortiz Navas, Beatriz<sup>1</sup>; Deblas Sandoval, Alvaro<sup>1</sup>; Vegas Gómez, Noemí<sup>1</sup>; Lapeira Cabello, José Manuel<sup>1</sup>*

*1. Fundación Cudeca, Malaga.*

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es mejorar en lo posible la calidad de vida del paciente. El 23% de los pacientes paliativos refieren tos y dificultad para tragar durante la ingesta. Aquí surge la necesidad de evaluar la disfagia y establecer técnicas que faciliten la ingesta a nuestros pacientes.

## **OBJETIVO**

Identificar la disfagia en pacientes paliativos para poder compensar las alteraciones deglutorias y evitar complicaciones como la deshidratación o la broncoaspiración.

## **METODOLOGÍA**

Se trata a un estudio retrospectivo descriptivo basándose en la revisión de las 149 historias clínicas de los pacientes ingresados por diferentes motivos en la Unidad de Ingresos de la Fundación Cudeca durante el 2012. La valoración de la disfagia consta de una anamnesis detallada sobre alimentación e ingesta (valoración objetiva y subjetiva), valoración física orofaríngea y test volumen – viscosidad (MEVC). La evaluación de la disfagia se realizó a nueve pacientes tras referir dificultad en la deglución o por la observación del personal sanitario.

## **RESULTADOS**

Evaluada la disfagia se pautan recomendaciones tanto alimenticias como situacionales y, en algunos casos, maniobras compensatorias. El 50% de los test dieron como resultado disfagia a líquidos, por lo que se recomendó el uso de espesantes y evitar las dobles texturas. En el 80% de las pruebas se expone disfagia a grandes cantidades.

## **CONCLUSIÓN**

Debido a la enfermedad, su avance y el tratamiento recibido, los pacientes paliativos, pueden referir molestias en la deglución y serios problemas con la alimentación. Valorando la disfagia contribuimos significativamente al aumento la calidad de vida. Por lo que debería introducirse en la valoración inicial la evaluación de la disfagia, y debiéndose repetir cuando sea necesario.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Oropharyngeal dysphagia: the experience of patients with non-head and neck cancers receiving specialist palliative care. Justin WG Roe, Paula Leslie, Michael J. Drinnan. Swallowing dysfunction in cancer patient; Review Article, support Care Cancer (2012) 20:433-443, DOI 10.1007/s00520-011-1342-2 Abordaje Clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. M<sup>ª</sup> M Velasco, V. Arriola, P. Clavé, C. Piuggros. Revisión Nutrición Clínica en Medicina Noviembre 2007; vol. 1- n<sup>º</sup>3 pp174-202 Diagnóstico de la disfagia orofaríngea. H.

Bascuñana. Revisión Rehabilitación 1998; 32:324-330. Tratamiento de la disfagia orofaríngea. H. Bascuñana y S. Gálvez. Revisión Rehabilitación 2003;37(1):40-54

P9

### **EVALUACIÓN DE UNA ACCIÓN FORMATIVA A DISTANCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS (CP)**

*Arbona Bugeda, Elena<sup>1</sup>; Benito Oliver, Enric<sup>1</sup>; Serratusell, Estefania<sup>2</sup>; Sansó Martínez, Noemí<sup>1</sup>; Tortosa Espinola, Sergio<sup>3</sup>*

1. *Estrategia Balear De CP, Palma de Mallorca*
2. *Atención Primaria de Mallorca, Palma de Mallorca*
3. *Sindicato SATSE, Palma de Mallorca*

#### **INTRODUCCIÓN:**

La Estrategia de CP de las Illes Balears persigue mejorar la atención al paciente y familia en situación de enfermedad avanzada. Un factor clave para la consecución de este objetivo es la formación continuada. En el año 2012 realizamos un curso para aumentar el conocimiento en CP de los enfermeros/as de nuestra comunidad. Para conseguir una elevada participación, contamos con la colaboración de un sindicato de enfermería con alta implantación en nuestro entorno. La evaluación de la formación es necesaria para garantizar la calidad e impulsar el aprendizaje que el entorno actual exige.

#### **OBJETIVOS:**

Evaluar la actividad formativa a distancia "Cuidados Integrales al Paciente Paliativo".

#### **METODOLOGÍA:**

La evaluación se basó en la medición de la satisfacción, la adquisición de conocimientos y la transferencia al puesto de trabajo. Se evaluaron otros indicadores como coste y acreditación. Para conocer la satisfacción se utilizó una encuesta tipo Likert de 5 puntos. La evaluación del aprendizaje se realizó con una prueba de conocimientos. La transferencia fue evaluada mediante la percepción de mejora de conocimientos y habilidades; cumplimiento de objetivos; y aplicabilidad percibida. Resultados: Número de participantes: 1000, tasa de abandono:16 %. La puntuación media de la satisfacción fue de 4,37/5. El 96.9% superó la prueba de aprendizaje. La tasa de respuesta del cuestionario de impacto fue de 19,15%. Un 70% de los participantes consideraron que su actividad laboral mejoró "bastante/mucho" tras la formación, en cambio, menos del 8% afirmaron que "poco/nada". El coste por alumno finalizado fue de 5,5€ y la actividad fue acreditada con 5 créditos.

#### **CONCLUSIONES:**

Valoramos positivamente la actividad por la eficiencia demostrada al conseguir formar un número elevado de profesionales a bajo coste, manteniendo un buen nivel de satisfacción y transferencia del aprendizaje. Aunque es obvio que, para adquirir determinadas competencias en CP, se requieren otras metodologías formativas.

P10

### **¿QUÉ PIENSAN LAS ENFERMERAS DE LAS DESTREZAS Y CONOCIMIENTOS DE LAS CUIDADORAS DE ENFERMOS CON NECESIDADES PALIATIVAS?**

*Monleón-Just, Manuela<sup>1</sup>; Martínez-Cruz, M<sup>a</sup> Belén<sup>1</sup>; García-Baquero Merino, M<sup>a</sup>Teresa<sup>1</sup>; Tordable Ramírez, Ana M<sup>a</sup><sup>2</sup>; Rubio Moral, M<sup>a</sup> Teresa<sup>3</sup>; Bielsa Bueno, Patricia<sup>4</sup>*

1. *Coordinación Regional de Cuidados Paliativos de La Comunidad De Madrid*
2. *ESAPD. DA Norte. AP. Servicio Madrileño de Salud*
3. *PAL24. Servicio Madrileño de Salud*
4. *CS. Legazpi. DA Noroeste. AP. Servicio Madrileño de Salud*

## **INTRODUCCIÓN**

Las personas que prestan cuidados manifiestan tener dificultades para desempeñar sus tareas, viéndose además afectadas en su salud y en su vida personal. Por ello las enfermeras paliativistas debemos conocer cuáles son sus necesidades para asumir la educación de las familias, para mantener y mejorar el bienestar de nuestros pacientes y de la familia misma. Esta investigación forma parte de un proyecto financiado por el MSSSI (2011), dentro de la Estrategia Nacional de cuidados paliativos y proceso final de la vida.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Identificar las necesidades de formación de las personas cuidadoras de enfermos con necesidades paliativas, a través de las opiniones de las enfermeras que atienden en el domicilio.

### **METODOLOGÍA**

Estudio cualitativo a través de la técnica de grupo nominal, para llegar a conocer la percepción que tienen las enfermeras, sobre las destrezas y conocimientos que poseen las personas cuidadoras de enfermos paliativos para cuidar de ellos a diario. La muestra se compuso de 7 enfermeras que cuidan a enfermos con necesidades paliativas en el domicilio. Su participación en el grupo fue voluntaria. Resultados Tras el análisis, las enfermeras creen que los cuidadores tienen la misma necesidad en conocer y tener habilidades en el manejo de los cuidados básico de la persona dependiente, como de manejar las emociones y la comunicación, no solo con los enfermos sino con los propios profesionales. Se percibe la influencia de la mala situación psicoemocional de la cuidadora, como un factor negativo para desenvolverse en el cuidado diario del enfermo paliativo.

### **CONCLUSIONES**

Es necesaria la intervención de educación sanitaria en el desarrollo de la atención de la enfermera paliativista, referida no solo al cuidado del paciente, sino también al autocuidado de la persona cuidadora.

P11

### **GESTIÓN DE CASOS: LA RESPUESTA A UNA SITUACIÓN DE SALUD COMPLEJA. A PROPÓSITO DE UN CASO**

*Doz Modrego, Azucena<sup>1</sup>; Aroca Martínez, Josefa<sup>1</sup>; Pujol García, Ana<sup>1</sup>; Poyato Gómez, Eva<sup>1</sup>; López Postigo, Montserrat<sup>1</sup>; Cruz Lázaro, Marta<sup>1</sup>; González Sequero 1. Corporació Sanitària Parc Taulí.CSS Albada.*

### **INTRODUCCIÓN:**

La complejidad de algunas situaciones de salud requieren un abordaje interdisciplinar y una coordinación de los niveles asistenciales para evitar la fragmentación de los cuidados. El PADES\* como equipo interdisciplinar de soporte ejerce un papel de gestión y coordinación en la atención, evitando la duplicidad y favoreciendo el continuum asistencial.

### **OBJETIVOS:**

Exponer como la gestión de casos, como metodología, permite dar respuesta a una situación de salud compleja.

### **METODOLOGIA:**

Descripción de un Plan de Cuidados utilizando el lenguaje enfermero. Valoración María, 42 años, diagnosticada de ELA avanzada. Ingresó en convalecencia por incapacidad para la ingesta. Rechazó anteriormente la nutrición artificial, ahora acepta una gastrostomía. Pese a las recomendaciones del equipo asistencial de continuar hospitalizada por la complejidad de cuidados, decide volver a casa con soporte del PADES. Portadora de sonda gastrostomía. Lesión sacra. Incontinencia biefinteriana. Estreñimiento. Barthel 0. Tetraparesia espástica. Dolor generalizado. Pfeiffer 1. Conoce diagnóstico y pronóstico, rechaza ventilación mecánica invasiva. Gran dificultad para comunicarse. Ansiedad y labilidad, explosiones de

rabia y llanto. Casada con Said, magrebí, dos hijos, 9 y 13 años. En proceso de separación cuando la diagnosticaron. Said permanece a su lado para cuidarla. Su madre cuida de los niños. Dispone de trabajadora familiar. Demanda continuamente las atenciones del marido. Éste, activo laboralmente, está preocupado por sus hijos y manifiesta estar cansado física y emocionalmente. Miedo a las complicaciones pero quiere respetar el deseo de María de permanecer en casa. Diagnósticos paciente/cuidador: Ansiedad ante la muerte Cansancio del rol cuidador Noc: Muerte digna Nic: Gestión de casos Actividades: Valoración integral, ayuda en la toma de decisiones, asistencia directa y coordinación entre los diferentes recursos y niveles asistenciales

### **CONCLUSIONES:**

Mediante el NIC gestión de casos ha sido posible respetar los deseos de la paciente de morir en casa preservando el continuum asistencial y el entorno de cuidados.

P12

### **LA ENFERMERA COMO EJE EN LA COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES NIVELES ASISTENCIALES GARANTE DE LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.**

*López Postigo, Montserrat<sup>1</sup>; González Sequero, Vanesa<sup>1</sup>; Poyato Gómez, Eva<sup>1</sup>; Pujol García, Anna<sup>2</sup>; Aroca Martínez, Fina<sup>1</sup>; Doz Modrego, Azucena<sup>2</sup>; Cruz Lázaro, Marta<sup>1</sup>*

*1. Albada, Centre Sociosanitari. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí - UAB.*

### **INTRODUCCIÓN**

Las personas que padecen enfermedades crónicas con frecuencia precisan apoyos permanentes por parte del sistema sanitario. Las enfermeras de PADES y EAIA de deterioro cognitivo, resultan una pieza clave para asegurar que este “viaje” por los diferentes niveles asistenciales se cumpla de una manera racionalizada y óptima.

### **OBJETIVO**

Exponer a propósito de dos casos clínicos como desarrollan las enfermeras de PADES oncológico y EAIA de deterioro cognitivo, su trabajo bajo la metodología de Gestión de Casos. MÉTODO: Descripción de dos casos utilizando el lenguaje enfermero con el NIC gestión de casos. Caso 1: Manuel. 54 años. Neo Pulmón diseminada. Situación económica complicada. Afrontamiento familiar comprometido. Ansiedad ante la muerte. Caso 2: María. Parkinson avanzado con demencia. Sintomatología no motora que requiere abordaje específico y seguimiento.

### **RESULTADOS**

Actividades:

- Valoración integral y asistencia directa: Caso 1 Visitas domiciliarias, Seguimiento telefónico, Entrevistas familiares, Soporte emocional. Caso 2 Entrevistas con cuidadoras, Llamadas telefónicas
- Coordinación asistencial de proveedores de atención sanitaria Caso 1 Contactos: Atención primaria, Hospital externo, Consulta externa de paliación, UFISS, Ingreso programado Caso 2 Contactos: Servicio de nutrición, Terapia ocupacional, Otro hospital, Consulta Externa PAD, Ingreso Programado
- Fomentar estrategias para los cuidados Caso 1 Centrada en aspectos nutricionales, higiénicos, posturales, adhesión al tratamiento, curas y cuidados de vía subcutánea. Caso 2 Educación sanitaria sobre disfagia, delirios, alucinaciones, autonomía y movilidad.
- Fomentar la toma de decisiones adecuada a la situación. Caso 1 Identificamos preferen-

cias y deseos ante final de vida, Plan terapéutico. Caso 2 Planificación anticipada ,Plan interdisciplinar

## CONCLUSIONES

Ante patologías y problemas de salud diferentes el abordaje a través de la gestión de casos enfermera posibilita mismos resultados. La visión global que ofrece enfermería nos acerca a la tan anhelada coordinación de acciones en torno al paciente y familia.

P13

## SOPORTE INFORMÁTICO PARA UN PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

*Sánchez Resco, Susana<sup>1</sup>; Daza García- Blanes, Lucía<sup>1</sup>; Hiniesto Dominguez, Saray<sup>1</sup>; Ortega Carrillo, MariPaz<sup>1</sup>; Pulido Rubio, Azucena<sup>1</sup>; Trillo Civantos, Carmen<sup>1</sup>*

*1. Fundación Jiménez Díaz Capiro*

### INTRODUCCION:

Desde el año 2004-2005 con la implantación de la historia clínica informatizada, se impulsan varias líneas de trabajo, entre ellas el proyecto de elaborar planes de cuidados estandarizados por PERFIL del paciente permitiendo ser individualizados según sus necesidades. En esta comunicación nos centraremos como muestra en el diagnóstico de enfermería DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA EN LAS DISTINTAS ETAPAS DENTRO DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO.

### OBJETIVOS:

- Utilizar una herramienta útil, rápida e intuitiva que agrupe entorno a un perfil a todos los pacientes con requisitos de atención similar, incorporando taxonomía normalizados que aseguren cobertura legal y garantice la continuidad de cuidados.
- Facilitar la transmisión de información entre profesionales para mejorar la organización del trabajo mejorando la atención prestada al paciente
- Permitir dar respuesta a las diferentes fases de la enfermedad, en la movilización de acuerdo con sus capacidades y enfocando en todo momento al confort y bienestar del enfermo, incluyendo en ellos la participación y enseñanza de la familia.

### METODOLOGIA:

Se ha diseñado el plan de cuidados del paciente paliativo, agrupando entorno al perfil paliativo a todos los pacientes con requisitos de atención similares; basándonos solamente en el diagnóstico de deterioro de la movilidad física, la estructura del mismo es:

- AUTONOMO PROFESIONAL, diagnóstico de enfermería NANDA-00085
- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA
- CADA DIAGNOSTICO SE ENFOCA EN BUSQUEDA DE UN OBJETIVO TOMADO DE LA CLASIFICACION NOC:
  - o 0208 MOVILIDAD SEGUN SUS CAPACIDADES
  - o 2101 DOLOR:EFECTOS NOCIVOS

ACCIONES DE CUIDADOS , CLASIFICACION NIC

- o 0221 TERAPIA DE EJERCICIOS .AMBULACION
- o 0222 TERAPIA DE EJERCICIOS .EQUILIBRIO
- o 0224 TERAPIA EJERCICIOS.MOVILIDAD ARTICULAR

ROL INTERDEPENDIENTE, prevención de complicaciones

ROL DELEGADO, actividades asociadas

Este plan de cuidados ha sido elaborado por profesionales expertos, recogiendo las necesidades y opiniones de los diferentes profesionales a través de foro de intranet y a través de los supervisores, así como charlas de formación continuada.

Primeramente se utilizó formato papel, y posteriormente incorporación e implantación al sistema informático.

### **CONCLUSIONES**

La incorporación del plan de cuidados de enfermería del paciente paliativo en la HIISTORIA CLINICA INFORMATIZADA, y en concreto basándonos en el diagnóstico de deterioro de la movilidad física, constituye una herramienta útil y rápida que ayuda a reconocer las necesidades tanto del paciente como familia, a utilizar un lenguaje común entre profesionales que garantice la continuidad de cuidados.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Planes de cuidados estandarizados del Grupo Capio Sanidad

NANDA-I Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008 NANDA INTERNACIONAL ELSEVIER 2008

Cuidados PALIATIVOS DE ENFERMERIA: Colegio Oficial de Diplomados de Enfermería Autora .ANA SALEGUI CAMBRONERO

P14

### **Prevalencia de pacientes oncológicos portadores de reservorio subcutáneo tipo Port-a-cath® que ingresan en unidades de hospitalización del Hospital de Manacor con un acceso venoso periférico.**

*Fullana Matas, Antònia<sup>1</sup>; Alzina Llompart, Aina<sup>1</sup>; Bauzà Fullana, Maria Rosa<sup>1</sup>*

*1. Hospital De Manacor*

Nuestra motivación viene dada por nuestra implicación para con los pacientes oncológicos. Las enfermeras tenemos un papel activo en el cuidado de los dispositivos tipo Port-a-cath, de modo que es imprescindible poseer un adecuado conocimiento del manejo de estos catéteres ya que su uso es de primera elección y confiere comodidad al paciente al evitar la búsqueda traumática de una vena. El objetivo de estudio es conocer la prevalencia de accesos venosos periféricos en pacientes portadores de reservorio subcutáneo tipo Port-a-cath® que ingresan en unidades de hospitalización del Hospital de Manacor. Estudio observacional, descriptivo y transversal. La muestra consiste en un total de 51 ingresos de dichos pacientes durante los años 2011 y 2012. Muestreo no probabilístico consecutivo. La variable principal es la presencia de acceso venoso periférico. Las variables secundarias son el tipo de vía colocada: calibre, localización y tratamiento prescrito. La recogida de datos se ha llevado a cabo por enfermeras a pie de cama y revisión de historia clínica, mediante el uso del programa HCIS realizando un filtrado previo para localizar la población a estudio. También se ha realizado un registro de datos y el análisis descriptivo e inferencial se ha llevado a cabo mediante una hoja de cálculo Excel. El análisis de resultados es de tipo descriptivo univariante y utilizamos el porcentaje; obteniendo que sólo un 27% de los pacientes ingresa con el Port-a-Cath canalizado, de los cuales un 50% proviene de Urgencias y el resto de HDD y Programados. En base a los resultados nos planteamos unos objetivos de formación durante el 2013 mediante talleres teórico-prácticos. Una correcta utilización del Port-a-cath garantiza una reducción en el coste económico hospitalario, una mayor calidad asistencial al paciente y una disminución de la ansiedad del profesional por lo especial de éstos pacientes debido a su patología y cronicidad.

P15

## **NECESIDADES PREVALENTES EN EL PACIENTE TERMINAL. NECESIDADES SENTIDAS POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE LOS ACOMPAÑA.**

*García Navarro, Esperanza Begoña<sup>2</sup>; García Navarro, Sonia<sup>3</sup>; Pérez Espina, Rosa<sup>1</sup>; Araujo Hernandez, Mriam<sup>4</sup>; Díaz Santos, Marian<sup>4</sup>*

1. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. SSPA. Cuidados Paliativos
2. Departamento Enfermería. Universidad de Huelva
3. Enfermera Gestora Casos. Distrito Huelva Costa
4. Grupo de Investigación. Acompañamiento al final de la vida.

### **INTRODUCCIÓN:**

El ser humano es una síntesis de infinito y finito, de temporal y eterno, de posibilidad y necesidad...'(1) En el abordaje integral al paciente paliativo, oncológico y no oncológico, se pondrán en marcha intervenciones que garanticen desde el mayor confort físico, con el adecuado control de síntomas, al espiritual, en cuanto al sentido de la vida, pasando por el grueso de lo relacional (ceranía de los seres queridos). Aproximarnos a la espiritualidad del otro supone acercarse a un lugar en el que el sentido de la vida y el vacío existencial están muy próximos, y ese espacio abierto, no sólo puede generar miedo en el paciente, sino también en el profesional. La mirada atenta a esa realidad puede convertir al paciente en un auténtico maestro.

### **OBJETIVO:**

Conocer grado de conocimiento del profesional en cuanto a la valoración de las necesidades espirituales del paciente en situación terminal, dentro del abordaje integral del mismo

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio Observacional Descriptivo Emplazamiento, Sujetos de Estudio: Se trabajará con el Universo de la Población por ser factible su ejecución. Profesionales de los Servicios de Oncología Médica, Radioterápica y Cuidados Paliativos, ESCP, UHCP.

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS:**

Análisis descriptivo. Software Rcomander Resultados: Se describen los perfiles de los profesionales sanitarios sujetos a estudio, así como sus discursos referentes a miedos y sentimientos de culpa de los enfermos hasta la espiritualidad, la sedación y la eutanasia. Se evidencia la necesidad de formación en habilidades de comunicación y relación de ayuda y espiritualidad de los profesionales sanitarios de recursos convencionales.

### **CONCLUSIONES:**

Para garantizar una atención competente y de calidad al paciente en situación terminal las actitudes en los profesionales han de ir encaminadas hacia la empatía compasiva, la intención de acercamiento y la humildad ante la ignorancia sobre el espacio interior del otro.

P16

## **FUNDACIÓN CUIDAR EN CASA. PROYECTO DER: DUELO EN RED**

*Durán Sánchez, Inés M<sup>a</sup>; Muñoz Montañó, M<sup>a</sup> del Rosario<sup>1</sup>; Dávila Quintana, Santiago<sup>1</sup>; Márquez Palma, Concepción<sup>2</sup>; Rubio Ortega, Noelia<sup>2</sup>*

1. H. U. Virgen Del Rocío
2. Fundación Cuidar en Casa

La Fundación Cuidar en Casa tiene ámbito en Andalucía y sus fines son cuidar en el domicilio a pacientes en situación paliativa que le permita llevar una vida digna hasta el final,

respetando sus derechos como pacientes terminales; Asesorar, atender y educar a sus cuidadores principales para ayudar a cubrir las necesidades derivadas de estos cuidados durante la enfermedad y facilitar una adecuada resolución del duelo al paciente y familia. Las redes sociales, por ejemplo Facebook, blog y foro desde la página web de la fundación, es un punto de encuentro de estas familias desde donde tienen reservado un espacio para ese familiar querido y que ya no está. Mantener viva su memoria supone un consuelo y acicate en las tareas de elaboración del duelo de la familia. Además, cuando este dolor es compartido, los dolientes sienten el apoyo de los demás, se sienten comprendidos y que están en la misma lucha haciendo más llevadero este peso de la pérdida.

P17

### **PREFERIR EL FINAL DE LA VIDA, CUANDO EL DUELO SE VUELVE UNA OPCIÓN.**

*Beqoña, García Navarro<sup>1</sup>; Díaz Santos, María Angustias<sup>1</sup>; Araujo Hernández, Miriam<sup>1</sup>; Sonia, García Navarro<sup>2</sup>; Rosa, Pérez Espina<sup>3</sup>*

1. Hospital Juan Ramón Jiménez
2. Distrito Huelva-Costa
3. Hospital Vázquez Díaz

### **INTRODUCCIÓN**

El proceso del duelo se realiza siempre que tiene lugar una pérdida significativa(1). Pan-grazzi(4) enumera una gran cantidad de pérdidas. Entre ellas, la pérdida de aspectos de sí mismo tiene especial importancia en la disminución de la capacidad de afrontar las actividades de la vida diaria, que se ven deterioradas por el proceso de la enfermedad. La experiencia de enfermar ocasiona que nuestro cuerpo se encuentre vulnerable a los cambios y alteraciones del mismo rompiéndose la conectividad entre la confianza y la autonomía de la persona. Inevitablemente se dará una hipervigilancia de las sensaciones corporales para poder aceptar estas modificaciones(3). Conocer la importancia de afrontar ésta pérdida es de vital importancia para asegurar un proceso paliativo de calidad.

### **OBJETIVOS**

Conocer la necesidad de la comunicación en los pacientes paliativos como medio para poder expresar sus deseos y voluntades. Descubrir aquellas características del duelo anticipado en el ámbito del paciente paliativo, como pérdida de uno mismo.

### **METODOLOGÍA**

Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico. Desde la figura profesional de la enfermera, se llevó a cabo la realización de entrevistas en profundidad para conocer la visión que los pacientes tienen frente al propio duelo anticipado de la enfermedad.

### **RESULTADOS**

Dimensiones estructuradas tras la cotejación con las dimensiones de partida del estudio. GÉNERO. COMUNICACIÓN. DETERIORO FUNCIONAL. APOYO SOCIAL. Son algunas de las categorías resultantes tras el comienzo del estudio, que presentamos en la presente comunicación.

### **CONCLUSIONES**

El duelo de las necesidades de la vida diaria como resultado del proceso de la enfermedad es considerado por el propio paciente una opción no deseada en el desenlace de ésta. Conocer los deseos y sentimientos del paciente ante la pérdida de autonomía es de vital importancia para ofrecer unos cuidados enfermeros que nos ayuden a garantizar un final de acuerdo a los deseos de la persona.

P18

## **LA COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES ES ESENCIA DE LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.**

*Martín Fuentes De La Rosa, M<sup>a</sup> Ángeles<sup>1</sup>; Blanco Toro, Laura<sup>1</sup>; Blanco Guerrero, Mercedes<sup>1</sup>; Alonso Ruiz, M<sup>a</sup> Teresa<sup>1</sup>; Gundín Martín, Marta<sup>1</sup>; Rodríguez García, M<sup>a</sup> Carmen<sup>1</sup>*

*1. ESCP Área De Mérida*

### **INTRODUCCIÓN**

La coordinación entre niveles asistenciales en el final de la vida es fundamental para garantizar continuidad de cuidados, respetar los deseos del paciente, mantener un adecuado flujo de información y evitar la duplicación de recursos.

### **OBJETIVO**

Evidenciar la necesidad de una adecuada continuidad de cuidados al final de la vida.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Presentamos a un varón (82 años), diagnosticado de melanoma en brazo derecho metastásico (hepáticas, pulmonares, óseas y cutáneas). Entra en programa de paliativos para control sintomático y seguimiento de úlcera tumoral. Presenta lesión tumoral metastásica ulcerada en antebrazo y costado derechos, con múltiples lesiones satélites. Se realizaban curas de las úlceras por su enfermero de atención primaria (EAP). Progresivamente, las lesiones aumentan considerablemente de tamaño y se evidencia sangrado "en sábana". EAP se coordinó con nosotros para reevaluación, al haber agotado los recursos existentes a su alcance. Entre ambos equipos decidimos continuar realizando las curas diarias con apósito "capa de contacto con silicona"/apósito hemostático/vendaje. Previamente a la cura se le administraría 10 miligramos de morfina por vía subcutánea. Alternamos las visitas debido a su deterioro general. Al aumentar el sangrado, cambiamos nuevamente la estrategia de curas, introduciendo adrenalina al apósito hemostático manteniendo la misma pauta de curas. Se proporcionó el material de uso hospitalario necesario para realizar curas domiciliarias. El paciente falleció catorce días después, en su domicilio y sin complicaciones.

### **RESULTADOS**

Conseguimos buen manejo de las complicaciones de la úlcera, respetando el deseo de paciente/familia de permanecer en domicilio. Pudimos controlar también otros síntomas como el dolor durante las curas y movilizaciones.

### **CONCLUSIONES**

Gracias a la coordinación con el EAP y el adecuado apoyo a cuidadores, se pueden respetar los deseos de los pacientes para que permanezcan en el lugar donde quieren terminar su vida, manejando situaciones complejas (úlceras tumorales sangrantes) sin duplicar recursos asistenciales.

P19

## **CAMAS DE ENFERMERÍA PARA ESTANCIAS POR RESPIRO EN CUIDADOS PALIATIVOS**

*Monleón Just, Manuela<sup>1</sup>; Martínez Cruz, M<sup>a</sup> Belén<sup>1</sup>; García-Baquero Merino, M<sup>a</sup> Teresa<sup>1</sup>; Ferrer Arnedo, Carmen<sup>2</sup>; Salazar de la Guerra, Rosa M<sup>a</sup><sup>2</sup>; Ochandorena Juanena, Sol<sup>3</sup>*

*1. Coordinación Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad De Madrid*

*2. SERMAS, Hospital de Guadarrama. Guadarrama. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid*

*3. Dirección Asistencial Noroeste. Atención Primaria. SERMAS Asistencial Noroeste. Atención Primaria. Majadahon da. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid*

## **INTRODUCCIÓN**

En las propuestas técnicas de proyectos para 2011 (SNS) se encuentra la Puesta en Marcha de un Servicio de Estancias por Respiro en Cuidados Paliativos en la Comunidad de Madrid. Cuidar a una persona con necesidades paliativas, con el peso de un pronóstico de vida incierto, exige de un cuidado estrecho y específico, que puede conllevar situaciones donde se precisen periodos de tiempo-respiro para el enfermo, la persona cuidadora y la familia.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Analizar el funcionamiento del servicio “De Estancias por Respiro”.

### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo retrospectivo, cuya muestra se compone por todos los enfermos ingresados en el servicio de Estancias por Respiro. Tiempo de estudio 6 meses. Para el análisis se utilizaron los datos del registro realizado para este proyecto e informe de derivación, cumplimentados por los profesionales, y las encuestas de satisfacción realizada por los usuarios.

### **RESULTADOS**

Son estancias promovidas por las enfermeras del entorno comunitario (Centro de Salud en coordinación con el Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliario) limitadas en el tiempo (1-15 días), negociadas y programadas con el hospital. Se llevan a cabo pocos ingresos por dos problemas principalmente, uno desde los cuidadores, por estar bajo la presión del pronóstico de vida, y otro desde los profesionales, por problemas de comunicación y desconocimiento de la utilidad del programa entre ambos niveles.

### **CONCLUSIONES**

En la atención paliativa se exige mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, y promover y facilitar la comunicación entre las enfermeras de CS, de ESAPD y de hospital, para conseguir la calidad asistencial requerida. Los profesionales deben conocer los diferentes recursos de apoyo a la autonomía del paciente, para facilitar la respuesta a las necesidades de respiro del enfermo, del cuidador y de la familia. Los usuarios de estas camas de enfermería manifiestan estar muy satisfechos con este servicio.

P20

### **DETECCIÓN PRECOZ DEL RIESGO SOCIO-SANITARIO**

*Leiva Calvente, M<sup>a</sup> Jose<sup>1</sup>; Raya Leiva, Consuelo<sup>1</sup>; Ruiz García, Rosario<sup>1</sup>; Alonso Riera, Ada<sup>1</sup>; Alcantara Roldan, M<sup>a</sup> Isabel<sup>1</sup>; Almecija Tamayo, M<sup>a</sup> Dolores<sup>1</sup>; Figueras Alsina, Julia<sup>1</sup>; Peñuelas Saiz, Angeles<sup>1</sup>*

*1. Hospital Vall d’Hebron, Barcelona*

### **INTRODUCCIÓN:**

Se analiza la eficacia de un cuestionario que se diseñó para detectar dificultades de origen socio-sanitario que podían provocar retrasos en el alta hospitalaria del servicio de oncología de un hospital de 3er nivel. La encuesta se diseñó con la colaboración de enfermería de la planta de oncología, la trabajadora social y enfermería del equipo de cuidados paliativos. Es de tipo descriptivo, con respuestas cerradas asociado a un valor cuantitativo en cada una de las variables. De esta manera permite identificar el nivel de riesgo y anticipar la gestión de los recursos. Las encuestas que son consideradas de riesgo (&#8805;2) son valoradas por la trabajadora social de la unidad.

### **OBJETIVO:**

Conocer el tipo y número de recursos que se activaron en los casos en que la encuesta detectó riesgo.

## MÉTODO:

En este estudio se analizan 140 encuestas que se administraron a los pacientes en el momento del ingreso durante el período de febrero hasta abril del 2010. Los recursos se clasificaron en:

- Socio-familiar (SF): Ayudas técnicas; telealarma; trabajadora familiar.
- Socio-sanitaria domiciliaria (SSD): PADES; Preatl; CAP.
- Socio-sanitaria hospitalaria (SSH): Centros hospitalarios socio-sanitarios.

## RESULTADOS:

Fueron de riesgo 57 casos (40%) de los cuales 28 (49%) se debieron activar recursos, el resto fueron: 24% Éxitus y 33% altas a domicilio sin gestiones. Respecto al tipo de recursos: SF: 6 casos SSD: 7 casos SSH: 15 casos

## CONCLUSIONES:

Consideramos una herramienta sensible y sencilla de administrar para detectar e iniciar de forma precoz la actividad de los profesionales de soporte al paciente oncológico, consiguiendo mayor satisfacción del paciente y familia así como mejor gestión de los recursos hospitalarios.

P21

## MANEJO DEL DELIRIUM HIPERACTIVO (DH) POR LA FAMILIA EN EL DOMICILIO POR VIA SUBCUTANEA. CASO CLÍNICO.

*Blanco Toro, Laura<sup>1</sup>; Martín Fuentes de la Rosa, M<sup>a</sup> Angeles<sup>1</sup>; Alonso Ruiz, M<sup>a</sup> Teresa<sup>1</sup>; Blanco Guerrero, Mercedes<sup>1</sup>; Gundín Martín, Marta<sup>1</sup>; Rodríguez García, M<sup>a</sup> Carmen<sup>1</sup>*  
1. Hospital De Mérida

## INTRODUCCIÓN

El DH es un síntoma de difícil control, y genera un aumento de la demanda de atención al enfermo y riesgo de claudicación familiar. En ocasiones es de difícil control domiciliario.

## OBJETIVO

Mostrar un caso clínico del manejo del DH en domicilio mediante la continua coordinación y disponibilidad entre el equipo y la familia.

## MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 68 años, Ca de pulmón estadio IV. El síntoma prevalente es un DH de una semana de evolución debido ACV de repetición. Presenta agitación psicomotriz, insomnio, agresividad y estreñimiento. Impide el descanso nocturno a la familia. La familia a pesar de su agotamiento físico y emocional expresa el deseo de que el paciente permanezca en domicilio, para cumplir sus deseos y por temor a que empeore al salir de su habitat. Se decide manejo domiciliario con vía subcutánea e infusor con 10 mg de morfina, 15 mg de midazolam y 10 mg de haloperidol más rescates de sinogán si no cede la agitación. Instruimos a la familia en el manejo de vsc y recarga de infusor tras nueva valoración telefónica a las 24h. Se le indica que le administren un enema preparado. En la valoración telefónica nos cuenta que ha estado algo mejor pero continua con agitación y agresividad, enema efectivo. Se indica la nueva dosis de carga del infusor calculada tras los rescates administrados. Reevaluamos a las 24h y existe buen control sintomático. La familia continua responsabilizándose de las recargas del infusor en domicilio. El paciente fallece a las dos semanas tranquilo.

## RESULTADOS

La disponibilidad de la familia y la continua comunicación y accesibilidad del equipo hicieron posible el manejo del DH en el domicilio.

## CONCLUSIONES

Es importante que cuidemos el rol familiar para permitir la continuidad de cuidados en domicilio.

P22

### SONDAJE VESICAL EN LA SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

*Tarragó Sanfeliu, Ester<sup>1</sup>; Martínez Vieites, Enrique<sup>1</sup>; Solà Ysuar, Begoña<sup>1</sup>; Puig Gascón, Eva<sup>1</sup>*

*1. Paliaclic, Barcelona*

#### INTRODUCCIÓN:

PALIACLINIC es un equipo sanitario privado especializado en cuidados paliativos a domicilio. Como tal, nos encontramos a diario ante pacientes en situación de últimos días de vida (SUD) (estado transitorio entre la vida y la muerte en el que pueden aparecer múltiples síntomas). Uno de los problemas que aparece frecuentemente es la retención aguda de orina (RAO).

#### OBJETIVOS:

Verificar si la RAO puede ser el desencadenante o facilitador del empeoramiento de otra sintomatología.

#### METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión con carácter retrospectivo, de los pacientes que requirieron sondaje vesical (SV) en SUD en sus domicilios en el año 2012. Se establecieron unas variables clínicas comunes que habían estado presentes en todos los casos estudiados.

#### RESULTADOS:

Se produjeron 100 defunciones en domicilio durante el año 2012, de los cuales 42 fueron sondados al entrar en SUD. El síntoma más frecuente que presentaban los pacientes era inquietud/agitación, en la mayoría de casos: tras la técnica de SV, comprobamos que el síntoma desaparecía. Además, después del SV, la mayoría presentaban RAO. Los pacientes resultaban ser éxitus en un plazo de 48h post-SV.

#### CONCLUSIONES:

Casi la mitad de las personas que fallecieron en su domicilio precisaron ser sondadas por RAO en SUD. Consideramos que es significativo el elevado número de sondajes realizados en estos momentos. Debido a ello, el equipo de enfermería de PALIACLINIC trabajará para elaborar un protocolo de SV como medida preventiva de la aparición de descompensación sintomatológica en esta situación.

P23

### IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINAR DE CUIDADOS OFRECIDOS A PACIENTES EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS 'LIVERPOOL CARE PATHWAY FOR THE DYING PATIENT' VERSION 12, EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA FUNDACIÓN CUDECA .

*De La Ossa Sendra, M<sup>a</sup> Jesús<sup>1</sup>; Rosúa Rodríguez, Melanie<sup>1</sup>; Cazorla González, Rosa<sup>1</sup>; Arranz De La Torre, Alicia<sup>1</sup>*

*1. Centro De Cuidados Paliativos Cudeca, Benalmádena, Málaga*

#### INTRODUCCIÓN:

En el año 2010 nuestro centro reinició el proceso de traducción y adaptación transcultural de la versión 12 (V.12) del "Liverpool Care Pathway for The Dying Patient" (LCP), protocolo

en la evaluación de los cuidados ofrecidos a pacientes en Situación de Últimos Días , para poder implementarla en sus diferentes programas asistenciales (Unidad de Ingresos y Programa de Atención Domiciliaria).

**OBJETIVOS:**

Implementación del LCP V.12 en un programa completo de cuidados paliativos (Programa de Atención domiciliaria y Unidad de Ingresos).

**METODOLOGÍA:**

Se revisaron 20 Historias Clínicas de pacientes en situación de últimos días, antes de aplicar la versión 12 del protocolo y 20 aplicándose el protocolo en los Programas de atención domiciliaria y Unidad de Ingresos del centro.

**RESULTADOS:**

En los 20 casos analizados tras aplicar el protocolo tanto de la Unidad de Ingresos, como del programa de atención domiciliaria se alcanzó una tasa de cumplimiento = 80% en los objetivos relacionados con la comunicación con el paciente (4 de 6), con la espiritualidad (1 de 2) con la medicación administrada (1 de 2), con las intervenciones actuales (1 de 3), con la nutrición, hidratación y cuidados de la piel (3 de 3) y con la explicación del plan de cuidados (1 de 4). El resto tuvo una tasa de cumplimiento del 60% (1), 55% (2) y 35% o menos (8 objetivos).

**CONCLUSIONES:**

1. La implementación de la herramienta en ambos programas asegura una posible mejora en la calidad de la atención de los pacientes en situación de últimos días y sus familias, independientemente del lugar donde se esté atendiendo.
2. Todavía existen deficiencias en su uso por lo que se hace imperativo un seguimiento estrecho de su cumplimiento para adiestrar a los profesionales en su uso.

P24

**CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS DE LA RIOJA.**

*Álvarez Bermejo, Ana<sup>1</sup>*

*1. Hospital General De La Rioja, Unidad De Cuidados Paliativos Domiciliaria.*

**INTRODUCCIÓN**

En domicilio el cuidador principal es la familia, por lo que el apoyo emocional, educación sanitaria, cuidados y evaluación por parte del Equipo de Enfermería es imprescindible. En nuestro servicio disponemos de equipo de enfermería por las tardes para todas estas funciones.

**OBJETIVO**

Evaluar la importancia del trabajo que se realiza por parte del Equipo de Enfermería en la jornada de tarde.

**METODOLOGÍA**

Población a estudio, pacientes de la unidad de Cuidados Paliativos Domiciliaria de La Rioja en el año 2012. Retrospectivo.

**RESULTADOS**

En el turno de tarde, en el cuál solo trabaja el equipo de Enfermería, se realiza una gran labor en educación sanitaria, curas, apoyo emocional, lo que facilita que el paciente permanezca en el domicilio con mayor seguridad y tranquilidad.

**CONCLUSIONES**

La labor del equipo de enfermería en el turno de la tarde resulta imprescindible para que

los pacientes puedan permanecer en su domicilio y los familiares se sientan apoyados en su labor de cuidar.

P25

### **¿CUÁL ES EL ORDEN DE FRECUENCIA DE COMPLICACIONES PARA CADA TIPO DE CATÉTER (METÁLICO /BIOMATERIAL) RESPECTO AL USO BOLUS VERSUS INFUSIÓN CONTINUA?**

*Julian Caballero, Montaña<sup>1</sup>; Ruiz Marquez, Maria Del Pilar<sup>2</sup>; Solano Pallero, Maria<sup>3</sup>*

1. Hospital Perpetuo Socorro
2. Hospital De Zafra
3. Observatorio De Cuidados Paliativos Del SES

#### **INTRODUCCIÓN:**

Mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación avanzada, es uno de los objetivos primordiales en Cuidados Paliativos y la vía subcutánea una de las herramientas que lo facilitan en el domicilio.

#### **OBJETIVO:**

Identificar el orden de frecuencia de las complicaciones que aparecen en relación con los diferentes catéteres y el uso bolus

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se trata de un estudio observacional descriptivo prospectivo realizado en los Equipos de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz y Llerena-Zafra, realizado en dos fases; una de pilotaje (4 meses) y otra de estudio (6 meses), alternándose el tipo de catéteres en la mitad de cada fase y en cada equipo.

A todos los pacientes que ingresaron en el programa durante el periodo que se plantea el estudio y precisaron de la vía s.c para el control sintomático, se les ofreció la posibilidad de participar, siempre que cumplieran criterios de inclusión.

#### **RESULTADOS:**

En total se canalizaron 132 vías, 50 metálicas y 82 de vialón. Del total de las vía metálicas se pusieron 35 con indicación bolus y de las de vialón 37.

Las complicaciones detectadas en relación al tipo de vía y uso bolus fue:

Vía metálica: Bolus un 26,10 % por causas diversas, poco habituales

Vía vialón un 20% por salida accidental

#### **CONCLUSIONES:**

Para este tipo de uso, objetivamos que en la incidencia de complicaciones no hay una diferencia estadísticamente significativa ente ambos.

En cuanto al tipo de complicación, para las metálicas no se define una complicación clara que destaque sobre las demás. Sin embargo, respecto a las de vialon aparece la complicación más frecuente, la salida accidental, tanto para tipo de material como para tipo de uso.

P26

### **INFORMACIÓN RECIBIDA POR EL PACIENTE SOBRE SU DIAGNÓSTICO, PERIODO 2004-2012**

*Font Ritort, Sergi<sup>1</sup>; Roig Tolra, Margarita<sup>2</sup>;*

1. Hospital De Mataró, Consorci Sanitari Del Maresme
2. PADES Maresme Sud, Consorci Sanitari Del Maresme

#### **INTRODUCCIÓN:**

El proceso de información de las enfermedades a los pacientes sigue siendo un tema delicado y en algunos casos tabú. Hay dificultades para poder hablar abiertamente de los diag-

nósticos, tanto por parte de las familias cómo por parte de los profesionales. Estas dificultades añadidas a algunas conspiraciones de silencio hacen que el paciente no esté ajustado a su enfermedad y a su pronóstico.

**OBJETIVOS:**

Describir el nivel de información de los pacientes sobre su enfermedad y la evolución que ha habido a lo largo de los años.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por la UFISS de Cuidados Paliativos del Hospital de Mataró en el periodo de 2004-2012 (9 años). Se dividió a los pacientes en dos perfiles (oncológicos, no oncológicos), comparando la variable información sobre diagnóstico. Por otro lado en el perfil oncológico se analizó las variables información sobre el diagnóstico y que información se recibía sobre el diagnóstico, pronóstico, tipo de palabra utilizada (cáncer, tumor) en la información. El análisis estadístico se realiza con frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

**RESULTADOS:**

Se incluyeron los 5398 pacientes que fueron atendidos por la UFISS en el período comprendido entre enero de 2004 y diciembre de 2012, de los cuales 809 (15%) eran de perfil no oncológico y 4589 (85%) de perfil oncológico. Los pacientes no oncológicos presentaron un 75% de información del diagnóstico, el 25% restante presentaban deterioro cognitivo. Se ve una progresión a mejor de la información en el paciente oncológico, siendo informado en un 40% en el año 2004 hasta el 61'16% de la actualidad. El resto de resultados se aportará en la comunicación.

**CONCLUSIONES:**

Cómo enfermeras/os en cuidados paliativos debemos garantizar un buen control de síntomas pero al mismo tiempo hemos de ser capaces de utilizar nuestras habilidades para ayudar en el proceso de información. Una buena evaluación del nivel de información del paciente sobre su enfermedad nos ayudará a nuestra posterior intervención.

P27

**CUIDADOS DE LA BOCA EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE FINAL DE VIDA**

*García De Albeniz, Aurkene<sup>1</sup>; Abascal, Elena<sup>2</sup>; Puellas, Oscar<sup>3</sup>; Menéndez, Alberto<sup>4</sup>; Almaraz, M<sup>a</sup> José<sup>5</sup>*

1. Comarca Araba - CS Gazalbide, Vitoria-Gasteiz
2. Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz
3. Hospital Santiago Apóstol, Vitoria-Gasteiz
4. Centro De Salud Gazalbide, Vitoria-Gasteiz
5. Hospital Universitario De Alava, Vitoria-Gasteiz

**INTRODUCCIÓN:**

El cuidado de la boca en las personas en situación de enfermedad grave y avanzada es muy importante para mantener su confort. En nuestra práctica diaria además de la presencia frecuente de alteraciones en la mucosa oral que producen gran disconfort, constatamos la falta de conocimiento de los cuidados a realizar por parte de los pacientes y/o familia. Por tanto, instruirles en los cuidados de la boca se convierte en un instrumento básico para garantizar el cuidado en el domicilio.

## **OBJETIVOS:**

Capacitar a los cuidadores en el manejo de las distintos problemas que pueden encontrar en pacientes en situación de final de vida. Proporcionar confort aliviando el dolor y la incomodidad, manteniendo la boca húmeda y limpia Prevenir infecciones orales

## **METODOLOGÍA:**

Elaboración de un tríptico con imágenes que apoyan el texto en relación a recomendaciones generales y problemas más frecuentes de la boca. El tríptico ha sido consensuado y elaborado por el grupo funcional de Cuidados Paliativos de Álava ( equipo de soporte de Comarca Araba, equipo de soporte de Hospital Txagorritxu, equipo de soporte del Hospital Santiago, Hospital de Cuidados San Onofre) El tríptico será entregado a los pacientes o familiares desde los equipos de soporte de Cuidados Paliativos en las visitas en las que se detectan las necesidades de cuidado de la boca.

## **RESULTADOS:**

El tríptico se esta distribuyendo desde los distintos equipos de Cuidados paliativos (Hospitales y Atención Primaria) desde el mes de Febrero 2013.

## **CONCLUSION:**

La existencia de este tríptico unifica la información a cerca de los cuidados de la boca en el fin de su vida, facilitando la realización de los mismos.

P28

## **SEGURIDAD Y DOBLE CHEQUEO EN MEDICACION DE ALTO RIESGO: QUE APORTA ENFERMERÍA**

*Durán, Angela<sup>1</sup>; Palleja, Montse<sup>1</sup>; Guillamet, Ferran<sup>1</sup>; Fernandez, Paz<sup>1</sup>*

*1. Institut Catala D'Oncologia, Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

## **INTRODUCCIÓN:**

Los errores de medicación (EM) son la principal causa de acontecimientos adversos relacionados con la asistencia sanitaria, representan el 37.4%de los eventos adversos en pacientes hospitalizados La seguridad clínica fue uno de los objetivos estratégicos de la Dirección de Cuidados del ICO en 2012, pretendía aumentar la notificación de los errores de medicación,recoger indicadores de seguridad y disminuir los EM.

## **OBJETIVO:**

Describir las medidas implementadas en seguridad y evitación de EM en unidades de hospitalización, se presentan los procedimientos normalizados de trabajo(PNT) sobre la administración de medicación de alto riesgo (MAR) y los resultados de notificación.

## **MÉTODO:**

En el año 2012 se han realizado las siguientes medidas: - Formación continuada al 100% de personal enfermero y facultativo en seguridad clínica. - Impulsar y motivar la notificación de EM - Análisis resultados en notificación 2012 - Actualización de PNT . Grupo de trabajo multidisciplinar para definir técnica de doble chequeo en la preparación de infusores. Revisión bibliográfica. - Audit con observación directa.

## **RESULTADOS:**

Formación del 100% del personal de enfermería y facultativos - Aumento de la notificación, 250 notificaciones en el 2012 respecto los 93 del 0211. El 45% de los EM detectados fueron antes de llegar al paciente. El 55% llegaron al paciente pero sólo requirió observación, sólo 1 caso presentó lesión. El 32% de los EM son de administración de EM.El 94% de las notificaciones fueron realizadas por enfermería. - 2 PNT: Preparación y administración de MAR. - Reuniones multidisciplinarias de análisis de resultados en las unidades de hospitalización.

## **CONCLUSIONES:**

La sensibilización de los profesionales aumenta la notificación de los EM. Enfermería es el más implicado en la notificación. El aumento de la notificación permite detectar áreas de mejora y desarrollar PNT para disminuir errores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Avoiding catheter and tubing mis-connections. Patient Safety Solutions. Solution 7. May 2007. <http://www.ccforspatientsafety.org/>.
- 2) National Quality Forum (NQF) Safe Practices for Better Health Care: [http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe\\_practices/](http://www.qualityforum.org/projects/completed/safe_practices/)
- 3) Estudios ENEAS 2005 y APEAS.

P29

## **LA DELIBERACIÓN ÉTICA COMO HERRAMIENTA EN LOS CUIDADOS ENFERMEROS. UNA ATENCIÓN DE CALIDAD.**

*Tordable Ramírez, Ana M<sup>ª</sup>*

1. E.S.A.D Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria de la Dirección Asistencial Norte, Madrid, España

## **INTRODUCCIÓN:**

La complejidad actual en avances tecnológicos y de investigación, la multiculturalidad, las creencias religiosas, la economía etc, determina que los ciudadanos, sus familias y los profesionales sanitarios tengamos diferentes escalas de valores produciéndose, a veces, conflictos éticos en la toma de decisiones. La enfermera como gestora de casos, ante dilemas éticos, está formada en un paradigma de competencias, pero necesita procesos reflexivos, donde lo más importante puede no ser la respuesta si no la manera como se construye esa respuesta. Ello determina, formarse y adiestrarse en la utilización de herramientas estandarizadas deliberativas ante dilemas éticos, afianzando la mejor respuesta para el paciente, teniendo en cuenta sus valores, aspectos clínicos, jurídicos, éticos, asistenciales, financieros, etc. contribuyendo todo ello a una atención de calidad.

## **OBJETIVOS:**

Aportar elementos de juicio que permitan afrontar los problemas de una manera crítica y racional. Aplicar un método de análisis y decisiones en problemas éticos. Metodología: Deliberativa del Dr. Gracia aplicada a un caso clínico. Paciente de 86 años diagnosticada de demencia desde hace 8 años en estadio avanzado con criterios de terminalidad. Valvulopatía e Insuficiencia Cardiaca. La familia pide colocación de sonda nasogástrica e ingreso para cura de úlceras por presión.

## **RESULTADOS:**

Se determinan los valores en conflicto. Base clínica y de cuidados. Conocer el histórico del paciente. Comunicación, acompañamiento y apoyo emocional a la familia. Cursos óptimos multidisciplinares de acción en beneficio del paciente.

## **CONCLUSIONES:**

La deliberación es el método del razonamiento moral en bioética, abre nuevas perspectivas aportando argumentos multidisciplinares, para dar la mejor respuesta en los cuidados teniendo los principios de la bioética de No maleficencia, Justicia, Beneficencia y Autonomía.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Bátis J. Limitar el esfuerzo terapéutico. Proyecto de Bioética en la Red [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/content/blogcategory/83/837/6/42/>
2. Navarro JR. Criterios de terminalidad en el paciente con demencia. Disponible en: [http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see\\_guia&id\\_guia=2](http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guia&id_guia=2)
3. Gracia D. Procedimientos de decisiones en ética clínica. Madrid: Eudema; 1991.
4. Hernando P, Diestre G, Baigorri F. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: Cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?. Anales. 2007;30(3):2.

P30

## **ESTUDIO DE LAS ÚLCERAS TUMORALES EN UNA UCP DOMICILIARIA**

*Manzanas Gutiérrez, Ana<sup>4</sup>*

*1. Unidad De Cuidados Paliativos. Hospital De Valdecilla, Cantabria.*

### **INTRODUCCIÓN:**

La prevalencia de las úlceras tumorales (u.t) se estima entre el 0,6% - 9% para todos los tipos de cánceres, produciéndose en un 5% de los pacientes con cáncer y hasta en un 10% con metástasis.

### **OBJETIVO:**

Identificar las u.t más frecuentes en los pacientes con enfermedad avanzada, síntomas que provocan y su abordaje, así como su influencia sobre el lugar del fallecimiento.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se realiza un estudio retrospectivo, desde enero de 2011 hasta diciembre de 2012 de los pacientes que fueron atendidos por una UCP domiciliaria, revisando las características de los pacientes que desarrollaron u.t, localizaciones, síntomas y su abordaje.

### **RESULTADOS:**

Se revisaron 1.187 pacientes, de los cuales 31 desarrollaron algún tipo de u.t edades comprendidas entre los 34 y los 97, con una mediana de 79 años. El 67,7% eran mujeres y el 32,3% hombres. Los tumores primarios estaban localizados en: cabeza y cuello, mama, ginecológico, partes blandas, recto, linfoma, pierna, O.D, gástrico y próstata. Las localizaciones de las u.t son: c y c, mama, abdomen, ingle, muslo, labios mayores, perianal, vulva y glúteo. Los síntomas que provocaron esas úlceras fueron: exudado, dolor, hemorragias, mal olor, salvo 7 casos sin sintomatología. Dependiendo del síntoma las curas se realizaron con hidrofibra de hidrocoloide en los exudados, las hemorragias con hemostáticos, el mal olor con metronidazol y el dolor con analgesia oral y lidocaína/prilocaina, con buen control. La permanencia en programa de estos pacientes fue desde 2 a 290 días, con una media de 74,6 días. El lugar del fallecimiento fue en el domicilio 67,7% y en el hospital 32,3%.

### **CONCLUSIONES:**

La mayor incidencia en desarrollar las u.t en las mujeres fue en las mamas y en los hombres el de cabeza y cuello. Los síntomas más prevalentes fueron exudado, dolor, hemorragias y mal olor, se utilizó para su control hidrofibra de hidrocoloide; analgesia habitual y lidocaína/prilocaina; nitrato de plata y metronidazol. La permanencia en programa fue de 2 meses y medio, falleciendo un 67,7% en el domicilio.

P31

## **CURA ECOLÓGICA DE HERIDAS CON ALOE VERA**

*Juan Guiral, Conxa<sup>1</sup>; Ortiz Soler, Fernando<sup>1</sup>; Nebot Trilles, Cesar<sup>1</sup>; Pino Bonet, Irene<sup>1</sup>; Rahona Navarro, Mar<sup>1</sup>; Villan Nuñez, Kety<sup>1</sup>*

*1. Hospital La Plana, Castellón*

### **INTRODUCCIÓN:**

Las úlceras vasculares son un problema sanitario de elevada incidencia con repercusión tanto a nivel sanitario como económico. Su evolución es insidiosa presentando en muchos casos una cicatrización lenta y dificultosa. Los tratamientos son prolongados lo que supone un elevado coste en medios materiales y en tiempo del profesional sanitario responsable de su cuidado, no existiendo un consenso único en cuanto a tratamiento eficaz.

### **OBJETIVOS:**

Evidenciar si el Aloe Vera es una alternativa eficaz y coste-efectiva en el tratamiento de las úlceras vasculares.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Presentamos la descripción del caso de una paciente con una úlcera vascular en miembro inferior izquierdo de 9 meses de evolución, con evolución tórpida, presentando cultivo negativo, secreción amarillenta y tamaño de 2 cm por 3 cm, piel perilesional con un gran halo de inflamación, bordes desvitalizados y con hiperqueratosis y lecho de la herida con restos de fibrina y tejido de granulación, en el que nos planteamos una cura alternativa con extracto directo y natural de la planta de Aloe Vera y ácidos grasos hiperoxigenados al 50%. La cura de la úlcera se realizó diariamente las dos primeras semanas y posteriormente a días alternos.

La valoración y seguimiento se realizó mediante observación directa mientras se realizaba la cura, con medición de la úlcera y documentación fotográfica.

### **RESULTADOS:**

La evolución fue favorable, completándose la cicatrización a los 60 días.

### **CONCLUSIÓN:**

En nuestra experiencia, la cura con aloe vera puede ser una alternativa válida en el tratamiento de úlceras vasculares; como evidencia la bibliografía revisada, es un buen agente antiséptico y cicatrizante, además de resultar económico, natural y de fácil aplicación. Como limitaciones a nuestra presentación debemos indicar que los estudios publicados con éste tipo de curas no son muy cuantiosos y nosotros sólo aportamos la experiencia en un caso.

P32

## **SENTIR EL PROCESO DEL MORIR CON EL MÁNDALA**

*Tortosa Soriano, Amparo<sup>1</sup>*

*1. Centro De Salud Ontinyent II, Valencia*

### **INTRODUCCIÓN**

La sencilla actividad de colorear mándalas pone en funcionamiento mecanismos físicos, mentales y psicológicos. Este último aspecto es uno de los más interesantes y en los que más directamente incide la estructura del mándala, especialmente si al comenzar y al terminar la actividad se realiza una pequeña autoexploración del propio estado anímico. Se presenta un caso clínico, diagnosticado de carcinoma epidermoide de amígdala. La evolu-

ción del mismo dejó al paciente aislado del mundo. En este contexto se inició una terapia basada en los mandálas.

### **OBJETIVOS**

General: conseguir la comunicación intrapersonal, interpersonal y transpersonal a través del mandala.

Específicos:

1. Reencontrar la pasión por la creatividad.
2. Fomentar la expresión de sentimientos, pensamientos.
3. Sentir el presente, aumentando la percepción de la realidad cotidiana.
4. Eliminar la presión del tiempo.

### **MÉTODO**

Colorear unos dibujos predeterminados. Observar su estado interior antes y después del coloreado. Fechar cada mandala. Expresar por escrito lo que sentía antes de empezar y al finalizar, de manera corta y concisa.

### **RESULTADO**

Pintó 69 mandálas desde el 24-6-2010 al 25-5-2011. Falleció el 1-6-2011. Se observó cómo, cronológicamente, fue elaborando el proceso del morir, según Kübler-Ross, ayudándole a afrontar los cambios conforme iban aconteciendo: negación/ira, negociación, depresión, aceptación.

### **CONCLUSIÓN**

Los resultados nos confirman que mediante los mandálas se consiguieron los objetivos marcados. Es un buen método de sostén para acompañar en el proceso de morir. La persuasión por parte de la enfermera para comentar el mandala, facilita la disponibilidad del paciente.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Grupo de planes de cuidados de la AECPAL. - Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Generalitat Valenciana. 2006 - IX Jornada Nacional SECPAL. Espiritualidad en Clínica. 2011. - Arte japonés. Ediciones Corbi.

P34

### **PROGRAMA ENFERMERA ACOMPAÑA : GARANTÍA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS. EXPERIENCIA ICO 2012.**

*Durán, Angela<sup>1</sup>; Toro, Daniel<sup>1</sup>; Palleja, Montserrat<sup>1</sup>; Fernández, Paz<sup>1</sup>*

*1. Institut Català D'Oncologia, Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

### **INTRODUCCIÓN:**

La continuidad asistencial (CA) es una de las dimensiones de calidad del proceso de atención que informa sobre el desarrollo de las actuaciones del conjunto de servicios y profesionales que han de intervenir en los diferentes momentos del mismo. El Institut Català d'Oncologia se acogió al Programa de preparación anticipada del alta PREALT en 2003. En 2012 se implanta un nuevo modelo de cuidados que incluye el Programa 'Enfermera Acompaña' que tiene el objetivo de mejorar la continuidad asistencial del paciente durante todo el proceso oncológico, haciendo énfasis en momentos críticos como es el alta a domicilio de los pacientes con situaciones complejas según criterios del programa.

### **OBJETIVO:**

Describir la tipología del enfermo que precisa mayor atención y preparación al alta por su complejidad. Evaluación, utilización y seguimiento de las altas, Aumentar el número de

casos de hospitalización con prestación de continuidad de cuidados

#### **MATERIAL Y METODOS:**

Descripción programa enfermera acompaña Estudio transversal y descriptivo. Variables estudiadas: Edad, Sexo, Diagnostico principal, cuidados al alta, escala de valoración funcional y recursos al alta. Análisis descriptivo de las variables con los programas ACCESS y EXCEL. Resultados: - Realizadas 328 prealtas en 2012 (97 años 2011). - 63% oncología, 32% cuidados paliativos y 4.8% hematología. - Criterios derivación: Continuidad de curas/cuidados 41.34%, tratamientos o dispositivos 30.79%. - Barthel medio de 58.77% y patología más frecuente, cáncer de pulmón. - 48.70% se activó el equipo de atención domiciliaria (PADES). Media de previsto : 24h pre alta - 62.6 % fueron seguidos por la enfermera referente de patología del ICO una vez en domicilio. Índice bajo de reingreso (en fase de explotación) **CONCLUSIONES:**

El nuevo Programa han dado resultados óptimos respecto años anteriores

- Indirectamente se ha aumentado el conocimiento de lo que ocurre a los pacientes tras un alta, mejorando la coordinación del proceso de atención.

P35

#### **BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PADES DE CATALUNYA Y ESAD DE BALEARES**

*Castro Rodriguez, Emilia<sup>1</sup>; García Marcet, Natalia<sup>2</sup>; Zabaleta Gascó, Nieves<sup>3</sup>; Rodríguez Latre, M<sup>a</sup> Lluïsa<sup>4</sup>; Ventura, Olga<sup>3</sup>*

1. PADES El Prat
2. PADES St. Feliu de Llobregat
3. PADES Cornellà
4. SAP Baix Llobregat Centre

#### **INTRODUCCIÓN**

El burnout es un síndrome padecido por profesionales que trabajan en íntimo contacto con personas. Se compone de tres dimensiones: agotamiento o cansancio emocional CE, despersonalización DP y realización personal RP.

#### **OBJETIVO**

Estudio de prevalencia del Burnout en los profesionales de enfermería DI.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo mediante encuestas anónimas realizadas por correo electrónico a 127 profesionales. Estudio realizado mediante el test MBI (Maslach Burnout Inventory) en el que se analizan las 3 dimensiones que integran el síndrome de burnout en subescalas: CE => 27 nivel alto, 19-26 moderado y <19 bajo; DP >10 alto, 6-9 moderado y <6 bajo; RP >40 alto, 34-39 moderado y <34 bajo. En caso de obtener un CE bajo, DP baja y RP alta no existe burnout. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0. Resultados Se obtuvieron 86 respuestas de las cuales 42 pertenecen a profesionales de enfermería. (40 mujeres y 2 hombres) . 20 profesionales no presentan Burnout (47,6%). 22 profesionales de enfermería presentan Síndrome de Burnout ( 52.4%): 2 profesionales con 3 factores alterados (4,8%), 5 profesionales con 2 factores alterados (11,9%) y 15 presentan 1 factor alterado (35,7%) CE : 1 presenta niveles medios de CE, respecto a 41 que presenta CE bajo (97,6%).. DP: 2 profesionales presentan DP alta (4,8%), 7 profesionales DP media (16,6%) y el resto 33 DP baja (78,6%). RP: 23 profesionales presentan RP alta (54,8%), 16 profesionales RP media (38,1%), 3 profesionales RP baja (7,1%)

## CONCLUSIONES

A pesar de la dureza del trabajo y del impacto emocional presente en Cuidados Paliativos, existe un bajo índice de Burnout en los profesionales de enfermería que trabajan en el entorno domiciliario.

P36

### SEDACIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA: TRES AÑOS DE UN PADES RURAL

*Gonzalez Bonilla, Maria Jesus<sup>1</sup>; Armendariz Tirapu, Juan José<sup>1</sup>; Albanell Tortadés, Neus<sup>1</sup>*

*1. Fundacio Sant Hospital, la Seu d'Urgell, Lleida*

## INTRODUCCION

El Alt Urgell, comarca del Pirineo leridano, cuenta con 22.144 habitantes, densidad de 13 habitantes/km<sup>2</sup> y un índice de envejecimiento elevado (160). Se distribuye en 126 núcleos urbanos; el 55% de la población se encuentra en la Seu d'Urgell. La sedación paliativa consiste, según la SECPAL, en la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia de un paciente en que la muerte se prevé cercana, para paliar un sufrimiento físico y/o psíquico que no se podía conseguir de otra manera.

## OBJETIVO

Describir las características de los pacientes sedados en domicilio entre 2009 y 2011.

## METODOLOGIA

Trabajo retrospectivo descriptivo mediante revisión de las historias clínicas.

## RESULTADOS

191 pacientes atendidos en estos tres años: 96 mujeres, 95 hombres; edad media 77,5 (mínima 29, máxima 98). El 65 % de los pacientes fallecieron, 27 % volvieron a su Médico de Familia y un 8% continuaban en el PADES el 2012. De los 191 pacientes, 77 murieron en su domicilio. En este último grupo, 36 requirieron sedación, mayoritariamente oncológicos. El 100% de ellos dieron su consentimiento de manera expresa o delegada. La principal causa de sedación fueron los síntomas respiratorios seguidos del sufrimiento psicológico, dolor, delirium y convulsiones, siendo el tiempo medio de sedación 22,64 horas. Los medicamentos más utilizados fueron cloruro mórfico, midazolam y haloperidol. En todos los casos fueron utilizados infusores por vía subcutánea .

## CONCLUSIONES

El domicilio es el lugar idóneo para atender a un enfermo en proceso de fin de vida siempre y cuando el cuidador principal tenga la suficiente preparación. La técnica actual permite realizar una sedación domiciliaria segura. Los resultados obtenidos son similares en el tiempo, medicamentos y tipo de enfermos que otros trabajos publicados.

## Comunicaciones Orales

CO1

### REVISION BIBLIOGRAFICA SOBRE EL USO DE LAS SONDAS DE ALIMENTACION EN EL PACIENTE CON DEMENCIA AVANZADA.

*De La Rica Escuin, Marisa<sup>1</sup>; González Vaca, Julia<sup>1</sup>; Oliver Carbonell, José Luis<sup>1</sup>*

*1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*

## **INTRODUCCIÓN:**

La aparición de disfagia es marcador de la fase final de la demencia. Estudios hasta el 2000 ponían en entredicho los objetivos que justifican la colocación de sondas de alimentación, pero ésta sigue siendo una intervención frecuente en demencias avanzadas.

## **OBJETIVOS:**

Responder a las siguientes cuestiones según la evidencia disponible: La alimentación por sonda PEG en demencias avanzadas: previene aspiraciones? previene desnutrición? aumenta la supervivencia? se tratan de manera paliativa?

## **METODOLOGÍA:**

Revisión bibliográfica. Estudios publicados 2000-2012. Inglés y castellano. Bases de datos: Pubmed, Google Scholar, Cochrane. Mesh: Dementia, Enteral nutrition, Nutritional support, Endoscopic gastrostomy, Tube feeding, Peg, Enteral feeding, Ethics, Quality of life, Palliative care, Dysphagia y Make decisions. Resultados: 96 artículos cumplían criterios para incluir en este estudio. 24 españoles, 72 publicaciones extranjeras. Las sonda nasogástrica y sonda PEG no están indicadas en pacientes con riesgo de broncoaspiraciones; las indicadas por la ESPEN tampoco las previenen. La guía ESPEN no considera indicado usar sondas de alimentación en la última fase de la demencia; la pérdida de peso es consecuencia de la enfermedad. Estudios señalan factores que afectan negativamente a la supervivencia. La mortalidad en los primeros 30 días tras la colocación de la sonda es muy elevada. La demencia no es asumida como enfermedad terminal, provocando ambivalencia en la toma de decisiones al final de la vida. La formación en cuidados paliativos no oncológicos es muy escasa, hecho que favorece instauración de tratamientos desproporcionados.

## **CONCLUSIONES:**

La alimentación enteral en la demencia avanzada sigue siendo una intervención frecuente, pese a que la evidencia disponible cuestione beneficios; con el aumento de las personas con demencia avanzada, la alimentación enteral puede ser frecuente. Es necesario disponer de un instrumento que contribuya a identificar pacientes con enfermedades crónicas de todo tipo y necesidades de atención paliativa en todos los servicios de salud.

CO2

## **ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD AVANZADA EN FUNCIÓN DE LA PATOLOGÍA DE BASE**

*Álvarez Noriega, Paula<sup>1</sup>; Ordoñez Estébanez, Gloria<sup>1</sup>; Fernández Soneira, Andrea<sup>1</sup>; Sáenz De Santa María Benede, Lucía<sup>1</sup>; Miranda Robles, Teresa<sup>1</sup>; Gutiérrez Rodríguez, José<sup>2</sup>; Solano Jaurrieta, Juan José<sup>2</sup>*

*1. EAPS. Hospital Monte Naranco, Oviedo*

*2. AGCG, Área de Gestión clínica de Geriátría (AGCG) de Oviedo.*

## **INTRODUCCIÓN:**

Pese a la recomendación general de evaluar las necesidades psicosociales al final de la vida en pacientes con enfermedades avanzadas de causa no oncológica, actualmente no disponemos de evidencia que determine cómo deben cubrirse dichas necesidades (1,2).

## **OBJETIVOS:**

Analizar la posible existencia de diferencias en las necesidades de atención psicosocial en función de que la patología responsable sea de causa oncológica o no oncológica (neurodegenerativa o cardiorrespiratoria).

## **MÉTODO:**

Estudio longitudinal realizado sobre pacientes ingresados en las unidades de paliativos y agudos de un servicio de geriatría. Se recogieron variables sociodemográficas, clínico-asistenciales y las necesidades de atención psicosocial (síntomas psicológicos, adaptación, comunicación, sufrimiento, espiritualidad, sentido y paz/perdón) del paciente y familiares.

## **RESULTADOS:**

28 pacientes fueron incluidos (83,2±8,4 años; 53,6% varones; índice de Barthel de 32,9±37,3; estancia media 18,8±13,1 días). Respecto a la patología de base el 46,4% era por causa oncológica y el 53,6% no oncológica. Del total de variables estudiadas tan solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad (78,4±7,9 en oncológicos vs 87,3±6,5 en no oncológicos), número de enfermedades (5,3±2,5 vs 10,1±6,5) y motivo de ingreso (síntomas de la enfermedad en oncológicos vs infección o insuficiencia cardiaca en no oncológicos). No se detectaron diferencias en las necesidades de atención psicosocial entre los pacientes ni entre sus familiares.

## **CONCLUSIONES:**

A pesar de que ambas son poblaciones muy envejecidas, los pacientes al final de la vida con patología avanzada de causa no oncológica presentan más edad y mayor número de enfermedades. No existen diferencias en las necesidades de atención psicosocial entre este tipo de pacientes y sus familiares con respecto a los pacientes oncológicos y sus familiares.

CO3

## **¿SE TRABAJA EN EQUIPO EN LAS DECISIONES ÉTICAS?**

*Martínez Cruz, María Belén<sup>1</sup>*

*1. Coordinación Regional de Cuidados Paliativos, Comunidad De Madrid*

El trabajo en equipo como pilar de la atención paliativa precisa ser evaluado y construido de forma constante (1) y especialmente en lo referente a los aspectos éticos. La toma de decisiones en situaciones de conflicto ético deberían tratarse en sesiones clínicas multidisciplinares y de forma abierta y consensuada con paciente y familia. El respeto y la escucha activa (2) deben ser elementos que soporten las decisiones tomadas en el seno de los equipos. Estudios cualitativos realizados evidencian que algunos conflictos que aparecen suelen ser consecuencia de actitudes individuales (2). La ética como instrumento en el modo de cuidar se refleja en la calidad de la asistencia (3). Hay decisiones de aspecto ético que no pueden ser tomadas de forma individual, ni pertenecen a un exclusivo colectivo profesional. Cuando la enfermera ve en las decisiones de otros profesionales pérdida en las garantías de cuidado debe así manifestarlo dentro del equipo y defenderlo. Los enfoques desde donde explorar los conflictos éticos pueden ser distintos, en el caso expuesto se utilizaron el enfoque de la ética de la virtud, en de los principios y el de la ética del cuidado. El desempeño de una función cuidadora de calidad precisa del aprendizaje de conocimientos teóricos y prácticos de los aspectos éticos así como la asimilación de las actitudes que debe tener una persona que cuida (4).

## **OBJETIVOS:**

Identificar errores en un conflicto ético en la toma de decisiones en un caso concreto.

## **METODOLOGÍA:**

Análisis de contenido cualitativo de la narración hecha por los expertos.

## **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

10 narraciones analizadas dieron como resultado: Déficit de formación continuada Falta de trabajo en equipo en conflictos éticos Déficit de respeto y escucha activa hacia el profesional de enfermería

CO4

## **ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL CUIDADOR EN RELACION A LA EXPERIENCIA PREVIA DE CUIDADOS Y PERDIDAS.**

*Gonzalez Quiñones, Antonia<sup>1</sup>; Ardaiz Flamarique, Benita<sup>2</sup>; de la Hoz Adame, Eugenia<sup>1</sup>; Arias Velarde, Lucia<sup>3</sup>; Barberan Montiano, Maria Isabel<sup>4</sup>; Ruiz Pau, Concepción<sup>1</sup>*

1. Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real
2. Centro de Salud Chiclana El lugar, Chiclana de la Frontera
3. Centro de Salud Rivera del Muelle, Puerto Real
4. Centro de Salud Barbate

### **INTRODUCCIÓN:**

Los enfermos terminales tienden a ser atendidos en su domicilio mediante los programas de Cuidados Paliativos. La familia juega un papel fundamental. Los cuidadores/as tienen mucha responsabilidad, esto puede reducir la salud física y emocional de la persona cuidadora y afectar su calidad de vida.

### **OBJETIVOS:**

El objetivo es evaluar la calidad de vida de cuidadores/as familiares de pacientes, incluidos en programa de Cuidados Paliativos, en relación a su experiencia previa en cuidados a otros familiares y a pérdidas anteriores.

### **METODOLOGÍA:**

Estudio descriptivo transversal. La unidad de análisis del trabajo es la población incluida en programa de Cuidados Paliativos, atendidos por el Equipo de Soporte Mixto de Cuidados Paliativos los meses Abril y Mayo 2012, del área del Hospital Universitario Puerto Real (Cádiz) a cuyos cuidadores se les pasó cuestionario de calidad de vida CV- SF (Jorge Grau). Para el análisis se utilizó del programa estadístico SSPS pruebas chi cuadrado. Se efectuaron correlaciones de la variable del cuidador Experiencia previa cuidados / Pérdidas, con cada una de las dimensiones del cuestionario "calidad de vida del cuidador/a".

### **RESULTADOS:**

El mayor porcentaje de cuidadoras/es que NO tienen experiencia previa de cuidados y pérdidas, presentan mayor fatiga y cansancio ( 53,6 % ), tristeza ( 54,5% ), pérdida esperanza ( 62,5% ), desilusión (56,5%), pérdida apetito ( 62,5% ), problemas de relación de pareja ( 56,5% ), dificultad para la distracción /ocio ( 51,7% ), y mayor stres ( 55,6% ). Se encontró significación estadística  $P=0,007$  en la relación experiencia previa/pérdida de esperanza.

### **CONCLUSIONES:**

El no tener experiencias previas en cuidados / pérdidas influye negativamente en la calidad de vida del cuidador.

CO5

## **PRÁCTICAS DE POSGRADO EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS: ¿QUÉ APORTAN?**

*Sola Juango, Leire<sup>1</sup>; Sánchez Blanco, Begoña<sup>1</sup>; Arellano Gil, Cristina<sup>1</sup>; Arantzamendi Solabarrieta, María<sup>2</sup>*

1. Clínica Universidad De Navarra
2. Universidad de Navarra

### **INTRODUCCIÓN:**

La literatura afirma que son necesarios distintos niveles de formación de las enfermeras en cuidados paliativos para una mejor atención de estos pacientes. Es necesario desarrollar

competencias para dicho cuidado, pero no hay apenas evidencia de qué aportan unas prácticas clínicas para alcanzar dichas competencias a nivel de posgrado.

**OBJETIVO:**

Describir qué aportan unas prácticas clínicas en un Máster en Enfermería en Cuidados Paliativos.

**METODOLOGÍA:**

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio en estudiantes de posgrado (n=13), analizando los portafolios de prácticas que desarrollaron en servicios de Cuidados Paliativos. Se llevó a cabo un análisis temático con triangulación de investigadores.

**RESULTADOS:**

Surgieron siete temas sobre qué les aportaron las prácticas:

- 1) Conocimientos nuevos (manejo de síntomas y escalas de valoración) y profundización en conocimientos de manejo de medicación;
- 2) Vivencias de la contribución del trabajo en equipo: aportación de los distintos profesionales y beneficios en el cuidado del paciente;
- 3) Capacidades de atención personalizada y continuada de los pacientes de Cuidados Paliativos: adecuación de los tratamientos, atención en últimos días, valoración a través de escalas y proporcionar cuidados de confort;
- 4) Ayudar a prevenir o tratar necesidades familiares: situaciones extremas y dar recursos e información;
- 5) Desarrollo de atributos de Rol Avanzado: consulta, investigación y liderazgo;
- 6) Crecimiento personal: experiencia enriquecedora y expertise;
- 7) Conocer características de servicios de Cuidados Paliativos: diferentes niveles de atención y ambiente positivo en los equipos.

**CONCLUSIONES:**

Las prácticas de postgrado ayudan a desarrollar competencias necesarias para alcanzar un nivel especializado de atención a pacientes de Cuidados Paliativos. Aquellos profesionales cuyo grado de dedicación al ámbito de Cuidados Paliativos sea alto necesitan realizar una formación de postgrado con contenido práctico que ayude a desarrollar dichas competencias.

CO6

**ENCUESTA SOBRE LAS CREENCIAS Y LA OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE ONCOLOGÍA SOBRE LA SEDACIÓN PALIATIVA.**

*Llorens Torromé, Silvia<sup>1</sup>; López Rómboli, E<sup>1</sup>.*

*1. Servicio de Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología, Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

**INTRODUCCIÓN:**

La sedación paliativa (SP) ha sido definida por diferentes Sociedades de Cuidados Paliativos. A pesar de esto las opiniones de los profesionales pueden no coincidir y generar situaciones de tensión en el trabajo clínico. Hemos pensado que sería importante determinar qué saben los profesionales de Oncología (PO) acerca de este procedimiento.

**OBJETIVO:**

Describir las opiniones y expectativas sobre SP de PO y determinar el grado de acuerdo con la definición de SP (SECPAL).

**METODOLOGÍA:**

Dividimos la definición de SP en partes conceptuales, y desarrollamos un cuestionario auto-

administrado para el personal de Oncología, Hematología y Cuidados Paliativos del Institut Català d'Oncologia.

#### **RESULTADOS:**

De los 125 cuestionarios, 105 (84%) fueron evaluables (51,4% médicos, enfermeras 28,6%, auxiliares 13,3%) Mujeres 71,4%. Todos PO habían oído hablar de SP, la principal fuente de información fue de colegas. Dos tercios de PO piensan que los pacientes no sufren, pero un 32,7% piensan que pueden estar incómodos. SP es vista como la eutanasia en un 2% y un 11% piensa que acorta la vida. La toma de decisiones se considera difícil, pero el apoyo de la familia lo hace más fácil en relación a un familiar (66,3%) o uno mismo (41,8%) ( $p = 0,018$ ). La información sobre el final de vida se percibe como un tema a ser discutido previamente con el paciente y su familia por el 87,6%. Se considera que este tema debe ser discutido públicamente y se necesita más información (88%). Se encontró un acuerdo de 70,3% con definición SECPAL. Mala concordancia se encontró en la obtención de consentimiento.

#### **CONCLUSIONES:**

SP se conoce como un procedimiento de final de la vida para aliviar el sufrimiento, PO mostraron una concordancia aceptable con la definición de SECPAL. La familia es un apoyo en la toma de decisiones, pero se considera que se necesita más información. Este estudio no tiene apoyo financiero.

CO7

### **REGISTRO DE PATRONES FUNCIONALES EN LA VALORACIÓN INICIAL EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS PALIATIVOS**

*Carrascal Garchitorea, Elena<sup>1</sup>; Pérez Bret, Encarnación<sup>1</sup>; Casado Fernández, Natalia<sup>1</sup>; Díaz, Nuria<sup>1</sup>; Quiroz Carhuajulca, Lilia<sup>1</sup>*

*1. Hospital Centro De Cuidados Laguna*

#### **INTRODUCCIÓN**

En 2011 iniciamos la implementación del método científico de enfermería en nuestro Hospital. El diseño comprendía cambios en la organización del trabajo de enfermería, en la documentación y soporte educativo con el fin de proporcionar al equipo de enfermería los conocimientos y destrezas para aplicar en la práctica el método científico. Se encontraron referencias bibliográficas para fundamentar este estudio.

#### **OBJETIVOS**

1. Conocer el grado de implementación del documento de valoración inicial
2. - Conocer los patrones funcionales afectados en los pacientes al final de la vida.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo retrospectivo del registro de la valoración inicial de enfermería en soporte electrónico. Criterios de inclusión: Todos los pacientes ingresados desde el 1-1-2012 al 31-12-2012. Las variables de estudio son las epidemiológicas, el transcurso de tiempo hasta la valoración, registro y alteración de cada Patrón. El análisis estadístico ha sido con SPSS v19. Se obtiene el visto bueno del Comité de Ética de Investigación del Hospital.

#### **RESULTADOS**

Fueron valorados 509 pacientes, de los cuales 292 eran hombres y 433 oncológicos. Las valoraciones se realizaron: 181 al ingreso, 59 en las 24 h, 20 en las 48h, 56 posteriormente a las 48h y 193 no fueron registrados. Respecto al porcentaje de los patrones registrados,

estaban alterados 1: 56%, 2: 58%, 3: 54%, 4: 51%, 5: 43%, 6: 50%, 7: 33%, 8: 42%, 9: 12%, 10: 36%, 11: 6%. El menos alterado fue el 9 (40%) y el mayor el 2 (58%)

## **CONCLUSIONES**

Se han conocido los patrones funcionales afectados en los pacientes en la unidad. - Se han identificado las áreas de dificultad en la valoración inicial, lo que facilitará en el futuro, un programa de Formación para conseguir la aplicación práctica del proceso enfermero en su totalidad.

CO8

## **VISIÓN E INQUIETUDES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO**

*Rivera Ollero, Rosa<sup>1</sup>; Agustina Vivas, Luisa<sup>1</sup>; Cabello Pérez, Ana<sup>1</sup>; Ortega Torres, Carmen<sup>1</sup>; Pelegrín García, Mónica<sup>1</sup>*

*1. Clínica Nuestra Señora de Guadalupe , Esplugues de Llobregat, Barcelona*

## **INTRODUCCIÓN**

Los Cuidados Paliativos son los cuidados activos totales e integrales que se les proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva,... que no responde a tratamiento curativo. (Sociedad Europea de cuidados Paliativos) (1) Cada profesional, sea cual sea su dedicación clínica, tendría que tener los conocimientos y habilidades e incorporar la actitud que sus enfermos necesitan para asistir bien cuando se acerque a la muerte (2) Nuestra motivación al definir este estudio es describir las necesidades, limitaciones y conocimientos (3) (4) que tienen y /o precisan todos los profesionales sanitarios que en algún momento tendrán a su cargo pacientes que requieren cuidados paliativos en la Clínica Nuestra Señora de Guadalupe de Esplugues de Llobregat (Barcelona).

## **OBJETIVOS**

Describir la visión e inquietudes que tienen los profesionales sanitarios del centro sobre los cuidados paliativos. Enumerar las diferencias conceptuales y de actitud, si existen, entre los profesionales que trabajen en cuidados paliativos versus los que no trabajan en dicha unidad.

## **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo prospectivo. La herramienta de trabajo es una encuesta ad hoc que pretende describir y /o enumerar cuatro conceptos: FORMACIÓN, ACTITUD, EXPERIENCIA E IMPACTO EMOCIONAL. La encuesta está dividida en escalas tipo liker y abiertas. La prueba piloto se llevó a cabo con un número de diez encuestas. La recogida total de la muestra se llevó a cabo entre los meses de marzo y junio 2012. Un total de 45 profesionales respondieron al cuestionario de los cuales: 10 corresponden a diplomadas en enfermería ,29 a personal auxiliar y 6 a médicos. 34 de los encuestados son mujeres y la edad media de los encuestados es de 31 años. Los datos estadísticos están siendo examinados mediante el programa informático SPSS versión 19. En este momento estamos analizando dichos resultados.

## **RESULTADOS Y CONCLUSIONES.**

En nuestro estudio los resultados obtenidos indican que:

- Hay que tener una sensibilidad especial para acompañar a estos pacientes en su final de vida.

- Los profesionales que han trabajado con estos pacientes se sienten enriquecidos por las experiencias compartidas con el paciente y la familia.
- Los Cuidados Paliativos precisan de unos cuidados específicos que se dan al final de vida al paciente frágil y son muy duros para el profesional por la sobrecarga emocional que suponen.
- El 100% de la población de la muestra verbaliza que los cuidados paliativos son útiles.

CO9

### **VALORACIÓN DEL DOLOR Y DE LA SITUACIÓN DE TERMINALIDAD EN EL PACIENTE CON DEMENCIA AVANZADA INSTITUCIONALIZADO.**

*Gonzalez Vaca, Julia<sup>1</sup>; De la Rica Escuín, Marisa<sup>1</sup>; Arenas Tébar, Llanos<sup>2</sup>; Estrella Cazalla, Juan de Dios<sup>2</sup>; Oliver Carbonell, José Luis<sup>1</sup>*

1. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete

2. Residencia de Mayores "Nuñez de Balboa, Albacete.

#### **INTRODUCCIÓN:**

El dolor es un síndrome geriátrico, altera la calidad de vida de la persona y entorno. Los cuidados paliativos deberían extenderse a patologías no oncológicas: la National Hospice Organization (NHO) establece criterios para pacientes con demencia avanzada.

#### **OBJETIVOS:**

Describir perfil del paciente con demencia avanzada institucionalizado, conocer si cumplen criterios de terminalidad. Valorar presencia de dolor y prescripción analgésica. Identificar si dichos pacientes cumplen criterios de terminalidad.

#### **MATERIAL-MÉTODO:**

Descriptivo transversal. Área-población: Residentes institucionalizados en 2 residencias de mayores. Entre Marzo y Diciembre 2012. Criterios-inclusión: Pacientes institucionalizados con demencia avanzada mayores de 65 años, previo consentimiento informado. Variables: edad, sexo, patologías, registro de dolor en historia, tratamiento analgésico, valoración del dolor por PAINAD, valoración de depresión por Cornell, valoración de SPCD con NPI-NH y criterios de terminalidad según NHO. Análisis estadístico SPSS 15.

#### **RESULTADOS:**

Muestra 79 pacientes, edad media 85,01 años. E. Cornell media de 11,56 ptos (DS=11,26), indicativo de probable episodio depresivo importante. El NPINH tiene de media 25,93 ptos (DS=17,19). Criterios de terminalidad: 100% cumplen > 70 años, FAST >7c, MMSE<14; 97,5% cumple BARTHEL 0-20, 83,5% tienen complicaciones asociadas, 91,1% padecen disfagia, 89,9% tienen desnutrición y el 25,3% tiene UPP de 3-4 grado. Media de dolor basal 2,3 ptos (dolor leve), dolor irruptivo (durante el aseo) 5,42 puntos de media (dolor moderado). Existe dolor basal 97,5%, 21,5% existe registro de dolor en la historia. 81% no tiene prescrita analgesia basal, 96,2% no analgesia de rescate; 11,4% tiene pauta analgesia del primer escalón si-dolor.

#### **CONCLUSIONES:**

El dolor es un síntoma frecuente en personas con demencia avanzada institucionalizada, resulta estar infradiagnosticado e infratratado. Deberíamos usar herramientas de detección de dolor para usuarios con demencia avanzada; y realizar de manera habitual una valoración multidisciplinar de la "quinta constante". Creemos importante herramientas

para identificar personas subsidiarias de cuidados paliativos con demencia avanzada.&#8194;&#8194;

CO10

## **UTILIZACIÓN DE LA TÉCNICA DEL GRUPO NOMINAL Y ENCUESTA DELPHI PARA LA ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA AUTONÓMICO DE CUIDADOS PALIATIVOS (CP)**

*Sansó Martínez, Noemí<sup>2</sup>; Arbona Bugada, Elena<sup>2</sup>; Benito Oliver, Enric<sup>1</sup>; Serratusell Sabater, Estefania<sup>1</sup>*

1. Estrategia Balear de CP, Palma de Mallorca

### **INTRODUCCIÓN**

A raíz de la celebración de la III Jornada de la Estrategia Balear de CP, surge la necesidad de elaborar un Programa de CP que mejorase la accesibilidad de los CP y redujese la variabilidad en este tipo de atención. Para contar con la participación de los agentes implicados en la atención paliativa, se utiliza la técnica del grupo nominal con una posterior validación y priorización de los resultados con encuesta Delphi. Escogemos estas técnicas por su capacidad de generar consenso en un grupo<sup>1</sup> y porque el hecho de participar activamente en la construcción de soluciones mejora el conocimiento del problema por parte de los participantes e incluso podría aumentar su compromiso con las acciones que se deriven<sup>2</sup>

### **OBJETIVOS**

- Conocer la visión de los agentes implicados
- Identificar los aspectos más relevantes para definir el Programa

### **METODOLOGÍA**

El grupo nominal da respuesta a la siguiente pregunta: ¿Cómo estructurarías el sistema sanitario y social de las Islas Baleares para garantizar una respuesta equitativa, efectiva y eficiente a las necesidades de la persona en situación de enfermedad avanzada/terminal y a su familia? De aquí surge un cuestionario Delphi con 57 propuestas Para cada una de las propuestas, se realizan dos preguntas: ¿Qué crees que pasará? (Resultados esperados), ¿Qué te gustaría que pasase? (Resultado deseado)

### **RESULTADOS:**

Responden 73 personas (tasa de respuesta: 47.4%). Observamos aquellas cuestiones en las que existe mayor diferencia entre lo esperado y deseado. Se pueden resumir en: coordinación única, atención necesidades sociales, equidad y accesibilidad, asistencia especializada 24 h, cuidado del profesional e investigación.

### **CONCLUSIONES:**

Las acciones mejor valoradas como “deseadas” y menor puntuadas como “probables” serán aquellas sobre las que incidiremos prioritariamente. El programa autonómico se fundamenta en estos resultados que se convierten en objetivos del programa, una vez comparados y alineados con la bibliografía disponible.

CO11

## **EMOCIONES Y SENTIMIENTOS EN LAS PRIMERAS EXPERIENCIAS CON LA MUERTE DE LOS ALUMNOS DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD ROVIRA I VIRGILI TARRAGONA**

*Aguarón García, María Jesús<sup>1</sup>*

1. Facultad de Enfermería Universidad Rovira I Virgili, Tarragona

Los estudiantes de enfermería en sus prácticas se encuentran con pacientes en situación terminal. Son situaciones difíciles ya que en muchas ocasiones no han tenido un contacto directo con lo que significa la muerte. Dentro de la asignatura de cuidados paliativos los alumnos expresan lo impactante que son estas situaciones para las que no se encuentran preparados personal ni profesionalmente. Así como la dificultad que encuentran para hablar de sentimientos y emociones que se despiertan: impotencia, tristeza, incomodidad, miedo...

### **OBJETIVOS**

- Conocer el contexto- situación en que se produjo el primer contacto con la muerte en el ámbito profesional de los estudiantes enfermería de la Universidad Rovira i Virgili (URV)
- Analizar estas situaciones para conocer el impacto que producen en el alumno Identificar los sentimientos y emociones más frecuentes
- Analizar los motivos por los que el alumno no puede expresar e emociones y sentimientos con los profesionales implicados en el cuidado de la persona terminal o que ha fallecido
- Planificar intervenciones que les ayuden a afrontar estas situaciones y faciliten la expresión de sentimientos

### **METODOLOGÍA**

Cualitativa, descriptiva con entrevistas. La población de estudio son alumnos de enfermería de la URV que de forma voluntaria quieren participar en el estudio y a lo largo de sus prácticas, hayan tenido experiencia de cuidar a pacientes en situación terminal o muerte.

### **RESULTADOS**

Estas experiencias fueron inesperadas e impactantes. Se sintieron poco acompañados. Solos. Los sentimientos más frecuente son ansiedad, miedo, enfado. No pudieron expresar estos sentimientos por vergüenza, nadie les preguntó

### **CONCLUSIONES**

Destacan los sentimientos de enfado-rabia hacia los profesionales, especialmente enfermeras, que en aquel momento no le acompañaron en el afrontamiento adecuado de la situación. Hacen una demanda de formación relacionada con el afrontamiento a la muerte antes de prácticas. Así como tener un espacio y momento para poder expresar estas vivencias

CO12

### **RED DE APOYO EN EL FINAL DE LA VIDA: EFECTO AMORTIGUADOR**

*García Navarro, E.Begoña<sup>2</sup>; Araujo Hernández, Miriam<sup>1</sup>; García Navarro, Sonia<sup>3</sup>; Diaz Santos, Marian<sup>4</sup>; Pérez Espina, Rosa<sup>5</sup>*

1. Centro de Dependencia, Huelva
2. Departamento Enfermería Universidad de Huelva
3. Enfermera gestora de Casos, Distrito Huelva
4. Becaria Fundación FABIS, Huelva
5. Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Huelva. A. H. Juan Ramón Jiménez

### **INTRODUCCIÓN:**

La atención integral al paciente y a la familia por parte de los profesionales sanitarios requiere un conocimiento integral de la enfermedad terminal y del impacto emocional, social y espiritual que ésta provoca en todos los actores que intervienen en el proceso. Esto, trae

consigo una incomparable revolución de experiencias y sensaciones de difícil abordaje para el paciente. El afrontamiento de esta vivencia depende en gran medida de la red social que posea.

### **OBJETIVOS**

Conocer y comprender las redes sociales de los enfermos paliativos, y medir su influencia en el afrontamiento de este.

### **METODOLOGÍA**

Estudio sujeto a una doble vía metodológica:

1. Estudio cualitativo descriptivo de carácter fenomenológico conociendo las estrategias de afrontamiento del propio sujeto.
2. Estudio del tejido social que envuelve al sujeto: Elaboración de la escala ASSIS de Evaluación del apoyo social

### **RESULTADOS**

Las encuestas de evaluación del apoyo social nos desvelan el tejido social, que poseen los enfermos paliativos, que junto a las categorías resultantes del discurso literal de las entrevistas en profundidad nos describen la panorámica red de los pacientes en el proceso final de su vida. Los resultados exponen patrones de redes sociales diferenciadas por categorías como género y cómo esto influye en su efectividad El Tamaño de la red no es vinculante para la efectividad de esta. La reciprocidad de la red está relacionada con el afrontamiento del proceso del paciente.

CO13

### **PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES QUE SON VISITADOS POR PRIMERA VEZ EN UNA CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS**

*Llorens Torrmé, Silvia<sup>1</sup>; Artigas Lage, R<sup>1</sup>.*

*1. Servicio De Cuidados Paliativos, Instituto Catalán de Oncología, Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

### **INTRODUCCIÓN:**

La primera visita en las Consultas Externas de Cuidados Paliativos (CEX-CP) constituye un momento delicado en la transferencia de pacientes entre servicios por la connotación negativa que a menudo creemos que constituye para el paciente y su familia. Creímos oportuno evaluar la opinión de los pacientes que son transferidos a nuestra CEX-CP. Objetivos: describir la percepción y opinión de los pacientes oncológicos transferidos a la CEX-CP, antes de la primera visita.

### **METODOLOGÍA:**

Estudio descriptivo transversal con inclusión consecutiva 100 pacientes a los que tras firma del consentimiento (CI) cumplieron un cuestionario ad hoc.

### **RESULTADOS:**

Se reclutaron 100 pacientes, siendo evaluables 98. Mujeres 41%. Edad media 68+12. Los principales servicios remitentes fueron: Oncología médica 84%, Hematología 10%. A un 68% se la habían explicado la razón de la interconsulta (IC), 16% algo le habían comentado pero no recuerdan, 10% ninguna explicación, 6% no sabe qué contestar (NC). Respecto al motivo: 38% dolor, 30% seguimiento conjunto, 15% NC, 9% prevención de futuros problemas, 8% otros síntomas. Sentimiento ante la noticia de ir a CEX-CP: 45% tranquilidad-alivio-esperanza, 23% malestar-preocupación, 22% NC, 10% indiferencia. El sentimiento positivo fue más prevalente en pacientes >65 años (76% vs. 50%)  $P=0,03$ , no habiendo diferencias respecto a la edad y el tiempo desde el diagnóstico. El día de la visita la emoción fue: 57%

tranquilidad-alivio-esperanza, 15% malestar-preocupación, 23% NC, 5% indiferencia. Respecto a las expectativas ante la 1ª visita: 54% me ayudarán bastante, 32% me ayudarán en algo, 1% seguro que me empeoran, 13% NC.

#### **ONCLUSIONES:**

El 84% de los pacientes fueron informados por el servicio remitente, aunque algunos no recordasen el motivo. El dolor es el principal motivo de IC. Mayoritariamente, tanto en el momento de la IC, como antes de la visita, ésta es vivida positivamente y el 86% piensan que podrán ser ayudados. Este estudio no tiene apoyo financiero.

CO14

#### **UTILIDAD DE ÍNDICADORES DE PROCESO PARA EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DEMENCIA AVANZADA AL FINAL DE LA VIDA**

*Ordoñez Estébanez, Gloria<sup>2</sup>; Sáenz de Santa María Benedet, Lucía<sup>2</sup>; Fernández Soneira, Andrea<sup>2</sup>; Miranda Robles, Teresa<sup>2</sup>; Álvarez Noriega, Paula<sup>2</sup>; Gutiérrez Rodríguez, José<sup>1</sup>; Solano Jaurrieta, Juan José<sup>1</sup>*

1. AGCG. Hospital Monte Naranco, Oviedo

2. EAPS. Hospital Monte Naranco, Oviedo

#### **INTRODUCCIÓN:**

Un obstáculo para evaluar la calidad asistencial en pacientes con demencia grave es la falta de instrumentos validados(1). El proyecto ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) tiene como objetivo evaluar la calidad de cuidados médicos en pacientes mayores(2); consta de 392 indicadores, incluidos los seleccionados para pacientes con demencia avanzada(3).

#### **OBJETIVOS:**

Estudiar la utilidad de una serie de indicadores de proceso para mediar la calidad asistencial en pacientes con demencia al final de la vida.

#### **MÉTODO:**

Estudio longitudinal sobre pacientes mayores de 75 años con demencia avanzada (FAST 7), ingresados en un servicio de geriatría. Se recogieron variables sociodemográficas (sexo, edad, domicilio), clínicoasistenciales (diagnósticos, tratamientos, estancia, mortalidad) y se aplicaron 21 criterios de calidad. Se define como máxima calidad el cumplimiento del 100% de los indicadores (21 puntos).

#### **RESULTADOS:**

Fueron incluidos 25 pacientes (86,7±6,4 años; 68% mujeres; motivo de ingreso más frecuente neumonía 28%; mortalidad al mes 52%; estancia media 7,1±2,8 días). Se detectó una puntuación media en calidad de 11.38±4.7 puntos, siendo los indicadores con mejor puntuación los relacionados con el manejo de úlceras por presión (se cumplían en el 92% de los casos), adecuada indicación de fármacos (84%), manejo de sonda vesical (72%) y adecuación del informe de alta (72%). Los indicadores que se cumplían con menor frecuencia fueron: realizar una valoración nutricional (8%), registrar las preferencias para el cuidado al final de la vida (16%), informar adecuadamente al cuidador (40%) o realizar seguimiento telefónico tras el alta (44%).

#### **CONCLUSIONES:**

Los indicadores ACOVE son útiles para valorar la calidad asistencial en demencia grave y para detectar oportunidades de mejora. Nuestra población de estudio presenta una aceptable calidad asistencial, pero debería mejorarse en aspectos como: registro de preferencias de cuidados al final de la vida, comunicación con familiares y seguimiento del proceso tras el alta.

CO15

## **ANSIEDAD ANTE LA MUERTE Y ACTITUD PARA EL CUIDADO DE PACIENTES EN EL FINAL DE LA VIDA EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA**

*Guerrero Torrelles, Mariona; Monforte-Royo, Cristina<sup>1</sup>; Aradilla Herrero, Amor<sup>2</sup>; Edo Gual, Montse<sup>2</sup>; Tomás-Sábado, Joaquín<sup>2</sup>*

*1. Departament D'Infermeria; Facultat De Medicina I Ciències De La Salut, Universitat Internacional De Catalunya*

*2. Escola D'Infermeria Gimbernat; Universitat Autònoma De Barcelona*

### **OBJETIVOS**

Estudiar, en una muestra de estudiantes de enfermería, las relaciones entre la ansiedad ante la muerte y las experiencias previas, con la actitud para cuidar personas en el final de la vida. Se pretende contrastar la hipótesis de que una elevada ansiedad ante la muerte influirá negativamente sobre la actitud del estudiante para el cuidado de personas en el final de la vida.

### **METODOLOGÍA**

Participaron 105 estudiantes de enfermería, 92 mujeres y 13 hombres, con una edad media de 21,72 (DT = 4,96), que respondieron a un cuestionario que contenía datos sobre sexo y edad, una pregunta sobre experiencias previas en cuidados y las siguientes escalas: Inventario Revisado de Ansiedad ante la Muerte (DAI-R). Escala de Actitud para el Cuidado de Personas al Final de la Vida de Frommelt (FATCOD). Diseño observacional, transversal. Se calcularon medias, desviaciones típicas, prueba t y coeficientes de correlación. Resultados. Se obtuvo coeficiente de correlación negativo y significativo ( $r = -0,395$ ;  $P < 0,01$ ) entre las puntuaciones DAIR y FATCOD. Los 26 estudiantes con experiencias previas en el cuidado de personas al final de la vida, presentaban puntuaciones medias inferiores en la DAIR y superiores en la FATCOD, a aquellos sin experiencia, siendo la diferencia significativa en el caso de la FATCOD ( $t = 3,14$ ;  $p < 0,01$ )

### **DISCUSIÓN**

Los resultados confirman la hipótesis de la influencia negativa de la ansiedad ante la muerte sobre la actitud de los estudiantes para el cuidado de personas en el final de su vida, así como el papel sobre la actitud de las experiencias previas en cuidados. Desde la perspectiva docente, estos resultados llaman a la reflexión sobre la importancia de la formación y preparación del estudiante en el afrontamiento de las situaciones de sufrimiento y muerte que deberá afrontar en sus prácticas clínicas y en su futuro profesional.

CO16

## **PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO DE DUELO COMPLICADO EN UN HOSPITAL DE CRÓNICOS. INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA. ROL DE ENFERMERÍA.**

*Grau Santana, Pedro<sup>1</sup>; Martínez Sanchez, José Joaquín<sup>1</sup>; Ávila Acamer, Carmen<sup>1</sup>; Navarro Torres, Carmen<sup>1</sup>; Bailach Mar, Sonia<sup>1</sup>; Martínez Rodríguez, Montserrat<sup>1</sup>; Monzon Mirasol, M<sup>a</sup> Luz<sup>1</sup>; Aranda Caballero, Elena<sup>1</sup>; Arrue Castillo, Jesús<sup>1</sup>; Arrue Castillo, Adela<sup>1</sup>*

*1. Hospital Pare Jofre, Valencia*

### **INTRODUCCIÓN.**

El duelo es un proceso adaptativo. La mayoría de las personas se ajustan sin necesidad de ayuda otra minoría puede presentar alteraciones físicas o psíquicas con graves repercusio-

nes. Hemos desarrollado un protocolo de detección de Riesgo de Duelo Complicado (RDC). Siendo enfermería parte esencial.

### **OBJETIVOS**

Detectar precozmente, en el Plan de Atención Integral (PAI), los familiares susceptibles de padecer RDC. cuidadores como menores. Establecer y gestionar el seguimiento de estos familiares. Ofrecer ayuda al fallecimiento del paciente (entrega Guía del Duelo de la SECPAL modificada).

### **METODOLOGÍA**

Seleccionamos los pacientes ingresados para cuidados paliativos. Detectamos cuidador principal y allegados (incluidos menores) subsidiarios de RDC al fallecimiento. El equipo en el (PAI) valora esta situación. Para ello, de forma interdisciplinar, se rellena el cuestionario de RDC (Parkes y Weiss; 1983), de aquellos familiares que presenten riesgo Si sale positivo, enfermería rellena una hoja elaborada al efecto con datos del familiar. Al fallecimiento, enfermería remite la hoja para seguimiento por el servicio de psicología clínica. Además, en el momento del fallecimiento enfermería ofrece a los familiares la guía de duelo de la SECPAL con los datos de contacto de Psicólogos si lo precisaran. Resultados. Se registraron 55 fallecimientos 29 mujeres. Se les entrego la guía de duelo al 72% en los pacientes que presentaron RDC fueron 4

### **CONCLUSIONES**

Importancia de la implicación del equipo en la detección del RDC. En especial, enfermería como gestor inicial del proceso. Una herramienta sencilla y el trabajo interdisciplinar puede detectar esta situación de riesgo. El ofrecimiento de la Guía del Duelo de la SECPAL por enfermería, no es sencilla dado el contenido emocional del momento. Implica un proceso de conocimiento y desarrollo personal (formación) La información generada en el proceso facilita el manejo del posterior duelo.

## **Blogs**

B1

### **Nuestra Enfermería**

*Campaña Castillo, Fernando<sup>1</sup>*

*1. Hospital Sant Rafael De Barcelona*

<http://www.nuestraenfermeria.es>

B2

### **Carreteras Secundarias**

*De La Rica Escuin, Marisa<sup>1</sup>; Lázaro Malo, Pilar<sup>1</sup>; Ordoñez, Mar<sup>1</sup>; Mora, Pilar<sup>1</sup>*

*1. Hospital San Juan De Dios. Zaragoza.*

<http://www.dosporlacarretera.blogspot.com.es/>

## Índice de autores

---

Abascal, Elena	P27
Aguarón García, María Jesús	CO11
Agustina Vivas, Luisa	CO8
Albanell Tortadés, Neus	P36
Alcantara Roldan, M <sup>a</sup> Isabel	P20
Almaraz, M <sup>a</sup> José	P27
Almecija Tamayo, M <sup>a</sup> Dolores	P20
Alonso Riera, Ada	P20
Alonso Ruiz, M <sup>a</sup> Teresa	P18, P21
Álvarez Bermejo, Ana	P24
Álvarez Noriega, Paula	CO14, CO2
Alzina Llompert, Aina	P14
Aradilla Herrero, Amor	CO15
Aranda Caballero, Elena	CO16
Arango, Milton	P4
Arantzamendi Solabarrieta, María	CO5
Araujo Hernandez, Mriam	P15, CO12, P17
Arbona Bugada, Elena	CO10, P9
Ardaiz Flamarique, Benita	CO4
Arellano Gil, Cristina	CO5
Arenas Tébar, Llanos	CO9
Arias Velarde, Lucia	CO4
Armendariz Tirapu, Juan José	P36
Aroca Martínez, Fina	P12
Aroca Martínez, Josefa	P11
Arranz, Esther	P4
Arranz De La Torre, Alicia	P23
Arrue Castillo, Jesús	CO16
Arrue Castillo, Adela	CO16
Artigas Lage, R.	CO13
Ávila Acamer, Carmen	CO16
Bailach Mar, Sonia	CO16
Barberan Montiano, Maria Isabel	CO4
Bauzá Fullana, Maria Rosa	P14
Becerril, Isabel	P4
Benito Oliver, Enric	CO10, P9
Bielsa Bueno, Patricia	P6, P10
Blanco Guerrero, Mercedes	P18, P21
Blanco Toro, Laura	P18, P21
Cabello Pérez, Ana	CO8
Campaña Castillo, Fernando	B1
Carrascal Garchitorea, Elena	CO7
Casado Fernández, Natalia	CO7
Castro Rodriguez, Emilia	P35
Cazorla González, Rosa	P23
Crespo Mahillo, Montse	P7
Cruz Lázaro, Marta	P11, P12
Cuerva Castillo, M.Carmen	P3
Dávila Quintana, Santiago	P16
Daza García- Blanes, Lucia	P13
de la Hoz Adame, Eugenia	CO4
De La Ossa Sendra, M <sup>a</sup> Jesús	P23
De La Rica Escuin, Marisa	CO1, P2, CO9, B2
Deblas Sandoval, Alvaro	P8
Díaz, Nuria	CO7
Diaz Santos, Marian	P15, CO12

Diaz Santos, Maria Angustias	P17
Doz Modrego, Azucena	P11, P12
Durán, Angela	P34, P28
Durán Sánchez, Inés Mª	P16
Edo Gual, Montse	CO15
Estrella Cazalla, Juan de Dios	CO9
Fernandez, Paz	P28, P34
Fernández Soneira, Andrea	CO14, CO2
Ferrer Arnedo , Carmen	P19
Figueras Alsina, Julia	P20
Font Ritort, Sergi	P26
Fullana Matas, Antònia	P14
García De Albeniz, Aurkene	P27
García Marcet, Natalia	P35
Garcia Navarro, E.Begoña	CO12, P15; P17
Garcia Navarro, Sonia	CO12, P15; P17
García-Baquero Merino, Mª Teresa	P6, P10, P19
Gonzalez Bonilla, Maria Jesus	P36
Gonzalez Quiñones, Antonia	CO4
Gonzalez Sanchez, Mercedes	P3
González Sequero, Vanessa	P11, P12
Gonzalez Vaca, Julia	CO9, CO1, P2
Grau Santana, Pedro	CO16
Guerrero Torrelles, Mariona	CO15
Guillamet, Ferran	P28
Gundin Martin, Marta	P21, P18
Gutiérrez Rodríguez, José	CO14, CO2
Herrero Rabella, Mari Angels	P7
Hiniesto Dominguez, Saray	P13
Juan Guiral, Conxa	P31
Julian Caballero, Montaña	P25
Lapeira Cabello, José Manuel	P8
Lara Fernández, Gloria	P1
Lázaro Malo, Pilar	B2
Leiva Calvente, Mª Jose	P20
Llorens Torromé, Silvia	CO13, CO6
López Donat, Ruth	P5
López Postigo, Montserrat	P11, P12
López Rómboli, E.	CO6
Manzanas Gutiérrez, Ana	P30
Márquez Palma, Concepción	P16
Martín Fuentes De La Rosa, Mª Ángeles	P18, P21
Martín Hernández, Ivonne	P1
Martínez Cruz, María Belén	CO3, P19
Martinez Rodríguez, Montserrat	CO16
Martinez Sanchez, José Joaquin	CO16
Martínez Vieites, Enrique	P22
Martinez-Cruz, Mª Belén	P6, P10
Menéndez, Alberto	P27
Miranda Robles, Teresa	CO14, CO2
Monforte-Royo, Cristina	CO15
Monleón Just, Manuela	P19, P6, P10
Monzon Mirasol, Mª Luz	CO16
Mora, Pilar	B2
Moreno Alonso, Debora	P7
Muñoz Montaña, Mª del Rosario	P16
Navarro Torres, Carmen	CO16
Nebot Trilles, Cesar	P31
Ochandorena Juanena, Sol	P19
Oliver Carbonell, José Luis	CO1, CO9

Ordóñez, Mar	B2
Ordoñez Estébanez, Gloria	CO14, CO2
Ortega Carrillo, MariPaz	P13
Ortega Torres, Carmen	CO8
Ortiz Navas, Beatriz	P8
Ortiz Soler, Fernando	P31
Palleja, Montserrat	P34, P28
Pelegrín García, Mónica	CO8
Peñuelas Saiz, Angeles	P20
Pérez Bret, Encarnación	CO7
Pérez Espina, Rosa	P15, CO12, P17
Pino Bonet, Irene	P31
Poyato Gómez, Eva	P11, P12
Puelles, Oscar	P27
Puerta, Angela	P1
Puig Gascón, Eva	P22
Pujol García, Ana	P11, P12
Pulido Rubio, Azucena	P13
Quiroz Carhuajulca, Lilia	CO7
Rahona Navarro, Mar	P31
Raya Leiva, Consuelo	P20
Rivera Ollero, Rosa	CO8
Rodríguez, Beatriz	P4
Rodríguez García, M <sup>a</sup> Carmen	P21, P18
Rodríguez Latre, M <sup>a</sup> Lluïsa	P35
Roig Tolra, Margarita	P26
Rosúa Rodríguez, Melanie	P23
Rubio Moral, M <sup>a</sup> Teresa	P6, P10
Rubio Ortega, Noelia	P16
Ruiz García, Rosario	P20
Ruiz Marquez, Maria Del Pilar	P25
Ruiz Pau, Concepción	CO4
Sáenz De Santa María Benede, Lucía	CO2, CO14
Salazar de la Guerra, Rosa M <sup>a</sup>	P19
Sánchez Blanco, Begoña	CO5
Sánchez Resco, Susana	P13
Sansó Martínez, Noemí	CO10, P9
Serratusell Sabater, Estefania	CO10, P9
Sierra Garcia, Marta	P7
Sodeto Torrealba, Carla	P2
Sola Juango, Leire	CO5
Solà Ysuar, Begoña	P22
Solano Jaurrieta, Juan José	CO14, CO2
Solano Pallero, María	P25
Soto, Alexis	P1
Tapia, Lorena	P4
Tarragó Sanfeliu, Ester	P22
Tomás-Sábado, Joaquín	CO15
Tordable Ramirez, Ana M <sup>a</sup>	P6, P29, 10
Toro, Daniel	P34
Tortosa Espinola, Sergio	P9
Tortosa Soriano, Amparo	P32
Trillo Civantos, Carmen	P13
Valor de Moreta, M <sup>a</sup> del Mar	P3
Vegas Gómez, Noemí	P8
Ventura, Olga	P35
Villan Nuñez, Kety	P31
Zabaleta Gascó, Nieves	P35
Zaldívar Vaillant, Tatiana	P1

## Patrocinadores y Colaboradores



Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

COLLEGI  
INFERMERIA  
DE BARCELONA



Obra Social "la Caixa"

TEVA

ESPAÑA  
Hospitales



SECPAL



Generalitat de Catalunya  
Institut d'Estudis de la Salut



Societat Catalano Balear de Cures Pal·liatives



# Barceló

CONGRESOS

Barceló Congressos  
Ciutat de la Justícia de Barcelona - Av. Carrilet, 3-Edificio D, Pl. 10  
08902 L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona) / Edificio Concatal.  
T. 937 063 578  
[aecpal2013@barcelocongresos.com](mailto:aecpal2013@barcelocongresos.com)