

ACTAS DEL

**IV CONGRESO INTERNACIONAL
EN CONTEXTOS CLÍNICOS Y DE LA**



VOLUMEN III

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

**Actas del IV Congreso Internacional
en Contextos Clínicos y de la Salud
Volumen III**

Murcia, 8 y 9 de marzo de 2018

Comps.

**María del Mar Molero Jurado
María del Carmen Pérez-Fuentes
José Jesús Gázquez Linares
Ana Belén Barragán Martín
María del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Actas del IV Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud. Volumen III”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-9976-5

Depósito Legal: AL 382-2018

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

CUIDADOS PALIATIVOS

PROCESO ASISTENCIAL DE PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA	15
LIDIA MARIA MURCIA CABRERA, SALOME RIQUELME MORENO, PAULA MARIA AGUILAR MORALES	
PROCEDIMIENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS	16
SANDRA SALDAÑA HERNANDEZ, MARIA INMACULADA BENITEZ BAREA, MARIA DEL MAR CAZORLA LÓPEZ	
ACTUACIÓN DEL TCAE EN EL CAMBIO DE PAÑAL NOCTURNO	17
VIRGINIA SUÁREZ GUILLÉN, VIRGINIA MARTÍN DÍAZ, CECILIA GRANADOS GUERRERO	
EL DUELO: SÍNTOMAS Y TIPOS	18
LIDIA CANTON CANTON, ENCARNACIÓN MARIA MEMBRIVE SANCHEZ, INÉS CASTILLO MUÑOZ	
REVISIÓN: ACTUALIZACIÓN ENFERMERA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES	19
ENCARNACIÓN GIL ROMERA, AROA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARIA DE LA PALMA TORREÑO RIOS	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	20
MARIA INMACULADA AMORES BAENA, MANUELA LOPEZ SANCHEZ, MARÍA AUXILIADORA GARCIA MARÍN	
SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PACIENTE TERMINAL	21
JOSE MARIA PEREZ VALENZUELA, EVA MARIA NARANJO FABRA, SUSANA NARANJO FABRA	
CÁNCER EPIDERMOIDE CON DILATACIÓN ESOFÁGICA: INTERVENCIÓN ENFERMERA	22
EVA GARCÍA JIMÉNEZ, INMACULADA CARRILLO ÁVILA, ISABEL MARÍA REVIRIEGO GALÁN	
RELEVANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA	23
ESTER NUÑEZ POLAINA, CARMEN HERRERA ARQUILLO, FRANCISCA GOMEZ GUIRAO	
CUIDADOS PALIATIVOS EN DOMICILIO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	24
ALBERTO VEGA DIAZ, TANAGRA CARCELA SALVADOR	

CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HALITOSIS.....	25
CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ, SIMONA BARBA FERNÁNDEZ	
ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	26
MARIA DOLORES MARTINEZ PEÑA, ROCIO JODAR LOPEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA VICO	
LA PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES ANTE LA MUERTE INMINENTE DEL PACIENTE.....	27
BELEN LOZANO CAMACHO, ANA MARÍA ÁLVAREZ GALLARDO, JOAQUINA RODRÍGUEZ ALONSO	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RESERVORIO SUBCUTÁNEO	28
JOSÉ ANTONIO AGUDO CABALLERO, JOSÉ CARLOS ROJAS FERNÁNDEZ, ESTHER ALBÍN CARRERAS	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS	29
PILAR AMPARO POVEDA GONZALEZ, MARIA ANGUSTIAS FLORES CASTILLO, ISABEL MARIA ANDUJAR PLAZA	
EL SEGUIMIENTO PALIATIVO A PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLON	30
LOURDES HERMOSO DE CASTRO, ROCÍO ÁLVAREZ EXPÓSITO, DANIEL GUTIÉRREZ AMADOR	
IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS.....	31
MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES	
CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE CON 80 AÑOS	32
ROSA LIDIA ESCALONA PRIETO, PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN	
SEDACIÓN PALIATIVA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	33
MARTA CORTÉS CAMPOS, LAURA TORRES FUENTES, SONIA ALIX LERIA	
ATENDER A LOS PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE UN PUNTO DE VISTA HUMANO.....	34
ANDREA IBAÑEZ LOPEZ, MELODY PRADOS RODRIGUEZ, NOELIA GARCIA GARCIA	
EL EJERCICIO FÍSICO COMO MÉTODO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE.....	35

TOMAS BAYO CANO, ALBERTO FERNÁNDEZ MEDINA, ALICIA MÁRQUEZ PÉREZ ENFERMERÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: PROPUESTA DE VALORACIÓN ENFERMERA PARA ATENCIÓN PRIMARIA	36
DESEADA HERNANDEZ CAÑETE, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, MARIA GARCIA CARMONA	
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL.....	37
VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, NATALIA VEGAS NAVAS, MARÍA JOSE CANO VALENCIA	
IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS	38
DESEADA HERNANDEZ CAÑETE, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, MARIA GARCIA CARMONA	
DOLOR Y DEMENCIA EN EL PACIENTE ANCIANO	39
DOLORES ANGULO RODRÍGUEZ, CARMEN LAURA BURGOS POLO, OLGA AGUILAR MARQUEZ	
CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES	40
ISIDORO RAMIREZ CABELLO, ALBERTO RAMOS GONZÁLEZ, FRANCISCA MORENO MARTINEZ	
CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO CON HEMORRAGIA MASIVA	41
ANA JIMENEZ NOGUERO, PAULA DEL OLMO ROLDÁN, VICTORIA MERINA OBREGÓN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS	42
PATRICIA HERMOSA SÁNCHEZ DE IBARGÜEN, VERÓNICA VEGA GÓMEZ, JESÚS MUÑOZ FERNÁNDEZ	
PROTOCOLO DE USO Y MANTENIMIENTO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO	43
URSULA CANTERO HERNANDEZ, LOURDES MARTIN REYES, MARIA BRIALES MEDINA	
PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA POR UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA.....	44
ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO, LORENA ESPEJO GARCÍA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RESERVORIO SUBCUTÁNEO	45
ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO, LORENA ESPEJO GARCÍA	

NUTRICIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL	46
MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ	
ABORDAJE DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN LA ETAPA TERMINAL	47
BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, ANTONIA MARIA VICO DIAZ, MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO	
EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN ..	48
PATRICIA PÉREZ CASTRO, ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, YOLANDA GONZALEZ GARCIA	
CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA	49
ROSA MARIA GARCIA GARRIDO, MARIA ANGELES GUTIERREZ VALDIVIA, ROCIO GARCIA PEREZ	
PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE PACIENTES EN ESTADO TERMINAL	50
ENCARNACION MARTINEZ GARRIDO, MARÍA JIMENEZ MOLINA, FERNANDO GARCÍA ESCOBEDO	
CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS CON CÁNCER	51
JOSEFA AGUILERA PEREZ, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE	
ANÁLISIS SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES PALIATIVOS	52
INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ, MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ	
ACTUACIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE TERMINAL ..	53
GEMMA MARTÍN PÉREZ , IRENE CALDERON SORROCHE, VIRGINIA CORTES CORTES	
LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES TERMINALES	54
ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ, LORENA PEINADO MALAGÓN, INMACULADA PINTO ORTIZ	
CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN CENTRO SOCIOSANITARIO	55
ROCIO ADRIANA PEINADO MOLINA, MARÍA DOLORES PEINADO MOLINA, ALBERTO GALLARDO LOPEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS	56

MARIA NIEVES GUTIERREZ PEREZ, DOLORES MAURI MARQUEZ, SOFIA JIMENEZ RUIZ	
LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS	57
CRISTINA ESCUDERO MAESTRA, FRANCISCO CORZO VAZQUEZ, FILOMENA RAMIREZ CASTILLA, ROCIO MORENO MORALES, MARIA AMPARO BENITO ALFARO, MONICA GARCIA ALVAREZ	
ENFERMERÍA Y EL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL	58
GRACIA SAYAGO PULIDO, INMACULADA GÓMEZ CÁRDENAS, FRANCISCA BUENO MOLINA	
CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL	59
EVA ISABEL QUESADA REAL, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ	
RESERVORIO DE OMMAYA: ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	60
ANTONIA PARRA ORTEGA, MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA	
A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN	61
RAUL GARCES ROMERO, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA, CRISTINA POZO GARCIA	
CUIDADOS PALIATIVOS EN PROCESOS TERMINALES EN DOMICILIO	62
MONICA GARCIA ALVAREZ, ROCIO MORENO MORALES, MARIA AMPARO BENITO ALFARO, FILOMENA RAMIREZ CASTILLA, CRISTINA ESCUDERO MAESTRA, FRANCISCO CORZO VAZQUEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL ENFERMO	63
MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN, CRISTINA LOPEZ MELERO	
APOYO EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES TERMINALES	64
MARIA DE LAS NIEVES FERNÁNDEZ GONZÁLEZ	
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PALIATIVO	65
LAURA RIVERA ROBLES, ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA	
ENFERMERÍA EN CUIDADOS TERMINALES: DELIRIUM	66
ROCÍO COMINO NIETO, ANA MARTINEZ ROMAN, MARTA MARTINEZ ROMAN	

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA	67
JESÚS FRANCISCO MALDONADO MALDONADO, MARÍA BELÉN DÍAZ SEGURA, MARIA DEL MAR GARCIA REYES	
PACIENTE CON ANASARCA TRATADA EN DOMICILIO POR EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA.....	68
ELENA PINTADO OUTUMURO, RAQUEL BORDALLO GALASO, MÓNICA DE DIEGO LATORRE, SHEILA MENENDEZ RAMOS, BERTA OLLÉ BATET, RUTH PLANAS CASALS	
ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES INCURABLES	69
TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ	
LA REALIDAD DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS.....	70
AURORA MARTINEZ GARCIA, EMILIO HERNANDEZ CARMONA, ROCIO SANCHEZ AGUILERA	
ATENCIÓN TEMPRANA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD DEGENERATIVA TERMINAL: ATROFIA SISTÉMICA MÚLTIPLE	71
CRISTINA MARIA MENDOZA SANCHEZ, MIGUEL ANGEL SANCHEZ RUIZ, ANDREA BEATRIZ PRETEL PRETEL	
ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS ENFERMOS CON CUIDADOS PALIATIVOS.....	72
MARÍA DE LA PAZ ANILLO GUERRERO, ROSA MARIA SOTO MELERO, MARÍA ELENA BARROSO NOGALES	
EL PACIENTE TERMINAL Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA MUERTE DIGNA	73
BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ DE LA CASA, CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS, JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, MARÍA GÓMEZ GALÁN, JENNIFER CREVIER ALARCON, RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ, MARIA DEL CAMINO ESPADA RIVERA	
VALORACIÓN Y PLAN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE TERMINAL	74
LUCÍA TATIANA ROMÁN CRESPO, ANA BELÉN ANDREU GÓMEZ, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, MARÍA ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ, EVA MARTA ALMAGRO RUÍZ, NIEVES SALMERÓN SOLANO	
EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL ENFERMO DE CROHN .	75
ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ	

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN DE PACIENTES CON ALZHEIMER	76
ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A ENFERMOS TERMINALES	77
CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA, LAURA CARMONA HERRERÍAS	
CUIDADO Y PREVENCIÓN EN EL PIE DIABÉTICO	78
ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ	
CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO: CAUSAS Y SITUACIÓN ACTUAL	79
SARAY LAGO CABRERA, CAROLINA JIMENEZ GARCIA, CRISTINA JIMENEZ GARCIA	
PAPEL DEL CELADOR EN EL DUELO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS	80
DIONISIO PEREZ JURADO, PEDRO LOZANO SIERRA, PEDRO LOZANO GARCIA	
LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	81
NOELIA FERNANDEZ MORAL, TERESA GALMES RAMIREZ, MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO	
LOS CUIDADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES TERMINALES	82
MARÍA BELÉN HEREDIA GÓMEZ, ESTEFANÍA GARCÍA CUERVA, VICENTE PEINADO DUEÑAS	
MANEJO DEL DOLOR EL PACIENTE TERMINAL	83
MARIA LUISA BALLESTA FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES COLLADO MARTÍNEZ, ROCIO ALONSO CAPARROZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE PULMÓN	84
MIRIAM ROCIO INGA MIRANDA, LUCIA NAVAS SANTOS, CRISTINA NOLASCO MONTERROSO	
LA VÍA SUBCUTÁNEA COMO ALTERNATIVA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS PALIATIVOS	85
NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA, DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES	
CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA EN EL ENFERMO TERMINAL	86
EMMA RODRIGUEZ JIMENEZ, TOMAS ILLESCAS HURTADO	
APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES PALIATIVOS EN EL DOMICILIO	87

MANUEL MALDONADO FERNANDEZ, ISABEL GALLEGO ÁLVAREZ, NOEMI
CARMONA SUANES

ATENCIÓN PALIATIVA EN PEDIATRÍA88

JOSEFA CANOVAS URREA, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS, PEDRO JOSE MORENO
FERNANDEZ, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL,
MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD

CUIDADOS EN LA MUCOSITIS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA89

EMPAR GÓMEZ SÁNCHEZ, LUCIA ROCHE GUTIÉRREZ, RAQUEL MUÑOZ
VILLAVEVERDE, LETICIA ELVIRA GUTIÉRREZ

VÍA SUBCUTÁNEA EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS90

ALVARO TORTOSA MARTÍNEZ, MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ, ISABEL
LETICIA MANZANO LÓPEZ

BENEFICIOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS91

PILAR NARVAEZ CANO, ALBA TORRES VALENZUELA, JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA

**EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL
FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS.....92**

ROSA MARIA PALENCIA MARTINEZ, ISABEL MARIA MARTINEZ MOLINA, LUCIA
SÁNCHEZ PARRO

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN CÁNCER OROFARÍNGEO EN
TRATAMIENTO CON CUIDADOS PALIATIVOS.....93**

THAYS REGADERA FRUTOS, SUSANA RIQUELME RIQUELME, MARIA RUIZ
MATEOS, ANDREA GARCIA RIVERA, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, MARIA
LEONOR SANCHEZ LOPEZ, ISABEL COY LOPEZ, LAURA MARTINEZ RUIZ

**ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EVOLUCIONADA EN PACIENTE
ANCIANO.....94**

TANIA ORTIZ PUERTAS, JESSICA GARCÍA ESTEBAN, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

ATENCIÓN ENFERMERA EN LA SEDACIÓN PALIATIVA DE LOS PACIENTES95

ISABEL MATEOS ALGARIN, ANA MEGINO MUÑOZ, PATRICIA ISABEL GALAN
RUIZ, TATIANE BORGES FERREIRA

LA CALIDAD DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES96

SORAYA AISA AL LAL, NAWAL MOHAMED HAMETE, YUNAIDA BOUTALIB
MOHAND

CURA DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN SACRO.....97

PABLO AGUILAR IBAÑEZ, MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO

ABORDAJE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE GERIÁTRICO98

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO, PILAR RUIZ YÉBENES, MARINA LUZ COSANO ARIZA	
PACIENTE ANCIANO QUE REQUIERE DE TRATAMIENTO PALIATIVO	99
MAITE ALVAREZ TUÑÓN, ZAIRA DEL COUZ PELÁEZ, LOURDES GARCÍA FRANCO, VERÓNICA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARGARITA CEÑAL BERJANO	
CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y TERMINALES	100
SONIA SERRANO JURADO, MARIA ISABEL FERNANDEZ CORTES, MARIA ISABEL ZAMORA SERRANO	
ROL ENFERMERO ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....	101
MARIA BACA BOCANEGRA, JACINTO GOMEZ BARRIO, ALEJANDRO ANTÓN PLATA	
ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS.....	102
JUAN FORTEZA GUERRA, ANA MARIA DOMINGUEZ SALAS, ISABEL MARTINEZ GUTIERREZ	
INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE TERMINAL: EDUCACIÓN ENFERMERA	103
RAQUEL CANDIL VARGAS, FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS TRAQUEOSTOMÍAS	104
ANDREA SALDAÑA MERCADO, PAULEJAN SOUSA DE JESÚS CORRAL, JOSE MANUEL VARELA CUINES	
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: CUIDADOS PALIATIVOS DE ENLACE ..	105
CARMEN CARMONA GARCIA, MARIA ARACELI TORREGROSA MADUEÑO, MARIA ISABEL SECILLA TRAVESET	
LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CRÍTICOS	106
JOSEFA SANCHEZ LORENZO, VERONICA RIVERO ROMERO, MARÍA MERCEDES BARBA FERNÁNDEZ	
ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.....	107
MANUELA MORENO GOMEZ, DAVID SILES FERNÁNDEZ, ROBLEDO DEL ROCIO DELGADO MORENO	
TÉCNICAS PARA REALIZAR UNA CAMA OCUPADA	108
AITOR MONTERO JIMENEZ	
EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EMPATÍA Y RESPUESTA EMPÁTICA	109

MARIA ROSA GALVEZ PALACIOS, MARIA JOSE LINARES CASTILLO, MARIA INMACULADA RODRIGUEZ MARTIN	
ANÁLISIS DE LA LEY DE MUERTE DIGNA.....	110
CRISTINA AZUCENA ROLDÁN MALENO	
ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER	111
LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ISMAEL PEREZ CABEZA DE VACA, NATALIA DÍAZ NASARRE	
LA VIA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS	112
MANUEL PEREZ CAMPOS, CARMEN OBRA MOLERO, ANTONIO JOSÉ GALLEGO DÍAZ	
LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DELIRIUM	113
MANUEL PEREZ CAMPOS, CARMEN OBRA MOLERO, ANTONIO JOSÉ GALLEGO DÍAZ	
RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES PALIATIVOS CON DIARREA AGUDA.....	114
LAURA ESPEJO RODRIGUEZ, INMACULADA CANTERO CORREDOR, BEGOÑA GAMAZA PEREZ	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE DUELO DE FAMILIARES DE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.....	115
AIDA RAMOS SÁNCHEZ, MARIONA SANGENÍS FRANCO, KAREM SAIRE MEDRANO, PAOLA DEL ROCÍO SAIRE MEDRANO, ALBA ILLESCAS GARCIA, SANDRA PUEYO RAMOS	
CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	116
ANTONIO JESUS GARCIA CASADO, MARIA LUISA IBAÑEZ BERLANGA, SALOME PERALES MOLINA	
ABORDAJE ENFERMERO EN LA GESTIÓN EMOCIONAL DE FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES	117
FERRAN CAÑADILLAS CASTELLS, ALBA MARIA MORENO INFANTE, BEATRIZ ORPEZ VILLEN	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL FINAL DE LA VIDA	118
SARAY MOJARRO GIROL, ROSEL MARTINEZ FERREIRO, DOLORES DEL ROCIO RODRIGUEZ VAZQUEZ	
ATENCIÓN ENFERMERA DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO	119

DANIEL SANCHEZ FENOLLAR, ANA MARIA GARCIA GOMEZ, JUAN JOSÉ MARTÍNEZ MIÑANO, JUAN JOSE GARCIA NAVARRO, MARIA ANGELES HERNANDEZ CARRILLO, MARIA DOLORES MESA MARTINEZ, NOELIA PARDO MARTÍNEZ, PATRICIA CANO CARRASCO, TANIA ROYO MORALES, VIRGINIA PEDREÑO GIL, ANTONIA RAQUEL NAVARRO CASCALES, FULGENCIO RAMIREZ PEREZ

BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL CATÉTER PLEURX EN PACIENTES

PALIATIVOS.....120

ALBA DIAZ LUQUE, NATALIA ALVAREZ ALVAREZ, CRISTINA TERAN GARCIA, SUSANA PALACIOS MARTINEZ, EDITH ÁLVAREZ GONZALEZ, LUCIA CUENDIAS MARTINEZ

ESTUDIO DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RESPECTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS

.....121

MARIA JESUS BERRUEZO LOPEZ, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GUERRERO, MARIA DOLORES CARRASCO GARCIA

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO PALIATIVO DEL ENFERMO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

122

LOURDES CRUZ CASTRO, FRANCISCO CRUZ RIZOS, ELENA ROJAS HIDALGO

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ENFERMO TERMINAL: CUIDADO PALIATIVOS.....

123

SONIA VEGA ÁLVAREZ, BORJA GONZÁLEZ MONTES, SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES

BENEFICIOS DE LA EXISTENCIA DE UN DOCUMENTO PARA NO INTENTAR LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

124

TAMARA MELERO ROMERO, MARIA ISABEL ROMERO GARCIA, MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ MORENO

LA APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

125

GUILLERMO VALERO SEGURA, GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY, RUBEN TORTOSA ROSAS

CUIDADOS ENFERMEROS EN CUIDADOS PALIATIVOS: UN RETO PARA LA PROFESIÓN.....

126

MARIA DEL PILAR FERRER BUSTOS, MARÍA DE LAS NIEVES MINGORANCE MAROTO, ANA CAMACHO GONZALEZ DE AGUILAR

ANÁLISIS DEL CONTENIDO Y NATURALEZA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS.....

127

LAURA AMURGO LÓPEZ, CARMEN SALGUERO GARCÍA, SORAYA LOZANO MARTIN

LA ATENCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR EN CUIDADOS PALIATIVOS	128
LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, GLORIA PICHARDO SOLVES	
CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER	129
MARIA CONCEPCIÓN DOMINGUEZ CABALLERO, MARIA ISABEL DIAZ BARRANCO, MARIA DEL CARMEN VEGA TIENDA	
LA MUCOSITIS EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS	130
JUAN ANTONIO MIRANDA ROBLES, PATRICIA BALLESTERO NAVARRO, MARIA FUNES LUIS	
CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA	131
MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA MUJER CON NEOPLASIA DE RECTO	132
SARA JIMÉNEZ SILES, ANTONIO JESÚS LEDESMA RODRÍGUEZ, ANA MARÍA LÓPEZ PORRAS	
ENFERMERÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PROPUESTA DE VALORACIÓN ENFERMERA PARA ATENCIÓN PRIMARIA	133
MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA	
IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES COMO FACTOR PROTECTOR DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	134
MARIA ESTER VALERO LUQUE, SARA FERNANDEZ BARRANCO, RAFAEL MARTIN CHIA	
EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL	135
ANDRES RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA AGUILERA ROMERO, ANA MARIA LAFUENTE RAMIREZ	
USO DE VÍA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS	136
MARIA DOLORES RUBIO ALCARAZ, LAURA BERRUEZO BUENDIA, CAROLINA INES ALONSO RODRIGUEZ, FRANCISCO JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA	
DIFERENTES ESCENARIOS AL FINAL DE LA VIDA.....	137
ALEJANDRO BERNABÉ CASCOS ARIAS, CLARA AGUSTÍN ORTIZ, JAVIER CARAYOL ARIAS	
EL DOLOR COMO PRIMER SÍNTOMA A TRATAR EN LOS ENFERMOS PALIATIVOS	138
MARÍA CORTÉS MORA, MARIA LUCIA CASADO GARRIDO, SANDRA MARÍA ROMERO CASADO	

LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA	139
FRANCISCA PEREZ MUÑOZ, MÓNICA FIGUEROA MOLINA, FARIDA DABDI ARANDA	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PORT-A-CATH (PAC) EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO	140
FRANCISCA JESÚS RUIZ VICENTE, FRANCISCO JAVIER RAMOS ALIAGA, ALMUDENA BAENA MORALES	
VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE TERMINAL	141
MANUEL PLAZA SANTIAGO, TANIA ORTIZ GARCIA, MARIA JOSE REINA SANCHEZ, ROCIO AVELLO GARCIA, JUAN CARLOS PRIETO GALVEZ, CARLOTA LAMILLA BUADES, PAULA CANO SOLANO, JAVIER AMADOR MORALES, JORGE VALLEJO DE LA CUEVA, CRISTINA CRESPO IMAZ, JORGE PEREZ MARTINEZ, SILVIA GONZÁLEZ BELCHÍ	
ROL DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CRÍTICO	142
PATRICIA EGEA PINEL, MAR CANALS PEDROLA, ANA CARABANTE MORATA, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MARINA GÁLVEZ URIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ROBERT LOZADA GUEVARA, MARÍA MOLERO MONSONÍS, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ, YASMINA SERES FONTANET	
DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN UNA PACIENTE CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL...	143
MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, MARÍA PEÑA ORTEGA, ELENA BORREGO GARCIA	
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL PROCESO DE DUELO	144
CELIA SANCHEZ MATABUENA, LORENA BAÑOS PICHARDO, PABLO URBANO NEGRO	
GARANTIZAR UNA MUERTE DIGNA DESDE ENFERMERÍA: UNA PRIORIDAD	145
MARIA ESPERANZA HIGUERAS CABRERA, JAVIER MARTÍNEZ GUIRADO, TERESA BAENA SARMIENTO	
CUIDADOS PALIATIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA ENFERMERA	146
MÓNICA GUERRERO NAVARRO, MERCEDES VERÓNICA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, LORENA TARRIÑO CONCEJERO	
ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS	147
LAURA CARBONERO GARCÍA, MARÍA PEÑA GÓMEZ, ROSARIO CRIADO CEREZO	
CUIDADOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DELIRIUM	148
MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA	

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE TERMINAL: CUIDADOS PALIATIVOS	149
ROSA MARIA GONZALEZ GONZALEZ, IVÁN RAMÍREZ GARCÍA, DALILA SERRANO GONZALEZ	
EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA	150
JESÚS BENJAMÍN MARTIN AZUAGA, ALICIA UTRERA MARTÍN, ANA CALLEJA RAMIREZ, CARMEN ESPADA MORENO	
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: LAS VENTAJAS DE LOS CUIDADOS A DOMICILIO EN PACIENTES PALIATIVOS	151
MARIA CARMEN ORTIZ CALIZ, IRENE VILLALOBOS ROLDÁN	
EL ENFERMO TERMINAL Y LA SEDACIÓN PALIATIVA	152
YASMINA SERES FONTANET, PATRICIA EGEA PINEL, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MARÍA MOLERO MONSONÍS, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, ROBERT LOZADA GUEVARA, MARINA GÁLVEZ URIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ANA CARABANTE MORATA, MAR CANALS PEDROLA, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ	
EMPATÍA Y RESPUESTA EMPÁTICA: NECESIDAD DE FORMACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SOCIO SANITARIO	153
ELENA CARRASCO ORTIZ, IVAN MARTINEZ MORENO, JOSÉ MARÍA PIÑEIRO GARCIA	

PROCESO ASISTENCIAL DE PERSONAS AL FINAL DE LA VIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

LIDIA MARIA MURCIA CABRERA, SALOME RIQUELME MORENO, PAULA MARIA AGUILAR MORALES

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos, se entiende como, “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. Para ello, un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios tiene que asistir holísticamente al paciente y a sus familiares.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados del equipo multidisciplinar del paciente al final de la vida.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica y lectura crítica de Guías prácticas clínicas y artículos de impacto. Se consultaron las bases de datos Medline, Pubmed, Cuiden, Dialnet, Biblioteca Nacional en Salud, Guía de Salud, Scielo, Lilacs y buscadores como Google Académico en un periodo acotado de diez años y utilizando como descriptores: “cuidados paliativos”, “terminal”, “dolor”, “Equipo multidisciplinar”, “Atención Primaria”.

RESULTADOS: En los cuidados paliativos tenemos que hablar de una calidad asistencial en un enfermo al final de la vida, que incluye aspectos físicos, el reconocimiento personal, afectivos-sociales, espirituales se especifica en: Buen tratamiento sintomático. Conocer cómo percibe el paciente su enfermedad y que siente. Establecer un pacto terapéutico basado en la confianza y respeto. Facilitar las relaciones afectivas y dar soporte al entorno afectivo. Atender a la expresión de sentimientos sobre el sentido de la vida. En relación al sufrimiento del paciente, va a estar determinado principalmente por 4 aspectos: Síntomas físicos: dolor, xerostomía, disnea, estreñimiento. Síntomas neuropsiquiátricos: insomnio, ansiedad, depresión, delirium. Distrés existencial: desesperanza, pérdida del rol laboral y familiar, pérdida del significado vital, alteraciones de la imagen corporal. Distrés socio-familiar: ver sufrir a sus seres queridos, sentirse una carga. Desde un punto de vista médico, va a ir encaminado a conseguir los siguientes objetivos: Mejorar la calidad de vida. Promoción de la autonomía del paciente. Mejora de la adaptación emocional tanto del paciente como de la familia.

CONCLUSIÓN: Tenemos que asumir que las actividades a desarrollar por los profesionales de la salud en estas situaciones del final de vida no pueden comprenderse como una actividad aislada, y entender que las personas son las máximas responsables de su salud. El profesional de enfermería tiene que favorecer el autocuidado y la participación del enfermo y familiares en la toma de decisiones sobre su asistencia, han de proporcionar cuidados que satisfagan las necesidades de éstos. Una adecuada actuación del profesional de enfermería, ante un enfermo de cuidados paliativos no solamente debe considerarse como un recurso habitual de los programas de salud, sino como una experiencia que debe promover una atención digna y humanitaria a pacientes y familiares en esta realidad difícil.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, TERMINAL, DOLOR, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, ATENCIÓN PRIMARIA.

PROCEDIMIENTOS DURANTE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES PALIATIVOS

SANDRA SALDAÑA HERNANDEZ, MARIA INMACULADA BENITEZ BAREA, MARIA DEL MAR CAZORLA LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: Hay varios métodos de alimentación para este tipo de pacientes. Siempre buscaremos la mejor forma de individualizar la atención ante estos pacientes para permitir una intervención adecuada y así ofrecer el máximo confort y calidad de vida del paciente evitando en todo momento actuaciones que puedan resultar perjudiciales para el paciente.

OBJETIVOS: Analizar individualmente las necesidades nutricionales de cada paciente en la fase terminal de la vida. Detectar los inconvenientes que pueden surgir en este tipo de pacientes, analizando el cuidado más idóneo de la alimentación para ellos.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio donde los pacientes paliativos adultos mayores de 19 años los cuales precisan de un soporte nutricional adaptado a su edad y necesidades según la etapa de la enfermedad en la que se encuentran.

RESULTADOS: Gracias a los varios métodos de alimentación se a logrado garantizar la calidad de vida de estos pacientes. Tras el estudio se a comprobado que cada vez mas es mas utilizado el método de alimentación vía enteral a personas que antes le podría haber generado un conflicto ético.

CONCLUSIÓN: En este tipo de paciente surge discrepancia sobre los métodos mas invasivos, aunque tras haber concienciado a la población para mantener el máximo bienestar y cuidados al paciente cada vez son mas aceptados.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PALIATIVO, ALIMENTACIÓN, CUIDADOS, CONCIENCIAR.

ACTUACIÓN DEL TCAE EN EL CAMBIO DE PAÑAL NOCTURNO

VIRGINIA SUÁREZ GUILLÉN, VIRGINIA MARTÍN DÍAZ, CECILIA GRANADOS GUERRERO

INTRODUCCIÓN: El cambio de pañal nocturno, según nivel de consciencia del paciente puede conllevar a dificultades al TCAE, ya que necesitaría ayuda si se encuentra sólo desempeñando esta labor concreta.

OBJETIVOS: El objetivo es identificar los factores que inciden en los/as TCAE durante el cambio de pañal nocturno.

METODOLOGÍA: En metodología, se utiliza una revisión bibliográfica sobre artículos relacionados con el cambio de pañal nocturno. Se consultan las bases de datos científicas PubMed y Dialnet, en el idioma español con los descriptores cambio, pañal, nocturno, TCAE, ayuda, complicaciones. Se encuentran 14 artículos en relación a la búsqueda.

RESULTADOS: El cambio de pañal es una competencia de la figura del TCAE. Si el paciente necesitara una movilización específica, el profesional tendrá que acudir a un segundo profesional, ya sea TCAE, celador o DUE, que permita realizar la técnica. Existen pacientes independientes o con ayudar parciales que permiten colaborar en el cambio de pañal, pero sin embargo, los pacientes dependientes con movilidad reducida necesitan más de un profesional para llevar a cabo la higiene y cambio de pañal.

CONCLUSIÓN: Como profesional, los/as Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería deben conocer a sus pacientes y anticipadamente saber quién va a necesitar ayuda para la movilización. Entonces, se tendrá en cuenta la figura del celador o en un momento en concreto la ayuda de un integrante del equipo que permita realizar la técnica de forma conjunta.

PALABRAS CLAVE: TCAE, CAMBIO, PAÑAL, NOCHE, AYUDA.

EL DUELO: SÍNTOMAS Y TIPOS

LIDIA CANTON CANTON, ENCARNACIÓN MARIA MEMBRIVE SANCHEZ, INÉS CASTILLO MUÑOZ

INTRODUCCIÓN: El conocimiento de la pérdida y sus diferentes estadios o fases influyen en nuestra actuación y nos permite comprender respuestas e identificar necesidades del individuo para la resolución del duelo de manera positiva.

OBJETIVOS: Conocer lo que es el duelo, los tipos que hay y las distintas etapas por las que pasa la persona que lo padece.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos originales (2010-2017) sobre el duelo y sus características. Se consultaron las bases de datos DIALNET plus y SciELO. Los descriptores fueron: concepto de duelo, tipos de duelo, síntomas del duelo. Se identificaron 22 artículos, de los cuáles se seleccionaron 10 para la revisión.

RESULTADOS: Concepto: El duelo psicológico, por otra parte, es un proceso que tiene lugar tras una pérdida irreparable. El duelo es una reacción natural y necesaria ante la pérdida de un ser querido (la muerte de un familiar, un amigo, una mascota, etc.) O de un evento o condición (un divorcio, un despido laboral). Síntomas: cada persona experimenta síntomas distintos, pero es frecuente encontrar; angustia, presión en el tórax, alteraciones respiratorias, astenia, pérdida del apetito, etc. Tipos: duelo anticipado, duelo negado y duelo crónico.

CONCLUSIÓN: Considero necesario que como enfermeros debemos conocer lo que es el duelo, sus síntomas y los tipos que hay. Ya que la atención en el duelo forma parte de la continuación de los cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: DUELO, CONCEPTO, TIPOS, SÍNTOMAS.

REVISIÓN: ACTUALIZACIÓN ENFERMERA EN CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

ENCARNACIÓN GIL ROMERA, AROA RODRIGUEZ RODRIGUEZ, MARIA DE LA PALMA TORREÑO RIOS

INTRODUCCIÓN: El PICC y el HICKMAN son catéteres centrales de larga duración. El Picc es un catéter central de inserción periférica. Se inserta en una vena del sistema vascular periférico y se progresa hasta que la punta del catéter se sitúa en una vena del sistema vascular central. El Hickman es un catéter central tunelizado que consiste en un tubo largo flexible de silicona radiopaca.

OBJETIVOS: Analizar las recomendaciones basadas en la evidencia sobre las ventajas y diferencias de estos catéteres y el mantenimiento de los mismos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática utilizando las bases de datos y otros recursos electrónicos: Cuiden Plus, Pubmed, Cochrane y Science Direct, incluyendo revisiones sistemáticas que indican las ventajas, diferencias, recomendaciones y la seguridad que prestan estos tipos de catéteres centrales.

RESULTADOS: El catéter Picc no requiere el uso específico de quirófano ni anestesia general, mientras que el Hickman sí. El Picc presenta menos riesgos, por lo que supone menos costes y por lo tanto el tiempo de ingreso asociado a complicaciones es menor. Los dos pueden ser utilizados en tratamiento ambulatorio. Los dos catéteres requieren seguridad para el acceso, pues se tratan de catéteres centrales.

CONCLUSIÓN: El catéter central Hickman es el catéter más adecuado para los pacientes oncohematológicos debido a la gran cantidad de extracciones y transfusiones sanguíneas que precisan. Se introduce en el tórax a través de una vena grande, para llegar a las zonas cercanas del corazón, y se dejan en el exterior varios accesos al catéter.

PALABRAS CLAVE: CATÉTER CENTRAL, CATÉTER INSERCIÓN PERIFÉRICA, VENTAJAS CATÉTER CENTRAL, VENTAJAS CATÉTER PERIFÉRICO.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA INMACULADA AMORES BAENA, MANUELA LOPEZ SANCHEZ, MARÍA AUXILIADORA GARCIA MARÍN

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son el tipo de cuidados que se les aplican a los pacientes y sus familias en las últimas fases de una enfermedad terminal. Están encaminados a proporcionar una muerte digna y sin dolor, confort, calidad de vida, apoyo emocional y ayuda en todo aquello que necesite tanto el enfermo como su familia.

OBJETIVOS: Describir las funciones del TCAE ante pacientes con cuidados paliativos y la importancia del TCAE en estos cuidados.

METODOLOGÍA: Se utiliza como fuente de datos una búsqueda sistemática y bibliografía en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Organización y distribución de las tareas y cuidados propios del TCAE en los diferentes turnos de trabajo. Asistencia personalizada e integral del paciente y soporte de la familia.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort y soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal y estos cuidados procuran conseguir que los pacientes dispongan de los días que les resten conscientes y libres de dolor, con los síntomas bajo control para tener dignidad en su casa o en un lugar lo mas parecido posible, rodeados de la gente que les quiere.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, DIGNIDAD, CUIDADOS ESPECIALES, BIENESTAR.

SEDACIÓN CON PROPOFOL EN PACIENTE TERMINAL

JOSE MARIA PEREZ VALENZUELA, EVA MARIA NARANJO FABRA, SUSANA NARANJO FABRA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 62 años. Intolerancia lactosa y tramadol. AP: HTA, Fibromialgia, no cardiopatía En agosto 2017 diagnóstico de Adenocarcinoma de colon estadio IV con afectación hepática. 18/9/2017 Quimio según esquema folfox. El 22/10 ingresa por astenia, vómitos, edemas MMII, fiebre y empeoramiento del estado general.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Al ingreso consciente y orientada. Eupnéica. Palidez mucocutánea, abdomen doloroso a la palpación irradiado a hipocondrio derecho, edemas blandos hasta rodillas, no dolorosos y pulsos conservados. Precisa ayuda para deambulación, baño y aseo. Rx Tórax: Condensación en lóbulo inferior derecho, derrame pleural y derrame pericárdico. Analítica: Hemoglobina 8,2 g/dl, glucemia 58mg/dl, albúmina 1,65 mg/dl, PCR 235 mg/l, leuco 50560.

JUICIO CLÍNICO: Sepsis de origen no filiado. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Ansiedad ante la muerte relacionada con manifestar proceso de agonía.

PLAN DE CUIDADOS: Durante el ingreso sufre un empeoramiento progresivo del estado general. Presenta rectorragia importante que precisa transfusión. Continúa con fiebre y dolor epigástrico. Ascitis discreta con aumento importante de edemas inferiores. Aparece ictericia y disnea. Tras reunión con familia por empeoramiento y el imposible control de síntomas se decide sedación paliativa. Se comienza sedación con 30 mg midazolam, 20 mg morfina y 10 mg haloperidol. Tras 24h precisa rescates con dosis total de 40 mg de midazolam. Se aumenta paulatinamente dosis de midazolam, llegando al techo de uso del mismo (200 mg) sin conseguir una sedación adecuada por lo que se decide rotar a propofol. Se comienza con dosis de 35 ml/h durante 6 minutos consiguiendo sedación para pasar a una dosis de 5 ml/h manteniendo los resultados deseados.

CONCLUSIONES: El midazolam es el fármaco de elección en sedación paliativa con una eficacia entre el 75 y 100 % de los casos. Pero existe un número muy limitado de pacientes en los que no es efectivo por lo que hay que optar por otros fármacos como el propofol. Es efectivo y rápido.

PALABRAS CLAVE: PROPOFOL, MIDAZOLAN, PALIATIVO, SEDACIÓN.

CÁNCER EPIDERMOIDE CON DILATACIÓN ESOFÁGICA: INTERVENCIÓN ENFERMERA

EVA GARCÍA JIMÉNEZ, INMACULADA CARRILLO ÁVILA, ISABEL MARÍA REVIRIEGO GALÁN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Breve descripción del caso: Paciente de 62 años, que acude al servicio de urgencias tras hemoptisis en contexto de doble antiagregación con reciente ingreso en PTS con alta el 30/6/17 por ictus Ateroembólico Izquierdo. Comenta que había acudido al SUE el 27/7/17 derivado por su MAP por aislamiento de Pseudomona MultiR, productora de carbapenemasa con aumento de la expectoración sin indicarle tratamiento en urgencias ya que en ese momento no presentaba clínica respiratoria y se recomienda observación domiciliaria. Recibió tratamiento por su MAP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración y pruebas complementarias: Estado actual, disfonía, disfagia a sólidos, toma líquidos y triturado. Perdida de 10 Kg de peso. Sensación disneica. Resultado AP de biopsia de mucosa del bronquio posterior del LSD (9 biopsias incisionales endoscópicas): carcinoma epidermoide invasivo pobremente diferenciado en todas las muestras. Pendiente de informe complementario tras determinación inmunohistoquímica de PD-L1. BAS: NPCM. Cepillado bronquial, sin alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Ca epidermoide de seno piriforme tratado con RT+QT. Fin 1/2011. Ca epidermoide de tercio medio metastásico IV. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Dilatación esofágica.

PLAN DE CUIDADOS: TC Tórax; varios quistes pulmonares dispersos bilaterales de hasta 15mm. PET-TC; Masa hipermetabólica en mediastino superior que en las imágenes de TC. Examen ORL; senos piriformes que se despliegan con insuflación mantenida. EDA; lesión de aspecto infiltrativo neoplásico a nivel esofágico medio. Broncoscopia flexible; ambas fosas nasales estrechas pudiendo canalizar la izquierda.

CONCLUSIONES: La técnicas y los procedimientos empleados son de vital importancia para la obtención de datos con fines diagnósticos. Las herramientas que poseen los profesionales de enfermería son útiles para dar apoyo y tranquilizar a estos pacientes y sus familiares.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER ESOFÁGICO, ENFERMERÍA, METASTÁSIS, PATOLOGÍA DIAGNOSTICADA.

RELEVANCIA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA

ESTER NUÑEZ POLAINA, CARMEN HERRERA ARQUILLO, FRANCISCA GOMEZ GUIRAO

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos están enfocados a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, que se enfrentan a una enfermedad incurable en fase avanzada / terminal. Las características de ésta son: presencia de una enfermedad en estadio avanzado, progresivo e incurable, falta de respuestas a tratamientos específicos, inestabilidad evolutiva y pronóstico de supervivencia limitado.

OBJETIVOS: Evaluar la intervención de los cuidados paliativos en los pacientes con enfermedades en fase terminal.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos utilizando los descriptores: cuidados paliativos, fase terminal, enfermedad, paciente.

RESULTADOS: El propósito de los cuidados paliativos es conseguir el mayor bienestar posible para el paciente y su familia a través de la atención a las necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales. Los pilares básicos en los que se apoyan los profesionales para conseguir este objetivo son: Alivio del dolor y otros síntomas, No alargar ni acortar la vida, Dar apoyo psicológico, social y espiritual, Reafirmar la importancia a la vida, Considerar la muerte como algo natural, Proporcionar sistemas de apoyo para que la vida sea lo mas activa posible, Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y el duelo.

CONCLUSIÓN: El equipo médico debe ser cercano, empático y compasivo con el paciente y sus familiares para que éstos puedan enfrentarse a la dura pero enriquecedora experiencia de morir. A través de los cuidados paliativos la humanización de la medicina puede ser de nuevo una realidad.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, FASE TERMINAL, ENFERMEDAD, PACIENTE.

CUIDADOS PALIATIVOS EN DOMICILIO POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

ALBERTO VEGA DIAZ, TANAGRA CARCELA SALVADOR

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos en la atención domiciliaria es una tarea que requiere vocación de servicio, organización del sistema de salud, y conocimientos científicos adecuados y actualizados.

OBJETIVOS: Determinar los aspectos éticos a tener en cuenta por parte del personal sanitario en los cuidados paliativos domiciliarios.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los aspectos éticos del personal sanitario en los cuidados paliativos domiciliarios. Se consultaron diferentes bases de datos: Cuiden, Cochrane plus, Scielo, así como, guías y libros basados en el objetivo propuesto. Como medida de inclusión se tuvo en cuenta el intervalo de tiempo del 2012-2017 y artículos en español. Para su búsqueda se utilizaron los siguientes descriptores: cuidados paliativos, aspectos éticos, personal sanitario, cuidados domiciliarios. Se encontraron 25 artículos de los que se seleccionaron 15 que cumplieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS: Los aspectos éticos en cuidados paliativos domiciliarios más relevantes fueron comunicación con el paciente y la familia, aspectos espirituales y religiosos, tratar al paciente por consideración a los familiares, sedación del paciente según la petición de los familiares y mantener la vida a cualquier costo.

CONCLUSIÓN: El conocimiento de los aspectos éticos de los cuidados paliativos por parte del equipo multidisciplinar es ideal para que todo el personal tenga la capacidad de ocuparse de todas las áreas de la persona enferma: somática, psicológica, social y espiritual.

PALABRAS CLAVE: ASPECTOS ÉTICOS, PERSONAL SANITARIO, CUIDADOS DOMICILIARIOS, CUIDADOS PALIATIVOS.

CONTROL DE SÍNTOMAS EN CUIDADOS PALIATIVOS: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HALITOSIS

CARMEN NAVARRO ROJAS, MARÍA JOSÉ BARBA FERNÁNDEZ, SIMONA BARBA FERNÁNDEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 74 años diagnosticado en 2014 de cáncer de pulmón con metástasis Óseas a nivel de caderas y vértebras lumbares. No siguió tratamiento oncológico en el momento del diagnóstico por lo que se descartó ya desde ese momento cualquier intervención específica. Durante estos 3 años ha estado en seguimiento por el médico y enfermera de su centro de salud. Actualmente se encuentra en el programa de Cuidados Paliativos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente se queja de sequedad de boca que hasta le impide tragarse algunas pastillas. En cada visita domiciliaria se realiza toma de constantes: Tensión Arterial: 110/60 mm/hg. Glucemia: 98 mg/dl. Saturación de 89% con aporte de oxígeno mediante gafas nasales. Frecuencia Cardíaca: 105 lpm.

JUICIO CLÍNICO: Halitosis. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Candidiasis.

PLAN DE CUIDADOS: Para evitar el mal aliento: Cepillarse los dientes y la lengua después de cada comida. Hacer enjuagues después de cada comida con soluciones antisépticas. Si tiene prótesis dental cuidar especialmente su higiene. Hidratar los labios con crema de cacao. Evitar el alcohol y el tabaco. Para aumentar la salivación: Chupar pastillas de vitamina C, trozos de piña, caramelos sin azúcar o cubitos de hielo hasta que se deshagan en la boca. Beber zumos con vitamina C. Tomar los alimentos blandos o triturados. Tomar frecuentes sorbos de agua reteniéndolos en la boca durante 5 segundos.

CONCLUSIONES: La halitosis no es un síntoma grave pero si condiciona de una forma especial la vida de una persona. Una boca en buenas condiciones es imprescindible para beber, comer, hablar y besar, actividades todas ellas normalmente placenteras y deseables. Sus causas son múltiples, pero este problema constituye un claro ejemplo de como con medidas muy sencillas se obtiene una gran mejora en el bienestar.

PALABRAS CLAVE: HALITOSIS, CUIDADOS, PALIATIVOS, ENFERMERÍA.

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DOLORES MARTINEZ PEÑA, ROCIO JODAR LOPEZ, MARIA DEL CARMEN GARCIA VICO

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son definidos como la asistencia total y activa a los pacientes y a sus familias por un equipo multiprofesional, cuando no hay esperanza de curación. Las enfermedades graves y crónicas junto con sus tratamientos provocan ansiedad, depresión y desánimo, siendo necesario centrarse en todas las dimensiones del enfermo.

OBJETIVOS: Determinar la máxima calidad de vida para el paciente aliviando el dolor y preservando su autonomía.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica sobre las necesidades básicas en un paciente terminal para fomentar y promover su salud de forma integral. Se utilizan los buscadores de Pubmed, Scielo, Google Academy. Los descriptores utilizados han sido; Cuidados paliativos, calidad de vida, enfermería.

RESULTADOS: En el momento en el que los tratamientos disponibles se van agotando, los profesionales enfocan la salud a la promoción del confort del enfermo y su familia. Para ello las bases de la terapéutica en pacientes terminales será: Atención integral, el enfermo y la familia, la promoción de la autonomía y la dignidad, actitud activa y buen ambiente.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos deben ser individualizados e integrales, ya que las intervenciones del personal sanitario se planifican desde un orden bio-psico-social-espiritual, para conseguir la aceptación de la muerte.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, DOLOR, CALIDAD DE VIDA, PERSONAL DE ENFERMERÍA.

LA PREPARACIÓN DE LOS CUIDADORES PRINCIPALES ANTE LA MUERTE INMINENTE DEL PACIENTE

BELEN LOZANO CAMACHO, ANA MARÍA ÁLVAREZ GALLARDO, JOAQUINA RODRÍGUEZ ALONSO

INTRODUCCIÓN: Se considera paciente terminal a aquel que se encuentra en la etapa final de alguna enfermedad que no puede ser curada y presenta una esperanza de vida corta. Por otro lado se define como cuidador principal a aquella persona que puede ser familiar o no y que satisface diariamente las necesidades físicas y emocionales del paciente. Éste se encarga de la reorganización, mantenimiento y cohesión familiar.

OBJETIVOS: Identificar las dificultades que presentan los cuidadores de pacientes terminales. Analizar la utilidad y eficacia de los talleres realizados.

METODOLOGÍA: Se entrevistan a 10 familiares/cuidadores de pacientes terminales atendidos en domicilio por los servicios de A. P. , Para comprobar si les han servido de ayuda los talleres planificados.

RESULTADOS: Ellos nos muestran a veces las dificultades para acceder a los servicios sanitarios y la desinformación de sobre los programas a su alcance. Generalmente, el cuidador no se siente preparado para desempeñar su función, generando mayor sentimiento de culpabilidad y ansiedad. Es por esto que desde a. P. Realizamos talleres para desarrollar la necesidades básica, adecuación del domicilio, prevención de la claudicación familiar, el duelo patológico, tratar la incomunicación entre familiares, la sobreprotección y el aislamiento. Tras dichos talleres el 70% de las personas que preguntamos al principio y que acudieron a ellos nos muestran su mejoras en el 100% de los cambios realizados. El otro 30% nos comenta que han puesto en práctica algunos de nuestros consejos y también han sido positivos.

CONCLUSIÓN: Es evidente que para poder prestar la mayor atención posible al paciente en situación de enfermedad avanzada y a sus familiares, es necesaria una formación específica en los aspectos vinculados a la muerte, enfermedad, afrontamiento, duelo y cuidados paliativos. Las actitudes del profesional revisten gran importancia por la forma en como éstas influyen en la relación interpersonales y atención a pacientes y familiares.

PALABRAS CLAVE: AGOTAMIENTO, TERMINAL, AFRONTAMIENTO, PÉRDIDA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

JOSÉ ANTONIO AGUDO CABALLERO, JOSÉ CARLOS ROJAS FERNÁNDEZ, ESTHER ALBÍN CARRERAS

INTRODUCCIÓN: El reservorio subcutáneo, es un catéter venoso central, que va a estar implantado un largo tiempo. Requieren ser insertados quirúrgicamente debajo de la piel a nivel del tórax. Están indicado para todos aquellos pacientes que requieran un acceso vascular repetido o continuo, por donde se puede administrar medicamentos, nutrición parenteral, quimioterapia, sangre o extracciones analíticas.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son los cuidados generales de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son: Cuiden Plus, Scielo, Medline, Google Académico. La búsqueda está comprendida de 2010 a 2012. De un total de cinco referencias encontradas tras la búsqueda, fueron tres las que se eligieron para la realización del actual trabajo. Se excluyeron aquellos archivos que no forman parte del tema principal del trabajo o no cumplen criterios de inclusión planteados en nuestro estudio. Descriptores: reservorio subcutáneo, enfermería, cuidados, calidad.

RESULTADOS: Extremar las medidas de asepsia en toda manipulación; mantener la pinza siempre cerrada cuando no se esté infundiendo/administrando medicación; lavar el catéter con 5cc. De suero fisiológico antes y después de administrar medicación; sistemas de NPT o lipídicas cambiar cada 24 horas; desechar unos 10 cc de sangre tras puncionar para eliminar el sellado; los catéteres que no se vayan a utilizar en tiempo prolongado, se realiza un sellado una vez al mes; el reservorio se hepariniza con 5 cc de suero heparinizado; hacer siempre las manipulaciones/desconexiones por debajo de la altura del corazón, para no dejar la vía aérea abierta, evitando así el riesgo de embolia gaseosa.

CONCLUSIÓN: Los reservorios venosos subcutáneos se implantan cada vez con más frecuencia en los pacientes oncológicos. El papel de enfermería es muy importante a la hora de prestar cuidados de calidad, garantizando su buen estado y mantenimiento. Para ello deben conocer su funcionamiento y las pautas de cuidado.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO SUBCUTÁNEO, ENFERMERÍA, CUIDADOS, CALIDAD.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

PILAR AMPARO POVEDA GONZALEZ, MARIA ANGUSTIAS FLORES CASTILLO, ISABEL MARIA ANDUJAR PLAZA

INTRODUCCIÓN: Podemos definir los cuidados paliativos como el cuidado activo y total de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo. Es primordial el control del dolor, de otros síntomas, y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales

OBJETIVOS: Determinar las funciones que se establecen en los cuidados paliativos ante el paciente en el ámbito sanitario.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos sobre dicho tema.

RESULTADOS: Los objetivos de los cuidados paliativos pueden agruparse en bienestar físico que abarca el tratamiento del dolor y el resto de cuidados físicos (nutrición e hidratación, disnea, náuseas, fatiga, incontinencia y problemas intestinales). El bienestar psicológico que atiende la ansiedad y la depresión, síntomas frecuentes en esta etapa u otros como el delirio, la intranquilidad y la agitación. El bienestar social donde se involucra a los familiares y también a los profesionales sanitarios. Y el bienestar espiritual donde se incluye la fe en la religión en la que crea y practique el paciente, así como la vivencia de incertidumbre, la esperanza y la búsqueda de sentido. La enfermedad terminal puede presentarse a cualquier edad. Cada día se manifiesta mayor interés por los cuidados paliativos, la atención en el morir. La agonía, así como la muerte, implican procesos de adaptación singulares para la persona, su familia y los cuidadores. Morir es un acto altamente individual, condicionado por todas las peculiaridades de la persona y su entorno.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos, incluyen los cuidados de cualquier síntoma molesto, del dolor y del sufrimiento de la persona, con la finalidad de que estas personas vivan con plenitud sus últimos meses o días de vida y se preparen para una buena muerte.

PALABRAS CLAVE: EL FINAL, ALIVIAR, CUIDADOS PALIATIVOS, AUXILIAR DE ENFERMERÍA.

EL SEGUIMIENTO PALIATIVO A PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLON

LOURDES HERMOSO DE CASTRO, ROCÍO ÁLVAREZ EXPÓSITO, DANIEL GUTIÉRREZ AMADOR

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: : Paciente varón de 52 años es diagnosticado de suboclusión intestinal por adenocarcinoma de colon con carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas y ganglionares. Es derivado del servicio de Oncología Médica del Hospital Reina Sofía de Córdoba para el seguimiento y control en domicilio por parte del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) por no existir mejoría del cuadro suboclusivo. Se encuentra consciente y ligeramente confuso en tempo espacial, la auscultación cardíaca es rítmica y el murmullo vesicular conservado. No sensación nauseosa, no tiene vómitos. Parestesia en la zona del muslo, vasto externo. Atrofia muscular, ascitis en pequeña cantidad, no edemas en MMII, no signos de TVP (trombosis venosa profunda).

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: El paciente se encuentra consciente y ligeramente confuso en tiempo y espacio, adormilado. Encontramos a un paciente caquéxico; (desnutrido, con atrofia muscular, fatiga, debilidad, anorexia). La auscultación cardíaca es rítmica PA: 100/60 FC: 64 lpm Tª 36, 3º. Portador de sonda nasogastrica, dos vías subcutáneas, y el reservorio. Se observan heridas quirúrgicas en el abdomen y otras secundarias de menor importancia por cateterismos, todas están resueltas.

JUICIO CLÍNICO: Suboclusión intestinal por adenocarcinoma de colon con carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas y ganglionares. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Diverticulitis, pólipos adenomatosos, enfermedad inflamatoria intestinal.

PLAN DE CUIDADOS: Instruir al paciente sobre las medidas para minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones, apoyar al paciente y a la familia en estadio de pena, controlar las infecciones minimizando el contagio y transmisiones de agente infecciosos.

CONCLUSIONES: Tras repetidos cambios en la nutrición, finalmente optan por administrarla por vía subcutánea. El usuario presenta cada vez más episodios de inquietud, dolor, y lenguaje incoherente. Se instaura bomba elastomérica por la noche con perfusión de midazolam. Al cabo de los días, se produce fallo multiorgánico.

PALABRAS CLAVE: ADENOCARCINOMA COLÓN, CUIDADOS PALIATIVOS, EDUCACIÓN SANITARIA, METÁSTASIS.

IMPORTANCIA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA COMUNICACIÓN EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA DE GRACIA MUELA GÓMEZ, MARÍA DE LOS ÁNGELES TORRES TORRES

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son un campo novedoso en el que los profesionales sanitarios hoy en día no están totalmente familiarizados. Entre los cuidados específicos como alivio del dolor, higiene, actividad física o alimentación toma una gran relevancia la comunicación que se establece entre el paciente terminal y su familia y el servicio de enfermería.

OBJETIVOS: El objetivo es determinar una correcta comunicación entre el paciente terminal y su familia y el personal sanitario. Así podremos dar una asistencia integral para una mejor calidad de vida de estos pacientes y su entorno.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica del Manual del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) 2017. Los descriptores utilizados fueron: Importancia, TCAE, comunicación, unidad, cuidados paliativos.

RESULTADOS: Los puntos a tener en cuenta para tener un buen grado de comunicación en una unidad de cuidados paliativos son: Tener resuelta la actitud ante la propia muerte. Saber escuchar. Empatía. Uso de un lenguaje adecuado. Comunicación no verbal. Respeto a los juicios, confidencias y creencias religiosas del paciente y familiares. Flexibilidad de trato. Control de la implicación emocional. Adecuado control del estrés.

CONCLUSIÓN: Como Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, tenemos un contacto estrecho con los pacientes terminales. Ellos experimentan un gran impacto emocional con un elevado sufrimiento, de ahí, que debemos cuidar nuestra comunicación con ellos.

PALABRAS CLAVE: IMPORTANCIA, TCAE, COMUNICACIÓN, UNIDAD, CUIDADOS, PALIATIVOS.

CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE CON 80 AÑOS

ROSA LIDIA ESCALONA PRIETO, PATRICIA MONTIEL CRESPO, ROCIO INMACULADA SANCHEZ MARTIN

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 80 años atendido por el 061. Refiere la cuidadora que tras el desayuno presentó aumento de disnea, tos y fiebre. Viudo vive con su hija que es cuidadora principal. Es hipertenso, ex bebedor importante desde hace años, ex fumador hace 7-8 años de 70 paquetes /año, diagnosticado de EPOC con oxígeno domiciliario dependiente, hepatopatía etílica, epilepsia, intervenido de cataratas. Paciente incluido en programa de cuidados paliativos.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: A su exploración consciente y orientado, no rigidez de nuca, ventila ambos campos aunque presenta hipoventilación en campos altos. Se realiza pruebas radiológicas: placa y TAC de tórax y abdomen, en la que se observa masa hilar derecha y aumento de densidad del lóbulo superior derecho. Se realiza biopsia por broncoscopia.

JUICIO CLÍNICO: Neoplasia pulmonar. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Con los datos de la anamnesis la sospecha diagnóstica inicial fue la infección respiratoria por broncoaspiración, en el Tac se detecta placas pleurales calcificadas a nivel paravertebral inferior izquierdo, marcados signos de enfisema, varios micronódulos, estenosis de bronquios pero tras los resultados de anatomía patológica se confirma neoplasia pulmonar.

CONCLUSIONES: Los cuidados paliativos consisten en atender al paciente cuando ya no responden a tratamientos curativos. Controlar síntomas refractarios como el dolor, confusión, agonía, disnea, son los objetivos de estos cuidados. La enfermería proporciona una atención integral tanto al enfermo como a la familia, para ello debe planificar, coordinar los procedimientos enfermeros para garantizar la máxima eficiencia en el proceso asistencial.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, NEOPLASIA, PROCESO DE ENFERMERÍA, DOLOR.

SEDACIÓN PALIATIVA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARTA CORTÉS CAMPOS, LAURA TORRES FUENTES, SONIA ALIX LERIA

INTRODUCCIÓN: La sedación paliativa es un tratamiento sencillo que se basa en la administración de fármacos para reducir la conciencia de un paciente con enfermedad terminal. Su finalidad es aliviar los síntomas refractarios.

OBJETIVOS: Actualizar los conocimientos del personal sanitario sobre los aspectos más importantes de la sedación paliativa.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la literatura disponible. Descriptores de búsqueda: Sedación paliativa, enfermo terminal, cuidados de enfermería y sus análogos en inglés. Operadores booleanos: And y or. Bases de datos utilizadas: Medline, Cochrane library, Pubmed, Cinahl y Scielo. Criterios de inclusión: Artículos científicos publicados en los últimos 7 años. Idioma utilizado: Inglés y español.

RESULTADOS: La aplicación de la sedación paliativa requiere: -Síntomas refractarios intensos al tratamiento. -Consentimiento informado por escrito del paciente o representante legal y su posterior registro en la historia clínica. -Administración de fármacos en dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado. -La sedación no exime de la continuidad de los cuidados básicos del enfermo. -Es fundamental realizar una evaluación y seguimiento de la sedación mediante: Escala de Ramsay: Nivel de sedación. Control de temperatura, secreciones, frecuencia respiratoria y diámetro pupilar. Apoyo emocional a la familia.

CONCLUSIÓN: Es fundamental que el personal de enfermería tenga una formación adecuada en sedación para poder realizar y evaluar el procedimiento de forma correcta.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO TERMINAL, CUIDADOS, SEDACIÓN PALIATIVA, ENFERMERÍA.

ATENDER A LOS PACIENTES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DESDE UN PUNTO DE VISTA HUMANO

ANDREA IBAÑEZ LOPEZ, MELODY PRADOS RODRIGUEZ, NOELIA GARCIA GARCIA

INTRODUCCIÓN: La Uci puede ser un lugar hostil para los pacientes y familiares ya que al estar tan monitorizado se pierde la cercanía con estos, siendo de vital importancia ya que es un lugar donde se pasan situaciones de estrés, ansiedad y angustia.

OBJETIVOS: Estudiar el papel del personal sanitario en la humanización de la atención en pacientes de estado crítico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado la búsqueda bibliográfica y consultando bases de datos de Scielo, Pubmed, Dialnet; realizando una lectura reflexionando sobre artículos relacionados de los 10 últimos años usando como descriptores: unidad de cuidados intensivos, humanización en salud, paciente, personal sanitario.

RESULTADOS: Se refleja que involucrar a la familia en el progreso del paciente siendo flexible en los horarios de visita y en el cuidado de la persona enferma conlleva beneficios tanto para el paciente como para sus familiares.

CONCLUSIÓN: Humanizar la atención al paciente es hacer menos dura y cruel la atención que recibe ya que el principal objetivo del personal sanitario es mantener al paciente con vida y detectar precozmente complicaciones que puedan surgir. Existen profesionales que están de acuerdo en la humanización de dicho proceso y otros que no ya que dicen que no hay los recursos materiales, económicos y humanos suficientes para poder llevar a cabo dicha atención. Por lo tanto se debería estudiar si se podrían satisfacer en la medida de lo posible.

PALABRAS CLAVE: UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HUMANIZAR, PERSONAL SANITARIO, PACIENTE.

EL EJERCICIO FÍSICO COMO MÉTODO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

TOMAS BAYO CANO, ALBERTO FERNÁNDEZ MEDINA, ALICIA MÁRQUEZ PÉREZ

INTRODUCCIÓN: La esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta al sistema nervioso central, y con ello a las capacidades cognitivas y motoras de los individuos.

OBJETIVOS: Identificar las ventajas en la calidad de vida de los pacientes con esclerosis múltiple tras realizar un programa de ejercicio físico.

METODOLOGÍA: Se buscaron artículos en la base de datos Pubmed, Biblioteca Virtual en Salud España y Cochrane con los descriptores ejercicio y esclerosis múltiple, de los cuales se escogieron aquellos artículos desde el 2014 hasta la actualidad y que analicen la intervención mediante ejercicio físico como método para mejorar la calidad de vida en los pacientes con esclerosis múltiple. De un total de 45 artículos, se seleccionaron dos de ellos.

RESULTADOS: Los artículos se seleccionaron en función de si analizaban la calidad de vida en los pacientes con esclerosis múltiple tras un programa de realización de ejercicio físico. La realización de ejercicios físico en estos pacientes le ayuda a mejorar sus habilidades cognitivas, además de mejorar la capacidad de inhibición de respuesta. También aumenta la coordinación motora, el equilibrio, la motricidad y su capacidad motora, con lo que aumenta la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria.

CONCLUSIÓN: En conclusión podemos decir que un programa de ejercicio físico en pacientes con esclerosis múltiple ayuda a mejorar sus capacidades motoras y cognitivas mejorando así su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS MÚLTIPLE, EJERCICIO, CALIDAD DE VIDA, CAPACIDAD FUNCIONAL.

ENFERMERÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: PROPUESTA DE VALORACIÓN ENFERMERA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

DESEADA HERNANDEZ CAÑETE, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, MARIA GARCIA CARMONA

INTRODUCCIÓN: El papel del personal de enfermería ante un paciente en situación terminal es muy importante tanto para el tratamiento y control de los síntomas, como para el apoyo espiritual. Los enfermeros han de ser capaces de valorar los síntomas y las necesidades del paciente no sólo para cuidar sino también para coordinar y organizar sus cuidados, a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Sólo un 14 % de las personas que necesitan cuidados paliativos los recibe, según la OMS. En Atención Primaria existe una falta de conocimientos y/o recursos prácticos relacionados con cuidados paliativos puede dificultar el proceso de valoración, influyendo negativamente en los cuidados prestados.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de valoración del paciente paliativo que permitan a los profesionales de enfermería de Atención Primaria detectar las necesidades del paciente teniendo una visión holística.

METODOLOGÍA: Se trata de una búsqueda bibliográfica sistematizada de carácter descriptivo. Se han utilizado los buscadores Google Académico y diversas bases de datos como Cochrane library Plus, Pubmed, CINAHL.

RESULTADOS: Tras excluir los artículos publicados hace más de 5 años, han sido 15 artículos científicos que han resultado búsqueda. De estos 15 en ninguno se realiza una valoración enfermera global del paciente paliativo, sino que son valoraciones enfermeras ante síntomas específicos que pueden darse en el paciente terminal. Para valorar de forma holística al paciente terminal es necesaria una herramienta de valoración que tenga en todas las necesidades de la persona, bien sean físicas, sociales, psicológicas, espirituales y/ o culturales.

CONCLUSIÓN: Esta valoración puede realizarse siguiendo el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, permitiendo de esta forma mejorar la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, al tener una visión de las necesidades del paciente.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN PRIMARIA, ENFERMERÍA, PALIATIVOS, PROTOCOLO.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE TERMINAL

VERONICA ORTIZ BERMUDEZ, NATALIA VEGAS NAVAS, MARÍA JOSE CANO VALENCIA

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos es atender a los pacientes con enfermedades en fase terminal, mejorando su calidad de vida por medio del control del sufrimiento. El auxiliar de enfermería debe colaborar en los cuidados de la manera más empática hacia el enfermo para ayudar a afrontar y tratar la enfermedad de la manera más confortable posible. Los cuidados paliativos sirven para aliviar el sufrimiento del paciente crónico y/o en fase terminal y su familia, atendiendo en lo posible sus necesidades integrales. Mejorar la calidad de vida de los pacientes afrontando la enfermedad con la ayuda del auxiliar de enfermería en las actividades básicas de la vida diaria.

OBJETIVOS: Conocer la información disponible acerca de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en bases de datos y páginas web, utilizando descriptores relacionados con los cuidados paliativos.

RESULTADOS: Desempeñar un importante papel para conseguir que el cuidado paliativo se realice lo más confortable posible a nivel psicológico, social, familiar para que el enfermo pueda llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria con la mayor normalidad y comodidad posible. Los cuidados paliativos pueden abordar estos efectos de la enfermedad de la persona. Problemas físicos, Problemas emocionales, sociales y de afrontamiento. Problemas prácticos y asuntos espirituales. Esto se ofrece normalmente cuando se espera que la persona viva 6 meses o menos.

CONCLUSIÓN: Atención integral. Proporcionar el alivio al dolor, sin prolongar sin acortar la vida, dar confort al máximo, promover la autonomía la dignidad del paciente, detener un tratamiento ineficaz, preparar y acompañar en el duelo.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, CONFORT, ALIVIO DEL DOLOR, TERMINALES, ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA-FAMILIA EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

DESEADA HERNANDEZ CAÑETE, DEBORA GARRIDO ESPARTAL, MARIA GARCIA CARMONA

INTRODUCCIÓN: La enfermera ha de desarrollar ciertas habilidades en el ámbito de la comunicación, pues ello incide en una mayor calidad de la atención sanitaria. La comunicación se convierte en el principal pilar para el cuidado de estos niños y sus padres. Se hace necesario incluir a la familia en la atención de enfermería pues su participación en los cuidados generan emociones positivas que amortiguan el dolor de la muerte.

OBJETIVOS: Identificar los diversos aspectos en la comunicación enfermera-familia en cuidados paliativos pediátricos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos (PubMed, ScienceDirect, SciELO), limitando la búsqueda a artículos publicados en español e inglés desde el año 2014 hasta hoy. Entre los artículos en castellano e inglés, se han seleccionado 19.

RESULTADOS: La necesidad de que los profesionales sanitarios adopten una actitud empática a la hora de informar y comunicar a los padres. Estos últimos aprecian la sensibilidad y tacto, apreciando que el equipo muestre interés por ellos. Consideran los familiares que la información que se les facilita ha de ser clara, coherente, sincera y honesta. Será preciso repetir varias veces la información, en un lenguaje que ellos puedan comprender, hasta que sean capaces de entenderla y aceptarla. Las familias de los niños en CPP sienten la sensación de que disponen de menos información de la que les gustaría obtener, así como que la misma les es dada con menos frecuencia. Destacan que dicha comunicación debe ser continua y llevarse a cabo con tiempo, sin prisas, y escuchándolos activamente.

CONCLUSIÓN: La enfermera mantiene un contacto más próximo y frecuente con el niño y sus padres en las unidades de CPP, es muy importante que conozca los principales aspectos y factores que pueden favorecer o entorpecer tal comunicación. De ello va a depender que las familias sufran mas o menos ansiedad, confusión, estrés, etc.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVOS, PEDIATRÍA, PROTOCOLO, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

DOLOR Y DEMENCIA EN EL PACIENTE ANCIANO

DOLORES ANGULO RODRÍGUEZ, CARMEN LAURA BURGOS POLO, OLGA AGUILAR MARQUEZ

INTRODUCCIÓN: La concurrencia del dolor en el paciente anciano es muy común. Estudios epidemiológicos han demostrado que la influencia del dolor persistente/crónico aumenta con la edad como por ejemplo: problemas articulares, óseos (aplastamientos vertebrales complicadas con osteoporosis, artritis, fractura de cadera etc.), Lumbalgias, problemas degenerativos crónicos, más habituales en personas mayores que en jóvenes; y por otro lado sabemos que el envejecimiento de la población es la principal causa de que la demencia esté aumentando de forma paulatina.

OBJETIVOS: Conocer los mecanismos que tiene que utilizar enfermería para valorar el dolor en el paciente con demencia e identificar vías a seguir para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en distintos artículos publicados en el área de gerontología en la base de datos de Scielo, Pubmed, Medline usando como descriptores: dolor, demencia, paciente anciano, tratamientos.

RESULTADOS: El envejecimiento produce un aumento de patologías que causan dolor: enfermedades degenerativas, inflamatorias, fracturas secundarias a osteoporosis senil, así como aumento de causas de dolor neuropáticos como herpes zoster, diabetes etc. En los pacientes con demencia se deben diferenciar los distintos tipos de dolor (nociceptivo, neuropático, mixto) y su temporalidad (agudo, crónico, persistente) para conocer el nivel de discapacidad que genera, teniendo en cuenta que el dolor tiene componentes conductuales, cognitivos, afectivos entre otros.

CONCLUSIÓN: El dolor es muy frecuente entre los ancianos, y existen pocos métodos que se adapten a ellos. El tratamiento con fármacos se hace complicado por el aumento de reacciones adversas porque son más vulnerables neurológicamente. Es necesaria una escala sencilla, como por ejemplo las escalas observacionales para el paciente geriátrico, con un tratamiento precoz y fácil de aplicar para mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, DEMENCIA, PACIENTE ANCIANO, TRATAMIENTOS.

CUIDADOS A PACIENTES CON ENFERMEDADES TERMINALES

ISIDORO RAMIREZ CABELLO, ALBERTO RAMOS GONZÁLEZ, FRANCISCA MORENO MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados a pacientes con enfermedades terminales, van asociados con un empeoramiento del pronóstico, que normalmente van asociados a la misma enfermedad. En muchas ocasiones ahí complicaciones que no son diagnosticadas como tal y no se tratan como deberían. Intentaremos evaluar los problemas existentes que sufren estos pacientes que necesitan cuidados paliativos e intentaremos con nuestra ayuda que estén lo mejor cuidado posible estableciendo un plan terapéutico.

OBJETIVOS: Analizar la necesidad de establecer métodos de cuidados en pacientes con enfermedades terminales. Determinar un plan de cuidados y plan terapéutico en pacientes que necesitan cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Revisiones bibliográficas de publicaciones científicas: revisiones de artículos científicos, guías de cuidados, revistas electrónicas... en los diez últimos años.

RESULTADOS: Se escogerán los artículos que se ajusten a los objetivos del trabajo, y tras analizar los artículos y trabajos realizados, realizaremos un plan a seguir sobre el manejo y los cuidados que debemos prestar a los pacientes con enfermedad terminal. Con este plan de cuidados que hemos realizado evaluaremos la evidencia de los estudios y la necesidad de profundizar en el tema de los pacientes que requieren cuidados paliativos debido a su enfermedad terminal.

CONCLUSIÓN: Necesitaremos un plan terapéutico que se guiará por una valoración individualizada, en la cual se recomienda realizar una valoración de medicación farmacológica, una monitorización de síntomas, instaurar medidas ambientales y realizar una reevaluación periódica de los cuidados paliativos que necesitara el paciente terminal.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, CUIDADOS PALIATIVOS, PLAN TERAPÉUTICO, ENFERMEDAD TERMINAL.

CUIDADOS DEL PACIENTE PALIATIVO CON HEMORRAGIA MASIVA

ANA JIMENEZ NOGUERO, PAULA DEL OLMO ROLDÁN, VICTORIA MERINA OBREGÓN

INTRODUCCIÓN: Son varias las definiciones de hemorragia masiva y de escaso valor clínico, entre ellas podemos destacar: Pérdida del 50% de la volemia en 3 horas. Pérdida >150 ml/min por mas de 10 minutos. La hemorragia masiva suele venir precedida de episodios de pérdida de sangre de menor cuantía, su incidencia en paciente con cáncer avanzado es aproximadamente del 6-10% y son potencialmente letales.

OBJETIVOS: Determinar medidas consensuadas en el manejo del paciente con hemorragia masiva.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en Dialnet, Medline, Scielo y Cochrane library. Descriptores: “hemoptisis”, “hemorragia masiva”, “agonía”, “oncológico”, “paliativo”, “enfermería”.

RESULTADOS: Informar a los familiares de la posibilidad de que se de un sangrado masivo y las principales medidas de actuación. En caso de que se produzca, favorecer la intimidad del paciente, elevar cabecero de la cama, disponer de palangana y ropa de cama, toallas o paños oscuros, para minimizar el impacto visual de la sangre. Comprimir zona de sangrado, colocar al paciente en decúbito lateral para prevenir ahogamientos, preparar medicación (midazolam según pauta) para realizar sedación de emergencia si fuese preciso, administración de hemocomponentes y hemostáticos.

CONCLUSIÓN: La hemorragia masiva conlleva una gran mortalidad e impacto emocional tanto en familiares del paciente como en el personal sanitario, por ello es necesario conocer las medidas de actuación y llevarlas a cabo con la máxima celeridad, disminuyendo el sufrimiento del paciente y su entorno en la medida de lo posible.

PALABRAS CLAVE: HEMOPTISIS, HEMORRAGIA MASIVA, PALIATIVO, AGONÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE PALIATIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PATRICIA HERMOSA SÁNCHEZ DE IBARGÜEN, VERÓNICA VEGA GÓMEZ, JESÚS MUÑOZ FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La muerte en domicilio continúa sin ser aceptada en la actualidad como parte del ciclo vital, haciendo que muchas personas pasen sus últimos días de vida lejos de sus familiares, en un entorno frío sin la privacidad e intimidad necesaria. Por ello es necesario que los profesionales tengan los conocimientos y capacidades para afrontar este tipo de situaciones de la manera mas adecuada.

OBJETIVOS: Determinar las pautas de actuación en relación a los cuidados de enfermería en el paciente paliativo en el servicio de urgencias.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica y sistemática en diversas bases de datos y artículos científicos.

RESULTADOS: El paciente terminal es aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable. El Pronóstico de vida es sobre los 6 meses. Por lo que el paciente en situación de últimos días, su pronóstico es menor a una semana. Las características físicas serían inestabilidad hemodinámica, trastornos cognitivos, emocionales como reacciones hipo o hiperreactivas y socioculturales con la aceptación/negación del entorno familiar. En relación a las medidas de confort, se establece un control de los síntomas vía SC o IV mediante fármacos e eficacia inmediata: analgésicos tercer escalón (morfina), antieméticos, anticomiciales y tranquilizantes (BZD), neurolépticos, corticoides (en aumento de PIC). Retirar fármacos sin eficacia inmediata (insulinas, antiarrítmicos...) y sueroterapia (puede aumentar secreciones y disminuir el confort) y medidas no farmacológicas como cuidados de la piel, boca, control de la incontinencia urinaria, control de delirium, etc. La sedación es una decisión facultativa para tratar síntomas físicos y psicológicos refractarios a otros tratamientos, aliviando el distrés a pesar de efectos secundarios como disminución del nivel de conciencia.

CONCLUSIÓN: La formación de los profesionales de urgencias en la evaluación de pacientes, en estrategias y habilidades en el tratamiento de cuidados paliativos, en las decisiones ético-terapéuticas y en la comunicación contribuirá al mejorar acogimiento y atención de los pacientes que vienen a fallecer a urgencias. El uso de un protocolo común para el control de síntomas garantiza unos correctos cuidados hospitalarios, y se debe insistir en que morir con dignidad significa morir sin dolor.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMERÍA, PALIATIVOS, URGENCIAS.

PROTOCOLO DE USO Y MANTENIMIENTO DEL RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO

URSULA CANTERO HERNANDEZ, LOURDES MARTIN REYES, MARIA BRIALES MEDINA

INTRODUCCIÓN: El reservorio se coloca a nivel subcutáneo y se sujeta a un catéter silástico colocado en una vena central. El dispositivo más utilizado es el sistema Port-a-cath.

OBJETIVOS: Determinar el protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venoso subcutáneo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión y análisis de diversas bases de datos y buscadores científicos. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: El protocolo a seguir es el siguiente: Evaluar la integridad del reservorio antes de cualquier manipulación. Purgar el equipo de punción con SF y una jeringa de 10ml, pinzar tubuladora y mantener jeringa conectada. Con los dedos índice y pulgar de una mano localizar y fijar el reservorio. Con la otra mano sujetar el equipo y puncionar el reservorio en el centro, en ángulo recto con respecto a la base, hasta notar que la aguja toca con el fondo rígido del reservorio. Comprobar que la posición de la aguja es correcta mediante la presencia de retorno venoso, desechando siempre unos 6 ml de sangre, con el fin de limpiar el suero heparinizado del sistema. No movilizar ni manipular la aguja una vez colocada porque podría provocar fugas y/o dañar la membrana. Indicaciones: Administración de medicación en bolo, Antes de iniciar el tratamiento limpiar con unos 5 ml de suero fisiológico. Toma de muestras. Perfusión continua. Tras realizar cualquier procedimiento lavar con 20 ml de suero fisiológico y heparinizar. Proporcionar un acceso repetido al sistema vascular para la administración de: Medicación en bolo o perfusión. Fluidos intravenoso. Nutrición parenteral. Derivados hemáticos. Agentes citostáticos. Extracciones sanguíneas. Medición de PVC. Proporciona una vía de acceso en pacientes con acceso venoso periférico dificultoso.

CONCLUSIÓN: Queda demostrado que estos dispositivos mejoran la calidad de vida de los pacientes, permitiendo una vía de acceso venoso permanente, estable y seguro, disminuyendo el sufrimiento del enfermo.

PALABRAS CLAVE: PORTH-A-CATH, RESERVORIO, ACCESO VENOSO IMPLANTABLE, ENFERMERÍA.

PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA REAGUDIZADA POR UNA INFECCIÓN RESPIRATORIA

ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO, LORENA ESPEJO GARCÍA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Hombre de 88 años, que acude a urgencias por aumento de disnea hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con aumento de la tos y la expectoración, que refiere como marrónácea, sin fiebre asociada desde hace una semana.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Taquipnea con los movimientos. Bien hidratado y perfundido. ACP: Rítmico 90 lpm sin soplos. Roncus abundantes dispersos bilaterales con sibilancias respiratorias asociadas. TA: 110/35 mm HG Tª: 36.6 &Ordm; C Sat O2 : 96% RX tórax: ICT normal, no imágenes de condensación neumónica con pinzamiento de seno costofrénico (similar a anteriores).

JUICIO CLÍNICO: A través de la analítica y pruebas realizadas podemos afirmar que se trata de una reagudización del EPOC. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Reagudización de EPOC. Crisis broncoespasmos.

PLAN DE CUIDADOS: Manejo de las vías aéreas. Oxigenoterapia. Monitorización de signos vitales. Aerosolterapia. Fomentar el uso de espirometría. Mantener vías aéreas permeabilizadas.

CONCLUSIONES: Los objetivos de crear un plan de cuidados adecuado a un paciente con Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, así como el conocimiento de la etiología de esta patología, y su diagnóstico han sido alcanzados de manera adecuada. La complejidad de esta enfermedad radica en la dificultad de poner un tratamiento que mejores los síntomas del paciente. El proceso del cuidado de enfermería supone una herramienta básica, ya que mediante su metodología de trabajo, la enfermera interactúa con el paciente para conseguir los datos necesarios de la formulación de los diagnósticos de enfermería que nos dan a conocer las necesidades que deben satisfacerse del usuario.

PALABRAS CLAVE: EPOC, BRONQUITIS, OXIGENOTERAPIA, ENFISEMA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

ANA LOPEZ RODRIGUEZ, MARIA JOSÉ CABRERA CABALLERO, LORENA ESPEJO GARCÍA

INTRODUCCIÓN: El reservorio subcutáneo, es un catéter venoso central, que va a estar implantado un largo tiempo. Requieren ser insertados quirúrgicamente debajo de la piel a nivel del tórax. Está indicado para todos aquellos pacientes que requieran un acceso vascular repetido o continuo, por donde se puede administrar medicamentos, nutrición parenteral, quimioterapia, sangre o extracciones analíticas.

OBJETIVOS: Conocer cuáles son los cuidados generales de enfermería.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como son: Cuiden Plus, Scielo, Medline, el buscador Google Académico. La búsqueda está comprendida de 2010 a 2012. De un total de cinco referencias encontradas tras la búsqueda, fueron tres las que se eligieron para la realización del actual trabajo. Se excluyeron aquellos archivos que no forman parte del tema principal del trabajo o no cumplen criterios de inclusión planteados en nuestro estudio. Los descriptores utilizados han sido las palabras clave arriba nombradas.

RESULTADOS: Extremar las medidas de asepsia en toda manipulación; mantener la pinza siempre cerrada cuando no se esté infundiendo/administrando medicación; lavar el catéter con 5cc de suero fisiológico antes y después de administrar medicación; sistemas de NPT o lipídicas cambiar cada 24 horas; desechar unos 10cc de sangre tras puncionar para eliminar el sellado; los catéteres que no se vayan a utilizar en tiempo prolongado, se realiza un sellado una vez al mes; el reservorio se hepariniza con 5cc de suero heparinizado, hacer siempre las manipulaciones/desconexiones por debajo de la altura del corazón, para no dejar la vía aérea abierta, evitando así el riesgo de embolia gaseosa.

CONCLUSIÓN: Los reservorios venosos subcutáneos se implantan cada vez con más frecuencia en los pacientes oncológicos. El papel de enfermería es muy importante a la hora de prestar cuidados de calidad, garantizando su buen estado y mantenimiento. Para ellos deben conocer su funcionamiento y las pautas de cuidado.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMERÍA, RESERVORIO SUBCUTÁNEO, CATÉTER VENOSO, CALIDAD.

NUTRICIÓN PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

MARIA CARMEN PEREZ EGEA, MARIA JOSE MATEOS ORTUÑO, NIEVES ASENCIO LÓPEZ, RAQUEL LÓPEZ TURPÍN, ENCARNACIÓN HERNÁNDEZ PÉREZ, GERMAN GONZALEZ MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: La nutrición en un paciente terminal se centra en regular los síntomas relacionados con la ingesta de alimentos y posponer la pérdida de autonomía, con el propósito de acotar la decadencia del estado nutricional mejorando estado general y calidad de vida. Por lo que se debe confeccionar un soporte nutricional adecuado a las necesidades del paciente.

OBJETIVOS: Analizar cómo una adecuada ingesta alimentaria en la fase terminal mejora la calidad de vida del paciente y el manejo de algunos síntomas clínicos.

METODOLOGÍA: Exploración bibliográfica de artículos científicos publicados entre 2004/2016. Bases de datos: Cinahl, Scielo, Medes, Medline. Se restringió la búsqueda a artículos en inglés castellano y portugués a texto completo. Terminología utilizada: Paciente terminal, nutrición paliativa, calidad de vida y cuidados. Se seleccionaron siete artículos.

RESULTADOS: En el paciente terminal el estado de salud es un buen indicador de medición de la calidad de vida, influenciada por aspectos nutricionales. Es importante considerar el estado psicológico muy relacionado con el aporte nutricional. La actuación nutricional empieza con la evaluación del estado nutricional, informando de la intervención nutricional óptima según sus necesidades individuales. En base a los resultados (evaluación nutricional), el aporte debe de ser confeccionado con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente. En casi todos los casos el paciente terminal se puede ayudar de las recomendaciones dietéticas para el control de la enfermedad, mantener su estado nutricional y prevenir la malnutrición.

CONCLUSIÓN: El paciente terminal tiene alteradas las funciones físicas, el bienestar psicológico y la vida social. Durante esta fase paliativa proporcionar un soporte nutricional adecuado demuestra disminuir complicaciones y retrasar la pérdida de autonomía del paciente. Considerando que el aporte nutricional debe estar integrado dentro del cuidado global al paciente terminal por la contribución significativa al aumento de su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE TERMINAL, PALIATIVA, CALIDAD DE VIDA, CUIDADOS, NUTRICIÓN.

ABORDAJE DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN LA ETAPA TERMINAL

BEATRIZ MARIA DIAZ MARIN, ANTONIA MARIA VICO DIAZ, MARIA MANUELA LOPEZ MONTORO

INTRODUCCIÓN: El objetivo principal durante todo el proceso asistencial en la etapa terminal, consiste en el bienestar del paciente, ayudándolo en que se sienta cómodo, intentando disminuir el dolor y otros síntomas molestos, en vez de tratar la enfermedad que no tiene cura, ya que llegados a esa fase, no se trata de alargar, sino de mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS: Identificar los posibles factores de riesgo del paciente en etapa terminal.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las bases de datos Cochrane Plus, Pubmed, Lilacs y Cuiden Plus. Se utilizaron criterios de inclusión (etapa terminal, dolor, factores de riesgo, artículos disponibles a texto completo de manera gratuita y artículos originales) y el número de artículos aceptados finalmente fueron 28. La investigación se llevó a cabo en el año 2017.

RESULTADOS: De las bases de datos que se buscaron se encontraron 236 referencias, después de revisarlas y pasar los criterios de inclusión, aceptamos 28 documentos, estos fueron publicados desde 2004 a 2017. Algunos de los factores de riesgo que sufre el paciente en la etapa terminal son: Dolor; Disnea; Tos; Hemoptisis; Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, estreñimiento, diarrea, etc. ; Cuidados de la piel.

CONCLUSIÓN: Tras la revisión bibliográfica, podemos concluir que existen diferentes factores de riesgo en el paciente en etapa terminal.

PALABRAS CLAVE: BIENESTAR, CUIDADOS, ENFERMEDAD, ETAPA, TERMINAL.

EL PAPEL DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA CON LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PATRICIA PÉREZ CASTRO, ETELVINA LAVANDERA FERNANDEZ, YOLANDA GONZALEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión (UPP) suponen un problema de salud que afecta a la población y que requieren de atención continuada. Se trata de una lesión en la piel debido a una progresiva presión en la zona.

OBJETIVOS: Identificar los factores de riesgo en las UPP. Conocer las fases de las UPP. Determinar las herramientas para su diagnóstico.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática de artículos, estudios y bases de datos sobre la materia.

RESULTADOS: La aparición de las UPP lleva consigo el empeoramiento de la evolución de los pacientes aumentando el riesgo de sepsis. Son factores de riesgo añadidos: Edad avanzada, Mal estado nutricional, Sensibilidad disminuida; Inmovilidad; Incontinencia; Deshidratación; Rozamiento. Conocimiento de las fases de formación de las UPP: Preúlceras, Placa eritematosa, Úlcera superficial, Úlcera constituida y Úlcera extensa. Uso de herramientas para su diagnóstico: Escala Norton mide el riesgo de UPP para evitar que los pacientes las desarrollen.

CONCLUSIÓN: Se ha llegado a la conclusión que para la prevención hay que cuidar la piel, controlar la incontinencia y movilizar. Cuidados de la piel: Ácidos grasos, Cambios posturales c/ 3 horas, Apósitos para las zonas, Sondas Vesicales para la incontinencia, Colchón antiescaras. La localización más común de las UPP: Sacro, talones y cadera dependiendo de las posiciones de movilización del paciente. Por eso, es importante conocer los factores de riesgo para poder evitarlas.

PALABRAS CLAVE: ÚLCERA, PREVENCIÓN, PIEL, UPP, TRATAMIENTO.

CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

ROSA MARIA GARCIA GARRIDO, MARIA ANGELES GUTIERREZ VALDIVIA, ROCIO GARCIA PEREZ

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades pulmonares intersticiales (ILD) y, en particular, la fibrosis pulmonar idiopática, pueden tener un impacto significativo en la supervivencia del paciente. Estudios recientes destacan la necesidad de cuidados paliativos (PC) en el tratamiento de pacientes con EPI.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio fue determinar la situación actual de las PC en pacientes en España.

METODOLOGÍA: Se diseñó una encuesta de 35 preguntas que aborda los principales aspectos de la PC en pacientes con EPI. La encuesta fue enviada por correo electrónico a todos los miembros de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. La participación fue voluntaria.

RESULTADOS: Ciento sesenta y cuatro participantes respondieron a la encuesta. El noventa y ocho por ciento dijo que estaban interesados en PC, el 46% había recibido capacitación específica y el 44% informó que era responsable de PC en sus pacientes con EPI. El control de los síntomas y la etapa final de la vida fueron los motivos más frecuentes de referencia para los equipos de PC. Con respecto al final de la vida, el 78% informó un acuerdo consensuado con los pacientes sobre la limitación de los esfuerzos terapéuticos, el 35% ayudó a preparar una directiva anticipada al final de la vida y el 22% estuvo de acuerdo con el lugar de la muerte.

CONCLUSIÓN: A pesar de la conocida necesidad de PC en pacientes con EPI y el notable interés de los participantes en la encuesta en este tema, existen claros vacíos formativos y organizativos que deberían abordarse para mejorar la atención en esta área en pacientes con EPI en España.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD, ESTUDIOS, CUIDADOS PALIATIVOS, CONTROL.

PERSPECTIVA ESPIRITUAL DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ABORDAJE DE PACIENTES EN ESTADO TERMINAL

ENCARNACION MARTINEZ GARRIDO, MARÍA JIMENEZ MOLINA, FERNANDO GARCÍA ESCOBEDO

INTRODUCCIÓN: La calidad de los cuidados prestados en pacientes en estadios terminales ha adquirido especial importancia en los últimos tiempos dentro del sistema sanitario. Abordar de manera holística al paciente en fase terminal y proveer uno cuidados de calidad en es de vital importancia, así como comprender las esferas biopsicosocioculturales y espirituales del ser humano para satisfacer sus voluntades y facilitar la transición del proceso de muerte de una manera lo más tranquila posible y en paz.

OBJETIVOS: Objetivo principal: Conocer la evidencia científica sobre el abordaje espiritual en los cuidados de salud que provee el profesional de enfermería en pacientes en estado paliativo. Objetivo secundario: Conocer la importancia de la esfera espiritual y su abordaje por parte del personal de enfermería en la prestación de cuidados de salud en pacientes en estado paliativo.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un exhaustivo estudio bibliográfico de la perspectiva espiritual de los cuidados de enfermería en pacientes en estado terminal en diferentes bases de datos como Medline, Pubmed, Cochane, Embase, Scielo...

RESULTADOS: Los resultados de este estudio nos indican que el personal de enfermería reconoce la importancia de proveer al paciente terminal atención holística que implique cuidados de salud sobre el estado físico, mental, emocional y espiritual del paciente. Sin embargo, se observa la menor implicación y atención en la esfera espiritual que en el resto de necesidades del paciente y su manejo deficiente.

CONCLUSIÓN: Lo que perseguimos con esta revisión es enfatizar sobre la importancia del abordaje de la esfera espiritual por parte del profesional de enfermería como parte de la prestación de cuidados de salud que provee al paciente en estado terminal.

PALABRAS CLAVE: ESPIRITUALIDAD, ENFERMERÍA, CUIDADOS, ASISTENCIA, PALIATIVOS.

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS CON CÁNCER

JOSEFA AGUILERA PEREZ, BEATRIZ CASTAÑEDA ROMERO, MARÍA ANGUSTIAS GUERRERO NAVARRETE

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son los cuidados de alivio brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal para mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados paliativos que se establecen en el paciente que padece cáncer.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: Su finalidad es mejorar la calidad de vida y el bienestar de los enfermos con cáncer en fases avanzadas y de sus familiares. Ambos se consideran una unidad que requiere cuidados y atención integral, individualizada y continuada. Por lo que es necesario el control de síntomas, saber reconocer, evaluar y tratar adecuadamente los numerosos síntomas que aparecen. Además de proporcionar apoyo emocional y comunicación con el enfermo, familia y equipo terapéutico, permitir el trabajo multidisciplinar y una adaptación flexible a los objetivos cambiantes de los enfermos. Por lo que se pretende tener una mejor calidad de vida y estado de ánimo, mayor capacidad para hacer frente a su enfermedad.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos permiten que el paciente viva con dignidad los últimos momentos de su vida con el menor dolor posible y el mejor estado psicológico y bienestar tanto para el paciente como para sus familiares.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER, CALIDAD DE VIDA, CUIDADOS, FAMILIA.

ANÁLISIS SOBRE LA ALIMENTACIÓN EN LOS PACIENTES PALIATIVOS

INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ, MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Atender los mecanismos en las últimas fases de la vida puede resultar de difícil manejo, generando indecisiones y ansiedad en el personal sanitario así como en los familiares y paciente. Se debe buscar máximo confort y bienestar del paciente evitando aquellas actuaciones que puedan resultar más agresivas requiriendo en algunos casos métodos de alimentación más invasivos (nutrición parental y enteral).

OBJETIVOS: Determinar las necesidades y alteraciones nutricionales de pacientes enfermos en el final de la vida. Analizar los cuidados en alimentación que precisan los pacientes terminales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión en diversas bases de datos sobre el soporte nutricional y de alimentación en pacientes con enfermedad avanzada y cuidados paliativos. Los criterios de inclusión: pacientes con enfermedades terminales que precisan cuidados paliativos y soporte nutricional. Los criterios de exclusión: pacientes que no tengan enfermedad terminal.

RESULTADOS: Los pacientes con enfermedad terminal suelen manifestar alteraciones en la alimentación relacionada con vómitos, náuseas y diarreas. Estas manifestaciones dificultan el patrón de alimentación y agravan el estado del paciente así como su bienestar.

CONCLUSIÓN: Por lo que existen artículos que tratan cuestiones más específicas de la nutrición en estos pacientes, que no se pretenden analizar en este estudio, ya que se quiere valorar de forma más general el conflicto existente a la hora de proporcionar soporte nutricional en el paciente terminal.

PALABRAS CLAVE: PARENTAL, ENTERAL, CUIDADOS, NUTRICIÓN.

ACTUACIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE TERMINAL

GEMMA MARTÍN PÉREZ , IRENE CALDERON SORROCHE, VIRGINIA CORTES CORTES

INTRODUCCIÓN: Una enfermedad terminal es la que nos encontramos en el último estadio de su evolución y la que le sucederá la muerte de la persona en muy poco tiempo, aproximadamente 6 meses. Los objetivos de los cuidados paliativos se pueden agrupar en el: Bienestar físico. Abarca el tratamiento del dolor y el resto de los cuidados físicos. Bienestar social. Esta experiencia involucra a los familiares, a los profesionales sanitarios. Bienestar espiritual. Incluye la fe en la religión en la que crea y practique el paciente así como de la vivencia e incertidumbre, la esperanza y la búsqueda del sentido. Bienestar psicológico. Atiende a la ansiedad a la depresión, síntomas frecuentes en esta etapa y otros como el delirio, la intranquilidad y la agitación.

OBJETIVOS: Identificar cómo se lleva a cabo la valoración del paciente terminal. Analizar las finalidades de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Se hace una valoración del paciente terminal, esta valoración consiste en el análisis de la situación del paciente a partir del empleo de diversos instrumentos de realización y valoración de una historia clínica completa, se deberá incluir, la valoración clínica, mental, funcional y social. En esta situación se habla de cuidados paliativos, se establece un programa de tratamiento cuyo objetivo es mantener o mejorar las condiciones de vida, potenciar el bienestar del paciente y mantener la dignidad hasta su muerte. La finalidad de los cuidados paliativos: calmar el dolor, proporcionar apoyo psicológico, social y espiritual, controlar los síntomas, apoyar a la familia durante el proceso terminal y el duelo, mantener la vida, reafirmando su importancia, pero sin alargarla ni acortarla.

CONCLUSIÓN: Hay que tener en cuenta las características tanto personales como el diagnóstico que tenemos para colaborar en la medida de lo posible en la atención no solo del paciente, si no también de los familiares, el respeto, la comprensión y el apoyo psicológico. Considerar a cada paciente terminal como único, individualizado el tratamiento y cuidados para obtener mayor bienestar y confort dentro de la calidad de vida y así mitigar su agonía en lo menos posible en los momentos finales de su proceso de su enfermedad.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE, TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMEDAD.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES TERMINALES

ENCARNACIÓN LIDIA RAMIREZ GÓMEZ, LORENA PEINADO MALAGÓN, INMACULADA PINTO ORTIZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos se han convertido en uno de los principales retos de la enfermería, dada la gran esperanza de vida y las enfermedades degenerativas. La elección del paciente sobre donde pasar la última etapa de su vida debe ser primordial. Ya que para él y su familia esto representa la calidad de vida y puede ser menos traumático.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados paliativos que se establecen ante el paciente terminal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica de distintas bases de datos, como son: Medline, Scielo, Cuiden, La biblioteca Cochrane Plus. Se ha consultado también las distintas publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, las estrategias en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, así como la información aportada en la página web de la Organización Mundial de la Salud.

RESULTADOS: Se han seleccionado varios estudios, que demuestran la preferencia del paciente a morir en el hogar, todo ello condicionado por la presencia de un cuidador informal. También se habla sobre el papel del cuidador informal y las consecuencias que conlleva el cuidado (cansancio del cuidador).

CONCLUSIÓN: La búsqueda ha proporcionado evidencia suficiente que ha servido para mejorar los conocimientos sobre los deseos del paciente en la preferencia del lugar donde morir, así como los beneficios que se obtiene en la atención domiciliaria: mayor satisfacción por parte del paciente y su familia. También ha servido para saber la situación del cuidador informal ante la decisión de cuidar a una persona en situación terminal, ya que resulta traumático tener que cuidar a un ser querido que sabe que muy pronto fallecerá.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALEATIVOS, ENFERMO TERMINAL, LUGAR FALLECIMIENTO, ENFERMERÍA.

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN CENTRO SOCIOSANITARIO

ROCIO ADRIANA PEINADO MOLINA, MARÍA DOLORES PEINADO MOLINA, ALBERTO GALLARDO LOPEZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 88 años residente en centro sociosanitario. Habitualmente se desplaza en silla de ruedas y es independiente para la alimentación. Se comunica y relaciona bien con otros residentes y participa de todas las actividades del centro. Consulta a su médico de cabecera por dolor de espalda que se ha incrementado las dos últimas semanas hasta hacerse muy intenso. Se prescribió analgesia. Tras tres días con morfíco, presenta adormecimiento, estupor, incapacidad para comer por sí sola. Se vuelve a consultar con el médico porque se observa desviación de la comisura bucal, hematoma en zona de tobillo izquierdo y rotación externa de la pierna sin golpe ni caída. Es derivada al servicio de urgencias. Antecedentes personales: Hiperparatiroidismo primario, HTA , osteoporosis e intervención de fractura de fémur derecha.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física general: TA 165/87 mmHg, FC 72 lpm. Radiológicamente se observaron aplastamientos vertebrales en D5 y D6; ausencia de fracturas y en TAC craneal no se aprecian alteraciones significativas.

JUICIO CLÍNICO: Dolor de pierna. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Realizada la anamnesis, la sospecha diagnóstica inicial fue la de fractura de fémur izquierda, aunque a priori no es posible descartar accidente cerebrovascular y obnubilación por tratamiento con morfíco. Se prescribió profilaxis tromboembólica y se procedió al alta a domicilio. En el centro sociosanitario sufrió empeoramiento progresivo y su médico prescribió dos vías subcutáneas, una para hidratación (suero fisiológico 500ml/24h), y otra para medicación (dexametasona, butilescopolamina, morfíco y ranitidina) y O2 a 2lpm. A los dos días de aplicar el tratamiento, la paciente falleció.

CONCLUSIONES: Los cuidados de enfermería a personas con patologías avanzadas al final de la vida, tienen como objetivo mejorar su calidad de vida y la de su familia o proporcionar una muerte digna. Los centros sociosanitarios deben funcionar coordinados con las unidades de atención primaria y así procurar que el enfermo no pierda su referencia asistencial.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, CENTRO SOCIOSANITARIO, ANCIANOS, FINAL DE LA VIDA.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA NIEVES GUTIERREZ PEREZ, DOLORES MAURI MARQUEZ, SOFIA JIMENEZ RUIZ

INTRODUCCIÓN: Són los cuidados de alivios brindados al paciente que tiene una enfermedad grave o mortal, como el cáncer, para mejorar su calidad de vida. Los cuidados paliativos también se llaman cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo y control de síntomas.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de la función del TCAE en la atención de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Los pacientes con enfermedad grave tienen muchos síntomas que los cuidados paliativos pueden ayudar a controlar: La náusea afecta al 70% de los pacientes con cáncer avanzado y el 50 % con diagnósticos no cancerosos. El delirio aparece hasta el 85% de enfermos terminales. La fatiga afecta a dos tercios con ICC avanzada a más del 70 % de los pacientes EPOC avanzada. La disnea afecta hasta el 90 % con enfermedad de pulmón. Al 70% renal, y más del 60% etapa terminal de su ICC.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos están dirigidos para pacientes a quienes curar no es posible, preservar la máxima calidad de vida posible para los pacientes y familiares, el bienestar emocional con tratamientos farmacológicos y apoyo psicosocial, hasta la conservación de la autonomía y la preparación del paciente para una muerte digna y apropiada.

PALABRAS CLAVE: ALIVIOS, BIENESTAR, EMOCIONAL, SÍNTOMAS.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS

CRISTINA ESCUDERO MAESTRA, FRANCISCO CORZO VAZQUEZ, FILOMENA RAMIREZ CASTILLA, ROCIO MORENO MORALES, MARIA AMPARO BENITO ALFARO, MONICA GARCIA ALVAREZ

INTRODUCCIÓN: OMS define CPP como cuidado total, activo de cuerpo, mente y espíritu del niño y en prestación de apoyo a la familia. CPP van encaminados a incrementar la calidad de vida tanto del niño como de la familia. Éstos comienzan cuando es diagnosticada la enfermedad permaneciendo durante ésta y después de la misma. Los CPP y curativos no son excluyentes, coexisten. Al ser ingresado el niño en hospital comienzan una serie de cambios en su rutina: Limitación, miedos, aislamiento y más. Lo que conlleva a un sufrimiento mayor. Es entonces cuando la comunicación eficaz es instrumento fundamental para el cuidado integral y humanizado; necesaria para reconocer las necesidades del paciente. La auxiliar se comunica con el niño de forma verbal o no verbal, permitiendo que éste participe de decisiones y cuidados. La comunicación en CPP va más allá de las palabras: Ha de ser puro amor, tanto en actuación y silencios. El niño reacciona de diferente modo al proceso de CPP, dependiendo de factores como: Edad y experiencia previa. La respuesta que da el niño puede llevar a la angustia. El equipo de salud ha de reconocer y afrontar la ansiedad conduciendo a la aceptación de ésta. La necesidad emocional de la familia tiene mayor impacto social y familiar ante la muerte del niño, considerada antinatural.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de los cuidados paliativos pediátricos.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una encuesta a familiares de pacientes. Contrastando información en GOOGLE.

RESULTADOS: Familia involucrada en CPP ? 20% SI 80% NO. Bien acogidos en CPP? 85% SI 15% NO. Futuros Cambios en CPP ? 25% SI 75% NO.

CONCLUSIÓN: Importante comunicación verbal y no verbal para niño y familia. Utilizar juegos para comunicación con el niño. Utilizar empatía y saber escuchar a niño y familia.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, FAMILIA, RESPETO, NIÑO, COMUNICACIÓN, AMOR.

ENFERMERÍA Y EL PACIENTE EN SITUACIÓN TERMINAL

GRACIA SAYAGO PULIDO, INMACULADA GÓMEZ CÁRDENAS, FRANCISCA BUENO MOLINA

INTRODUCCIÓN: Un paciente en fase terminal padece una enfermedad avanzada, progresiva y que no puede ser curada o tratada, sin respuesta a los tratamientos, y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, provocando muchos síntomas y un gran sufrimiento en el paciente y en la familia.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados que se deben de establecer ante el paciente terminal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica, en inglés y en español a través de las siguientes bases de datos: Cochrane, Pubmed, Cuiden y buscadores como Google académico, utilizando los términos de búsqueda: “Muerte, enfermo terminal, dolor y sufrimiento”.

RESULTADOS: Es importante fomentar en los profesionales sanitarios actitudes positivas ante los cuidados del enfermo terminal, adoptando unos comportamientos de cuidar al paciente mejorando la calidad de vida en el proceso final de la vida. Por lo que se debe encontrar una actitud tranquila para calmar nuestros sentimientos de tensión, cubrir las necesidades del paciente terminal dándoles una atención individualizada y continuada, disminuir el sufrimiento de la familia y el enfermo terminal, teniendo en cuenta las necesidades físicas, emocionales y espirituales. Además de proporcionar un ambiente tranquilo y de confort, manteniendo la autonomía y respetando la toma de decisiones y su dignidad.

CONCLUSIÓN: Saber valorar, reconocer y manejar los síntomas que afectan el bienestar de estos pacientes, para poder ayudar al enfermo terminal en el control o adaptación de ellos, y proporcionar al enfermo y su familia un buen apoyo emocional y de comunicación con el equipo terapéutico.

PALABRAS CLAVE: MUERTE, ENFERMO TERMINAL, DOLOR, SUFRIMIENTO.

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL

EVA ISABEL QUESADA REAL, ITZIAR MALAGÓN RODRÍGUEZ, CRISTOBALINA SANCHEZ JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: La sedación paliativa es una maniobra terapéutica usada en los pacientes al final de la vida, siendo una buena práctica médica. Ante un paciente en situación terminal es muy importante el tratamiento, apoyo psicológico y el hacer posible el apoyo espiritual.

OBJETIVOS: Analizar la prevalencia, las indicaciones, las dosis y el proceso de sedación que se establecen en los pacientes con enfermedad terminal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda sistemática y bibliográfica en diversas bases de datos.

RESULTADOS: En relación a los cuidados paliativos en los pacientes terminales y cuando hay sedación el intervalo de sedación y fallecimiento es de 2,6 días relativamente. En el 100% de los casos hay consentimiento implícito, explícito o delegado. Por lo que se realiza una administración de fármacos apropiados para disminuir el nivel de conciencia del enfermo para controlar síntomas físicos, psíquicos o ambos.

CONCLUSIÓN: La sedación paliativa es un procedimiento terapéutico destinado al alivio de los síntomas refractarios que pueden aparecer en el contexto del enfermo al final de su vida. Se deben cumplir los siguientes requisitos como síntoma refractario, enfermedad terminal y consentimiento. La sedación paliativa no es eutanasia y las diferencias están en el objetivo, el proceso y resultado.

PALABRAS CLAVE: SEDACIÓN PROFUNDA, BIENESTAR, SUFRIMIENTO, MUERTE.

RESERVORIO DE OMMAYA: ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

ANTONIA PARRA ORTEGA, MAGDALENA ORTEGA MARTINEZ, ANA ESTER URIBE PARRA

INTRODUCCIÓN: El reservorio de Ommaya es un dispositivo de acceso intatrecal que se coloca mediante cirugía debajo del cuero cabelludo, a través del cual podemos obtener una muestra de líquido cefalorraquídeo o administrar fármacos directamente al líquido cefalorraquídeo.

OBJETIVOS: Dar a conocer el dispositivo de acceso intatrecal (Reservorio de Ommaya). Describir el funcionamiento y el manejo del mismo.

METODOLOGÍA: Se realiza revisión bibliográfica en bases de datos como Dialnet, Scielo, Medlineplus y buscador google académico usando los descriptores: oncología, cirugía, acceso intatrecal. Limitando la búsqueda a artículos publicados entre los años 2008 y 2018 escritos en inglés y español.

RESULTADOS: El dispositivo se implanta en el cráneo a nivel del lóbulo frontal del cerebro a través de un orificio llegando a el ventrículo cerebral lateral donde se aloja el catéter. El depósito del dispositivo es cubierto por un colgajo de cuero cabelludo y es aquí donde se inyectarán los fármacos tras previa limpieza y desinfección de la zona. Este dispositivo facilita un acceso rápido e indoloro al sistema nervioso central y supone la administración de fármacos de forma más uniforme que a través de una punción lumbar. La sintomatología tras la implantación o uso del dispositivo pueden ser: dolor de cabeza, náuseas o vómitos, rigidez en el cuello y presión o dolor de la inserción de la aguja. Si se presentan dificultades para obtener líquido cefalorraquídeo del Reservorio será necesario la realización de una resonancia para comprobar la correcta colocación del dispositivo.

CONCLUSIÓN: La administración de quimioterapia mediante dispositivos de acceso intatrecal es un procedimiento muy especializado que precisa de una gran formación. Los profesionales de enfermería no son los encargados de la implantación del dispositivo ni en muchas ocasiones los que manejan el dispositivo, pero si son los que permanecen durante todo el procedimiento, por ello debemos verificar la seguridad y el bienestar del paciente.

PALABRAS CLAVE: RESERVORIO DE OMMAYA, VÍA INTATRECAL, QUIMIOTERAPIA, ONCOLOGÍA.

A PROPÓSITO DE UN CASO: PACIENTE CON SÍNDROME DE DOWN

RAUL GARCES ROMERO, VICTORIA JEAN MARIA BODLAK PRADA, CRISTINA POZO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente mujer de 25 años que acude a urgencias derivado desde el Hospital para estudio de pancitopenia con sospecha de leucemia aguda. La familia refiere que desde hace 3 semanas aproximadamente presenta fiebre/febrícula diaria, asociada a sudoración profusa. Astenia, dolores óseos de predominio en MMII y aparición de lesiones en brazos y piernas, sangrado oral en ocasiones. Ante la persistencia de la clínica deciden acudir a su centro para estudio y antes los hallazgos observados se deriva para estudio. ANTECEDENTES Síndrome de down Hipotiroidismo

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: BEG. Eupenico en reposo. Ctes mantenidas. ORL: petequias en mucosa. AR: murmullo vesicular. AC: soplo sistólico. MMII: no edemas. Se piden: hemograma. Estudio de coagulación. Bioquímica. ECG. Eco de abdomen. Ecocardiograma.

JUICIO CLÍNICO: Leucemia aguda. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Leucemia aguda Mielogénica. Leucemia aguda linfoblástica. Leucemia mielogénica crónica Leucemia linfocítica crónica. Síndrome mielodisplásico. Linfoma. Recuperación medular de un ataque tóxico. Leucemia de células peludas. Linfoproliferativos (policitemia vera, trombocitosis esencial) Linfocitosis atípica de la mononucleosis o pertusis.

PLAN DE CUIDADOS: Código NANDA: 00146. Ansiedad. Resultados(NOC). 1402. Control de la ansiedad. 1302. Superación de problema. Intervenciones(NIC). 5820. Disminución de la ansiedad. 5310. Enseñanza prequirúrgica.

CONCLUSIONES: Se realizó transfusión de sangre y de plaquetas. Para prevenir las complicaciones infecciosas debido a que el tratamiento de este tipo de leucemia provoca aplasia medular se le recomendó al paciente uso de tapabocas, lavado cuidadoso de las manos, se aisló al enfermo, se utilizaron medicamentos profilácticos como: Aciclovir 800mg, 0.50 Mg cada 12 horas durante un mes. Eutirox 100 mg 1 comprimido al día. Sulfametoxazol 800 mg 4 comprimidos durante 7 días y omeprazol 20 mg 1 caps al día. Durante 15 días no se nota mejoría alternando episodios de fiebre(39°) y posteriormente falleció.

PALABRAS CLAVE: ESTUDIO DE PANCITOPENIA, LEUCEMIA AGUDA, ANSIEDAD, SÍNDROME DE DOWN, TRANSFUSIÓN DE PLAQUETAS.

CUIDADOS PALIATIVOS EN PROCESOS TERMINALES EN DOMICILIO

MONICA GARCIA ALVAREZ, ROCIO MORENO MORALES, MARIA AMPARO BENITO ALFARO, FILOMENA RAMIREZ CASTILLA, CRISTINA ESCUDERO MAESTRA, FRANCISCO CORZO VAZQUEZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos es un cuidado en contexto de los últimos días de vida, pacientes, familias, personal sanitario y comunidad, juegan un papel fundamental en este delicado proceso, muchos de estos enfermos terminales expresan su deseo de morir en casa, la demanda de este tipo de cuidado esta creciendo aunque la mayoría son trasladados a unidades de hospitalización.

OBJETIVOS: Analizar la bibliografía acerca de los cuidados paliativos en procesos terminales en el domicilio.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica, utilizando los descriptores mencionados en palabras clave.

RESULTADOS: Los cuidados paliativos en domicilio tienen una demanda que está lejos de ser cubierta y las familias de pacientes en estado terminal manifiestan su necesidad de ser atendidos por personal especializado en la materia con visitas domiciliarias regulares. El método utilizado es el estudio de los factores que determinan la posibilidad de finalizar el proceso vital en el hogar, y las limitaciones de este, así como la mayoría de estos pacientes manifiestan su deseo de permanecer en casa, pero muchas veces esto no es posible debido a que son derivados en fases agudas de su enfermedad a unidades de hospitalización.

CONCLUSIÓN: Los estudios señalan problemáticas y posibles mejoras en la atención de los pacientes paliativos terminales también en el acompañamiento y el soporte emocional a los familiares de estos.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVOS, TERMINAL, CUIDADOS, ENFERMOS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL ENFERMO

MARIA DEL CARMEN RODRIGUEZ RODRIGUEZ, JESUS MUÑOZ MARTIN, CRISTINA LOPEZ MELERO

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos procuran que los pacientes en sus últimos días de lucidez no tengan dolor, estos cuidados intentan dar al paciente el mayor confort al paciente en su fase final de la enfermedad.

OBJETIVOS: Analizar la función del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en los cuidados paliativos del enfermo.

METODOLOGÍA: Se realiza un estudio bibliográfico en la base de datos de Cuiden, Cuidatge, Tdr, revistas científicas de medicina clínica, medicina paliativa, revista de oncología clínica oncología, así como de archivos de sociedades científicas de secpal, sovpal.

RESULTADOS: Los cuidados paliativos pueden realizarse en diversos ámbitos: hospitales, ayuda a domicilio, centros sociosanitarios. La finalidad de estos cuidados es mejorar la calidad de vida sin acortar ni alargar esta, teniendo el enfermo una muerte digna. Ya sea en centros sanitarios o en casa dependiendo de la situación de cada paciente.

CONCLUSIÓN: La labor que desempeña el sanitario sobre el paciente y sus familiares es darles todo su apoyo, en una situación tan difícil que es la pérdida de un ser querido y la muerte para el paciente abatido. Con los cuidados proporcionados el paciente tendrá una vida más llevadera sin tanta fatiga.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PALIATIVOS, TCAE, ENFERMO.

APOYO EN LA ALIMENTACIÓN A PACIENTES TERMINALES

MARIA DE LAS NIEVES FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

INTRODUCCIÓN: Atender las últimas fases de la vida, puede resultar de difícil manejo, generando ansiedad en el personal sanitario, familiares y paciente. Se debe buscar el máximo confort y bienestar del paciente evitando aquellas actuaciones que puedan resultar más agresivas, sin embargo las necesidades fisiológicas de cada paciente pueden manifestarse de manera diferente, requiriendo en algunos casos métodos de alimentación más invasivos (nutrición parenteral y enteral). Ante tal situación necesitamos la valoración individualizada, que permita establecer una intervención adecuada.

OBJETIVOS: Determinar la importancia de establecer un plan de cuidados individualizado atendiendo a las características del paciente.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Scielo, y en el metabuscador tripdatabase. Los descriptores utilizados en la búsqueda han sido: cuidados paliativos, palliative care, apoyo nutricional, nutritional support, y ethical analysis. Criterios de inclusión pacientes terminales que precisen cuidados paliativos y soporte nutricional. De los artículos analizados, se exponen los que se ajustan de manera más precisa a nuestros criterios de búsqueda. Los artículos eliminados, han sido descartados por tratar cuestiones más específicas que no se pretenden analizar en este estudio, ya que se quiere valorar de forma más general el conflicto existente a la hora de proporcionar soporte nutricional.

RESULTADOS: El objetivo es lograr el máximo bienestar del paciente y todos los cuidados deben ir dirigidos a ello. En el plan terapéutico surgen conflictos sobre la utilización de métodos más invasivos. Será necesario valorar de manera individualizada la situación de cada paciente terminal, estableciendo los beneficios que se obtendrán de dicha intervención, frente a los perjuicios que se pueden generar en ese paciente.

CONCLUSIÓN: Como conclusión, podemos decir que la prioridad debe ser garantizar una calidad de vida adecuada, por ello es necesario realizar una atención individualizada.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADOS, PALIATIVOS, ALIMENTACIÓN.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR EN EL PACIENTE PALIATIVO

LAURA RIVERA ROBLES, ELENA OJEDA AGUDO, ANA MARIA RODRIGUEZ ESTEPA

INTRODUCCIÓN: El bienestar de un paciente paliativo recae en muchos aspectos, siendo uno de ellos el manejo del dolor, síntoma de alta prevalencia en estos pacientes. Por lo que es imprescindible, la formación, integración, participación y coordinación de todo el equipo profesional. Para ello, la valoración de enfermería puede ser la clave en el manejo del dolor.

OBJETIVOS: Identificar los factores que aumentan o disminuyen la tolerancia del dolor. Analizar la respuesta del tratamiento farmacológico (analgésicos) y no farmacológico del paciente paliativo.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo sobre una revisión bibliográfica entre las bases de datos: PudMed, Cuiden, Enfispo, Cochrane Plus, guías de pacientes paliativos y libros de analgesia.

RESULTADOS: Tras la lectura de los 50 artículos y varias guías de cuidados de enfermería en pacientes paliativos, encontramos que hay tres importantes grupos a tener en cuenta: la valoración del dolor (los datos en común en estos artículos fueron: la ubicación, intensidad, inicio y duración, cualidad y emociones, el uso de escalas y cuestionarios: EVA, McGill, NRS y PAINAD); los factores desencadenantes que aumentan el dolor (ansiedad, temor, reposo, insomnio, náuseas/vómitos, estreñimiento) y que lo disminuyen (sueño, buen ánimo, compañía y empatía); tratamiento farmacológico (valorar si hubo experiencias pasadas dolorosas, qué utilizó y la eficacia de los métodos empleados) y no farmacológico (aplicación de calor y frío, cambios posturales, medidas ambientales y apoyo social).

CONCLUSIÓN: Se aprecian que los objetivos mencionados están delimitados y bien definidos. Algunos textos aportan más información que otros, pero en consecuencia, la mayoría de los textos, guías y artículos encontrados detallan los mismos objetivos.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE PALIATIVO, MANEJO DEL DOLOR, ANALGESIA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ENFERMERÍA EN CUIDADOS TERMINALES: DELIRIUM

ROCÍO COMINO NIETO, ANA MARTINEZ ROMAN, MARTA MARTINEZ ROMAN

INTRODUCCIÓN: Existen muchos casos de delirium en pacientes que precisan cuidados paliativos por enfermedad terminal, a veces relacionado con el empeoramiento de la enfermedad o relacionado a factores multifactoriales asociados a la enfermedad. En ocasiones es complicado su diagnóstico y correcto tratamiento.

OBJETIVOS: Valorar el diagnóstico y plan terapéutico del delirium en pacientes terminales. Analizar las necesidades de establecer métodos de manejo del delirium en cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un búsqueda bibliográfica en Cuiden, Scielo y Pubmed. Las palabras claves utilizadas han sido paciente terminal y delirium.

RESULTADOS: La bibliografía coincide con el infradiagnóstico del delirium en pacientes terminales, debido principalmente a diagnósticos erróneos, relacionados con los síntomas manifestados con situaciones de estrés, estrés emocional, ansiedad, depresión, en ocasiones se subestiman los síntomas. Los factores de riesgo asociados son: edad avanzada, demencia y agravamiento de la enfermedad. Los síntomas suelen presentarse en un periodo corto de tiempo con fluctuaciones a lo largo del día, siendo más frecuentes sobre tarde-noche. Las principales manifestaciones son: pensamiento desorganizado, alteración de la conciencia, dificultades para mantener la atención, trastornos de las funciones cognitivas, alteraciones sensorio-perceptivas, trastornos de la conducta, alteración del ciclo del sueño, aumento del dolor.

CONCLUSIÓN: Los estudios muestran una alta prevalencia de delirium en este tipo de pacientes, poniendo en evidencia la necesidad de una valoración adecuada, así como prevención, prevención y plan terapéutico eficaz. El plan terapéutico se guiará por una valoración individualizada, tras la cual se recomienda instaurar medidas ambientales, la valoración de medicación farmacológica, la monitorización de síntomas y reevaluación periódica.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PACIENTE TERMINAL, DELIRIUM, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA

JESÚS FRANCISCO MALDONADO MALDONADO, MARÍA BELÉN DÍAZ SEGURA, MARIA DEL MAR GARCIA REYES

INTRODUCCIÓN: Cuando el paciente no puede ingerir alimentos debido a una alteración de la deglución hay que buscar otras alternativas, entre las muchas opciones que podemos encontrar una de ellas es la colocación de una gastrostomía endoscópica percutánea o sonda PEG, para la administración de nutrición enteral, agua e incluso medicamentos vía oral. En esta revisión teórica vamos a revisar cuáles son los cuidados principales que tenemos que realizar por enfermería.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados de la sonda PEG y al paciente que la porta, para prevenir complicaciones de su uso y del estado de salud del paciente durante su ingreso en una unidad hospitalaria.

METODOLOGÍA: Revisión teórica realizada mediante la búsqueda bibliográfica en PubMed, ScienceDirect y Scielo. Seleccionados 25 artículos en español e inglés, de 79 artículos encontrados, con un periodo de tiempo entre 2000-2018.

RESULTADOS: Especifica los cuidados principales de la sonda tipo PEG, como son su cuidado diario, la higiene y la valoración de la piel periestomal para prevenir complicaciones.

CONCLUSIÓN: Enfermería debe conocer los cuidados y garantizar el buen uso de la sonda PEG para prevenir e impedir complicaciones. Un buen cuidado y mantenimiento de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea repercute en una buena calidad de vida del paciente y una adecuada nutrición del mismo.

PALABRAS CLAVE: GASTROSTOMÍA, ENDOSCÓPICA, PERCUTÁNEA, ENFERMERÍA, CUIDADOS.

PACIENTE CON ANASARCA TRATADA EN DOMICILIO POR EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA

ELENA PINTADO OUTUMURO, RAQUEL BORDALLO GALASO, MÓNICA DE DIEGO LATORRE, SHEILA MENENDEZ RAMOS, BERTA OLLÉ BATET, RUTH PLANAS CASALS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente, de 74 años de edad, que alerta a centro de atención primaria de referencia por edemas en ambas EEII que le han producido drenaje espontáneo. AP: Tumor maligno de endometrio y tumor maligno de mama.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se visita a la paciente en el domicilio donde vive con su hermana que es la persona referente y cuidadora principal. Refiere edemas en EEII de un año de evolución, no tratados anteriormente. Exploración: Paciente con marcada palidez cutánea. Normohidratada. C y O en TEP. Pupilas IC y NR. Presenta edemas duros desde ambos tobillos hasta ingles. Edema blando con fóvea en gluteos. Edemas periféricos en manos. En EEII han producido débito espontáneo por presión. ACP: Crepitantes húmedos en ambas bases. SpO2: 83% basal, Fc: 62x'. No presenta dispnea.

JUICIO CLÍNICO: Se revisa HC y medicación habitual. Se habla con Oncólogo referente que comenta situación paliativa de la paciente. Dado el contexto, se informa a la paciente y a la familia de la sospecha diagnóstica. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Paciente que presenta anasarca en contexto de enfermedad neoplásica terminal y como resultado de su aumento progresivo de edemas en EEII sin tratamiento deplectivo activo.

PLAN DE CUIDADOS: Se decide realizar tratamiento paliativo en domicilio. Dada la no presencia de insuficiencia renal se administran 40mgr de Furosemida IM y se instaura bomba de infusión continua subcutánea con 80mgr de Furosemida diarios.

CONCLUSIONES: La paciente, tras ser tratada durante una semana con BIC con furosemida a 80mgr /diarios en domicilio, finalmente pierde 5kgr. Recupera saturación de O2 a 96% basal, disminuyendo significativamente los edemas en EEII. Se establece pauta oral de 40mgr diarios de furosemida retirando entonces BIC. A nivel emocional, se comprueba que la paciente se ha mantenido en el entorno en el que ella quería estar, y las medidas utilizadas para aumentar su confort desde atención primaria han sido efectivas.

PALABRAS CLAVE: ANASARCA ATENCIÓN PRIMARIA DOMICILIARIA, CUIDADOS PALIATIVOS, ATENCIÓN DOMICILIARIA, ONCOLOGÍA.

ATENCIÓN A PERSONAS CON ENFERMEDADES TERMINALES INCURABLES

TANIA MARIA CUADRA GONZALEZ, INMACULADA CONCEPCIÓN GOMEZ PÉREZ, MARIA DEL PILAR PEREZ LOPEZ

INTRODUCCIÓN: Cuando una persona sufre una enfermedad incurable se le aplica unos cuidados paliativos. Son atenciones dadas a los enfermos terminal, para aliviarles el dolor y las manifestaciones de la enfermedad, prevenir complicaciones y mantener y mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS: Conocer el cuidado de personas que se encuentran en estado terminal, para que sus últimos días de vida sean con la mejor calidad posible. Evitar que el paciente tenga los menores dolores posibles y ofrecerle el mayor apoyo posible.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Aunque el enfermo sea terminal, el resultado de esta es la satisfacción de saber que esa persona se ha ido con los mejores cuidados y cariño posible. Como personal sanitario uno debe de hacer todo lo posible para su mejora de calidad de vida en el tiempo que le quede. Por mi trabajo he tenido que cuidar a personas terminales aplicando los cuidados paliativos facilitando así su final para que sea lo menos dolorosa posible para él y su familia. También recojo algunos datos de un libro de enfermería.

CONCLUSIÓN: Entre el 15y el 20 % de las personas ingresadas en los hospitales están en situación terminal, aun mayor es en servicios oncológicos y de medicina interna. A veces es difícil dar una atención sanitaria completa ni en la atención primaria, ni en la especializada, ni tampoco en la sociosanitaria. Mientras las personas enfermas este bajo la atención de los profesionales el objetivo del personal de enfermería será más dura, porque en estos casos las personas necesitaran más ayuda. Los objetivos de estos cuidados paliativos son: mantener vigilancia del paciente, aliviar y evitar el dolor, darle un mayor confort física y espiritual, mantener permeables la vía aérea, nutrirle bien, mantener su temperatura, evitarles las infecciones, mantener su piel y su mucosa integra, satisfacer sus necesidades de eliminación, mantener su calidad de vida etc. Podríamos decir que el objetivo es ayudar al paciente a morir con dignidad, con apoyo y compañía y la atención física y psíquica que requiere el enfermo.

PALABRAS CLAVE: TERMINAL, INCURABLE, APOYO, COMPAÑIA, DOLOR, INFECCIONES.

LA REALIDAD DE LAS VOLUNTADES ANTICIPADAS

AURORA MARTINEZ GARCIA, EMILIO HERNANDEZ CARMONA, ROCIO SANCHEZ AGUILERA

INTRODUCCIÓN: La declaración de voluntades anticipadas DVA es un documento , que contiene preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que desea recibir un paciente, cuando no tenga capacidad para expresarlos. El papel de la enfermería es fundamental en la promoción VA y en la toma de decisiones clínicas al final de la vida. La enfermera frecuentemente es la persona que acompaña en el proceso de muerte o en las fases previas, donde la actitud de acogida, compañía y calor humano es lo más importante, debiendo asumir responsabilidades de los pacientes, acogiéndose a las directrices del documento facilitando las últimas decisiones del individuo.

OBJETIVOS: Evaluar conocimiento y actitudes del personal sanitario sobre el documento de voluntades anticipadas.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos Cuiden, Embase, Scopus, Cochrane. Datos de inclusión: Publicaciones comprendidas entre 2013- 2017 idiomas español e inglés. De un total de 20 artículos se han seleccionado 12 por su relevancia.

RESULTADOS: En la actualidad el número de personas que deciden ejercer su derecho de VA se presenta en aumento a pesar que numerosos estudios avalan la escasez conocimientos acerca VA de los profesionales sanitarios. Tal como concluye Fajardo el grado de conocimientos por parte de equipo sanitario se puntúa con un suficiente 5,42 Tanto enfermeros/as como médicos se muestran partidarios al documento así como su promoción.

CONCLUSIÓN: La actitud de los profesionales no es homogénea cambia según especialidad, experiencia y creencias. Enfermería en general muestra una actitud favorable hacia el uso de VA. Es necesario la creación por parte de la administración realizar campaña de concienciación a profesionales, talleres de información y sensibilización para el conocimiento del documento VA.

PALABRAS CLAVE: PERSONAL SANITARIO, MUERTE DIGNA, VOLUNTADES ANTICIPADAS, ENFERMERÍA, PLANIFICACIÓN ANTICIPADA.

ATENCIÓN TEMPRANA EN CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD DEGENERATIVA TERMINAL: ATROFIA SISTÉMICA MÚLTIPLE

CRISTINA MARIA MENDOZA SANCHEZ, MIGUEL ANGEL SANCHEZ RUIZ, ANDREA BEATRIZ PRETEL PRETEL

INTRODUCCIÓN: La atrofia sistémica múltiple (ASM) es una enfermedad neurodegenerativa fatal, de comienzo en la edad adulta, caracterizada por insuficiencia autonómica progresiva, signos parkinsonianos, manifestaciones cerebelosas y piramidales. La ASM se clasifica en 2 subtipos: parkinsoniano y cerebeloso, según predominen una u otra manifestaciones. La ASM representa un complejo diagnóstico para todo el equipo interdisciplinar. Las características epidemiológicas de esta enfermedad, es propia de una enfermedad rara. Se estima que su prevalencia es de 3,4 a 4,9 casos/ 100.000 Personas, aumentando a 7,8/100.00 Entre las personas mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad suele ser en la sexta década de la vida, sin diferencia entre ambos sexos. La supervivencia media desde el comienzo de los síntomas es de 6 a 10 años y son pocos los pacientes que sobreviven más de 15 años. Al ser desalentador el final de esta enfermedad. Nos planteamos como se observa en la película de “Las alas de la vida” unos cuidados paliativos tempranos en esta enfermedad.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados paliativos tempranos en la enfermedad de atrofia sistemática múltiple.

METODOLOGÍA: Búsqueda Bibliografía basada en Medline Plus, Intra Med, Google Académico y Google con criterios de inclusión de: cuidados paliativos tempranos y enfermedades neurodegenerativas.

RESULTADOS: Tras la búsqueda obtenemos que aún no hay cura para la atrofia sistémica múltiple. Sin embargo, un conjunto de medidas y fármacos ayudan a aliviar los síntomas. Los cuidados paliativos pueden brindar una ayuda a sobrellevar todos esos cambios y a entender la nueva realidad de uno, aunque nunca fácil. Esto no tiene que significar que uno se vaya a morir inmediatamente.

CONCLUSIÓN: Entendiendo cuidados paliativos tempranos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida. En este caso sería oportuno aplicarlos, aún siendo un pronóstico superior a 6 meses.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, TEMPRANOS, ENFERMEDAD, NEURODEGENERATIVA, ENFERMERÍA, ATROFIA MÚLTIPLE SISTEMÁTICA.

ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS ENFERMOS CON CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA DE LA PAZ ANILLO GUERRERO, ROSA MARIA SOTO MELERO, MARÍA ELENA BARROSO NOGALES

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos responden a una necesidad social que tiene como causa el envejecimiento de la población, es el enfermo oncológico el más susceptible de recibir estos cuidados que se van especializando a medida que avanza la enfermedad y aparecen los síntomas; síntomas en los se encuentra la anorexia. El personal de enfermería junto con el equipo multidisciplinar interviene en el control de estos síntomas procurando que el enfermo termine su proceso de enfermedad con dignidad y el mayor confort posible junto a su familia. Por lo tanto, es primordial incidir en la alimentación para poder minimizar estos síntomas.

OBJETIVOS: Analizar la función del TCAE en la alimentación de los pacientes con cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Revisión de la bibliografía en bases de datos y revistas, utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: El paciente se siente más motivado para comer, ya que la comida se le ofrece de forma delicada, amable y según sus apetencias. Pretendemos elevar el apetito y disminuir los síntomas propios de la anorexia. Necesitamos la colaboración del equipo de cocina del hospital, quien proporciona información acerca de las dietas disponibles y su contenido, presentación y/o combinación de alimentos según la apetencia del enfermo. Éstos se presentan en pequeñas raciones, temperatura suave y evitaremos olores fuertes y desagradables para que sean más atractivos y apetitosos para el enfermo. La comunicación se hará a través de la intranet del hospital o telefónicamente con el responsable de las dietas y transmitiremos la apetencia del paciente.

CONCLUSIÓN: A través de nuestra actuación, el paciente se siente bien atendido y se abordan síntomas como el miedo al vómito, la fatiga, debilidad, ansiedad, alteraciones potenciales de la boca que están presentes en el enfermo. El paciente se siente participe de su alimentación pudiendo elegir según su autonomía. El resultado último es la cooperación paciente- profesional.

PALABRAS CLAVE: ALIMENTACIÓN, CUIDADOS PALIATIVOS, EQUIPO MULTIDISCIPLINAR, DIETAS.

EL PACIENTE TERMINAL Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS: UNA MUERTE DIGNA

BERTA HOLGUÍN MUÑOZ, JOSÉ LUIS CARPIO BLANCO, MARÍA DEL CARMEN RAMÍREZ DE LA CASA, CARLOS MARTÍN DE LA SIERRA RODRÍGUEZ MADRIDEJOS, JOSÉ MANUEL ALGABA LARIO, VERÓNICA ESCRIBANO CALDERÓN, MARÍA GÓMEZ GALÁN, JENNIFER CREVIER ALARCON, RAQUEL ROMERO MARTÍNEZ, MARIA DEL CAMINO ESPADA RIVERA

INTRODUCCIÓN: Se define enfermedad terminal como: enfermedad avanzada, progresiva e incurable, que se encuentra en su último estadio de evolución, la cual no responde a su tratamiento específico y tiene un pronóstico inferior a seis meses pudiendo afectar a cualquier edad del paciente. Los cuidados paliativos se basan en la asistencia total y activa a los pacientes y a su entorno, realizada por un equipo interdisciplinar, cuando no hay esperanza de curación y cuyo objetivo es asegurar la máxima calidad de vida posible.

OBJETIVOS: Valorar la efectividad del tratamiento subcutáneo. Determinar medidas para capacitar a los profesionales en el uso y manejo del infusor.

METODOLOGÍA: Se han consultado artículos científicos de enfermería y medicina en las bases de datos Medline, Cuiden y Google académico, además de libros de referencia de cuidados paliativos. Los descriptores que se han utilizado han sido: enfermo terminal, cuidados paliativos, vía subcutánea, infusor y dolor.

RESULTADOS: La sedación en los pacientes terminales no acelera el proceso de muerte. Un modelo organizativo de los cuidados paliativos específicos ofrece un mejor resultado que los cuidados tradicionales. La mayoría de las personas prefieren recibir atención domiciliaria al final de sus vidas. Debemos mejorar la comunicación entre profesionales, paciente y familia. Potenciar la aplicación de la ley de muerte digna. Debemos definir competencias de enfermería, para ofrecer una mayor calidad.

CONCLUSIÓN: Las enfermeras que trabajan en las unidades de cuidados paliativos al igual que el resto del equipo, tienen como objetivo el alivio y el bienestar del paciente y familia. Los cuidados paliativos deben ser integrales e individualizados, manteniendo la autonomía del paciente. Fomentar la comunicación entre el paciente y la familia, proporcionando apoyo emocional y en último lugar ayudar a la familia a superar la pérdida.

PALABRAS CLAVE: ENFERMO TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, VÍA SUBCUTÁNEA, INFUSOR, DOLOR.

VALORACIÓN Y PLAN DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE TERMINAL

LUCÍA TATIANA ROMÁN CRESPO, ANA BELÉN ANDREU GÓMEZ, ENCARNACIÓN IZQUIERDO ALMIRÓN, MARÍA ÁNGELES SÁNCHEZ PÉREZ, EVA MARTA ALMAGRO RUÍZ, NIEVES SALMERÓN SOLANO

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial» Las necesidades del enfermo terminal y de su entorno familiar son muy variadas, dependiendo del tipo de enfermedad, por eso atender a este tipo de cuidados requiere la formación de un equipo interdisciplinar con recursos suficientes y personal cualificado que atienda las necesidades básicas y psicológicas que necesite el enfermo y su familia.

OBJETIVOS: Proporcionar atención integral en el alivio del dolor y de otros síntomas que producen sufrimiento. - Mejorar la calidad de vida ,bienestar y comodidad del enfermo terminal. Proporcionar autonomía y dignidad del enfermo terminal. - Apoyar al enfermo y a su familia través de comunicación y comprensión emocional.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión sistemática durante varios meses 2017/18. Para esta búsqueda hemos utilizado las fuentes bibliográficas siguientes: Pubmed®, Medineplus®, scielo® , Enfermería Global®,Sociedad Española de cuidados paliativos, Asociación del cancer.

RESULTADOS: Enfermería realizará actividades en la asistencia integra del enfermo y su familia, aplicando planes de cuidados individualizados, administración de fármacos, valoración, observación y a través de la entrevista las necesidades del enfermo y su familia, apoyo, asegurar la dignidad, privacidad y confidencialidad del paciente.

CONCLUSIÓN: En conclusión cuando estos enfermos llegan a la fase final o terminal de su enfermedad, tanto ellos como sus familiares han pasado por un duro y doloroso proceso de sufrimiento físico para el enfermo y psicológico para ambos, para ello la labor del personal de Enfermería es fundamental y primordial, teniendo una visión integral en la atención y cuidados, ya que para el enfermo y la familia somos su apoyo y ayuda, comunicación, respeto, empatía, sensibilidad y dedicación.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, NECESIDADES BÁSICAS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS DEL ENFERMO DE CROHN

ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de crohn es una patología que causa la inflamación de diferentes localizaciones del tubo digestivo. Es crónica y no tiene cura. Los factores de riesgo pueden ser el cáncer de colon o intestino. Aunque puede afectar cualquier parte del tracto digestivo.

OBJETIVOS: Describir la enfermedad de crohn. Identificar los problemas que la enfermedad conlleva a las personas que la padecen. Determinar los cuidados de enfermería para mejorar su calidad de vida.

METODOLOGÍA: Para ello, hemos realizado una revisión de la literatura científica en las bases de datos de Dialnet y Pubmed.

RESULTADOS: Ayudar a la calidad de vida de los afectados de la enfermedad en tratamiento biológico anti TNF elaborando un plan de cuidados individualizados. Identificar problemas y priorizar distintos problemas (diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales) detectados en un paciente enfermo de crohn en atención primaria. Analizar los resultados NOC e intervenciones enfermeras NIC relacionados con dichos problemas , elaborar cuidados que correspondan a los seguimientos bio-psicosociales del paciente con esta patología.

CONCLUSIÓN: La información de los cuidados en la alimentación del paciente es fundamental para obtener muy buenos resultados y evitar las medidas mas drásticas de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, ENFERMO, CROHN, ENFERMERÍA.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA NUTRICIÓN DE PACIENTES CON ALZHEIMER

ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La enfermedad del Alzheimer es un tipo de demencia que no solo ocasiona una progresiva e irreversible pérdida de las funciones cognitivas, sino que también es un factor de riesgo de malnutrición para los que la padecen.

OBJETIVOS: Evaluar el estado de nutrición de los pacientes con Alzheimer para proporcionarles el aporte de energía y nutrientes necesarios y conseguir un estado nutricional aceptable.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema en apuntes tomados durante el año de teoría del curso.

RESULTADOS: Realizar comidas frecuentes, muy nutritivas y poco abundantes. Procurar que el enfermo coma sentado a la mesa, en un ambiente tranquilo. Preparar los platos con una buena presentación, con buen olor. En fases avanzadas de la enfermedad puede ser necesario preparar los platos de manera especial, con otro tipo de consistencia. Variar todo lo posible los alimentos para evitar déficit nutricionales. Mantener una buena higiene bucal y dental. Siempre que sea posible, procurar que el enfermo coma solo. Evitar presencia de grumos, espinas. Beber abundante agua y si existe dificultad para deglutir líquidos, utilizar espesantes. La buena hidratación del enfermo es tan importante como una buena higiene general.

CONCLUSIÓN: Estos enfermos no recuerdan nada de su vida en nuestras manos esta la responsabilidad de recordar por ellos.

PALABRAS CLAVE: AUXILIAR, PACIENTES, ALZHEIMER, NUTRICIÓN.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA A ENFERMOS TERMINALES

CLAUDIA PATRICIA FORERO FORERO, MARIA VIRTUDES LOPEZ AYALA, LAURA CARMONA HERRERÍAS

INTRODUCCIÓN: El cuidado de enfermería hacia los pacientes terminales ha adquirido un protagonismo especial a través de los cuidados paliativos, donde se da calidad de vida al paciente y su familia ayudándolos a enfrentar la transición de la vida a la muerte con una actitud cálida, favorable y de apoyo, por medio del plan de cuidados individualizado y estandarizado, el más usado el de Virginia Henderson. El personal de enfermería a menudo encuentra dificultades para aplicar estos cuidados sobre todo a nivel hospitalario (organización, religión, comunicación...). Estas vivencias pueden provocar en los profesionales de la salud; miedo, angustia y ansiedad. Es de vital importancia la continuidad de estos cuidados, el abordaje conjunto e integral sociosanitario de los diferentes niveles de los profesionales de la salud.

OBJETIVOS: Los objetivos fijados fueron analizar el papel de enfermería ante la atención de un paciente terminal, se intenta dar a conocer los tipos de atenciones prestadas y dificultades que se pueden encontrar en estos casos.

METODOLOGÍA: Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en la base de datos Elsevier y Pubmed, como en las revistas científicas de Scielo y Gaceta Sanitaria en un periodo comprendido entre 2009-2017.

RESULTADOS: Se enseña los cuidados especiales que necesitan los pacientes terminales de mano del servicio de enfermería, se diferencian los tipos de atención sea atención primaria u atención hospitalaria y los diferentes tipos de cuidados que se dan para llegar a un mismo fin. Mostramos los sentimientos que esta situación genera en los profesionales de la salud como también los problemas frecuentes que se dan en esta atención.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos por parte de enfermería se encuentran en crecimiento y existiendo un camino largo por recorrer, donde ya se le permite a enfermería una línea de toma de decisión y actuación pudiendo por medio del plan de cuidados brindar una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PACIENTE, TERMINAL, ÚLTIMOS DÍAS.

CUIDADO Y PREVENCIÓN EN EL PIE DIABÉTICO

ISMAEL RAYA FERNANDEZ, DESIRE RAYA FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: El pie diabético es una complicación de la diabetes. Un 15% de los pacientes con DM padecen una lesión en el pie a lo largo de su enfermedad. Los factores de riesgo para el padecimiento de ulcera de pie diabético identificados en diversos estudios, son básicamente 3 , la neuropatía diabética, la enfermedad vascular periférica y la infección. Va a requerir , en ocasiones largos periodos terapéuticos, que presenta altas tasas de reulceración, que en muchas ocasiones puede conllevar a la amputación.

OBJETIVOS: Determinar cuidados que, los pacientes diabéticos deben tener en cuenta, para prevenir posibles complicaciones en sus pies.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica de los artículos de los últimos años, que aborden cuidados y recomendaciones del pie diabético.

RESULTADOS: Dentro de los cuidados del pie diabético , podemos destacar: Revisar el estado de los mismos. Lavarlos y sacarlos bien. Mantenerlos libres de humedad usando talco no medicinal. Cortar las uñas en línea recta. Acudir al podólogo periódicamente. No colocar los pies cerca de fuentes de calor. Usar crema de protección solar también en los pies si se exponen al sol. Evitar presiones y andar descalzo. Usar siempre calcetines y calzado que sea de piel. No usar sandalias ni chanclas. Antes la presencia de heridas en los pies, acudir a un especialista.

CONCLUSIÓN: Que un paciente diabético para prevenir complicaciones en sus pies además de controlar los niveles de glucemia debe llevar a cabo un adecuado cuidado de los mismos , consultando a profesionales.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO, PIE, PREVENCIÓN, DIABÉTICO.

CONSPIRACIÓN DEL SILENCIO: CAUSAS Y SITUACIÓN ACTUAL

SARAY LAGO CABRERA, CAROLINA JIMENEZ GARCIA, CRISTINA JIMENEZ GARCIA

INTRODUCCIÓN: La conspiración del silencio (CS) es el acuerdo implícito o explícito por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se da al paciente con el objetivo de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico y/o gravedad de la situación sin tener en cuenta sus propios deseos. Sus causas más frecuentes son evitar el impacto emocional que supondría conocer la información considerándolo sufrimiento innecesario, la necesidad de autoprotección de familia y profesionales, la creencia errónea de que se precipitará el final y la falta de formación y habilidades en la comunicación de malas noticias.

OBJETIVOS: Determinar la evolución en el tiempo de la CS, su prevalencia actual y sus principales causas.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones y guías prácticas publicadas en los últimos diez años.

RESULTADOS: Observamos que en los estudios menos recientes los pacientes a los que se informaba rondaban el 25-50%, y que en la mayoría de los casos la información era incompleta. Sólo el 22% conocían el diagnóstico completo. Aproximadamente el 70% de las familias eran contrarias a que se informase al paciente. En los más actuales, el 8% desconoce el diagnóstico y el 57% el pronóstico, y ha descendido al 36-55% los familiares que quieren proteger al enfermo. El 28% de los no informados deseaban conocer la información, y el 40-70% intuye la verdad. La variable más influyente para ocultar la verdad es el deseo de proteger al paciente.

CONCLUSIÓN: La CS presenta una elevada prevalencia en la actualidad, aunque el número de pacientes que la sufren tiende al descenso. Existe un mayor conocimiento del diagnóstico que del pronóstico. Se está vulnerando el derecho de autonomía del paciente, por lo que la reflexión y la formación en técnicas de comunicación de malas noticias por parte de los sanitarios resultan fundamentales.

PALABRAS CLAVE: CONSPIRACIÓN, SILENCIO, COMUNICACIÓN, ÉTICA.

PAPEL DEL CELADOR EN EL DUELO DENTRO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

DIONISIO PEREZ JURADO, PEDRO LOZANO SIERRA, PEDRO LOZANO GARCIA

INTRODUCCIÓN: El duelo es el proceso por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La intensidad y las alteraciones que provoca en el doliente van a depender de múltiples factores. Dentro de la unidad de cuidados paliativos es fundamental la información y el apoyo a los sobrevivientes, siendo muy significativo el papel del celador.

OBJETIVOS: Analizar la clínica del duelo y la forma de abordarlo desde la perspectiva del celador, con el objetivo de elaborar un buen plan de actuación que mejore la calidad de la atención ofrecida a los familiares de los fallecidos.

METODOLOGÍA: Se elabora un plan de actuación dirigido al equipo de celadores de la unidad de cuidados paliativos, que es aprobado por el comité ético, en un centro específico, como muestra el equipo de celadores que en este se encuentra.

RESULTADOS: La implementación del plan de actuación ha mejorado la calidad asistencial ofrecida por el equipo de celadores. La evaluación se llevará a cabo mediante la realización de encuestas de satisfacción a los familiares de los fallecidos en nuestra unidad, a los 6 meses tras el fallecimiento.

CONCLUSIÓN: El duelo es una experiencia universal que motiva cambios emocionales. De un abordaje inicial adecuado puede depender una evolución favorable de la sintomatología a medio o largo plazo, de ahí la necesidad de elaborar planes de actuación profesional.

PALABRAS CLAVE: DUELO, PALIATIVOS, APOYO, ENCUESTAS.

LA ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

NOELIA FERNANDEZ MORAL, TERESA GALMES RAMIREZ, MIGUEL JOSE GUILLEN CABALLERO

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son atenciones de cuidados de alivio, tratamiento médico y farmacológico al paciente con una enfermedad grave o mortal con la intención de mejorar su calidad de vida y conseguir que el paciente esté sin dolor.

OBJETIVOS: Determinar medidas para realizar un tratamiento lo antes posible, mejorando los síntomas, efectos secundarios de la enfermedad y problemas psicológicos.

METODOLOGÍA: Revisión de la literatura científica en las bases de datos Dialnet y Pubmed. Se han seleccionado 10 artículos en castellano con menos de 5 años desde la fecha de su publicación.

RESULTADOS: Los enfermeros serán los responsables del paciente para que lleve un calidad vida, ayudándole en tareas básicas, alimentación y apoyo psicológico. Se ha descrito en diferentes artículos que el buen cuidado y apoyo psicológico por parte del equipo sanitario mejora notablemente la calidad de vida del paciente.

CONCLUSIÓN: Para un buen cuidado paliativo es importante además del tratamiento paliativo, el buen cuidado del paciente y apoyo psicológico.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PALIATIVOS, FASE AVANZADA, TERMINAL.

LOS CUIDADOS DE SALUD DE LOS PACIENTES TERMINALES

MARÍA BELÉN HEREDIA GÓMEZ, ESTEFANÍA GARCÍA CUERVA, VICENTE PEINADO DUEÑAS

INTRODUCCIÓN: Los cuidados específicos que se deben prestar a los enfermos que pronto nos dejen, para que sea lo más reconfortante posible. Lo que pretendemos dentro del contexto clínico es poder integrar de una manera más humana los aspectos biológicos, psicológicos y sociológicos en beneficio del paciente.

OBJETIVOS: Revisar la evidencia empírica acerca de los cuidados de salud en pacientes terminales.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente en palabras clave.

RESULTADOS: La experiencia nos demuestra que la buena praxis de cuidar, es la forma de mejorar los últimos días del paciente. El P. T necesita de unos cuidados específicos de enfermería. Estos cuidados son de confort que cubren su necesidad. Los cuidados son: **ALIMENTICIOS:** Sin obligarles a comer, sino cuanto y cuando quieran. **DE LA PIEL:** Piel Seca: Jabón neutro y cremas emolientes. Piel Humeda: Jabón neutro y polvos de talco. **DE LA BOCA:** La cavidad oral puede tener lesiones como: Infecciones de Mucositas, Infecciones bacterianas. Infecciones víricas. Los cuidados se realizarán con: Soluciones Desbridantes. Soluciones Antisépticas. Soluciones Antibióticas. Soluciones Anestésicas. **ELIMINACIÓN:** Eliminación intestinal. Las más frecuentes son: Diarrea. Estreñimiento. Incontinencia. Eliminación urinaria. Podemos encontrar: Retención. Anuria. Espasmos de la vejiga. **FÁRMACOS:** Los P. T sufren de un dolor localizado, irradiado, penetrante, etc. , Que se debe paliar con fármacos. El dolor se puede clasificar en: Dolor Agudo. Es localizado y continuo, duradero en el tiempo. Dolor Crónico. Es difuso y persistente en el tiempo. La escalera analgésica a tener en cuenta en los pacientes terminales serán: AINES. OPIOIDES DÉBILES. OPIOIDES MAYORES.

CONCLUSIÓN: Cuidar por lo tanto es acercarnos al enfermo desde un sentimiento de proximidad. Conocer, aceptar, integrar, aceptar, expresar y acompañar al paciente en el camino único y distinto de su propia biografía con una biología vulnerable.

PALABRAS CLAVE: DESCANSO, NUTRICIÓN, HIGIENE, EMPATÍA.

MANEJO DEL DOLOR EL PACIENTE TERMINAL

MARIA LUISA BALLESTA FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES COLLADO MARTÍNEZ, ROCIO ALONSO CAPARROZ

INTRODUCCIÓN: El dolor crónico se ha convertido en el signo por excelencia a tratar en la atención al paciente terminal, por lo que este estudio se centra en el estudio del manejo del control del dolor del para mejorar su calidad de vida durante las fases avanzadas de la enfermedad, así como el uso de la analgesia.

OBJETIVOS: Analizar la evidencia científica existente en el seguimiento de los cuidados enfermeros en referencia al dolor crónico en el paciente terminal para fomentar y mejorar la calidad de vida.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión de la bibliografía en el período comprendido entre 2008 a 2016, consultando las bases de datos SCielo, Lilacs y Pubmed, donde hemos introducido los descriptores de salud. Del total de 63 resultados, solo se encontraban en nuestra línea de estudio un total de 17 artículos.

RESULTADOS: De los resultados obtenidos cabe destacar el bajo consume y prescripción de mórnicos, aun siendo su utilización, un indicador de la calidad de los cuidados que se suministran a los enfermos terminales. Por otro lado, cabe destacar la situación en los hospitales Españoles, puesto que los pacientes en fase terminal, mueren en muchos casos con dolor y no habiendo tenido una Buena calidad de vida en las fases avanzadas de su enfermedad.

CONCLUSIÓN: Para concluir, la labor de enfermería entre otras, sería paliar el dolor tanto a lo largo del tratamiento como en fases avanzadas para mejorar en la medida de lo posible su calidad de vida hasta el último momento utilizando un abordaje del dolor.

PALABRAS CLAVE: CALIDAD DE VIDA, CÁNCER, DOLOR, PALIATIVOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CÁNCER DE PULMÓN

MIRIAM ROCIO INGA MIRANDA, LUCIA NAVAS SANTOS, CRISTINA NOLASCO MONTERROSO

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón es un conjunto de enfermedades resultantes del crecimiento maligno de células del tracto respiratorio, proveniente de células epiteliales, este crecimiento maligno puede derivar en metástasis e infiltración a otros tejidos del cuerpo.

OBJETIVOS: Identificar las precauciones del enfermo oncológico.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de metabuscadores (Google Academy), manuales y webs de enfermería, base de datos Scielo, Cuiden, Elsevier, descartándose aquellas que no tenían relación con el artículo.

RESULTADOS: Las precauciones más importantes del enfermo oncológico son psicológicas, aunque en muchos casos la relación es directa con los problemas físicos. No existe alguna forma única de enfrentar el cáncer. El adaptarse se debe considerar un proceso dinámico y flexible que depende de unas variables. Estas variables son las siguientes: Variables personales- dependen de la edad del paciente, su nivel de desarrollo psicológico y el grado de comprensión de la enfermedad. Variables propias de la enfermedad- con etapas diferenciales tales como; el diagnóstico, tratamiento, recaídas o recurrencias y el desenlace. Variables ambientales – la adaptación de cada miembro de la familia a cada etapa de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: Bajo este tipo de intervención se ayuda la paciente a buscar soluciones alternativas que promuevan la esperanza y optimismo, que permita al enfermo vivir su nuevo rol de forma tranquila y mejorando su confort y su manera de entender el bienestar.

PALABRAS CLAVE: CÁNCER DE PULMÓN, ENFERMERÍA, NEOPLASIA, CUIDADOS HOLÍSTICOS.

LA VÍA SUBCUTÁNEA COMO ALTERNATIVA EN CUIDADOS DOMICILIARIOS PALIATIVOS

NATALIA SANTIAGO RUIZ DE ADANA, DOLORES MARIA CAPEL CAPEL, CARMEN MARIA REQUENA MORALES

INTRODUCCIÓN: La asistencia domiciliaria en pacientes paliativos dentro de la atención primaria se ha de enfrentar al reto de paliar los síntomas de estos enfermos. En muchas ocasiones el uso de la vía oral para la administración de tratamientos no es posible por lo que la vía subcutánea es una alternativa eficaz que permite el uso de gran número de fármacos imprescindibles en los cuidados paliativos, facilitando una atención integral en el entorno del paciente y así mejora su calidad de vida.

OBJETIVOS: Analizar la eficacia de la vía subcutánea en domicilio tanto para medicación como hidratación en enfermos terminales.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática en artículos científicos y revisiones bibliográficas. Se consultaron diversas bases de datos como Bioline, Scielo y Junta de Andalucía. Se recogen textos científicos sobre la utilidad de la vía subcutánea.

RESULTADOS: Tras seleccionar cuatro artículos, se confirma que la vía de elección en casos de enfermos terminales tratados en domicilio es la subcutánea, por la gran cantidad de fármacos que admiten esta vía sin presentar problemas de irritación. Los fármacos más usados por vía subcutánea en domicilio son: Mórficos para dolor, disnea y sedación. Escopolamina para estertores. Ketorolaco como antiinflamatorio, antitérmico y analgésico. Tramadol también como analgésico. Midazolam para estado de confusión y tratar la agitación. Metoclopramida como antiemético. Además prácticamente toda la medicación puede ser usada. El uso de esta vía para la hidratación es la forma más habitual ya que la ingesta se limita por el estado del paciente.

CONCLUSIÓN: El uso de la vía subcutánea en el cuidado domiciliario de enfermos en fase terminal es la elección para tratar los síntomas que padecen los paliativos. La facilidad de manejo de esta vía permite implicar a la familia en el tratamiento y la efectividad queda patente ya que el uso está cada vez más extendido.

PALABRAS CLAVE: ASISTENCIA DOMICILIARIA, VÍA SUBCUTÁNEA, PACIENTE TERMINAL, ATENCIÓN PRIMARIA.

CUIDADOS PALIATIVOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA Y DOMICILIARIA EN EL ENFERMO TERMINAL

EMMA RODRIGUEZ JIMENEZ, TOMAS ILLESCAS HURTADO

INTRODUCCIÓN: Estudio sobre los cuidados paliativos que precisan los pacientes en fase terminal y el apoyo que requieren los familiares sobre el proceso.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados paliativos en atención hospitalaria y domiciliar en el enfermo terminal.

METODOLOGÍA: Se han llevado a cabo 12 sesiones de trabajo donde intervino un equipo multidisciplinar compuesto de médicos, psicóloga, ATS, trabajadora social, auxiliar de enfermería y un coordinador de calidad. Este equipo describió pormenorizadamente el proceso en los cuidados paliativos.

RESULTADOS: Tras el análisis del proceso de los cuidados paliativos se evidencian algunas carencias con altos márgenes de mejora: completar los protocolos médicos, mejorar las alternativas en formación del personal y atención del propio equipo, organización de un grupo de bioética, mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales y facilitar los ingresos desde el domicilio.

CONCLUSIÓN: La puesta en marcha de este proceso nos ha permitido optimizar nuestro trabajo diario, e iniciar el desarrollo de algunas oportunidades de mejora detectadas (se ha constituido un grupo de trabajo en bioética, y se está elaborando un proceso global de cuidados paliativos con la participación de atención primaria y especializada)

PALABRAS CLAVE: PACIENTE TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS, ENFERMEROS.

APOYO FAMILIAR EN LOS PACIENTES PALIATIVOS EN EL DOMICILIO

MANUEL MALDONADO FERNANDEZ, ISABEL GALLEGO ÁLVAREZ, NOEMI CARMONA SUANES

INTRODUCCIÓN: La tendencia actual de los cuidados paliativos se orienta cada vez más al domicilio. De tal manera que es el equipo de atención primaria el encargado de brindar los cuidados a pacientes y familiares, en algunas ocasiones sin tener la actualización de conocimientos necesaria para este tipo de situaciones.

OBJETIVOS: Analizar cuál es la finalidad principal de los cuidados paliativos. Determinar el rol enfermero en los cuidados paliativos en atención primaria.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en las bases de datos científicas Pubmed, Cuiden y Medline. Descriptores usados: Cuidados paliativos, calidad de vida, continuidad de la atención, enfermería.

RESULTADOS: El objetivo principal de los cuidados paliativos es ofrecer el máximo confort posible en el proceso de agonía y desenlace de la enfermedad. El rol de la enfermería se posiciona en una estrecha colaboración con el resto de profesionales sanitarios, siendo por otra parte una pieza clave en el control de la sintomatología fluctuante de los pacientes, los cuidados a los pacientes así como el asesoramiento a pacientes y familiares de estos en aquellos aspectos que le puedan provocar incertidumbre, ansiedad, temor. Con todo esto se pretende una comunicación fluida enfermero- paciente- familia.

CONCLUSIÓN: Es imprescindible una adecuada formación por parte de los profesionales que atienden a los pacientes paliativos. De esta forma se potenciará una mejor atención y se evitarán situaciones de silencio o pudor que deterioran la comunicación con los familiares y el propio paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PALIATIVOS, DOMICILIO, COMUNICACIÓN.

ATENCIÓN PALIATIVA EN PEDIATRÍA

JOSEFA CANOVAS URREA, ANA BELÉN GARCIA NICOLÁS, PEDRO JOSE MORENO FERNANDEZ, ANA ELISABET LOPEZ LOPEZ, MARIA JULIA HERNANDEZ VIDAL, MARIA DOLORES MARTINEZ TRINIDAD

INTRODUCCIÓN: En los países desarrollados entre un 12 y un 15% de los niños que fallecen cada año lo hacen por cáncer, la mayor parte en hospitales. El papel de la familia es importante, por la dependencia de estos y la comunicación que brindan. Se describen tres niveles de atención: Primer nivel paliativo: que puede proporcionar cualquier profesional. Segundo nivel: los profesionales solucionan problemas paliativos habituales. Tercer nivel: servicios específicos de cuidados paliativos pediátricos.

OBJETIVOS: Valorar las necesidades básicas y el cuidado integral del niño en cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en base de datos Pubmed, Scielo, Medes. De un total de diez artículos se seleccionaron tres de ellos en periodo de búsqueda del año 2017.

RESULTADOS: Son escasas las Unidades de Cuidados Paliativos pediátricos a nivel mundial. Diversos estudios demuestran la escasa formación de los profesionales en conocimientos de cuidados paliativos. Actualmente, en nuestro país, existen cuatro unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP). El Hospital la Fe de Valencia, desde 1997 lleva brindando CPP a domicilio a los niños con cáncer terminal.

CONCLUSIÓN: En los cuidados oncológicos pediátricos hay que combinar los tratamientos paliativos y curativos, evitando el encarnizamiento terapéutico. La atención prestada debe ser integral, respetando la dignidad y el derecho a la autonomía, mediante la atención continuada e individualizada. Se debe fomentar la formación, la investigación y la innovación para estandarizar los objetivos en paliativos. Se debe priorizar la atención en domicilio si es posible. Es necesaria una comunicación efectiva con el niño, pues mejora su afrontamiento a la enfermedad y la muerte. Ha de realizarse por profesionales especializados, a través de estrategias comunicativas. Aun así, se tiende a la conspiración del silencio con estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA, ONCOLOGIA, NIÑOS, ADOLESCENTES.

CUIDADOS EN LA MUCOSITIS DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

EMPAR GÓMEZ SÁNCHEZ, LUCIA ROCHE GUTIÉRREZ, RAQUEL MUÑOZ VILLAVERDE,
LETICIA ELVIRA GUTIÉRREZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 67 años, diagnosticada de carcinoma de estómago. Es derivada a enfermería de AP para valoración, cuidados enfermería y enseñanza de cuidados sobre la evolución de su enfermedad y efectos del tratamiento. Recibe tratamiento quimioterápico.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Se encuentra que la paciente presenta como problema prioritario una mucositis de grado 3, según la escala de la OMS, por lo que presenta dolor intenso y dificultad ingesta alimentos de forma habitual.

JUICIO CLÍNICO: Valoración de enfermería basada en 14 necesidades V. Henderson encontrándose alteradas: necesidad de alimentación, de reposo/sueño y necesidad hidratación/piel. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** NANDA: dolor agudo (00132) r/c inflamación de la mucosa m/p expresión verbal de dolor, deterioro mucosa oral (00045) r/c tratamiento recibido m/p cambios inflamatorios, desequilibrio nutricional: inferior necesidades corporales (00002) r/c disminución ingesta diaria m/p perdida peso, deterioro deglución (00103) r/c dolor presenta m/p expresión verbal dificultad.

PLAN DE CUIDADOS: NIC: manejo nutrición (1100) recomendando alimentos de consistencia cremosa y tibios, ni alimentos que puedan suponer irritación mecánica como galletas. Manejo dolor (1400) enjuague oral de lidocaína, tratamiento sistémico con analgésicos. Mantenimiento de la salud bucal (1710), fomentar salud bucal (1720), restablecimiento salud bucal (1730) en los tres casos correcta higiene realizada con uso de cepillo de dientes blandos, cepillar bien dientes, encías y lengua tras cada comida, uso enjuagues adecuados. Manejo de líquidos (4120) recomendando ingesta adecuada, tomar pequeñas cantidades con mucha frecuencia.

CONCLUSIONES: Según la bibliografía consultada se da una carencia en cuidados paliativos en EAP. Debido a falta formación, a los dilemas éticos que se presentan en práctica, a carencias en habilidades de comunicación. Debido a esta circunstancia la valoración y el manejo de las necesidades de salud derivadas de procesos oncológicos y de fin de vida se puede considerar insuficiente. El manejo adecuado de casos como este conlleva una indagación especial en evidencia científica al respecto.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMERÍA, MUCOSITIS, DOLOR AGUDO, INFLAMACIÓN, DISFAGIA.

VÍA SUBCUTÁNEA EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

ALVARO TORTOSA MARTÍNEZ, MARIA PATROCINIO MANZANO LOPEZ, ISABEL LETICIA MANZANO LÓPEZ

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, nuestra población está experimentando un envejecimiento progresivo, además los avances obtenidos en la supervivencia de los pacientes con enfermedades crónicas hace que cada vez estén más presentes los Cuidados Paliativos en nuestra práctica clínica. En la última fase de la enfermedad terminal, la vía subcutánea es considerada la vía de elección por su eficacia, versatilidad y bajo coste.

OBJETIVOS: Analizar los beneficios del uso de la vía subcutánea en la fase agónica, identificar los síntomas más frecuentes y fármacos más usados en la situación de últimos días y definir las modalidades de administración de la vía subcutánea.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la cual se encontraron 25 artículos relacionados con la vía subcutánea en Cuidados Paliativos de los cuales 10 fueron relevantes para este estudio. Para ello se consultó en las siguientes bases de datos: Scielo, Medline, Dialnet, Cuiden y liliacs.

RESULTADOS: Según la SEPCAL el 60 % de pacientes terminales en España son candidatos del uso de la vía subcutánea en situación de últimos días, las ventajas más destacadas en nuestro estudio son: fácil utilización y poco agresiva, poco dolorosa, evita el paso por el metabolismo hepático, no precisa hospitalización.

CONCLUSIÓN: El uso de la vía subcutánea está cada vez más extendida en las unidades de Cuidados Paliativos y Hospitalización Domiciliaria. En la situación de últimos días esta vía resulta tan efectiva como otras, además de ser menos invasiva, facilita el manejo sintomático, es especial el dolor. Se considera una opción segura y sencilla, que permite mayor confort para el paciente en su fase de agonía y con ello probablemente se conseguirá una mejor calidad de vida, siendo su coste menor. Además de ser un método poco cruento, de fácil ejecución y cómodo para el paciente y familiares.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, AGONÍA, VIA SUBCUTÁNEA, INFUSIÓN SUBCUTÁNEA.

BENEFICIOS DE LOS ÁCIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS

PILAR NARVAEZ CANO, ALBA TORRES VALENZUELA, JUAN JESÚS LÓPEZ MOYA

INTRODUCCIÓN: Tratamos un grave problema para la salud pública y la seguridad del paciente, las heridas crónicas: repercusiones como déficit de calidad de vida e incremento de la morbimortalidad, aumento del nivel de trabajo para los sanitario e incremento de los costes de tratamientos. Los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) se usan en úlceras de diferentes causas por su capacidad de incrementar la microcirculación, fomentar la renovación celular y mejorar la hidratación de la piel. Dichos productos han confirmado su eficacia en los cuidados de la piel perilesional y pre y postulcerosa.

OBJETIVOS: Identificar las propiedades de los AGHO y su efectividad en las distintas situaciones que se puede aplicar.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una Revisión Bibliográfica entre 2005 a 2015 en base de Datos Cuiden y Cochrane, obteniendo 8 artículos, excluyendo 4 por no aportar datos cuantitativos.

RESULTADOS: Los AGHO están formados por ácidos grasos esenciales que han sido tratados mediante una hiperoxigenación. Incrementan la circulación de la sangre disminuyendo la isquemia; mejora la renovación de células epidérmicas; aumenta la unión celular en la epidermis; protege la piel ante los agentes causales de las upp; evitan la deshidratación de la piel; escudo en la fricción; disminuye la fragilidad cutáneas y el efecto de los radicales libres.

CONCLUSIÓN: Los AGHO son muy importantes en el mantenimiento de la integridad de la piel, demostrando su efectividad en la prevención de UPP y en el retraso de su formación. Opción terapéutica óptima que debería formar parte de los protocolos clínicos de actuación de enfermería en la prevención de las úlceras crónicas y en el cuidado de la piel perilesional.

PALABRAS CLAVE: HERIDAS, HIDRATACIÓN, ÁCIDOS GRASOS, ÚLCERAS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA ANTE EL FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS

ROSA MARIA PALENCIA MARTINEZ, ISABEL MARIA MARTINEZ MOLINA, LUCIA SÁNCHEZ PARRO

INTRODUCCIÓN: La muerte puede presentarse de forma lenta y anunciada (enfermedad terminal), o de forma repentina (accidente, síndrome de muerte súbita de lactante, etc). De cualquier modo, convivir con la muerte resulta difícil, tanto personal como profesionalmente, y esta dificultad se ve considerablemente aumentada cuando se trata de un niño. Es importante conocer cuál va a ser el significado de la muerte para el niño en sus diferentes edades y la participación y repercusión en su familia.

OBJETIVOS: Determinar los diferentes sistemas y estadios de afrontamiento personal y familiar ante la muerte.

METODOLOGÍA: Revisión y búsqueda bibliográfica sistemática previa existente que trata el tema que nos ocupa de los últimos 5 años y en idioma (español, inglés y portugués). Las bases de datos consultadas: Scielo, Pubmed, Dialnet, Cuiden.

RESULTADOS: En el medio sanitario y cuando se trata de niños, la muerte se hace más difícil de admitir, ya que con los avances terapéuticos más eficaces existe un progresivo optimismo que hace más inaceptable que el niño no pueda ser curado. Por eso el AE/TCAE tiene que estar familiarizado, entrenado y preparado para ofrecer unos cuidados de calidad al niño y a su familia.

CONCLUSIÓN: Los niños necesitan sentir las alegrías y tristezas de la vida para empezarlas a incorporar a sus propias vidas de forma adecuada. El enfrentamiento con la muerte va a ser vivido de distinta forma por cada individuo y por cada familia, dependiendo de muchos factores. Por eso el AE/TCAE debe conocer estos mecanismos de afrontamiento, ya que de su buena o mala actuación esa vivencia y experiencia puede ser traumática o superada de una mejor forma.

PALABRAS CLAVE: MUERTE, INFANCIA, DUELO, ENFERMEDAD, TERMINAL.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN CÁNCER OROFARÍNGEO EN TRATAMIENTO CON CUIDADOS PALIATIVOS

THAYS REGADERA FRUTOS, SUSANA RIQUELME RIQUELME, MARIA RUIZ MATEOS, ANDREA GARCIA RIVERA, MARÍA DEL MAR PARRA GONZÁLEZ, MARIA LEONOR SANCHEZ LOPEZ, ISABEL COY LOPEZ, LAURA MARTINEZ RUIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 71 años incluido en el programa de cuidados paliativos el 3/02/2018 derivado para realizarle la valoración. Este paciente presenta un cáncer orofaríngeo irreseccable. Fue intervenido quirúrgicamente para realizarle un vaciamiento cervical y actualmente ha recibido el segundo ciclo de quimioterapia. Presenta como síntomas principales dolor y pérdida de peso importante. Es conocedor de su situación y decide recibir cuidados paliativos en casa. Es fumador activo de unos 30 cigarrillos diarios y sedentario. Tratamiento farmacológico: cloruro mórfico 10 mg c/8h con sevedrol 10 mg pauta de rescate + prednisona 10 mg c/12h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 117/69 mmHg. FC 79 lpm. FR 15 rpm. SatO2 93%.

JUICIO CLÍNICO: Cáncer orofaríngeo en estadio terminal. **PLAN DE CUIDADOS:** DxE: (00146) Ansiedad r/c cambios de estado de salud y crisis situacional m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y trastorno del sueño. NOC: (1402) Autocontrol de la ansiedad. NIC: (5820) Disminución de la ansiedad (4920) Escucha activa (1850) Mejorar el sueño DxE: (00133) Dolor crónicor/c incapacidad física o psicosocial crónica m/p verbalización del paciente. NOC: (1608) Control de síntomas. NIC: (2210) Administración de analgésicos, (1400) Manejo del dolor. DxE: (00015) Riesgo de estreñimiento r/c efectos secundarios farmacológicos (opiáceos, anticolinérgicos, sedantes...). NOC: (1902) Control del riesgo NIC: (0450) Manejo del estreñimiento/impactación.

CONCLUSIONES: La incidencia del cáncer orofaríngeo está aumentando significativamente debido a la masiva exposición de la población a sus principales factores de riesgo: el tabaco y el alcohol. En estadios finales, se recurre a los cuidados paliativos si no existe posibilidad de curación; estos proporcionan una buena calidad de vida y control de síntomas tanto al paciente como a la familia, realizándose previamente una valoración de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. El papel de enfermería es crucial puesto que forma parte del equipo multidisciplinar que realiza la valoración y los seguimientos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, CUIDADOS, CÁNCER, ENFERMERÍA.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA EVOLUCIONADA EN PACIENTE ANCIANO

TANIA ORTIZ PUERTAS, JESSICA GARCÍA ESTEBAN, EVA MARIA GOMEZ ORTIZ

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente varón de 80 años que acude a la consulta de su médico de familia por “dificultad en el habla e inestabilidad en la marcha de varios días de evolución”, ante la exploración neurológica alterada se decide derivar a urgencias. Antecedentes personales: Hipertensión Arterial. Dislipemia.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Consciente y orientado. Pupilas isocóricas normorreactivas a la luz, movimientos oculares conservados, pares craneales normales; sensibilidad y fuerza conservada; marcha inestable. Disartria. Romberg negativo. Auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen y miembros inferiores normales. Pruebas Complementarias: analítica normal, radiografía de tórax sin hallazgos relevantes. TAC de cráneo sin contraste muestra imagen puntiforme hipodensa en ganglios basales izquierdos que sugiere infarto lacunar.

JUICIO CLÍNICO: Accidente Cerebrovascular Agudo isquémico evolucionado. Se procede a seguimiento por neurología con tratamiento: Irbesartan 150mg/24horas; AAS 300mg/24horas; omeprazol 20mg/24horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Las entidades que cursan con afectación de la primera motoneurona son la ELA, la esclerosis lateral primaria, atrofia espinal progresiva y parálisis bulbar progresiva.

PLAN DE CUIDADOS: Durante su seguimiento al ampliar estudio por tórpida evolución del cuadro, se realiza electromiograma y RMN para descartar enfermedad de la primera motoneurona. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA). Actualmente y debido a la evolución de la enfermedad, el paciente se encuentra en situación terminal, en seguimiento por cuidados paliativos.

CONCLUSIONES: La importancia del caso radica en que ante un cuadro neurológico evolucionado hay que descartar distintas entidades clínicas. Los pacientes con ELA son pacientes frágiles en los que la enfermedad evoluciona rápidamente y necesita una buena red de cobertura médica que se centre en el paciente y en la familia, cubriendo las necesidades paliativas que vayan surgiendo.

PALABRAS CLAVE: ESCLEROSIS, ICTUS, DISARTRIA, CUIDADOS PALIATIVOS.

ATENCIÓN ENFERMERA EN LA SEDACIÓN PALIATIVA DE LOS PACIENTES

ISABEL MATEOS ALGARIN, ANA MEGINO MUÑOZ, PATRICIA ISABEL GALAN RUIZ, TATIANE BORGES FERREIRA

INTRODUCCIÓN: El paciente terminal es aquel cuya enfermedad es irreversible sin posibilidades de rescate de las condiciones de salud del paciente y la posibilidad de muerte inminente parece inevitable y previsible. Con el objeto de reducir la consciencia, ofrecer comodidad y aliviar la angustia del paciente podemos usar medicaciones sedativas.

OBJETIVOS: Determinar la atención del personal de enfermería en la sedación paliativa.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed, Medline y Scielo, estableciendo como criterios de inclusión estudios primarios sobre la administración de sedación paliativa a pacientes terminales, publicados desde 2010 hasta la actualidad, publicados en castellano e inglés.

RESULTADOS: Tras revisar la bibliografía consultada encontramos que hace mucho tiempo que se debate la cuestión de la sedación del paciente terminal, tanto en el campo de los cuidados paliativos como externamente. Algunos autores describen la sedación del paciente terminal como una forma de eutanasia lenta. Para otros, el principal objetivo de la sedación paliativa es aliviar el sufrimiento usando fármacos para el control de los síntomas.

CONCLUSIÓN: Para evitar que la sedación terminal se utilice como pretexto para practicar eutanasia activa, es prioritario que el sistema sanitario haga lo posible por conseguir que la atención paliativa esté basada en un enfoque ético que defienda el derecho a la vida de las personas ante una situación de terminalidad.

PALABRAS CLAVE: SEDACIÓN TERMINAL, CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA, BIOÉTICA.

LA CALIDAD DE VIDA Y LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN LOS PACIENTES

SORAYA AISA AL LAL, NAWAL MOHAMED HAMETE, YUNAIDA BOUTALIB MOHAND

INTRODUCCIÓN: Los profesionales de las unidades de cuidados paliativos tienen como objetivo fundamental el bienestar de la persona. La muerte es interpretada y vivida de diversas maneras según las convicciones religiosas de cada persona. Por eso, la comunicación intercultural solamente puede funcionar bien, si llegamos a conocer la cultura del otro.

OBJETIVOS: Determinar las habilidades que utiliza el profesional para establecer la comunicación con los pacientes paliativos.

METODOLOGÍA: Este estudio realizado es observacional descriptivo, para determinar las características de la comunicación con los pacientes terminales en los cuidados paliativos.

RESULTADOS: Los 10 pacientes que participaron en este estudio observacional descriptivo cumplieron los requisitos de inclusión. Con los Diagnósticos de Cáncer de Mama, Neo de pulmón, Neo de colon y Leucemia. Los resultados fueron 50% utilizaban la expresión facial, 25% la escucha activa y 25% utilizaban la empatía.

CONCLUSIÓN: Cada persona es un individuo, y usualmente le toma tiempo al paciente confiar y compartir sus esperanzas y temores con los miembros de un equipo asistencial que, conscientes de ello, acepta la variabilidad individual y el concepto del interlocutor.

PALABRAS CLAVE: BIENESTAR, MUERTE, CULTURA, COMUNICACIÓN.

CURA DE ÚLCERA POR PRESIÓN EN SACRO

PABLO AGUILAR IBAÑEZ, MARIA JOSE AMARO ESCRIBANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 81 años, es paciente programada a domicilio con curas diarias por UPP.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Constantes vitales TA: 110/70. Glucemia: 80 mg/ml. FC: 78 lpm. Respiración: Saturación de O₂ >90%. Temperatura a 36,7°C. Alimentación: No presenta deshidratación, bien nutrida. Deglución y masticación adecuadamente. Eliminación: Incontinencia urinaria y fecal total. Movilidad: Grado de dependencia total. Barthel de 5. Descanso y sueño: Nivel de conciencia es grave, E. Glasgow 4. Se realiza curas de UPP.

JUICIO CLÍNICO: Sufre un ACV. Con sd. De inestabilidad central, vejiga neurogena y diagnosticada de Alzheimer con demencia vascular multiinfarto. Curas por UPP con placa necrótica avanzada y con tunelización en zona sacra. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la parálisis manifestada por inmovilidad. Riesgo de síndrome de desuso relacionado con el Ictus y manifestado por la inmovilidad física. Incontinencia urinaria total, relacionada con neuropatías.

PLAN DE CUIDADOS: NOC: Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indicadores: Sensibilidad: Gravemente comprometido. Hidratación: levemente comprometido. Eritema: leve. Palidez: leve. NIC: Prevención de úlceras por presión. NOC: Consecuencias de la inmovilidad fisiológicas. Indicadores: Úlceras de presión: Leve. Estreñimiento: Leve. Articulaciones contraídas: Grave. Disminución de la fuerza muscular: Siempre demostrado. Disminución del tono muscular: Siempre demostrado. NIC: Manejo de la energía: Terapia de ejercicios. Movilidad articular. Vigilancia de la piel. Cambio de posición. Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa. NOC: Eliminación urinaria. Indicadores: Ausencia de pérdidas de orina entre micciones: A veces demostrado. Ausencia de medicaciones que interfieren el control urinario Siempre demostrado. Ausencia de infección del tracto urinario: Frecuentemente demostrado. Ingesta hídrica en el rango esperado: Siempre demostrado. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. NIC: Cuidados de la incontinencia urinaria. Potenciación de la autoestima. Potenciación de la imagen corporal. Cuidados de la piel: tratamiento tópico. Cuidados perineales. Monitorización de líquidos.

CONCLUSIONES: La enfermería es muy importante para realizar una buena valoración y un buen plan de cuidados.

PALABRAS CLAVE: CURAS, ULCERAS POR PRESIÓN, ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, HERIDAS.

ABORDAJE DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTE GERIÁTRICO

MARIA DEL CARMEN GÓMEZ MORENO, PILAR RUIZ YÉBENES, MARINA LUZ COSANO ARIZA

INTRODUCCIÓN: El progresivo envejecimiento de la población que junto a los patrones de morbilidad actuales hace se prolongue la supervivencia de los enfermos y se retrasa el momento de su muerte, provocando un aumento del número de pacientes con enfermedades crónicas y degenerativas, así como el de pacientes geriátricos. Por todo esto los Cuidados Paliativos a los enfermos en fase terminal, adquieren cada vez más importancia dentro del sistema sanitario.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados paliativos ante el paciente geriátrico.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, a través de la consulta de diferentes bases de datos como PubMed, Medline y Dialnet, Wholis y libros sobre Geriatría y Gerontología; cuidados de Enfermería en el paciente anciano y manuales sobre Cuidados Paliativos. También hemos recogido información de diversos portales de Internet como el de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) o el de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y a través de Google académico. Palabras clave: cuidados paliativos en pacientes geriátricos, cuidados paliativos, geriatría, y enfermedad terminal.

RESULTADOS: El alivio y la prevención del sufrimiento, la identificación precoz y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, así como la colaboración para que el paciente y la familia acepten la realidad y procurar conseguir la mayor calidad de vida en la situación de enfermedad terminal en el anciano. Las demandas de los pacientes y sus familias, así como el interés y preocupación de los profesionales sanitarios por evitar el sufrimiento en la etapa final de la vida, muestran la creciente sensibilidad social y sanitaria existente sobre el tema.

CONCLUSIÓN: La aplicación de los Cuidados Paliativos debe realizarse en los distintos niveles de atención para proporcionar confort y bienestar tanto al paciente como a la familia siendo necesaria la formación continuada de los profesionales para prestar una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, GERIATRÍA, ENFERMEDAD TERMINAL, PACIENTES.

PACIENTE ANCIANO QUE REQUIERE DE TRATAMIENTO PALIATIVO

MAITE ALVAREZ TUÑÓN, ZAIRA DEL COUZ PELÁEZ, LOURDES GARCÍA FRANCO, VERÓNICA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, MARGARITA CEÑAL BERJANO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 93 años. Viuda. Jubilada del campo. No alergias medicamentosas. Operada de cataratas. Hipertensión. Hiperlipemia. Artrosis. Insuficiencia venosa. La paciente presenta éxtasis venoso en ambos miembros inferiores en los últimos 7 años. En este último año aumenta el edema siendo necesario recurrir a diuréticos que no son eficaces. Hace 3 meses comienza a presentar isquemia del miembro inferior derecho llegando a necrosis de la falange distal de tercer dedo. La familia rechaza derivar a Atención Especializada en ese momento y tener una actitud expectante. Tres semanas más tarde ante el empeoramiento con aumento de la necrosis (afectación completa de los 5 dedos y empeine) la familia demanda consulta a vascular.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica: Hemoglobina: 10,4 g/dL, Hematocrito: 32,4 %, Leucocitos: 14,49 x10E3/ μ L. Fibrinógeno derivado: 868 Plasma heparina: 10,5 mg/dL. Obstrucción femoro-poplítea bilateral. Miembro inferior derecho: Pie caliente y bien perfundido, pequeña lesión necrótica en primer dedo. Miembro inferior izquierdo: Necrosis de todos los dedos de pie izquierdo, con celulitis que progresa hacia antepié.

JUICIO CLÍNICO: Isquemia irreversible de miembro inferior izquierdo. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Úlceras vasculares en MMII. Isquemia grado IV.

PLAN DE CUIDADOS: Dado que se trata de una paciente frágil y de acuerdo con la familia se decide optar por tratamiento conservador con curas con betadine, analgesia y antibioterapia con el fin de evitar la amputación supracondílea de la extremidad en una paciente de dichas características.

CONCLUSIONES: Los cuidados paliativos son de gran importancia en muchas de las patologías con las que tratamos cada día, y no solamente, se utilizan en pacientes terminales. En este caso concreto, se trata de un tratamiento paliativo cuyo objetivo es que la paciente tenga el menor dolor posible, procurando secar las lesiones. Todo ello con el objetivo de evitar la amputación de la extremidad en un paciente de estas características.

PALABRAS CLAVE: ISQUEMIA, DOLOR, NECROSIS, CUIDADOS PALIATIVOS.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES CRÓNICOS Y TERMINALES

SONIA SERRANO JURADO, MARIA ISABEL FERNANDEZ CORTES, MARIA ISABEL ZAMORA SERRANO

INTRODUCCIÓN: La continuación en la asistencia sanitaria, es una característica en atención primaria en relación con el grado de satisfacción de los pacientes y su calidad de vida. Cuanto mejor es la asistencia en este tipo de pacientes se percibe menos medicalización, menos intervenciones y menos hospitalización. Se trata de satisfacer las necesidades sociosanitarias y las expectativas de una población mejor informada pero al mismo tiempo más vulnerable por razones de medicalización, enfermedad crónica, envejecimiento, dependencia, etc.

OBJETIVOS: Analizar la continuidad de cuidados en la atención a pacientes crónicos y terminales.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: En enfermería los objetivos es de ser el enlace que une al facultativo con la familia en cuanto a la prestación de información sanitaria, tanto de la enfermedad, como del tratamiento médico, como de la logística necesaria para los cuidados básicos del paciente, así como de la administración de la medicación y apoyo moral ante miedos, dudas que surjan en el paciente o la familia que juegue el papel de cuidador. Todo ello hace que se consiga una mejor continuación asistencial y disminución del número de assistencias en urgencias. El seguimiento debe hacerse periódicamente según el tipo de enfermedad, el grado de dependencia, el tratamiento y los medios de los que disponga el paciente. Los cuidados deben ser dirigidos por el facultativo y establecidos por un equipo multidisciplinar, médicos, enfermeros y trabajador social. Con este tipo de seguimiento en este tipo de pacientes lo que deseamos conseguir es un mejor manejo de la enfermedad en el domicilio, un mayor conocimiento de la enfermedad y del tratamiento, así como una forma digna y humana de mantener una mejor calidad de vida dentro de las limitaciones de la enfermedad.

CONCLUSIÓN: La efectividad de la atención a domicilio dependerá de que el paciente sea seguido intensamente en el domicilio de acuerdo con un programa preestablecido, para así con estos programas disminuir las tasas de mortalidad y de institucionalización.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, CONTINUIDAD DE CUIDADOS, CUIDADOS DE ENFERMERÍA, PACIENTE CRÓNICO Y TERMINAL.

ROL ENFERMERO ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA BACA BOCANEGRA, JACINTO GOMEZ BARRIO, ALEJANDRO ANTÓN PLATA

INTRODUCCIÓN: Durante los últimos años los Cuidados Paliativos (CP) han sido objeto de una evolución y desarrollo hasta el momento desconocido. La enfermería ha adquirido un papel de gran importancia como pilar fundamental de los cuidados de soporte de pacientes en situación terminal y sus familiares.

OBJETIVOS: Analizar el reconocimiento y avance de los CP; evaluar la participación enfermera en los CP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica durante 4 meses consultando bases de datos como Scielo, Cuiden y el buscador de Google académico. Se han seleccionado 13 artículos entre 2007-2016. Los descriptores utilizados fueron “cuidados enfermeros”, “cuidados paliativos”, “competencias enfermeras” “rol”. Criterios de inclusión: unidades de cuidados paliativos españolas.

RESULTADOS: La mejora en la atención de enfermos en fase avanzada y terminal es uno de los retos de la sanidad española. La enfermería tiene una implicación fundamental en las fases de valoración, detección de necesidades y problemas, planificación de cuidados, ejecución y evaluación de los cuidados desde la individualidad, continuidad, flexibilidad y accesibilidad. Se han observado grandes avances en el conocimiento, implementación y organización de los CP. Sin embargo, la enfermería en CP aún está poco reconocida, escasamente valorada y formada específicamente en CP para afrontar esa complejidad.

CONCLUSIÓN: Los enfermeros son responsables de la gestión de los CP tanto en el hogar como en el hospital y por ello es necesario el desarrollo de competencias enfermeras en CP, ofreciendo una práctica que garantice la excelencia en las intervenciones que se ofrezcan a los pacientes y sus familiares. La identificación de las competencias enfermeras definirá las necesidades de formación, gestión e investigación. También sería necesario elaborar un plan de acción integrado a la familia, que debe participar activamente en esta etapa y respetando las prioridades del paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS ENFERMEROS, CUIDADOS PALIATIVOS, COMPETENCIAS ENFERMERAS, ROL.

ADMINISTRACIÓN Y MANEJO DE FÁRMACOS POR VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

JUAN FORTEZA GUERRA, ANA MARIA DOMINGUEZ SALAS, ISABEL MARTINEZ GUTIERREZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son todos aquellos cuidados proporcionados a los pacientes que se encuentran en un estado terminal de la enfermedad y dirigidos a aumentar su calidad de vida. El síndrome caquexia-anorexia se observa en gran número de pacientes, caracterizado por una pérdida de peso, lipólisis, atrofia muscular y anorexia entre otros síntomas. Es causado por la disminución de la ingesta oral (estados confusionales, mucositis, situación agónica, etc.) O por los procesos inflamatorios liberados por el tumor. Es preciso, pues, encontrar una vía alternativa a la venosa y a la oral para la administración de medicación.

OBJETIVOS: Conocer el procedimiento para la inserción y mantenimiento de un catéter por vía subcutánea. Manejar eficazmente la administración de fármacos por esta vía durante los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión teórica definiendo los descriptores exactos consultando el DeCS y buscando en la base de datos de enfermería iberoamericana “Cuiden “, operándolos con los booleanos AND. Se han obtenido un total de 4 artículos.

RESULTADOS: Instalación: Se inserta aguja hipodérmica de teflón N°22 en tejido subcutáneo con un ángulo de 45°, fijándolo con un apósito transparente. Los puntos de inserción coinciden con superficies planas: área escapular, abdomen, muslo o deltoides. Cuidados: Observar la presencia de complicaciones locales: eritema, infección local, etc. Cambiar el punto de inserción cada 5-7 días. Se pueden administrar, tanto por infusión continua como por bolos, diferentes fármacos como el Clorhidrato de morfina, ketorolaco, tramadol, midazolam, buscapina, dexametasona, metoclopramida. Útil como vía de hidratación.

CONCLUSIÓN: La administración de fármacos por vía subcutánea se trata de una técnica muy útil en el manejo de síntomas del enfermo terminal, ya que es un procedimiento sencillo tanto para los profesionales de enfermería como para la familia del paciente. Controlar los síntomas les permite aumentar su autonomía y su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, HIPODERMOCLISIS, TRATAMIENTO, SUBCUTÁNEA.

INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN EL PACIENTE TERMINAL: EDUCACIÓN ENFERMERA

RAQUEL CANDIL VARGAS, FERNANDO CALVO-RUBIO GARCIA

INTRODUCCIÓN: En nuestra práctica habitual, observamos multitud de pacientes en situación terminal. Bien ingresados debido a la imposibilidad de control sintomático domiciliario, o que permanecen en domicilio con una pauta de cuidados. Debido a las constantes situaciones que se nos plantean en nuestro quehacer diario; enfermería precisa de una formación adecuada en el manejo de dicho paciente, instruyendo a familiares sobre el rol más aconsejable a adoptar en esta fase de la vida.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de un buen apoyo familiar durante la última etapa de la vida.

METODOLOGÍA: Hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Diferenciamos distintas formas de afrontamiento ante la muerte en pacientes que disponen de apoyo familiar y los que no. Observándose que quien dispone de apoyo, verbaliza su estado de ansiedad y acepta mejor su fase final. Los familiares verbalizan mayor tranquilidad ante el proceso, y se minimizan las posibilidades de duelos patológicos. Debido al creciente número de pacientes hospitalizados en fase terminal. Es de vital importancia insistir a familiares en técnicas de afrontamiento y pautas de conductas ante el enfermo. Se instruye en la escucha activa y acompañamiento permanente del enfermo. Así se facilita la comunicación entre un equipo multidisciplinar: trabajadora social, psicólogas, equipo de atención primaria, etc.

CONCLUSIÓN: Es de capital importancia un apoyo familiar y social permanente en la fase terminal del paciente. Para ello los enfermeros debemos estar correctamente instruidos en habilidades sociales, y brindar toda la atención necesaria y completa tanto a pacientes como a familiares.

PALABRAS CLAVE: DUELO, PACIENTE TERMINAL, FAMILIA, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS TRAQUEOSTOMÍAS

ANDREA SALDAÑA MERCADO, PAULEJAN SOUSA DE JESÚS CORRAL, JOSE MANUEL VARELA CUINES

INTRODUCCIÓN: Según la RAE, la traqueostomía es, una “operación quirúrgica que consiste en practicar una abertura en la tráquea para comunicarla con el exterior. ” Este procedimiento se realiza en la tráquea, abriéndola e insertando una cánula que comunica con el exterior permitiendo el paso del oxígeno a sus pulmones. Una técnica normalmente irreversible, que supone un cambio drástico en la vida del paciente. Enfermería debe de proporcionarle unos cuidados correctos.

OBJETIVOS: Conocer que cuidados debe de realizarse al paciente traqueostomizado.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda en varias bases de datos como pubmed, medline, scielo o Dialnet. Con descriptores como traqueostomía, enfermería, cuidados y traqueostomizado. Se seleccionaron 4 documentos en español.

RESULTADOS: Durante las primeras 48h tras la cirugía no se debe de realizar ninguna maniobra. El paciente tendrá una cánula de plástico con balón para mantener la traquea abierta. Se procederá al cambio de cánulas tras estas horas. Se cambiará la cánula entera por otra limpia, según su finalidad será de plástico o metal, frenestrada o no, según indicación médica. Ante cualquier cambio, se recomienda realizarlo entre dos personas. Teniendo cuidado con el posible espasmos traqueal que provocará su cierre. Administrar siempre ante del cambio oxígeno para preoxigenar. Si el paciente tiene muchas secreciones se debe de plantear usar un aerosol o aspirarlas. Mantener siempre al paciente en posición Fowler (90°) para ayudar a la respiración, hará menor esfuerzo. La fonación , se realizará la llamada “fonación esofágica”. El aire proviene del esófago. La cánula será fenestrada o podrá realizarse tapándolas con un tapón o con el dedo.

CONCLUSIÓN: Enfermería puede realizar muchos de estos cuidados pero nunca debe de olvidar el principal de todos: presencia. Estar con el paciente y su familia en todo momento además de realizar una buena escucha activa con una educación sanitaria óptima.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, TRAQUEOSTOMIZADO, TRAQUEOSTOMÍAS, ENFERMERÍA.

ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA: CUIDADOS PALIATIVOS DE ENLACE

CARMEN CARMONA GARCIA, MARIA ARACELI TORREGROSA MADUEÑO, MARIA ISABEL SECILLA TRAVESET

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad de progresión devastadora tanto para el paciente como para su familia, en nuestra rama laboral es fundamental asegurar una calidad de vida y dignidad para el paciente.

OBJETIVOS: Analizar la función del equipo multidisciplinar en el paciente afecto de ELA en las últimas etapas de su vida.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de los últimos 5 años en bases de datos científicas en castellano e inglés utilizando los términos, cuidar, enfermera, paliativa, ELA y los mismos en inglés. Bases de datos utilizadas Pubmed, CINHALL, Mesh Data Base, Google Academic.

RESULTADOS: La intervención sociosanitaria del equipo multidisciplinar es el pilar fundamental a la hora de facilitar y de mejorar la calidad de vida del paciente lo máximo posible durante su última etapa. Es difícil de evaluar ya que en muchos casos se realiza en domicilio donde no hay tanto acceso a personal sanitario y no existe tanto conocimiento sobre esta enfermedad del personal que va a esos domicilios.

CONCLUSIÓN: El personal sanitario de enlace a domicilios con pacientes en últimas etapas de ELA está muy supeditado por sus conocimientos de la enfermedad para dar una calidad en los cuidados paliativos, mejorar y facilitar la actividad profesional y la relación con el paciente. La calidad de los cuidados y el control de síntomas y por tanto la calidad de vida del paciente están relacionados con los conocimientos sobre la enfermedad por tanto es sobre esto sobre lo que hay que incidir en la formación del personal dedicado a los cuidados paliativos a domicilio.

PALABRAS CLAVE: ELA, CUIDADOS PALIATIVOS, DOMICILIO, CUIDADOS.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CRÍTICOS

JOSEFA SANCHEZ LORENZO, VERONICA RIVERO ROMERO, MARÍA MERCEDES BARBA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN: La Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) se define como: retirar (withdraw) o no iniciar (withhold) medidas sanitarias porque el profesional estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin una adecuada recuperación funcional con calidad de vida. Es actualmente considerada una buena práctica clínica, éticamente aceptable en aquellos pacientes en los que se cumplen una serie de condiciones que avalan la irreversibilidad de su situación patológica, y, bien conocida por todos los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos.

OBJETIVOS: Realizar una revisión sobre el estado actual de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET) y el papel de los profesionales de enfermería, en unidades de cuidados críticos.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática, donde se consultaron las bases de datos: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico. La búsqueda contempló artículos científicos publicados en revistas indexadas entre 2012-2017, rechazándose tesis o trabajos académicos.

RESULTADOS: Algunos estudios referencian la inconformidad de los enfermeros sobre este tema, al no formar parte de la toma de decisiones, y son ellos quienes, la mayoría de las veces, están encargados de la ejecución de estas decisiones.

CONCLUSIÓN: Se trata de un tema con bastante controversia, en el que no existe una aprobación unánime y son muchos los que están incluso en desacuerdo. Los roles de los profesionales involucrados en la LET no están definidos. Sin embargo, la literatura hallada nos permite hacer una aproximación al papel que desempeña el profesional de enfermería, resaltar las funciones que realiza y finalmente justificar su participación en las actividades en la cuales no está siendo tenido en cuenta.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS INTENSIVOS, LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO, REVISIÓN SISTEMÁTICA, ENFERMERIA.

ATENCIÓN DEL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS

MANUELA MORENO GOMEZ, DAVID SILES FERNÁNDEZ, ROBLEDO DEL ROCIO DELGADO MORENO

INTRODUCCIÓN: Si los riñones dejan de hacer su función, se produce una acumulación de desecho que el cuerpo debería eliminar en condiciones normales. Por medio de la diálisis se eliminan los líquidos (agua que los riñones son incapaces de eliminar) y productos de desecho (potasio y urea) de la sangre. Se realizará el proceso regulando el flujo sanguíneo y la cantidad de líquido que se pretende extraer con una máquina que hace el proceso. El aparato de hemodiálisis tiene un filtro especial llamado dializador o riñón artificial, el cual limpia la sangre.

OBJETIVOS: Identificar los cuidados del TCAE en la unidad de hemodiálisis.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Accesos vasculares más utilizados en los pacientes: Fístula arteriovenosa interna subcutánea. Vena femoral. Vena yugular interna. Vena subclavia. Para que la circulación extra corpórea sea posible se utiliza heparina sódica, para impedir la coagulación sanguínea. La auxiliar de enfermería: Tomará temperatura del paciente al inicio como al final y anotará en hoja de registros. Se pesará al inicio como al final, se anotará en hoja de registros. Lavará la extremidad que disponga de la fístula arteriovenosa. Preparará el material de la diálisis. Ayudará al médico o a la enfermera DUE en lo que necesiten. Vigilará al paciente e informará a la enfermera DUE de cualquier anomalía observada. Recoger y enviar muestras al laboratorio. Limpiar, envasar, recibir y registrar el material esterilizado. Comprobar que los monitores funcionan correctamente y desinfectarlos. Cuidados de la fístula arteriovenosa: Retiraremos el apósito cada 4 horas después de la diálisis. Lavar el brazo que tenga la fístula todos los días. En caso de alguna anomalía avisar a la enfermera DUE. En caso de sangrado se presiona en el lugar de la punción.

CONCLUSIÓN: La duración de la diálisis dependerá: Del grado de funcionamiento de los riñones. De cuánto líquido aumenta de un tratamiento a otro. Su peso.

PALABRAS CLAVE: SANGRE, FÍSTULA, HEMODIÁLISIS, RIÑONES, UREA, DIALIZADOR.

TÉCNICAS PARA REALIZAR UNA CAMA OCUPADA

AITOR MONTERO JIMENEZ

INTRODUCCIÓN: En algunos casos no es posible el movimiento del paciente durante el lavado o cambio de sábanas con lo cual se requieren una serie de pautas para realizar dicho cambio correctamente y así evitar a toda la costa molestar al paciente durante su estancia en el hospital.

OBJETIVOS: Conocer las distintas directrices a la hora de realizar una cama ocupada por parte del celador.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Se consultaron diferentes bases de datos (Temarios MAD oposición Celador). Los descriptores más utilizados fueron "celador", "cama ocupada", "técnica realización".

RESULTADOS: Trabajar de forma rápida (no brusca), mantener alineación corporal adecuada y cómoda, si es posible mantener la cama en posición horizontal. Soltar puntos de sujeción de la ropa. Retirar colcha y mantas. Proteger con la sábana de arriba. Preservar intimidad, mantener calor. Ayudar al paciente a adoptar la postura más cómoda: Manteniendo el eje del cuerpo, atendiendo cambios de posición, protegiendo las prominencias óseas y zonas de roce.

CONCLUSIÓN: Es importante tener un método de trabajo efectivo que facilite el trabajo tanto al profesional como al enfermo.

PALABRAS CLAVE: CELADOR, FUNCION, CAMA OCUPADA, TÉCNICAS.

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA EMPATÍA Y RESPUESTA EMPÁTICA

MARIA ROSA GALVEZ PALACIOS, MARIA JOSE LINARES CASTILLO, MARIA INMACULADA RODRIGUEZ MARTIN

INTRODUCCIÓN: En el área de los Cuidados Paliativos es muy importante tener en cuenta los medios que se utilizan para el acompañamiento a las personas a afrontar los momentos críticos a los cuales se enfrentan en ese momento. La Empatía es una de las herramientas que nos ayuda para que exista un entendimiento entre las dos partes, y esto facilita la relación de ayuda. Pero hay que diferenciar dos aspectos importantes ya que no es lo mismo ofrecer una respuesta empática que ser empático. Para ello se necesita tener unos ciertos conocimientos y estar capacitado ya que si no se sabe diferenciar entre estas dos cosas puede hacer que exista un desgaste profesional.

OBJETIVOS: Analizar en el ámbito sociosanitario poniendo situaciones en las que se dieran están circunstancias para ver como reaccionarían ante ellas.

METODOLOGÍA: Se recogieron 43 cuestionarios respondidos por dos promociones consecutivas de estudiantes de un máster de counselling al inicio de la formación. Todos ellos desarrollaban (o habían desarrollado previamente) su labor profesional bajo distintos roles dentro del ámbito sociosanitario (psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional y asistente espiritual).

RESULTADOS: Los niveles de empatía obtenidos, con una fiabilidad según alfa de Cronbach = 0,732, fueron elevados. La puntuación global fue de media 3,2 (sobre 5). Sin embargo, los estilos de respuesta predominantes (según el IRE) fueron, por este orden, apoyo – consuelo (151 respuestas; el 35,1%), solución de problema (136; 31,6%), juicio (69; 16,0%), empática (40; 9,3%), investigación (29; 6,7%) y, por último, interpretativo (5; 1,2%).

CONCLUSIÓN: Después de realizado el estudio se ve que se necesita una formación mas exhaustiva sobre la necesidad de formación en este aspecto para así poder ponerlo en practica de una manera más adecuada.

PALABRAS CLAVE: TCAE, PERSONAL SOCIO SANITARIO, EMPATÍA, RESPUESTA EMPÁTICA, FORMACIÓN, COMUNICACIÓN.

ANÁLISIS DE LA LEY DE MUERTE DIGNA

CRISTINA AZUCENA ROLDÁN MALENO

INTRODUCCIÓN: La finalidad principal de la ley de muerte digna es, asegurar que todo ciudadano español reciba una atención individualizada y enfocada a su proceso final de la vida. Sus principales premisas, se ejecutan en base a evitar el sufrimiento y respetar la dignidad y la libre decisión del ciudadano.

OBJETIVOS: Analizar desde un enfoque mixto la ley de muerte digna.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión bibliográfica durante los meses de septiembre a noviembre de 2017, en las bases de datos pubmed, scielo y lilacs. Usando como palabras clave: muerte digna, fin de vida, ley, España y cuidados paliativos. Hemos usados varios filtros como el idioma: castellano y la fecha 2016-2017.

RESULTADOS: Muerte digna: aquella que se produce con todos los alivios médicos adecuados y los consuelos humanos posibles. También se denomina ortotanasia. No es equivalente a la eutanasia, porque no es una muerte bajo petición ni a demanda. Eutanasia: el término eutanasia proviene del griego eu (que significa bien o fácil) y thanatos (muerte). Así que, etimológicamente sólo significa "buena muerte". Según la rae : "intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura".

CONCLUSIÓN: En un proceso terminal el objetivo principal de los profesionales de la salud es garantizar la ausencia de sufrimiento y el bienestar del paciente y en segundo grado de los familiares.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, EUTANASIA, LEY, ESPAÑA, FIN DE VIDA.

ABORDAJE DESDE ENFERMERÍA DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

LAURA MARIA GARCIA DEL PINO, ISMAEL PEREZ CABEZA DE VACA, NATALIA DÍAZ NASARRE

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos previenen o tratan los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y los tratamientos. Con los cuidados paliativos, también se tratan problemas emocionales, sociales, prácticos y espirituales que la enfermedad plantea.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de los cuidados paliativos en enfermos terminales.

METODOLOGÍA: Para llevar a cabo esta revisión se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos de literatura científica. En la selección de artículos se incluyeron revisiones bibliográficas realizadas por distintas universidades españolas.

RESULTADOS: Los cuidados paliativos se ofrecen a personas con enfermedades como: Cáncer. Enfermedad cardíaca. Enfermedades pulmonares. Insuficiencia renal. Demencia. VIH/SIDA. ELA Muchos medicamentos diferentes para aliviar el dolor, se denominan analgésicos. Estos se administran de distintas formas (vía oral, inyectables, siendo la subcutánea la principal, o parches transdérmicos). Analgésicos no opioides. Estos pueden constituir opciones para dolor leve o moderado. En ocasiones, recetan junto con otros medicamentos para el dolor en caso de dolores graves, como los antiinflamatorios no esteroides. Medicamentos habitualmente usados para otras afecciones. Como los antidepresivos o para prevenir convulsiones. Opioides. Se toman a menudo junto medicamentos no opioides. (Fentanilo, Morfina).

CONCLUSIÓN: Tanto los cuidados paliativos como el tratamiento paliativo brindan bienestar Los cuidados paliativos pueden empezar en el momento del diagnóstico y al mismo tiempo que el tratamiento, en cambio el tratamiento paliativo comienza después de suspender el tratamiento de la enfermedad y cuando es claro que el paciente no va a sobrevivir a ella. La vía subcutánea es la primera elección para los cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: DOLOR, TRATAMIENTO, PALIATIVOS, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

LA VIA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS

MANUEL PEREZ CAMPOS, CARMEN OBRA MOLERO, ANTONIO JOSÉ GALLEGO DÍAZ

INTRODUCCIÓN: Esta vía consiste en la introducción de sustancias medicamentosas en el tejido celular subcutáneo. Se usa principalmente cuando se desea que la medicación se absorba lentamente. La absorción en el tejido subcutáneo se realiza por simple difusión de acuerdo con la gradiente de concentración entre el sitio de depósito y el plasma, por lo que la velocidad de absorción es mantenida y lenta lo que permite asegurar un efecto sostenido, muy útil en pacientes paliativos.

OBJETIVOS: Describir la metodología de la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos en Cuidados Paliativos

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica llevada a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo y Cuiden. Se seleccionaron 3 artículos que cumplieran nuestros criterios de inclusión: publicaciones realizadas del año 2008 en adelante, en español o inglés y a texto completo.

RESULTADOS: El diagnóstico principal para este tipo de pacientes es la enfermedad oncológica, seguido de patologías avanzadas a nivel renal, hepático, cardiaco, etc. Por ello, la zona de punción predominante son los miembros superiores y sus principales causas de pérdida de catéter son: a movilización/agitación del paciente, seguido del enrojecimiento de la zona, del mal funcionamiento de la vía y de la edematización.

CONCLUSIÓN: El uso de la vía subcutánea en Cuidados Paliativos, cada vez está más extendido por su eficacia, facilidad de la técnica y mayor conocimiento en la administración de fármacos. Además, es una opción segura para el paciente permitiendo una mejor calidad de vida. En gran parte de la bibliografía está descrito el cambio de la vía subcutánea 1 vez a la semana y en otros estudios abogan por el cambio del catéter cuando la situación lo requiere. Independientemente del estado de la piel, del estado nutricional del paciente, del tipo de catéter, la pérdida de la vía debido a la movilización/agitación del paciente, es la causa más frecuente.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, VIA SUBCUTANEA, CUIDADOS PALIATIVOS, SALUD.

LOS CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DELIRIUM

MANUEL PEREZ CAMPOS, CARMEN OBRA MOLERO, ANTONIO JOSÉ GALLEGO DÍAZ

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad avanzada que requieren cuidados paliativos muestran frecuentemente delirium, a veces asociado al empeoramiento del pronóstico, o relacionado con factores multifactoriales asociados a la enfermedad terminal. En ocasiones esta complicación no es diagnosticada como tal, y por lo tanto no es tratada de forma adecuada. Se propone así evaluar la evidencia existente actualmente con respecto al delirium sufrido en pacientes terminales que precisan cuidados paliativos, así como la necesidad de establecer un plan terapéutico actualizado.

OBJETIVOS: Analizar la necesidad de establecer métodos de manejo del delirium en pacientes terminales.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica llevada a cabo en las siguientes bases de datos: Pubmed, Scielo y Cuiden. Se seleccionaron 3 artículos que cumplían nuestros criterios de inclusión: publicaciones realizadas del año 2008 en adelante, en español o inglés y a texto completo.

RESULTADOS: Los estudios muestran una alta prevalencia de delirium en este tipo de pacientes, poniendo en evidencia la necesidad de una valoración adecuada, así como la prevención, el diagnóstico precoz, y un plan terapéutico eficaz. Los factores de riesgo que se han asociado a este padecimiento son: edad avanzada, demencia, y agravamiento de la enfermedad. Dentro del paciente oncológico se ha valorado el delirium, como multifactorial, relacionándose con el consumo de fármacos (opioides, AINES, antidepresivos), con alteraciones fisiológicas tales como, hipercalcemia, metástasis cerebral, deshidratación, etc. Los síntomas suelen presentarse en un periodo corto de tiempo con fluctuaciones a lo largo del día, siendo más frecuentes por la tarde-noche. Las principales manifestaciones son: pensamiento desorganizado, alteración de la conciencia,

CONCLUSIÓN: La existencia de delirium frecuentemente se asocia a un empeoramiento del pronóstico de la enfermedad. El plan terapéutico se guiará por una valoración individualizada, tras lo cual se recomienda instaurar medidas ambientales, la valoración de medicación farmacológica, la monitorización de síntomas y la reevaluación periódica.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD TERMINAL, DELIRIUM, CUIDADOS, ENFERMERÍA.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES PALIATIVOS CON DIARREA AGUDA

LAURA ESPEJO RODRIGUEZ, INMACULADA CANTERO CORREDOR, BEGOÑA GAMAZA PEREZ

INTRODUCCIÓN: La diarrea aguda la podemos definir cuando se producen más de 3 deposiciones al día y dura menos de 3-4 semanas. Es uno de los síntomas que puede aparecer en un 10% de los pacientes con cáncer avanzado, es menos habitual que el estreñimiento en cuidados paliativos, sobre todo en los de causa oncológica. En algunas series de casos se llega hasta el 30%; en el caso del SIDA puede presentarse hasta en el 90%.

OBJETIVOS: Analizar las principales actuaciones de enfermería encaminadas a la mejora de la calidad de vida de pacientes en situación terminal con diarrea.

METODOLOGÍA: Realización de un estudio descriptivo a partir de una revisión bibliográfica en las bases de datos seleccionadas: Medline, PubMed, Enfermería al Día, Cuiden.

RESULTADOS: La gestión inicial debería incluir el diagnóstico y el tratamiento de la infección subyacente. Beber líquidos diariamente e instaurar una dieta astringente en fase aguda. Las grasas pueden intensificar la diarrea y causar náuseas. No interrumpir el consumo de alimentos, haciendo las comidas no muy abundantes pero con frecuencia. Se permiten los alimentos ni muy fríos ni muy calientes. Se deben evitar los alimentos picantes, las hortalizas y las frutas verdes, poco maduras y ácidas, el café, el té y el alcohol.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos tienen entre sus objetivos mitigar los síntomas molestos y su meta es la obtención de la mejor calidad de vida posible para el paciente. Un buen control de síntomas a lo largo del proceso de enfermedad repercute directamente en la duración de su vida y en la calidad con la que vive la misma. Es trabajo de enfermería evitar el sufrimiento y las posibles complicaciones que pueda tener debido a su situación, de forma integral, además de acompañar en el proceso final de la vida.

PALABRAS CLAVE: DIARREA AGUDA, PACIENTE PALIATIVO, CUIDADOS DE ENFERMERIA, CUIDADOS PALIATIVOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE DUELO DE FAMILIARES DE UN PACIENTE EN ESTADO TERMINAL

AIDA RAMOS SÁNCHEZ, MARIONA SANGENÍS FRANCO, KAREM SAIRE MEDRANO, PAOLA DEL ROCÍO SAIRE MEDRANO, ALBA ILLESCAS GARCIA, SANDRA PUEYO RAMOS

INTRODUCCIÓN: El duelo es un proceso natural, universal y no patológico que no requiere de ayuda especializada, que comprende una serie de fases que conducen a la superación de dicho proceso, excepto en aquellos casos en los que aparecen complicaciones. Enfermería tiene un papel crucial a desempeñar y trabajar, para abordar de forma correcta tal situación.

OBJETIVOS: Analizar las intervenciones de enfermería en familiares con un paciente en estado terminal.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a las bases de datos utilizando las palabras clave como descriptores.

RESULTADOS: El proceso de duelo comprende 5 etapas: Negación: rechazo o bloqueo de los hechos o la realidad de la situación. Ira. - Negociación: Intenta hacer “tratos” con Dios. Depresión: tristeza, miedo e incertidumbre ante el futuro. Aceptación. Hay que tener en cuenta ante la familia el proceso emocional y la dificultad en la toma de decisiones tan complejas. La comunicación, el manejo del dolor y el confort son elementos indispensables para la familia. La proporción de información es clave para sobrellevar el proceso de enfermedad terminal y elaborar un duelo correcto. Una valoración inicial es imprescindible para saber en qué punto del proceso se encuentra la familia, qué necesidades tiene, y cómo prepararla, tanto a nivel de cuidados hacia el ser querido, como psicológico. Establecer medidas que clarifiquen el tratamiento paliativo, como es la sedación paliativa, y la limitación del esfuerzo terapéutico mejora el proceso de comunicación con el paciente y su familia y favorece la toma de decisiones compartidas.

CONCLUSIÓN: El papel de enfermería para superar correctamente el proceso de duelo ante la pérdida de un ser querido en proceso terminal es esencial. Proporcionar información y acompañar a la familia en el proceso terminal del paciente ayudará a desarrollar un proceso normal de duelo una vez haya fallecido el paciente.

PALABRAS CLAVE: FINAL DE VIDA, CUIDADOS, FAMILIA, DUELO.

CUIDADOS PALIATIVOS POR PARTE DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

ANTONIO JESUS GARCIA CASADO, MARIA LUISA IBAÑEZ BERLANGA, SALOME PERALES MOLINA

INTRODUCCIÓN: En las últimas décadas estamos asistiendo el aumento gradual de la prevalencia de algunas enfermedades crónicas, junto al envejecimiento progresivo de nuestra población. Los avances conseguidos en el tratamiento específico del cáncer, han permitido un aumento significativo de la supervivencia y calidad de vida de estos enfermos.

OBJETIVOS: Realizar una búsqueda de la información científica y una revisión bibliográfica para determinar los cuidados paliativos en pacientes oncológicos.

METODOLOGÍA: Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos IME, Cuiden, Cinahl, Scopus y Pubmed de los últimos 6 años. El operador booleano utilizado fue de intersección (AND) para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos. Se usaron truncamientos cuando fue necesario. En una primera fase, se procedió a la lectura de todos los títulos y resúmenes de los artículos encontrados, eliminando los que no cumplían con el tópico de estudio. En una segunda fase, se realizó la lectura del texto completo de los estudios seleccionados anteriormente, para finalizar escogiendo los que fueran más concordantes con el estudio.

RESULTADOS: Las bases de la terapéutica y del cuidado en pacientes terminales serán: Realizar siempre una atención integral, que tenga en cuenta los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. El enfermo y la familia son la unidad a tratar. Concepción terapéutica activa, para incorporar una actitud rehabilitadora y activa.

CONCLUSIÓN: Podemos concluir que la aplicación y desarrollo de los cuidados paliativos ofrecen ventajas porque pueden ser administrados por equipos multidisciplinarios de salud; además de que permiten diseñar planes de cuidados individualizados basados en las necesidades del paciente y su familia. Por lo que recibir unos adecuados cuidados paliativos es algo esencial para este tipo de pacientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS, PALIATIVOS, CALIDAD, ENFERMERÍA, ONCOLOGÍA.

ABORDAJE ENFERMERO EN LA GESTIÓN EMOCIONAL DE FAMILIARES DE PACIENTES TERMINALES

FERRAN CAÑADILLAS CASTELLS, ALBA MARIA MORENO INFANTE, BEATRIZ ORPEZ VILLEN

INTRODUCCIÓN: Actualmente la familia es considerada un referente clave en el proceso de gestión emocional del paciente, con un rol importante para influir en el bienestar de éste. Es por eso que unificando las creencias, costumbres y el papel fundamental de la familia en el proceso de cuidados enfermeros; desde el ámbito de la enfermería hace falta profundizar en la adecuada gestión para que en situaciones como las que sufre un paciente terminal el proceso sea más llevadero.

OBJETIVOS: El propósito de este estudio es analizar el soporte de enfermería a familiares de pacientes en la etapa final de la vida. Se pretende determinar los requerimientos de soporte enfermero por parte de los familiares del paciente e identificar los que no quedan cubiertos para proponer alternativas de mejora.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de publicaciones periódicas entre los años 2009-2015, a partir de las bases de datos de Ciencias de la Salud Medline/Pubmed y Cinahl, y criterios de inclusión y exclusión, se seleccionan diez artículos para su análisis.

RESULTADOS: Según los estudios analizados, el abordaje enfermero más recomendado es interaccionar de manera honesta, clara, empática, respetuosa y flexible. La comunicación frecuente con los familiares del paciente les ayuda a soportar la intensa alteración emocional que padecen. Las principales carencias descritas en el abordaje enfermero están relacionadas con la falta de información y/o de comunicación. Como alternativas de mejora se contempla la preparación de los profesionales de enfermería para esta etapa final de la vida, y en concreto para brindar soporte al paciente y su familia.

CONCLUSIÓN: Para poder brindar soporte emocional a los familiares de los pacientes en su etapa final de vida, se requiere información y comunicación de forma frecuente. Se reconoce la necesidad formativa de los profesionales de enfermería, en especial en lo que respecta a la comunicación en los cuidados paliativos.

PALABRAS CLAVE: PACIENTE TERMINAL, FAMILIA, GESTIÓN EMOCIONAL, ROL ENFERMERO.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE EL FINAL DE LA VIDA

SARAY MOJARRO GIROL, ROSEL MARTINEZ FERREIRO, DOLORES DEL ROCIO RODRIGUEZ VAZQUEZ

INTRODUCCIÓN: La Organización Mundial de la Salud adoptó en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de otros síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial».

OBJETIVOS: Analizar el significado de "cuidado paliativo" y qué aspectos tener en cuenta para llevarlo a cabo.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en bases de datos utilizando los descriptores mencionados anteriormente como palabras clave.

RESULTADOS: Para llevar a cabo un buen cuidado en pacientes terminales, hemos de tener en cuenta aspectos como los siguientes: Atención integral. Debemos tener en cuenta tanto aspectos físicos, emocionales como sociales y espirituales. Se trata de una atención individualizada y continuada. El enfermo y la familia se comportan como una sola unidad, ya que ésta es el núcleo fundamental del apoyo al enfermo. La promoción de la autonomía y la dignidad al enfermo tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Incorporar una actitud activa que lleve a superar el "no hay nada más que hacer". Nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación. Ocupa un importante lugar el ambiente en el que se desarrollen estos cuidados. Una atmósfera de respeto, confort, soporte y comunicación influyen de manera decisiva en el control de síntomas. La creación de este ambiente depende de las actitudes de los profesionales sanitarios y de la familia, así como de medidas organizativas que den seguridad y promuevan la comodidad del enfermo.

CONCLUSIÓN: La atención que se entrega al final de la vida, siempre incluye cuidados paliativos. El objetivo es hacer sentir cómodo y mejorar la calidad de vida de los últimos momentos de la vida tanto al paciente, como a su familia.

PALABRAS CLAVE: CUIDADO PALIATIVO, ENFERMERÍA, PACIENTE TERMINAL, DIGNIDAD.

ATENCIÓN ENFERMERA DOMICILIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ENVEJECIMIENTO

DANIEL SANCHEZ FENOLLAR, ANA MARIA GARCIA GOMEZ, JUAN JOSÉ MARTÍNEZ MIÑANO, JUAN JOSE GARCIA NAVARRO, MARIA ANGELES HERNANDEZ CARRILLO, MARIA DOLORES MESA MARTINEZ, NOELIA PARDO MARTÍNEZ, PATRICIA CANO CARRASCO, TANIA ROYO MORALES, VIRGINIA PEDREÑO GIL, ANTONIA RAQUEL NAVARRO CASCALES, FULGENCIO RAMIREZ PEREZ

INTRODUCCIÓN: El envejecimiento activo de nuestra población junto al aumento de avances médicos, está provocando un aumento progresivo en la prevalencia de pacientes crónicos, que necesitan atención sanitaria continuada a consecuencia de las comorbilidades que presentan y con el fin de aumentar su calidad de vida. En España, la atención domiciliaria continuada la realiza el equipo de atención primaria, siguiendo las recomendaciones de Chronic Care Model brindando la posibilidad al paciente de recibir los cuidados en su entorno, sin provocar fragmentación familiar y en los cuidados.

OBJETIVOS: Determinar mayor calidad de vida en los pacientes con cuidados paliativos, mejorar la atención sanitaria domiciliaria, identificar los signos y síntomas clínicos y la comorbilidad que afecta a los ancianos que reciben cuidados paliativos domiciliarios.

METODOLOGÍA: Se ha realizado un estudio descriptivo mediante revisión bibliográfica de artículos científicos y GPC. Para realizar la búsqueda se empleo DeCS junto a operadores booleanos en bases de datos como: PubMed, Crochane Plus o Scielo. Se seleccionaron 10 documentos entre ellos las GPC de SECPAL y SNS. Se limitó la búsqueda a documentos publicados entre 2006-2017 y escritos en inglés y español. El estudio se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y febrero de 2018.

RESULTADOS: La atención domiciliaria por atención primaria a pacientes paliativos el seguimiento y coordinación de los cuidados ha sufrido una sustancial mejoría. La clave de ello es la continua e intensa atención domiciliaria. A su vez ha disminuido la tasa de mortalidad, la hospitalización y visitas a urgencias, así como la institucionalización.

CONCLUSIÓN: Es vital destacar el papel de enfermería gestora de casos, que prioriza para mejorar la situación de los pacientes y disminuir los gastos sobre todo de los ancianos. Dicha gestión debe ser compartida con un abordaje conjunto con todos los miembros del equipo, continuo e integral.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN DOMICILIARIA DE SALUD, ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMERÍA, ENVEJECIMIENTO.

BENEFICIOS Y COMPLICACIONES DEL CATÉTER PLEURX EN PACIENTES PALIATIVOS

ALBA DIAZ LUQUE, NATALIA ALVAREZ ALVAREZ, CRISTINA TERAN GARCIA, SUSANA PALACIOS MARTINEZ, EDITH ÁLVAREZ GONZALEZ, LUCIA CUENDIAS MARTINEZ

INTRODUCCIÓN: Pleurx es un catéter tunelizado permanente alojado en cavidad pleural cuyo fin es el drenaje de los derrames pleurales recurrentes en pacientes paliativos. Los pacientes que portan el catéter Pleurx tienen numerosos beneficios a nivel de confort y calidad de vida.

OBJETIVOS: Valorar los beneficios y complicaciones de ser portador de un catéter pleural Pleurx.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio prospectivo y observacional como población diana los pacientes portadores de Pleurx que acuden al servicio de Paliativos en 2017 cuya prevalencia es de 37 casos. El 78% fueron hombres y mayores de 65 años el 85%.

RESULTADOS: Los resultados principales es que los portadores de Pleurx presentan niveles menores de dolor en un 20%, menor sensación de disnea en un 80%, menor hospitalización en un 65%. A su vez existen complicaciones como infección 30% y obstrucción del catéter en un 7%.

CONCLUSIÓN: La colocación del catéter Pleurx presenta grandes beneficios con porcentajes altos de mejora de calidad de vida y confort para el paciente, también existen complicaciones aunque por porcentajes inferiores. Podemos considerar que para el paciente paliativo su máxima es el confort y el control de los síntomas, por tanto la colocación del Pleurx en derrames pleurales recurrentes puede aportar beneficios en gran medida con niveles de complicación bajos.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVOS, DERRAME PLEURAL, DISNEA, BENEFICIOS, COMPLICACIONES.

ESTUDIO DEL TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA RESPECTO DEL ESTREÑIMIENTO EN PACIENTES CON CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA JESUS BERRUEZO LOPEZ, MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ GUERRERO, MARIA DOLORES CARRASCO GARCIA

INTRODUCCIÓN: El estreñimiento se define como la evacuación poco frecuente, difícil o incompleta que puede provocar dolor o malestar, quedando una sensación de evacuación incompleta, pudiendo generar molestias considerables que incluyen dolor abdominal y distensión, anorexia, náuseas, malestar general, cefaleas, halitosis, inquietud... El estreñimiento es un problema frecuente en los cuidados paliativos. Las causas en esta población suelen ser multifactoriales y están relacionados con una ingesta dietética deficiente, inactividad física, la enfermedad y el tratamiento relacionado que si incluye opiáceos la incidencia de estreñimiento será mayor.

OBJETIVOS: Determinar la efectividad y la eficacia diferencial de los laxantes utilizados para tratar el estreñimiento en pacientes que reciben cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se han realizado búsquedas en bases de datos como Cochrane, y Medline, usando como descriptores estreñimiento, cuidados paliativos, y laxantes.

RESULTADOS: La prevención y el tratamiento del estreñimiento se relacionan con la causa. Los pacientes que reciben cuidados paliativos están en riesgo de presentar estreñimiento como resultado de los cambios en su estilo de vida, pero teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos el estreñimiento es inducido por fármacos, el tratamiento incluirá generalmente un laxante. Los laxantes funcionan de diversas maneras. • Los laxantes formadores de masa incluyen la absorción de grandes cantidades de líquidos. • Los laxantes osmóticos aumentan el contenido de agua y de ese modo la blandura y el volumen de las heces. • Los laxantes estimulantes inducen la motilidad propulsiva.

CONCLUSIÓN: Es necesario realizar estudios controlados aleatorios, rigurosos e independientes que midan resultados estandarizados y clínicamente relevantes en una población claramente definida para establecer la efectividad de los laxantes en el tratamiento del estreñimiento en los pacientes que reciben cuidados paliativos. Es conveniente distinguir entre diferentes laxantes para incluir medidas sobre la tolerabilidad, la calidad de vida, la preferencia del participante y los costos.

PALABRAS CLAVE: ESTREÑIMIENTO, CUIDADOS PALIATIVOS, LAXANTE, TRATAMIENTO.

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO PALIATIVO DEL ENFERMO DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

LOURDES CRUZ CASTRO, FRANCISCO CRUZ RIZOS, ELENA ROJAS HIDALGO

INTRODUCCIÓN: La Esclerosis Lateral Amiotrófica, comúnmente conocida como ELA, es una enfermedad degenerativa de las células nerviosas, el trabajo de la auxiliar de enfermería en los cuidados de dichos pacientes es de especial importancia para él y la familia, sobretodo en el tramo final. Unos cuidados de calidad, son fundamentales para ofrecer un entorno de intimidad, calidad de vida y dignidad.

OBJETIVOS: Identificar la evidencia científica sobre el cuidado del enfermo de esclerosis lateral amiotrófica por parte del auxiliar de enfermería.

METODOLOGÍA: Realizamos revisión bibliográfica de aquellos artículos publicados en los últimos 10 años, las bases de datos que utilizamos son: Revistas nacionales e Internacionales especialistas en neurología. Buscamos en bases de datos utilizando términos en castellano e inglés y que tengan vinculación con la enfermedad. Se busca en la base de datos del hospital donde están registrados los pacientes y descritos cada caso.

RESULTADOS: Cada día tenemos más información de esta enfermedad y de cómo tratarla no solo a nivel farmacológico, también a nivel de cuidados en la ultima etapa de vida del paciente. Los cuidados de calidad por parte del auxiliar de enfermería ayudan y aumentan la calidad de vida del paciente. El cuidador es una figura que trabajara en coordinación con el auxiliar, por los que la buena conexión entre ellos repercuten de manera positiva en el paciente.

CONCLUSIÓN: Estudiar y conocer cada días más acerca de esta enfermedad, nos ayuda a aumentar la calidad de nuestros cuidados, consiguiendo que nuestros objetivos sean un éxito. Aquí todos salimos ganando, el paciente con los cuidados que obtiene, la familia por el vinculo que establece con los sanitarios, que le ofrece seguridad y apoyo y nosotros por la satisfacción de ir mejorando en los servicios prestados.

PALABRAS CLAVE: PALIATIVOS, PACIENTE, FAMILIA, CUIDADOS.

ATENCIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA AL ENFERMO TERMINAL: CUIDADO PALIATIVOS

SONIA VEGA ÁLVAREZ, BORJA GONZÁLEZ MONTES, SORAIMA MARÍA HUERGO FERNÁNDEZ, BEATRIZ GONZÁLEZ MONTES

INTRODUCCIÓN: Cuando un paciente presenta una enfermedad avanzada que no tiene respuesta a los tratamientos específicos, con síntomas múltiples, intensos, cambiantes y con un pronóstico de vida no superior a 6 meses, nos encontramos ante un paciente terminal. Este es el comienzo para realizar los cuidados paliativos. Distinguiendo la fase terminal de la fase terminal final (signos de muerte inmediata).

OBJETIVOS: Analizar el papel del TCAE en pacientes que presentan síntomas de una enfermedad irreversible (agonía) es imprescindible.

METODOLOGÍA: Búsqueda realizada en MedlinePlus, en el National cancer Institute y en la Aecc.

RESULTADOS: Las actividades que debe realizar el TCAE para ayudar al enfermo terminal se engloban en tres grupos de necesidades: Físicas: hacen referencia a la higiene del paciente, a la movilidad, a la alimentación y creando un ambiente favorecedor con iluminación adecuada, procurando que no existan ruidos ensordecedores ya que el sentido del oído es el último que se pierde. Emocionales: abarca temas como mostrar interés por lo que nos dice, empatía, serenidad y respeto. Espirituales: facilitar lo que necesiten según las creencias religiosas del paciente.

CONCLUSIÓN: La labor del TCAE se centra en buscar el bienestar del paciente en la medida de lo posible teniendo en cuenta que es una enfermedad terminal creando un ambiente cómodo, facilitándole ayuda en sus necesidades físicas emocionales y espirituales.

PALABRAS CLAVE: BIENESTAR, COMODIDAD, RESPETO, SERENIDAD, EMPATÍA.

BENEFICIOS DE LA EXISTENCIA DE UN DOCUMENTO PARA NO INTENTAR LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

TAMARA MELERO ROMERO, MARIA ISABEL ROMERO GARCIA, MARÍA DEL CARMEN JIMÉNEZ MORENO

INTRODUCCIÓN: La Parada Cardíaca (PC) se define como la interrupción súbita, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y de la respiración espontáneas. Cuando esta situación no se revierte, el resultado inexorable es la muerte biológica. La RCP sólo tiene sentido cuando las expectativas de recuperación sean razonables, no solo de la actividad cardíaca, si no de todas aquellas funciones que caracterizan a una persona como ser humano.

OBJETIVOS: Identificar los beneficios de la existencia de un documento para no intentar la reanimación cardiopulmonar.

METODOLOGÍA: Se toma una muestra de 30 pacientes de edad comprendida entre 65-85 años que padecían enfermedades crónicas avanzadas o cáncer, en una unidad hospitalaria de medicina interna. Se le explica al paciente y a sus allegados el proceso de reanimación cardiopulmonar, tras el cual el 72% de este grupo dieron el consentimiento para incluir el documento NIRC en la parte delantera de su historia clínica. Transcurrido tres días, se realiza una encuesta a las personas encargadas del cuidado de estos pacientes.

RESULTADOS: Se observa que el 85% de los miembros del equipo multidisciplinario a cargo del cuidado de pacientes que poseen en su historia clínica el documento NIRC, es capaz identificarlo de manera eficaz, sin necesidad de indagar en su historia clínica.

CONCLUSIÓN: Cumple con el derecho de autonomía. Es reconocible en un equipo multidisciplinario, por lo que en PC no se iniciarían las maniobras de reanimación. Decidir junto con el paciente y sus familiares los cuidados que desea recibir y aquellos que prefiere rechazar, disminuye el número de tratamientos no deseados y aumenta el número de ONIR. La mayoría de las ONIR se acuerdan y registran tarde.

PALABRAS CLAVE: REANIMACION CARDIOPULMONAR (RCP), AUTONOMÍA, NO INTENTAR, PARADA CARDÍACA.

LA APLICACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

GUILLERMO VALERO SEGURA, GLADYS DIANET ATAUCONCHA DORREGARAY, RUBEN TORTOSA ROSAS

INTRODUCCIÓN: La musicoterapia consiste en la utilización creativa y profesional de la música en una relación terapéutica con fines físicos, sociales y espirituales. La musicoterapia es un aliado de la profesión sanitaria, y como tal, constituye un buen ejemplo de terapia integrada. En el campo de los cuidados paliativos, la musicoterapia se utiliza cada vez con mayor frecuencia en el tratamiento de enfermos terminales.

OBJETIVOS: Conocer los beneficios en enfermos terminales expuestos a musicoterapia durante su estancia hospitalaria.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en numerosos artículos de bases de datos Medline, y Biblioteca Cochrane.

RESULTADOS: La música es un complemento muy útil en los cuidados paliativos ayudando en la disminución de la ansiedad y sus temores, para facilitar la comunicación y la expresión de sentimientos difíciles, para disminuir los síntomas de dolor y enfermedad, minimizando la sensación de aislamiento y soledad que acompaña a menudo a la enfermedad. Son muy frecuentes los artículos en los que se habla de la respuesta fisiológica de la musicoterapia aportando una mejoría del bienestar físico, de la fatiga, la energía, el estado de ánimo, la espiritualidad y la calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Los tratamientos en cuidados paliativos mejoran con la música siendo la musicoterapia una terapia coadyuvante que se está aplicando a numerosas patologías. Nos ayuda a entender las numerosas cualidades de la música, mejorando la calidad de vida de los pacientes en general y los que están en situación terminal en particular.

PALABRAS CLAVE: MUSICOTERAPIA, CUIDADOS PALIATIVOS, TERAPIA, MÚSICA, ENFERMO TERMINAL.

CUIDADOS ENFERMEROS EN CUIDADOS PALIATIVOS: UN RETO PARA LA PROFESIÓN

MARIA DEL PILAR FERRER BUSTOS, MARÍA DE LAS NIEVES MINGORANCE MAROTO, ANA CAMACHO GONZALEZ DE AGUILAR

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos, según OMS, es la atención específica, activa e integral que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y sus familias, atendiendo a todas sus necesidades. Esta complejidad de cuidados, hace necesaria la creación de un equipo multidisciplinar de cuidados paliativos (CCPP), definiendo las responsabilidades de cada integrante del equipo, para mejorar la calidad y el tipo de cuidados a impartir.

OBJETIVOS: Analizar las responsabilidades y formación del personal de enfermería en CCPP.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica sobre el tema, a través de bases de datos de salud como Scielo, Pubmed y el buscador académico de Google, seleccionando trabajos publicados entre 2009 y 2017.

RESULTADOS: Los diferentes estudios consultados evidencian la importancia de los cuidados de enfermería en este proceso, por su atención más directa e individualizada con estos pacientes. Los cuidados enfermeros están destinados al control de síntomas físicos, sin olvidar los aspectos psicológicos y emocionales que se derivan de estos procesos. Sin embargo, se destaca la falta de integración de los CCPP en la gran mayoría de los programas formativos de esta titulación, quedando en un segundo plano en algunos casos, lo que otorga pocos conocimientos y recursos al personal de enfermería.

CONCLUSIÓN: Es necesario reforzar los sistemas educativos y adaptarlos a las necesidades de la población actual, para dotar al profesional de las herramientas necesarias para proporcionar cuidados de calidad. El papel de enfermería debe ser el de proporcionar cuidados que satisfagan las necesidades básicas de los pacientes, haciéndolos partícipes de su proceso junto a sus familiares, favoreciendo su autonomía y autodeterminación en todo momento. Los sistemas de salud deben continuar incluyendo y mejorando este servicio sanitario, para garantizar una atención digna tanto al paciente como a las familias en este tipo de enfermos que se enfrentan al final de sus vidas.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMERIA, CCPP, CONOCIMIENTOS.

ANÁLISIS DEL CONTENIDO Y NATURALEZA DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

LAURA AMURGO LÓPEZ, CARMEN SALGUERO GARCÍA, SORAYA LOZANO MARTIN

INTRODUCCIÓN: Según la OMS los cuidados paliativos se basan en “mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal”.

OBJETIVOS: Analizar y valorar la evidencia científica de los cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática sobre el tema utilizando distintas bases de datos (NICE, GuíaSalud, PubMed, Cochrane, Trip, Dialnet, el buscador Google Académico). Se le aplicó a la búsqueda el intervalo de tiempo comprendido entre 2013 hasta 2018. De un total de 104 publicaciones fueron seleccionadas 7.

RESULTADOS: A nivel mundial los cuidados paliativos aun presentan muchos obstáculos que traspasar, esto se produce por la falta de formación de los profesionales y la falta de políticas de salud. Todas las personas independientemente de sus ingresos, de la edad o de la enfermedad que padezcan deben contar con los cuidados paliativos.

CONCLUSIÓN: Debido al envejecimiento de la población mundial los cuidados paliativos son cada vez más importantes, en el ámbito de la enfermería se debe analizar la naturaleza y calidad de la evidencia científica de estos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, EVIDENCIA CIENTÍFICA, REVISIÓN SISTEMÁTICA, ENFERMERÍA.

LA ATENCIÓN SOCIAL Y FAMILIAR EN CUIDADOS PALIATIVOS

LUCÍA RODRÍGUEZ GARCÍA, MARIA CRISTINA PICHARDO FERNANDEZ, GLORIA PICHARDO SOLVES

INTRODUCCIÓN: Existe el binomio paciente y familia, y ambos son objetos de cuidado por parte del equipo de cuidados paliativos. La intervención que se realizaría con el paciente y la familia mejoraría la calidad de vida de ambas. Cada familia es diferente y el abordaje de cada una de ellas nos va a requerir ciertas capacidades.

OBJETIVOS: Analizar los aspectos principales a tener en cuenta para llevar a cabo una correcta atención social y familiar en cuidados paliativos.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos como PubMed utilizando los términos: "cuidados paliativos", "atención social", "enfermedad terminal". Los criterios de exclusión fueron artículos con antigüedad superior a 10 años (anteriores a 2008). Posteriormente se realizó una lectura crítica y la selección se realizó basándonos en los resultados encontrados y su aplicabilidad.

RESULTADOS: Hay numerosos factores que alterarán el comportamiento de la familia en esta situación de enfermedad terminal, por ello se ha de realizar una valoración previa donde se identifiquen las necesidades que se van a tratar, de esta manera el abordaje de la familia será lo más completo y efectivo posible. Los profesionales deben trabajar junto a la familia para que estos mejoren algunos aspectos importantes como son: la comunicación intrafamiliar, el intercambio de roles que puedan surgir, el fomento del apoyo tanto dentro como fuera de la familia, el intento de mantener la rutina familiar distribuyéndose las tareas del hogar e intentar que el cuidador principal no tenga sobrecarga y que el trabajo que realice este mismo sea reconocido por el resto de la familia.

CONCLUSIÓN: El objetivo es ayudar a la familia a que desarrolle la función de acompañante y cuidadora de su familiar enfermo, de esta manera el duelo que están y que vivirán tras la pérdida será llevado a cabo de manera más saludable.

PALABRAS CLAVE: ATENCIÓN SOCIAL, FAMILIA, PACIENTE, CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMEDAD TERMINAL.

CUIDADOS PALIATIVOS DIRIGIDO A PACIENTES CON CÁNCER

MARIA CONCEPCIÓN DOMINGUEZ CABALLERO, MARIA ISABEL DIAZ BARRANCO, MARIA DEL CARMEN VEGA TIENDA

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son también llamados cuidados de alivio, cuidados médicos de apoyo, los cuidados de alivio y control de síntomas. Son una serie de cuidados que le proporcionamos a los pacientes de enfermedades graves o mortales. Los objetivos principales de los cuidados paliativos es evitar o tratar lo más pronto posible los síntomas y los efectos secundario de dicha enfermedad y de su tratamiento, y los problemas psicológico, sociales y espirituales correspondientes.

OBJETIVOS: Analizar los cuidados paliativos dirigidos a pacientes con cáncer.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática, realizando una búsqueda de información relacionada con la temática expuesta a través de diferentes bases de datos científicas. Para la búsqueda se han utilizado como descriptores las palabras clave anteriormente mencionadas.

RESULTADOS: Los cuidados paliativos se administran a lo largo de la experiencia del paciente con cáncer. Debe empezar con el diagnóstico y continuar durante el tratamiento y al final de la muerte. Los cuidados paliativos se añaden al tratamiento para el cáncer. Sin embargo, cuando el paciente llega al punto en el cual ya no puede justificarse el tratamiento para combatir el cáncer. Los responsables de cuidados paliativos ayudar la transición a los cuidados del final de la vida. El equipo de cuidados paliativos esta formado por, médicos enfermeras, auxiliares de enfermería, dietistas, farmacéuticos, asistentes sociales, psicológicos, especialistas del dolor y muchos equipos incluyen capellanes del hospital. El paciente con cáncer podrá recibir dichos cuidados en el hogar, centros oncológicos y hospitales. Los cuidados paliativos brindan un apoyo a los pacientes de cáncer y sus familiares. Mejorando su calidad de vida. Reduciendo y aliviando los síntomas causados por dicha enfermedad, y por el tratamiento empleado.

CONCLUSIÓN: Las personas reciben tratamientos contra el cáncer y tratamiento para aliviar los efectos secundarios al mismo tiempo. Los pacientes que reciben ambos tratamientos con frecuencia tienen síntomas menos severos, mejor calidad de vida y se sienten mas satisfecho con el tratamiento.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, BIENESTAR, CÁNCER, PACIENTES.

LA MUCOSITIS EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS

JUAN ANTONIO MIRANDA ROBLES, PATRICIA BALLESTERO NAVARRO, MARIA FUNES LUIS

INTRODUCCIÓN: La mucositis en pacientes oncológicos es un problema muy frecuente en pacientes sometidos a tratamientos de quimioterapia y radioterapia. Limita mucho la capacidad de alimentación de estos pacientes, con el consiguiente efecto negativo en su estado nutricional, anímico y en el proceso en general.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de concienciar a los enfermeros que traten pacientes oncológicos del alto grado de incidencia de este problema. Y de la importancia de su papel en la detección precoz de los signos y síntomas, así como en la importancia de realizar una buena educación sanitaria a los pacientes que presenten esta patología.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, el buscador Google académico y Pubmed.

RESULTADOS: Es primordial realizar un screening nutricional a pacientes oncológicos, desde el principio de la detección de su enfermedad. La pérdida de peso afecta a un importante porcentaje de ellos antes y durante el tratamiento. Es un indicador del inicio de problemas como la mucositis, que se da en un alto porcentaje de pacientes sometidos a quimioterapia, y radioterapia. Enfermería debe ayudar a paliar el dolor, con los fármacos prescritos, debiendo orientar al paciente cuando debe tomar la analgesia para que coincidan las comidas con la máxima acción del fármaco, facilitando la ingesta. Debe establecer una dieta con un aporte de todos los nutrientes, con ayuda de nutricionistas. Dividir la ingesta en el número de comidas que necesarias para facilitar que el paciente reciba los suficientes. Educar al paciente desde el en unos hábitos higiénicos correctos, para la prevención de la aparición de la mucositis.

CONCLUSIÓN: En los estudios revisados, se demuestra un relevante papel de enfermería, en la detección y tratamiento de la mucositis. Así como la importancia de un control del estado nutricional del paciente, sobre todo sometidos a tratamientos con quimioterapia, radioterapia o ambos.

PALABRAS CLAVE: MUCOSITIS, ONCOLOGÍA, ALIMENTACIÓN, ENFERMERÍA.

CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA AL FINAL DE LA VIDA

MARIA ISABEL MARTINEZ CARRUANA, CRISTINA MARÍA GARCÍA-LÁEZ CAMACHO, MARIA LOPEZ LORITE

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos al final de la vida es la rama que se encarga de prevenir y aliviar el sufrimiento, así como proporcionar al paciente una mejor calidad de vida. Debido al envejecimiento de la población es necesario dotar de un equipo sanitario que proporcione cuidados paliativos al final de la vida, acorde con las necesidades del paciente.

OBJETIVOS: Conocer los cuidados paliativos de enfermería al final de la vida.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática sobre este tema, consultando en las Bases de datos: Cuiden Plus, Pubmed y Cochrane, utilizando como descriptores MeSH: “cuidados paliativos”, “final de la vida”, “tratamiento”, “palliative care”, “end of life”, “treatment”. Se encontraron 45 artículos de los que fueron seleccionados 2 tras la aplicación de los criterios de inclusión: Artículos en castellano e inglés; Artículos a texto completo gratuito; Artículos publicados entre los años 2004-2018; Artículos que aporten información del tema.

RESULTADOS: Los estudios que hemos analizado muestran que el tratamiento al final de la vida de los pacientes y la atención a las necesidades de sus familiares no es el adecuado por diferentes motivos, como que la sociedad niega u oculta la muerte, hay insuficiente formación en cuidados paliativos por parte de los profesionales de la salud.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis de los estudios encontrados, podemos concluir que el profesional sanitario debe aplicar los cuidados necesarios para conseguir un final de la vida sin dolor ni sufrimiento, procurando que el paciente este acompañado de su familia. Para ello es fundamental una adecuada formación de los profesionales para cubrir las necesidades de los pacientes paliativos.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, FINAL DE LA VIDA, TRATAMIENTO, ENFERMERÍA.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA MUJER CON NEOPLASIA DE RECTO

SARA JIMÉNEZ SILES, ANTONIO JESÚS LEDESMA RODRÍGUEZ, ANA MARÍA LÓPEZ PORRAS

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Mujer de 63 años, con diagnóstico de neoplasia de recto, incluida en el programa de cuidados paliativos. Acude a consulta de enfermera gestora de casos de su centro de salud para renovar sus prescripciones y valorar su evolución. Actualmente se encuentra jubilada. Viene acompañada por su pareja, con el que vive y ejerce de cuidador principal. Durante la entrevista refiere tener episodios agudos de dolor, ya que a veces se olvida de tomar la medicación de base o espera a la aparición del dolor para tomarla. También refiere pérdida de peso, principalmente causada por disminución del apetito, para lo que se le pautan batidos suplementarios. Manifiesta encontrarse animada y acudir al centro de día de CUDECA donde tiene acceso a psicólogos si lo necesita. Presenta antecedentes personales de diabetes, ex-fumadora.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: TA 100/60; FC 77; FR 16; T° 36 °C; SpO2 96% peso 45 Kg; talla 160 cm; IMC 17,58. Glucemia y HbA1C elevadas. MNA 17. Refiere molestia abdominal a la palpación. Necesita ayuda para las ABVD, Barthel: 35; Lawton-Brody: 3. Braden: 18. Dolor abdominal agudo, EVA: 7, alto riesgo de caídas.

JUICIO CLÍNICO: Neoplasia de recto diseminada. **CONCLUSIONES:** En este tipo de pacientes la principal labor de la enfermera irá encaminada a conseguir la mayor calidad de vida del mismo junto al mantenimiento de la máxima autonomía posible durante el mayor tiempo, abordando áreas con gran repercusión como puedan ser el dolor y el apoyo. Toda atención irá enfocada a conseguir el mayor confort posible para la paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA, CUIDADOS PALIATIVOS, DOLOR, VALORACIÓN.

ENFERMERÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PROPUESTA DE VALORACIÓN ENFERMERA PARA ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA

INTRODUCCIÓN: El personal de enfermería ante un paciente en situación terminal tiene una función muy importante, tanto para el tratamiento y control de los síntomas, como para el apoyo psicológico. El personal de enfermería debe de coordinar y organizar sus cuidados, a través del Proceso de Atención de Enfermería. Este proceso es una herramienta que permite a los profesionales detectar, a través de la valoración del paciente, las necesidades de cuidados que pueda tener para establecer los diagnósticos de enfermería y poder planificar las intervenciones. Para que estas intervenciones sean las adecuadas es importante realizar una valoración inicial.

OBJETIVOS: Establecer pautas de valoración al paciente paliativo y su familia para que el personal de enfermería pueda detectar las necesidades del paciente teniendo una visión holística.

METODOLOGÍA: Hemos realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en las bases de datos CINAHL y PubMed, utilizando los términos del tesoro MESH: hospicio, cuidados paliativos, cuidados enfermería, atención primaria, valoración enfermería. Para empezar hemos dejado de lado los artículos publicados hace más de 10 años, quedándonos en unos 12 artículos de carácter científico que son los que nos han resultado de especial interés en la búsqueda.

RESULTADOS: Tras la revisión, podemos decir que en ninguno de ellos se realiza una valoración enfermera general del paciente paliativo, sino en valoraciones enfermeras ante síntomas específicos de este tipo de paciente. Para valorar de forma holística al paciente terminal es necesaria una herramienta de valoración que tenga en cuenta todas las necesidades de la persona, bien sean físicas, sociales, psicológicas, etc.

CONCLUSIÓN: En definitiva, esta valoración debemos realizarla siguiendo el modelo de Virginia Henderson y sus 14 necesidades básicas, permitiendo de esta forma mejorar la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, al tener una visión global del paciente y sus necesidades y además la de sus familiares.

PALABRAS CLAVE: HOSPICIO, CUIDADOS PALIATIVOS, CUIDADOS ENFERMERÍA, ATENCIÓN PRIMARIA, VALORACIÓN ENFERMERÍA.

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES COMO FACTOR PROTECTOR DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

MARIA ESTER VALERO LUQUE, SARA FERNANDEZ BARRANCO, RAFAEL MARTIN CHIA

INTRODUCCIÓN: Las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico, producidas por un daño tisular debido a una compresión prolongada de la piel entre una prominencia ósea y un plano duro. Para reducir el riesgo es importante reducir el tiempo cantidad de presión a los que está expuesto, mediante cambios posturales. Los pacientes que no reciben cambios posturales constituyen una población de altísimo riesgo para el desarrollo de UPP.

OBJETIVOS: Identificar la evidencia científica disponible en la influencia de los cambios posturales en la aparición de UPP en pacientes encamados.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de 10 artículos científicos en distintas bases de datos (medline y scopus) publicados en los últimos 4 años, utilizando nuestras palabras clave. Se seleccionaron artículos disponibles a texto completo gratuito en castellano e inglés. Cumplieron los criterios de inclusión 3 artículos.

RESULTADOS: Si se ejercen presiones superiores a estos 20 mmHg en un área limitada y durante un tiempo prolongado, se inicia una isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes, originando una degeneración de los tejidos. Los cambios posturales permiten reducir la presión sobre las zonas vulnerables del cuerpo. La evidencia sugiere que el reposicionamiento cada 4 horas, cuando se combina con una superficie adecuada de redistribución de la presión, es igual de eficaz para la prevención de las UPP hospitalaria que cada 2 horas

CONCLUSIÓN: La aparición de una úlcera por presión es un suceso que está ligado a la seguridad clínica del paciente, ya que forman parte de los grandes síndromes geriátricos, considerándose un verdadero problema de salud pública. Los cambios posturales influyen favorablemente en su prevención, por lo que esta incluido en el protocolo de cuidados de cualquier unidad de asistencia.

PALABRAS CLAVE: UPP, CAMBIO POSTURAL, FACTOR PROTECTOR, PREVENCIÓN.

EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS AL PACIENTE TERMINAL

ANDRES RODRIGUEZ GARRIDO, SANDRA AGUILERA ROMERO, ANA MARIA LAFUENTE RAMIREZ

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos, son un tipo especial de cuidados que proporcionan bienestar, confort y soporte al paciente y sus familiares en las fases finales de una enfermedad terminal. Están dirigidos a conseguir que los últimos días de vida del paciente se encuentren libres de dolor y los síntomas controlados, de manera que los últimos días puedan discurrir con dignidad, rodeados de la gente que les quiere.

OBJETIVOS: Determinar medidas para disminuir el dolor y los síntomas haciendo sentir mejor al paciente. Proporcionar una asistencia integral y personalizada. Ofrecer apoyo psicológico y emocional necesario tanto al paciente como a sus familiares. Controlar el desgaste del equipo sanitario a cargo del paciente terminal.

METODOLOGÍA: Se ha llevado a cabo una revisión sistemática sobre el tema. Las bases de datos utilizadas han sido scopus y medline así como el buscador Google. Los descriptores más manejados han sido TCAE, cuidados, paliativos, paciente, terminal, utilizando un filtro en la búsqueda de páginas solo en español y ordenado por relevancia y fecha.

RESULTADOS: El personal sanitario a cargo de los cuidados paliativos está formado por distintos profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, asistentes espirituales y voluntarios. No solo se tendrán en cuenta las necesidades del paciente, también se atenderán las necesidades de los familiares. Los cuidados paliativos, no son de tipo curativo, a veces el paso es gradual y pueden existir ambos cuidados simultáneamente.

CONCLUSIÓN: Los cuidados paliativos engloban la atención de los aspectos físico, emocional, social y espiritual de los pacientes con una enfermedad terminal: siendo como principal objetivo el bienestar, manteniendo la dignidad y autonomía del paciente y su familia. Controlando los síntomas, dando apoyo emocional y respetando los deseos del paciente que se encuentre con una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, sin posibilidad de un tratamiento y con una muerte previsible a corto plazo.

PALABRAS CLAVE: TCAE, CUIDADOS, PALIATIVOS, PACIENTE, TERMINAL.

USO DE VÍA SUBCUTÁNEA EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA DOLORES RUBIO ALCARAZ, LAURA BERRUEZO BUENDIA, CAROLINA INES ALONSO RODRIGUEZ, FRANCISCO JESÚS RODRÍGUEZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN: La utilización de la vía subcutánea cobra importancia cuando la vía oral queda descartada. Y nos resulta muy eficaz para controlar síntomas de forma sencilla y regular. Será de nuestra elección en situaciones de intolerancia gástrica, disfagia, náuseas, vómitos persistentes, intolerancia opioide, mal absorción, estados confusionales, disnea, oclusión intestinal y situación agónica. La velocidad de absorción del fármaco por vía subcutánea es muy similar a la intramuscular alcanzando picos plasmáticos entre 15 y 30 minutos. Existen varios factores que influyen en la absorción por esta vía, siendo el principal, el flujo sanguíneo, por el que podemos aumentar la velocidad de absorción: añadiendo hialuronidasa, con masaje, ejercicio y aplicación de calor en el punto de inyección. Y disminuir esta absorción, por ejemplo utilizando vasoconstrictores como la adrenalina y la aplicación de frío. Y entre las contraindicaciones sólo unas pocas: la anasarca, circulación periférica disminuida, coagulopatías e infecciones de repetición.

OBJETIVOS: Conocer el uso de esta vía, tanto como por los profesionales dedicados a cuidados paliativos, como a familiares cuidadores. Fácil manejo.

METODOLOGÍA: Se llevó a cabo una revisión sistemática de artículos científicos y revisiones bibliográficas, en la cual se consultaron diversas bases de datos.

RESULTADOS: Sensación de confort: paciente y familia. Hidratación del paciente cuando no puede alimentarse. Control más exhaustivo de síntomas. Autonomía del medio hospitalario y dignidad en sus últimos momentos de vida. Y en el medio hospitalario, se convierte en una vía fácil de usar, que evita el encarnizamiento de estos pacientes en sus últimos momentos, al ser pinchados en busca de vías venosas.

CONCLUSIÓN: Concluimos que la utilización de esta vía produce resultados que mejoran la calidad del paciente de cuidados paliativos, controlando sus síntomas y dando dignidad a su estado terminal.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ABSORCIÓN, INTOLERANCIA, VÍA SUBCUTÁNEA.

DIFERENTES ESCENARIOS AL FINAL DE LA VIDA

ALEJANDRO BERNABÉ CASCOS ARIAS, CLARA AGUSTÍN ORTIZ, JAVIER CARAYOL ARIAS

INTRODUCCIÓN: Históricamente el proceso de muerte ha estado fuertemente determinado por la sociedad y la cultura del momento. Todo esto evolucionó hasta la idea que hoy en día se tiene sobre la muerte y el proceso de morir.

OBJETIVOS: Describir y comparar los diferentes escenarios que acontecen en los procesos del morir. Presentar la legislación actual más relevante en los procesos del fin de la vida a nivel nacional e internacional.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en los últimos 10 años a través de las principales bases de datos en Ciencias de la Salud como Medline, Pubmed, Cuiden, Crochane Library Plus y Lilacs. Los siguientes descriptores oficiales en ciencias de la salud (DeCS): Muerte, bioética, toma de decisiones, cuidados paliativos y psicología médica.

RESULTADOS: Las leyes más significativas en lo referente al proceso de morir son: La ley 41/2002 del 14 de noviembre que regula la autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, de carácter estatal. La ley 5/2003 del 9 de octubre, es una declaración de voluntad vital anticipada de carácter autonómico, concretamente de Andalucía. La ley 2/2012 del 8 de abril que es la que garantiza la dignidad de la persona en el proceso de muerte, también aplicada en la comunidad autónoma de Andalucía.

CONCLUSIÓN: En lo referente a la terminología utilizada, aun queda un gran camino para llegar a un consenso con el fin de facilitar el acuerdo entre profesionales. La literatura consultada revela un gran número de posibles escenarios derivados de la toma de decisiones del paciente a nivel asistencial, como son; la limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa, rechazo del tratamiento, suspensión de atención por muerte y eutanasia. Dichos escenarios se pueden encontrar en la labor diaria del profesional de enfermería.

PALABRAS CLAVE: EUTANASIA, MUERTE DIGNA, CUIDADOS PALIATIVOS, LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.

EL DOLOR COMO PRIMER SÍNTOMA A TRATAR EN LOS ENFERMOS PALIATIVOS

MARÍA CORTÉS MORA, MARIA LUCIA CASADO GARRIDO, SANDRA MARÍA ROMERO CASADO

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del dolor sigue siendo uno de los problemas más importantes y urgentes del sistema sanitario en los países desarrollados. Es considerado uno de los síntomas que más preocupa a los sanitarios en los enfermos paliativos. ¿Es suficiente con los fármacos que actualmente tenemos a nuestro alcance? ¿Está el personal sanitario lo suficientemente preparado?

OBJETIVOS: Conocer las razones por las que el dolor no recibe todavía un tratamiento adecuado.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática de los estudios publicados del tema. Las bases de datos consultadas fueron: Google Académico y Science Direct. Descriptores utilizados: enfermería, dolor, cuidados, paliativos, hospital. Criterios de inclusión: artículos escritos en castellano, posteriores a 2010 relacionados con el tema a tratar. De un total de 7595 artículos fueron seleccionados 37 para su análisis en profundidad. Periodo de búsqueda: del 1 al 8 de febrero de 2018.

RESULTADOS: Son diversas las razones por las que el dolor no recibe todavía tratamiento adecuado: cultura, actitud, educación, política y logística. A pesar de todos los avances logrados, se han hallado deficiencias en conocimientos y actitudes en la formación del personal sanitario en el manejo del dolor. En los análisis más actuales, se sigue observando la escasez de competencias en el manejo de habilidades emocionales, falta de conocimientos terapéuticos (incluyendo déficit en farmacología) y temor a la adicción.

CONCLUSIÓN: Las unidades de cuidados paliativos se están desarrollando en las últimas décadas. No obstante, no todos los enfermos tienen la oportunidad de recibir estos cuidados. Es por ello, que el personal debe estar formado en materia de dolor para cuidar de estos pacientes en cualquier ámbito.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, DOLOR, CUIDADOS, PALIATIVOS, HOSPITAL.

LOS CUIDADOS PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA

FRANCISCA PEREZ MUÑOZ, MÓNICA FIGUEROA MOLINA, FARIDA DABDI ARANDA

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos son la asistencia del paciente al final de la vida o con enfermedades terminales (con un pronóstico menor de seis meses de vida). Se basan en una concepción global y activa de la terapéutica, que comprende la atención de los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales, tanto del paciente como de sus familiares.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados paliativos que se proporcionan a los pacientes terminales al final de su vida por parte de los profesionales sanitarios.

METODOLOGÍA: Se realizó una revisión bibliográfica de los últimos 6 años (2012-2018) sobre publicaciones acerca de los cuidados paliativos al final de la vida en las siguientes bases de datos: Cuiden, Medline y SciELO. Utilizando los descriptores en español sobre ciencias de la salud (DeCS), empleando las siguientes palabras clave: cuidados paliativos, enfermedad terminal, muerte y profesionales sanitarios. Seleccionando un total de 15 artículos por diversos criterios de inclusión y exclusión.

RESULTADOS: Los resultados ponen de manifiesto que los cuidados paliativos serían el bienestar, la autonomía y la dignidad de estos pacientes y de su familia, el control de los síntomas y el dolor, el apoyo emocional y la comunicación, la asistencia y atención personalizada e integral tanto al paciente como a su familiar. Y lo más importante y fundamental, mejorar y mantener una adecuada calidad de vida.

CONCLUSIÓN: Queda evidenciado científicamente que los cuidados paliativos son fundamentales para el bienestar, la autonomía y la dignidad relacionada con el fin de la vida humana en dichos pacientes.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMEDAD TERMINAL, MUERTE, PROFESIONALES SANITARIOS.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL PORT-A-CATH (PAC) EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

FRANCISCA JESÚS RUIZ VICENTE, FRANCISCO JAVIER RAMOS ALIAGA, ALMUDENA BAENA MORALES

INTRODUCCIÓN: La implantación del Port-A-Cath (PAC), indicada en el paciente oncológico con tratamiento poliquimioterápico, proporciona un acceso sencillo, seguro y permanente en tratamientos endovenosos prolongados y extracción sanguínea. El cuidado y manejo del dispositivo lo realizará enfermería entrenada, con protocolos estandarizados y según las recomendaciones de las casas comerciales.

OBJETIVOS: Conocer por parte de Enfermería las pautas del manejo del PAC, así como sus complicaciones, prevenirlas y evitar su infección. - Proporcionar Educación Sanitaria al paciente y la familia sobre su manejo.

METODOLOGÍA: Realizamos una revisión bibliográfica por las bases de datos: Google Académico, Medline, Scielo, utilizando los descriptores: port-a-cath, cuidados enfermeros, quimioterapia, infección. Nos interesan 6 referencias entre el 2007 al 2015.

RESULTADOS: 1) Recomendaciones generales: - Elegir el calibre de la aguja (líquido, volumen, caudal a perfundir, situación del paciente). - Nunca dejar una línea abierta mientras haya una aguja pinchada (prevenir un embolismo aéreo). - Usar siempre jeringas de 10 ml mínimo (inferiores pueden provocar sobrepresurización en el sistema). - No forzar la entrada de fluidos para intentar liberar una obstrucción. - Lavar el catéter con 5 ml de SSF antes y después de administrar medicamentos. - Asegurar el sellado de heparina según protocolo del centro. (En niños concentración de 1 UI/ml, mientras que en adulto de 100 UI/ml es la más idónea). 2) Conocer las complicaciones más destacadas: - Sangrado, Trombosis, Obstrucción, Infección, Extravasaciones, Rechazo del implante, Hematoma local, Flebitis, Hemotórax... Las podemos evitar con una buena praxis y a través de una técnica estéril.

CONCLUSIÓN: Gracias a la aparición de este dispositivo se han solucionado muchos de los problemas que sufrían las personas dependientes de un acceso venoso para la administración de tratamientos de quimioterapia, extracciones sanguíneas, etc... consiguiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes, ya que no se compromete la realización de sus actividades cotidianas.

PALABRAS CLAVE: PORT-A-CATH, CUIDADOS ENFERMEROS, QUIMIOTERAPIA, INFECCIÓN.

VENTAJAS DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN EL PACIENTE TERMINAL

MANUEL PLAZA SANTIAGO, TANIA ORTIZ GARCIA, MARIA JOSE REINA SANCHEZ, ROCIO AVELLO GARCIA, JUAN CARLOS PRIETO GALVEZ, CARLOTA LAMILLA BUADES, PAULA CANO SOLANO, JAVIER AMADOR MORALES, JORGE VALLEJO DE LA CUEVA, CRISTINA CRESPO IMAZ, JORGE PEREZ MARTINEZ, SILVIA GONZÁLEZ BELCHÍ

INTRODUCCIÓN: El paciente con enfermedad terminal precisa una serie de atenciones de soporte, por su padecimiento ha recorrido un largo proceso de atención médica, hasta llegar a ser atendidos por las unidades de cuidados paliativos. En el enfermo terminal, la vía oral es la primera elección para la administración de fármacos y líquidos. Aunque en determinadas circunstancias no hay posibilidad de administrar la medicación a través de estas. Llegados a este punto el enfermo necesitará otras alternativas, una opción es la vía subcutánea. La vía subcutánea se usa de forma rutinaria en la administración de insulina, heparina y vacunas.

OBJETIVOS: Identificar cuales son las ventajas que supone la administración de medicación e hidratación por vía subcutánea en pacientes terminales sobre otras vías de administración.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en español e inglés, con un límite temporal de 10 años. Las bases de datos utilizadas fueron Dialnet, Encuentra@, Scielo, Cochrane, PubMed, y el buscador Google Académico. Los términos utilizados para las Búsquedas fueron: Hidratación, vía subcutánea, paciente terminal, paciente oncológico.

RESULTADOS: Las ventajas que se han encontrado tras revisar la bibliografía son las siguientes: Es una vía cómoda, poco dolorosa para el paciente, es de fácil manejo, tanto en la colocación, como en el mantenimiento por los familiares y cuidadores, tiene pocos efectos secundarios y complicaciones, no precisa hospitalización, favorece el cuidado del paciente en su domicilio, mejora la autonomía y calidad de vida del paciente, permite un buen control sintomático, presenta la posibilidad de administrar diferentes fármacos.

CONCLUSIÓN: La administración de fármacos por vía subcutánea es una técnica muy útil en el manejo de los síntomas del paciente terminal. Es un método simple, sencillo, eficiente, seguro, de bajo costo, con buena aceptación por la familia. Por último presenta pocas complicaciones y efectos secundarios, y se puede aplicar en el domicilio del enfermo asegurando así la comodidad del paciente..

PALABRAS CLAVE: HIDRATACIÓN, PACIENTE TERMINAL, VÍA SUBCUTÁNEA, PACIENTE ONCOLÓGICO.

ROL DE ENFERMERÍA EN LA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO DEL PACIENTE CRÍTICO

PATRICIA EGEA PINEL, MAR CANALS PEDROLA, ANA CARABANTE MORATA, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MARINA GÁLVEZ URIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ROBERT LOZADA GUEVARA, MARÍA MOLERO MONSONÍS, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ, YASMINA SERES FONTANET

INTRODUCCIÓN: Existen situaciones de salud no reversibles y con mal pronóstico, en las que mantener con vida al paciente, no aporta beneficio para él ni para su familia. En este contexto aparece la LET, que consiste en no instaurar o suspender maniobras o procedimientos en un paciente con mal pronóstico vital o mala calidad de vida.

OBJETIVOS: Determinar los cuidados de la LET para mejorar la calidad asistencial.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos: Pubmed, Scopus y Cinhal, limitada a documentos publicados entre 2009 y 2018.

RESULTADOS: Los profesionales sanitarios deben saber cuáles son las medidas terapéuticas más indicadas, cuánto tiempo deben mantenerse y hasta qué punto puede revertir la situación del paciente. La decisión debe discutirse colectivamente y tomarse por consenso. Debe siempre informarse a los familiares, intentando alcanzar un acuerdo. En este contexto, es competencial del equipo sanitario cuidar de la persona que va a morir, garantizando las medidas necesarias de bienestar, cuidados básicos y paliativos, sedación, analgesia y apoyo psicológico para asegurar la ausencia de dolor físico o psíquico al final de la vida, sin olvidarnos además del acompañamiento familiar.

CONCLUSIÓN: La no instauración o retirada de una maniobra o procedimiento clínico requiere alta preparación por parte del equipo sanitario, capacidad de comunicación coherente, estrecho trabajo en equipo, buenas habilidades culturales, sensibilidad, principios éticos, respeto a la voluntad del paciente y fluida colaboración con los familiares. Los principios de beneficencia, autonomía y justicia en la actuación profesional son los elementos que originan la situación de considerar la limitación del tratamiento en el enfermo crítico. Existe la necesidad de desarrollar planes de cuidados estandarizados en el proceso de LET para favorecer tanto al paciente como a su familia, fomentando así la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: ENFERMERÍA, CUIDADO TERMINAL, PRIVACIÓN DE TRATAMIENTO, MEDICINA INTENSIVA, BIOÉTICA, LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO.

DERRAME PLEURAL MALIGNO RECIDIVANTE EN UNA PACIENTE CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

MARÍA ISABEL SAUCEDO VILLANUEVA, MARÍA PEÑA ORTEGA, ELENA BORREGO GARCIA

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Paciente de 86 años con AP de cardiopatía hipertensiva con FEVI conservada y ERC avanzada en diálisis peritoneal. Comienza con disfunción en los recambios de diálisis y dolor abdominal. Se evidencia en TAC de abdomen una carcinomatosis peritoneal. Tras un año de evolución de la enfermedad, debuta con derrame pleural derecho maligno recidivante, y es en la citología de líquido pleural donde finalmente se confirma el origen del tumor primario.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Exploración física: TA 122/76 mm Hg, FC 85 lpm, sat. O₂ 92%. Buen estado general, eupneica, palidez de piel y mucosas. ACR con tonos rítmicos sin soplos, semiología de derrame pleural derecho. Abdomen globuloso, masas palpables duras al tacto, doloroso de forma generalizada a la palpación profunda. MMII sin hallazgos de interés. Pruebas complementarias: Analítica básica dentro de la normalidad salvo LDH 499U/L, hiponatremia de 133mmol/L. Líquido pleural: glucosa 109mg/dl, proteínas 5mg/dL, LDH 411U/L, 250 leucocitos (60% monocitos, 40% PMN), 450 hematíes, pH 7.39. Cultivo: negativo. ADA 29.2U/L (normal). Citología: positiva para células tumorales malignas. Inmunocitoquímica: origen ovárico. TC tóraco-abdomino-pélvico con contraste: múltiples lesiones en grasa mesentérica. No engrosamiento parietal. Como primera opción diagnóstica: paniculitis mesentérica evolucionada (mesenteritis retráctil) sin poder descartar etiología neoplásica.

JUICIO CLÍNICO: Derrame pleural maligno recidivante en el contexto de carcinomatosis peritoneal de carcinoma ovárico. **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:** Carcinomatosis peritoneal, mesenteritis retráctil, pseudomixoma peritoneal, mesotelioma peritoneal, endometriosis.

CONCLUSIONES: La carcinomatosis peritoneal no es una causa frecuente de disfunción del catéter peritoneal, pero debe pensarse en ella cuando se hayan descartado causas habituales como el estreñimiento, la oclusión por fibrina, el acodamiento del catéter, etc. El derrame pleural maligno precisó múltiples toracocentesis evacuadoras, por lo que finalmente se colocó un catéter tunelizado para facilitar la extracción del líquido pleural en el propio domicilio de la paciente. Esta práctica es habitual en pacientes paliativos, mejorando notablemente su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: CARCINOMATOSIS PERITONEAL, DIÁLISIS PERITONEAL, CÁNCER DE OVARIO, DERRAME PLEURAL MALIGNO, CUIDADOS PALIATIVOS.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE EL PROCESO DE DUELO

CELIA SANCHEZ MATABUENA, LORENA BAÑOS PICHARDO, PABLO URBANO NEGRO

INTRODUCCIÓN: En el ámbito hospitalario el equipo asistencial se encarga del cuidado a los usuarios y familiares en las diferentes etapas de su ciclo vital hasta en el proceso de defunción. La familia como elemento referente que acompaña al paciente y padece la pérdida estará incluida en nuestra estrategia de actuación.

OBJETIVOS: Como principal objetivo es analizar el procedimiento para atender a los familiares y facilitar soporte asistencial por parte del personal sanitario.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, Medline. Usando como descriptores: paciente terminal, muerte, cuidados paliativos, enfermería. Los artículos fueron seleccionados por orden de relevancia.

RESULTADOS: Acompañando al paciente y familiares durante todo el proceso de últimos días hasta la defunción, proporcionándoles todos los cuidados necesarios que precisen, conseguiremos que el proceso sea lo más integrador posible y el desenlace se produzca dentro de lo que denominamos muerte digna.

CONCLUSIÓN: Humanizar el proceso de duelo de tal manera que nuestra actuación enfermera respecto a los cuidados esté a la altura de las exigencias de la persona, definida por su dignidad. El apoyo psicológico, el respeto y la comprensión además de con el paciente deben hacerse extensivos a los familiares durante este proceso. Hay que considerar a cada paciente terminal como único.

PALABRAS CLAVE: DUELO, MUERTE, PSICOLOGÍA ASISTENCIAL, CICLO VITAL.

GARANTIZAR UNA MUERTE DIGNA DESDE ENFERMERÍA: UNA PRIORIDAD

MARIA ESPERANZA HIGUERAS CABRERA, JAVIER MARTÍNEZ GUIRADO, TERESA BAENA SARMIENTO

INTRODUCCIÓN: Actualmente en España no existe una ley nacional específica sobre el derecho a una muerte digna. En cambio en comunidades autónomas, encontramos referencias al derecho de dicha muerte, siendo pionera la ley andaluza, Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. Dicha Ley aborda este periodo final de la vida, y habla de la denominada sedación paliativa.

OBJETIVOS: Analizar la importancia de garantizar una muerte digna.

METODOLOGÍA: Se realizará un análisis objetivo de la Ley andaluza 2/2010. Junto con una búsqueda bibliográfica en la base de datos cuiden, y el buscador Google Académico y Enfispo. Los requisitos para la aceptación de estos, serán: textos completos, acceso gratuito, idioma español, fecha posterior o igual al año 2015.

RESULTADOS: A nivel nacional los cuidados paliativos, aparecen en la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente, en su artículo 20, siendo estos propuestos como alternativa a un tratamiento rechazado por el paciente. En cambio en la Ley andaluza 2/2010, si aparecen definidos como tal. Con esta Ley, nace el derecho a recibir cuidados paliativos integrales, al igual que el derecho al tratamiento del dolor o la sedación paliativa. Analizando artículos recientes, se puede observar como los pacientes demandan paliar signos refractarios, aunque también se le da suma importancia al tratamiento psicológico. Por parte de la familia en la cima de las prioridades, se encuentra el apoyo psicoemocional. Con los estudios recientes, se confirman los elementos imprescindibles de esta ley.

CONCLUSIÓN: Tras el análisis realizado sobre la ley y artículos recientes, se puede afirmar que aún queda mucho por hacer, respecto a los cuidados paliativos y la muerte digna. A modo de conclusión, se puede decir que los pacientes cada vez más manifiestan concluir su vida en su domicilio, por lo que se debe de dar estos cuidados también en este.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, SEDACIÓN PALIATIVA, MUERTE DIGNA, LEGISLACIÓN VIGENTE, APOYO PSICOLÓGICO, ENFERMERÍA.

CUIDADOS PALIATIVOS DESDE UNA PERSPECTIVA ENFERMERA

MÓNICA GUERRERO NAVARRO, MERCEDES VERÓNICA ÁLVAREZ GONZÁLEZ, LORENA TARRIÑO CONCEJERO

INTRODUCCIÓN: Cuidados paliativos: conjunto de cuidados en donde la asistencia es total, activa y continuada de los pacientes y sus familias por un equipo interdisciplinario fuera de posibilidades terapéuticas de cura. Su objetivo es el control del dolor, de los síntomas, confort y atender las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, sin alargar la supervivencia ni acortarla específicamente. Buscan aliviar el sufrimiento y disminuir el impacto negativo de la enfermedad y los tratamientos agresivos.

OBJETIVOS: Analizar la actuación de enfermería en el manejo de los signos y síntomas en los cuidados paliativos, identificando el tratamiento más apropiado para mejorar la calidad de vida.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una revisión sistemática, utilizando: Bases de datos: Dialnet, Pubmed, ENFISPO y Scielo. Criterios Inclusión: artículos publicados en los últimos 10 años, en español, inglés y portugués. Descriptores: cuidados paliativos, síntomas, tratamiento, enfermería. Estrategia de búsqueda: se utilizó los descriptores combinándolos con los operadores booleanos "AND" y "OR".

RESULTADOS: Función enfermera en los cuidados paliativos: Control de síntomas: • Dolor • Respiratorios: disnea, hemoptisis, tos, hipo y estertores premortem. • Digestivos: náuseas, vómitos, estreñimiento, caquexia, sequedad y lesiones de la boca y anorexia. • Neurológicos: delirium, convulsiones, mioclonías y debilidad. • Neuropsicológicos: insomnio, ansiedad, depresión y estado confusional agudo. Concepción global, activa y viva de la terapéutica Tener presente aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales. Ponen el énfasis en la calidad de vida, en la paz, la comodidad y la dignidad. Planificar los cuidados desde la individualidad, continuidad, flexibilidad, accesibilidad, polivalencia y el contenido multidisciplinar. Comunicación con la familia, acompañamiento, identificación y alivio del sufrimiento, apoyo a antes del fallecimiento y durante el proceso de duelo.

CONCLUSIÓN: Los profesionales sanitarios y en concreto enfermería trabajan en los cuidados paliativos desde la comprensión, la tolerancia, la empatía y el apoyo a las personas, dependiendo del contexto personal.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, SÍNTOMAS, TRATAMIENTO, ENFERMERÍA.

ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS

LAURA CARBONERO GARCÍA, MARÍA PEÑA GÓMEZ, ROSARIO CRIADO CEREZO

INTRODUCCIÓN: Los cuidados paliativos se enfocan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a los problemas de enfermedades que amenazan la vida. Se encargan de prevenir y aliviar el sufrimiento y ofrecer calidad de vida. Proporcionar estos cuidados en el domicilio implica atender a las necesidades de los enfermos y sus familiares.

OBJETIVOS: Se hace una revisión bibliográfica para identificar la necesidad en los cuidados de enfermería del enfermo y los familiares con el fin mejorar la calidad de los cuidados ofrecidos y garantizar cobertura de estos.

METODOLOGÍA: Se hace una revisión bibliográfica en base de datos científicas y artículos científicos usando artículos sobre cuidados paliativos domiciliarios y cuidados paliativos hospitalarios.

RESULTADOS: Puesto que los cuidados se ofrecen en el domicilio, con esta revisión se ha conseguido aplicar los cuidados de forma íntegra para que los pacientes puedan permanecer en su casa hasta los últimos días de vida. Se ha brindado una atención individualizada, preservando la autonomía del paciente y teniendo siempre en cuenta bases éticas clínicas. Se ha considerado también las necesidades que los cuidadores requieran consiguiendo la cooperación en el proceso de cuidados.

CONCLUSIÓN: Se ha determinado que un alto porcentaje de enfermos terminales pasan los últimos días de vida en su casa, recibiendo los cuidados paliativos necesarios. Enfermería presta la mayoría de las atenciones sanitarias requeridas. Abarca la parte física encargándose de mejorar la calidad de vida del enfermo y controlando el proceso de la muerte considerando el soporte y recursos para vivir de forma activa los últimos días de vida. En la parte psicosocial, atendiendo necesidades espirituales, prestando de forma continuada apoyo al familiar durante la fase de enfermedad y duelo.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, PLAN DE CUIDADOS, ENFERMERÍA, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

CUIDADOS DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DELIRIUM

MARIA FABREGA CHACON, MARIA DELGADO LOPEZ, FRANCISCO LÓPEZ AGUILA

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con enfermedad avanzada que requieren cuidados paliativos muestran frecuentemente delirium, a veces asociado al empeoramiento del pronóstico, o relacionado con factores multifactoriales asociados a la enfermedad terminal. En ocasiones esta complicación no es diagnosticada como tal, y por lo tanto no es tratada de forma adecuada. Se propone así evaluar la evidencia existente actualmente con respecto al delirium sufrido en pacientes terminales que precisan cuidados paliativos, así como la necesidad de establecer un plan terapéutico actualizado.

OBJETIVOS: Valorar el diagnóstico y plan terapéutico del delirium en pacientes que precisan cuidados paliativos. Analizar la necesidad de establecer métodos de manejo del delirium en pacientes terminales.

METODOLOGÍA: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos, Pubmed, Scielo, y CUIDEN. Como descriptores de búsqueda se han utilizado los descriptores: cuidados paliativos, delirium, enfermedad terminal, cuidados de enfermería. Los filtros utilizados para acotar la búsqueda de artículos han sido: artículos no superiores a 15 años, que traten de personas en edad adulta.

RESULTADOS: La bibliografía coincide en la exposición del infradiagnóstico del delirium en pacientes terminales, este suceso se debe principalmente a la realización de diagnósticos erróneos, relacionado con los síntomas manifestados con situaciones de estrés, distrés emocional, ansiedad, depresión, en ocasiones también se subestiman los síntomas.

CONCLUSIÓN: Los factores de riesgo que se han asociado a este padecimiento son: edad avanzada, demencia, y agravamiento de la enfermedad. Dentro del paciente oncológico se ha valorado el delirium, como multifactorial, relacionándose con el consumo de fármacos (opioides, AINES, antidepresivos), con alteraciones fisiológicas tales como, hipercalcemia, metástasis cerebral, deshidratación, etc. Los síntomas suelen presentarse en un periodo corto de tiempo con fluctuaciones a lo largo del día, siendo más frecuentes por la tarde-noche.

PALABRAS CLAVE: DELIRIUM, CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMEDAD TERMINAL, CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA CON EL PACIENTE TERMINAL: CUIDADOS PALIATIVOS

ROSA MARIA GONZALEZ GONZALEZ, IVÁN RAMÍREZ GARCÍA, DALILA SERRANO GONZALEZ

INTRODUCCIÓN: La OMS define cuidados paliativos como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, sociales, psicológicos y espirituales”. Los objetivos de los cuidados paliativos son: alivio del dolor y otros síntomas, no alargar ni acortar la vida y dar apoyo psicológico, social y espiritual.

OBJETIVOS: Analizar el concepto de sedación terminal y cuáles son los fármacos necesarios para llevarla a cabo.

METODOLOGÍA: Bases de datos consultadas: Pubmed, Embase y el buscador de Google académico. Se seleccionaron 13 artículos publicados en Español e Inglés del 2014 en adelante.

RESULTADOS: Los profesionales de enfermería prestarán cuidados de confort a los pacientes con necesidades paliativas mediante el uso de: Medidas físicas: Cambios posturales, posición natural del enfermo durante el sueño, cuidados de piel y boca, aplicar el tratamiento prescrito. Medidas ambientales: Crear un clima de respeto hacia el enfermo, evitar ruidos estridentes, organización de las visitas, temperatura adecuada y luz indirecta. Disnea, estertores, ansiedad, delirio y dolor son síntomas que padecen los enfermos terminales. La sedación terminal es la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsible irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. Fármacos que producen sedación terminal: Sedantes: Midazolam, Levomepromacina, Haloperidol. Analgésicos: Morfina, otros opiáceos. Antisecretorios: Buscapina, Escopolamina.

CONCLUSIÓN: Con esta revisión, en la que hemos resumido en líneas generales el tratamiento en pacientes terminales, queremos dejar patente su efectividad, principalmente en el tratamiento del dolor, síntoma que incapacita y angustia enormemente al paciente.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ENFERMO TERMINAL, SEDACIÓN PALIATIVA, SEDACION PROFUNDA CONTINUADA.

EL DERECHO A UNA MUERTE DIGNA

JESÚS BENJAMÍN MARTIN AZUAGA, ALICIA UTRERA MARTÍN, ANA CALLEJA RAMIREZ,
CARMEN ESPADA MORENO

BREVE DESCRIPCIÓN DEL CASO: Familia de paciente terminal con neo de pulmón Estadio IV que solicita asistencia del equipo de urgencias sanitario extrahospitalario (DCCU) en domicilio, por disnea severa del paciente. A nuestra llegada paciente en estado semicomatoso, glasgow 9, poco reactivo. Saturando al 80 % -82 % O₂. Con gafas nasales 3 litros por minuto. Nuestra actuación va encaminada a establecer con los responsables legales las posibles alternativas de tratamiento. Consensuar con la familia la vía terapéutica no curativa o bien la paliativa-sedativa. Debemos empatizar y realizar apoyo psicológico y de forma asertiva aceptar su decisión final.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Toma de constantes, electrocardiograma , exploración física y neurológica completa.

JUICIO CLÍNICO: Disnea severa secundaria a neo de pulmón estadio IV. **DIAGNÓSTICO**

DIFERENCIAL: Disnea severa vs estado terminal.

PLAN DE CUIDADOS: Si la familia acepta limitación de esfuerzo terapéutico iniciaremos coma inducido con morfina vía parenteral y relajante muscular (midazolam) ayudando a una muerte digna. Si los responsables legales se declinan por la vía terapéutica no curativa, trataremos la disnea mediante oxígeno con ventimask 100 % ,corticoides y posterior traslado hospitalario si lo requiere el paciente o la familia.

CONCLUSIONES: Es fundamental definir todas las alternativas terapéuticas posibles y cuales son sus posibles riesgos y beneficios. Consensuar y acatar la decisión de los responsables legales (si el estado del paciente lo implica como en este caso) aún en contra de nuestro criterio. Y por supuesto no olvidar el apoyo psicológico , la empatía y asertividad a la hora de dar nuestras explicaciones u cualquier información o educación sanitaria que demande la familia o paciente.

PALABRAS CLAVE: EUTANASIA, MUERTE DIGNA, LET, CUIDADOS PALIATIVOS, ESTADO TERMINAL, NEOPLASIA.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA: LAS VENTAJAS DE LOS CUIDADOS A DOMICILIO EN PACIENTES PALIATIVOS

MARIA CARMEN ORTIZ CALIZ, IRENE VILLALOBOS ROLDÁN

INTRODUCCIÓN: Los Cuidados Paliativos son la atención que deben recibir los enfermos con una enfermedad avanzada e incurable. Con estos cuidados se pretende preservar la mayor calidad de vida posible.

OBJETIVOS: Determinar las diferentes ventajas de los cuidados paliativos en su domicilio, durante sus últimos días de vida.

METODOLOGÍA: Revisión sistemática en las bases de datos: Medline, Pubmed, CINAHL. Las palabras clave utilizadas fueron: “palliative”, “family”, “care” y “end-of-life”. Se seleccionaron 5 artículos publicados entre 2010 y 2017. Los criterios de inclusión fueron: cuidados enfermeros, atención domiciliaria, paciente terminal.

RESULTADOS: Las ventajas que ofrecen los cuidados paliativos a domicilio se producen a varios niveles. En cuanto al enfermo con enfermedad terminal, el paciente no está sujeto a los horarios del hospital, además de conservar su intimidad. En muchos casos, también suele ser el lugar preferido por éstos. Para la familia es una oportunidad para cuidar de su ser querido, siente que está respetando su voluntad y se previene el duelo patológico. La familia participa de una forma activa en los cuidados produciéndole una gran satisfacción. Por otro lado, los cuidados paliativos en el domicilio aportan ventajas al sistema de salud, consiguiendo una mejor utilización de los recursos, reduciendo las largas estancias hospitalarias, proporcionando un ahorro y una mejoría en la percepción de la asistencia médica por parte de los enfermos y sus familiares.

CONCLUSIÓN: Existen una serie de ventajas que motivan el cuidado de los pacientes paliativos en sus domicilios. Esto puede servir para seguir trabajando en esta línea y así proporcionar una mejora de la calidad de vida de estos pacientes en sus últimos días de vida, acompañados de sus familiares.

PALABRAS CLAVE: CUIDADOS PALIATIVOS, ATENCIÓN DOMICILIARIA, ENFERMO TERMINAL, FAMILIA, ÚLTIMOS DÍAS.

EL ENFERMO TERMINAL Y LA SEDACIÓN PALIATIVA

YASMINA SERES FONTANET, PATRICIA EGEA PINEL, JONATAN OLIMPO CARDENAS SUAREZ, MARÍA MOLERO MONSONÍS, MONTSERRAT PÀMIES LLOPIS, ROBERT LOZADA GUEVARA, MARINA GÁLVEZ URIS, MONTSERRAT LLAURADÓ VERNET, ANA CARABANTE MORATA, MAR CANALS PEDROLA, MARIA DE LOS REYES PONCELA GUTIÉRREZ

INTRODUCCIÓN: La sedación paliativa es una maniobra terapéutica, que precisa del consentimiento del paciente o de su familia en caso de no poder decidir, para proporcionar al paciente alivio de sus síntomas. La sedación puede ser continua o intermitente, así como superficial o profunda.

OBJETIVOS: Conocer la medicación y las dosis usadas para este tipo de sedación. Determinar las indicaciones de la sedación paliativa.

METODOLOGÍA: Búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como Medline-pubmed, Cuiden, Scielo, seleccionando documentos publicados entre 2008 y 2018.

RESULTADOS: Del 90% de los fallecimientos un 23,5% precisan de sedación paliativa, y el 93% de los que precisan sedación son pacientes oncológicos. Los fármacos más utilizados son el midazolam y el haloperidol, y la vía más utilizada es la endovenosa. El intervalo entre el inicio de la sedación paliativa y el fallecimiento es de 2-5 días, y en todos los casos existe el consentimiento de paciente o su delegación. Los síntomas más frecuentes y que son motivo de la sedación son delirio, dolor y disnea.

CONCLUSIÓN: La sedación paliativa se considera buena praxis cuando su instauración está indicada. Existen 3 requisitos para su pauta: tener síntomas refractarios, tener el consentimiento del paciente o en su defecto de la familia y la presencia de enfermedad terminal.

PALABRAS CLAVE: SEDACION PALIATIVA, FINAL DE VIDA, ENFERMO TERMINAL, MUERTE DIGNA, CUIDADOS PALIATIVOS.

EMPATÍA Y RESPUESTA EMPÁTICA: NECESIDAD DE FORMACIÓN PARA LA COMUNICACIÓN DEL PERSONAL SOCIOSANITARIO

ELENA CARRASCO ORTIZ, IVAN MARTINEZ MORENO, JOSÉ MARÍA PIÑEIRO GARCIA

INTRODUCCIÓN: En el ámbito de los Cuidados Paliativos el counselling se utiliza para acompañar a las personas a afrontar constructivamente los momentos críticos a los que se enfrentan. Una de las herramientas clave para generar una atmósfera de entendimiento mutuo es la empatía. No obstante, no es lo mismo ser empático que ofrecer respuestas empáticas, adecuadas al nivel de conflicto que se plantea.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio fue el análisis de la relación entre los niveles de empatía y el número de respuestas empáticas ofrecidas por estudiantes trabajadores del ámbito sociosanitario ante situaciones de conflicto planteadas por los usuarios.

METODOLOGÍA: Se recogieron 43 cuestionarios respondidos por dos promociones consecutivas de estudiantes de un máster de counselling al inicio de la formación. En el cuestionario se incluyeron, por un lado, el Interpersonal Reactivity Index (IRI) que mide el nivel de empatía definida como la reacción del individuo a las experiencias que observa en otros y, por otro, el cuestionario Identificación de Respuesta Espontánea (IRE) que analiza el tipo de respuesta utilizada espontáneamente ante situaciones de conflicto que los pacientes del ámbito sociosanitario pueden manifestar.

RESULTADOS: Los niveles de empatía obtenidos fueron elevados. La puntuación global fue de media 3,2 (sobre 5). Sin embargo, los estilos de respuesta predominantes fueron, consuelo (35,1%), solución de problema (31,6%), juicio (16,0%), empatía (9,3%), investigación (6,7%) e interpretativo (1,2%). No existió correlación significativa entre el nº de respuestas empáticas y nivel de empatía, lo que la respuesta empática se debe de aprender y ejercitar para poder utilizarla en situación de conflicto.

CONCLUSIÓN: Dado que está ampliamente documentado el uso de la respuesta empática como herramienta para la relación de ayuda, constatamos la necesidad de formación en counselling para poder ponerla en práctica. La respuesta empática es la última opción de respuesta que eligen ante situaciones de conflicto.

PALABRAS CLAVE: EMPATIZAR, PALIATIVOS, FAMILIA, COUNSELLING.

