

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Medicina Paliativa

VOLUMEN 27 • Suplemento I

2020

XIII JORNADAS INTERNACIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CUIDADOS PALIATIVOS

Santiago de Compostela, 25-26 de octubre de 2019

Resúmenes de comunicaciones

- I Comunicaciones orales
- 12 Comunicaciones póster

174 Índice de autores

Medicina Paliativa

Director

González-Barboteo, Jesús

Servicio de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia-L'Hospitalet, Hospitalet de Llobregat / Barcelona / España

Comité editorial

Altisent Trota, Rogelio
*Universidad de Zaragoza / Servicio Aragonés de Salud
Zaragoza / Zaragoza / España*

Arantzamendi Solabarrieta, María
*Universidad de Navarra. Instituto Cultura y Sociedad (I.C.S.). Programa ATLANTES
Pamplona / Navarra / España*

Boceta Osuna, Jaime
*Hospital Universitario Virgen de la Macarena / Universidad de Sevilla
Sevilla / Sevilla / España*

Bruera, Eduardo
*Department of Supportive Care Center, Division of Cancer Medicine,
The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston / Texas / EE.UU.*

Cuervo Pinna, Miguel Ángel
*Equipo Cuidados Paliativos de Badajoz
Badajoz / Badajoz / España*

De Lima, Lilitiana
*International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)
Houston / Texas / EE.UU.*

De Miguel Sánchez, Cristina
*Instituto Cultura y Sociedad (E.S.A.D.) Espronceda, Dirección Asistencial
Centro Madrid
Madrid / Madrid / España*

De Santiago Ruiz, Ana
*Fundación Vianorte-Laguna
Madrid / Madrid / España*

Gisbert Aguilar, Amparo
*Hospital Clínico Universitario
Valencia / Valencia / España*

Martino Alba, Ricardo
*Unidad de Cuidados Paliativos Pediátricos. Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús
Madrid / Madrid / España*

Subdirector

Alonso Babarro, Alberto

*Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario La Paz,
Madrid / Madrid / España*

Maté Méndez, Jorge
*Unidad de Psicooncología. Institut Català d'Oncologia - L'Hospitalet
Hospitalet de Llobregat / Barcelona / España*

Mercadante, Sebastiano
*Main Regional Center for pain relief and supportive / palliative care. La
Maddalena Cancer Center
Palermo / Italia*

Nabal Vicuña, María
*Unidad Funcional Interdisciplinaria Sociosanitaria (U.F.I.S.S.C.P.). Hospital
Universitario Arnau de Vilanova
Lleida / Lleida / España*

Olalla Gallo, María Ángeles
Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.). Burgos / España

Pastrana, Tania
*Departamento de Medicina Paliativa, Hospital Universitario, RWTH Aachen University
Aquisgrán / Alemania*

Porta Sales, Josep
*Servei Suport i Cures Paliatives. Institut Català d'Oncologia - Girona
Girona / Girona / España*

Riquelme Olivares, Mercé
*Servicio Soporte Integral. Institut Català d'Oncologia - Badalona
Badalona / Barcelona / España*

Taboada Rodríguez, Paulina
*Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago de Chile / Chile*

Torres Benítez, Ferrán
*Hospital Clínic Barcelona
Barcelona / Barcelona / España*

Utor Ponce, Luis
*Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (E.S.A.D.). Instituto Nacional de
Gestión Sanitaria (INGESA)
Ceuta / Ceuta / España*

Wenk, Roberto
*Fundación FEMEBA
Buenos Aires / Buenos Aires / Argentina*

© Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2020. Editorial: INSPIRA NETWORK GROUP S.L.

Esta revista y las contribuciones individuales contenidas en ella están protegidas por las leyes de copyright y los siguientes términos y condiciones se aplican a su uso, además de los términos de cualquier licencia Creative Commons que el editor haya aplicado a cada artículo concreto:

Fotocopiar. Se pueden fotocopiar artículos individuales para uso personal según lo permitido por las leyes de copyright. No se requiere permiso para fotocopiar los artículos publicados bajo la licencia CC BY ni para fotocopiar con fines no comerciales de conformidad con cualquier otra licencia de usuario aplicada por el editor. Se requiere permiso de la editorial y el pago de una tasa para todas las demás fotocopias (puede dirigirse a CEDRO [www.cedro.org]).

Productos derivados. Los usuarios pueden reproducir tablas de contenido o preparar listas de artículos, incluyendo resúmenes de circulación interna dentro de sus instituciones o empresas. A parte de los artículos publicados bajo la licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para su reventa o distribución. Para cualquier artículo o artículos suscritos publicados bajo una licencia CC BY-NC-ND, se requiere autorización de la editorial para todos los demás trabajos derivados, incluyendo compilaciones y traducciones.

Almacenamiento o uso. Excepto lo indicado anteriormente, o según lo establecido en la licencia de uso correspondiente, ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistemas de recuperación o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la editorial.

Nota. Ni Inspira Network ni la revista tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en la presente revista.

Disponible en internet: www.medicinapaliativa.es

Correspondencia:
INSPIRA NETWORK.
C/ Irún, 21. 28008 Madrid.
Tel.: +34 607 82 53 44. Fax: +34 915 470 570
e-mail: manuel.santiago@inspiranetwork.com

Protección de datos:
INSPIRA NETWORK, declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Indexada en: Scopus, ScienceDirect, IBECs

Impreso en España.

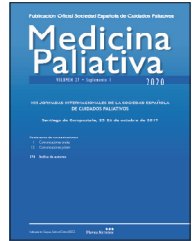
Depósito legal: B-16.422-2013
I.S.S.N.: 1134-248X

Papel ecológico libre de cloro.
Esta publicación se imprime en papel no ácido.
This publication is printed in acid-free paper.



Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es



VOLUMEN 27, SUPLEMENTO, 2020

SUMARIO

**XIII Jornadas Internacionales de la Sociedad Española
de Cuidados Paliativos**

RESÚMENES DE COMUNICACIONES

COMUNICACIONES ORALES	1
COMUNICACIONES PÓSTER	12

ÍNDICE DE AUTORES	174
-------------------	-----



RESÚMENES DE COMUNICACIONES

XIII Jornadas Internacionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos

COMUNICACIONES ORALES

CO 01. COMPLEJIDAD DE NECESIDADES PALIATIVAS, CONTINUUM ASISTENCIAL Y SUPERVIVENCIA GLOBAL SEGÚN ESCALA PALCOM

Manoli Chicote Aldana, M.^a Carmen Barrera Reyes, Montse Valverde Bosch, Albert Tuca Rodríguez, Carolina Bonilla Serrano
Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

Introducción: El Modelo de Cuidados Paliativos (CP) precoces se basa en una atención compartida, en cualquier nivel asistencial y momento evolutivo, centrándose en las necesidades específicas del paciente. El instrumento PALCOM identifica el nivel de complejidad paliativa, facilita la adecuación de recursos paliativos y la toma de decisiones respecto a la continuidad asistencial al alta hospitalaria.

Objetivo: Describir el nivel de complejidad de necesidades paliativas, según instrumento PALCOM, en pacientes hospitalizados con cáncer avanzado y atendidos por el equipo de soporte y cuidados paliativos (ESCP). Analizar su utilidad en la adecuación de recursos y como predictor de supervivencia.

Metodología: Estudio descriptivo-prospectivo de una cohorte de pacientes hospitalizados valorados por el ESCP, entre octubre de 2017 y mayo de 2018, con seguimiento máximo de 6 meses. Se revisaron los datos de la evaluación multidimensional efectuada sistemáticamente por el ESCP, registrados en la historia clínica. Se analizan los niveles de complejidad según instrumento PALCOM, global y estratificada según recursos de CP o éxitus durante el ingreso, y supervivencia desde la inclusión.

Resultados: 285 pacientes fueron incluidos (edad media 65,1 años, 60,7 % hombres, estancia media 6,5 días). El 90,2 % presentaban ≥ 5 síntomas con intensidad moderada, el 79,6 % deterioro funcional intenso y el 58,2 % factores de riesgo socio-familiar. El 25,6 % fue éxitus durante el ingreso, el 18,9 % dado de alta a centro sociosanitario, el 41,8 % derivado a equipo de atención-domiciliaria-CP y el 9,1 % a consultas externas del ESCP. Según instrumento PALCOM el 8,8 % de los pacientes fueron clasificados de baja complejidad, el

71,6 % media y el 19,6 % alta. No se encontraron diferencias significativas entre niveles de complejidad relacionadas con edad, sexo o estancia media. La probabilidad de ingreso en sociosanitario, atención-domiciliaria-CP o éxitus durante el ingreso fue significativamente mayor en pacientes de media (18,6 %, 46,6 %, 25,9 %) y alta (26,7 %, 24,0 %, 35,7 %) versus baja complejidad (0,4 %, 32,1 %, 0 %) ($p < 0,001$). El valor predictivo positivo del nivel medio-alto de complejidad PALCOM por ingreso sociosanitario fue 51 %, para atención domiciliaria-CP 78 % y para éxitus durante el ingreso 68 %. El 91 % fallecieron antes de los 6 meses del seguimiento, siendo su supervivencia media global significativamente mayor en pacientes de baja versus media y alta complejidad (129,8; 53,4; 59,8 días) tras el alta hospitalaria ($p < 0,001$).

Conclusiones: PALCOM es un instrumento útil para evaluar la complejidad de las necesidades paliativas, la probabilidad de éxitus durante el ingreso, los recursos de atención y como instrumento predictivo de supervivencia.

CO 02. TRANSFUSIONES SANGUÍNEAS Y CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Marta Lorenzo Ibáñez, Diana Carolina Forero Vega, María Nabal Vicuña
Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

Introducción: La anemia es un factor importante relacionado tanto con la disnea como con la fatiga en las fases avanzadas de la enfermedad. Su prevalencia oscila entre el 68-77 % de los pacientes con cáncer avanzado. La fatiga, la disnea y el dolor son los principales síntomas que interfieren la calidad de vida de estos pacientes. No existen guías de práctica clínica específicas ni se dispone de evidencia clara sobre el efecto de las transfusiones en cuidados paliativos, además de no estar exento de riesgos y efectos adversos. Asimismo, la realización o no del procedimiento supone un debate ético.

Objetivo: Conocer indicaciones y complicaciones de transfusiones en los pacientes con cáncer avanzado.

Metodología: En enero de 2019 se realizó revisión sistemática en PubMed y Cochrane, con las palabras clave

“Blood transfusion AND palliative care” y con restricción de fecha: 01-2013 hasta 01-2019. Se incluyeron artículos en inglés y español. Se analizaron los siguientes parámetros: tipo de estudio, tamaño muestral del estudio, patologías, criterio de transfusión, beneficios de las transfusiones, efectos secundarios, supervivencia y cantidad de concentrados transfundidos.

Resultados: En total se seleccionaron 81 artículos, de los cuales se incluyen 12 por título, descartando 3 tras la lectura del abstract. Finalmente se seleccionan 6 artículos tras la lectura del texto completo. De estos 6 artículos, 2 son revisiones sistemáticas, 2 estudios de cohortes prospectivos, un estudio prospectivo observacional y un estudio descriptivo retrospectivo. Se describen en su mayoría pacientes con tumores sólidos, y en un pequeño porcentaje algunos con patología no oncológica. Los síntomas que indican la transfusión son: fatiga, disnea, astenia, cefalea o sangrado activo. El número medio de unidades a transfundidas fue de 2 unidades. En 4 de los estudios se utiliza como medida de respuesta, la evaluación del clínico sobre la mejoría subjetiva del síntoma del paciente. Esta mejoría no resulta significativa al utilizar escalas para su evaluación. Solo dos estudios reflejan la medición de mejoría postrafusional en el tiempo, y menos de la mitad expone información de mortalidad asociada.

Conclusiones: En los artículos revisados no existe consenso sobre cifras de hemoglobina para indicar transfusión, ni los criterios para la misma. La mejoría de astenia, bienestar y calidad de vida por criterios subjetivos, son los principales efectos descritos; esta mejoría no resulta significativa al utilizar escalas para su evaluación. Se requieren más estudios que definan el papel concreto de las transfusiones sanguíneas en pacientes con cáncer avanzado.

CO 03. SATISFACCIÓN DE PACIENTES SOBRE EVALUACIÓN Y CONTROL DEL DOLOR EN UN HOSPITAL DE ATENCIÓN INTERMEDIA

Ester López Luna, Isabel Ramos Paredes, Sonia Ortega Flores, Sonia Gispert Herrero, Sara Centeno Soler, Anabel Casquero Gomez

Hospital Sociosanitario Mutuam Güell Barcelona, España

Introducción: Las personas mayores de 65 años institucionalizadas sufren dolor crónico en un 70-80 % y el 90 % no está satisfecho con el control del dolor. La esperanza de vida en Cataluña es actualmente de 83 años y la pluripatología, enfermedades crónicas e inactividad son la causa de dolor que afecta a la calidad de vida. Según un estudio de EE. UU., una sexta parte de personas ingresadas en residencias tienen dolor diariamente. Los motivos son una inadecuada o falta de valoración del mismo. Según el estudio “Pain in Europe” solo el 10 % de los facultativos utilizan una EVA para valorar el dolor.

Objetivos: 1. Conocer la satisfacción de los pacientes sobre la evaluación y control del dolor. 2. Evaluar el impacto del dolor en la realización de las actividades de la vida diaria.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo, a través de una encuesta anónima con datos sociodemográficos, EVA, índice de Katz y escala de change pain. Población diana. Pacientes ingresados en Hospital Sociosanitario Mutuam Güell en el segundo

semestre del 2018 y primero del 2019. Excluimos pacientes con deterioro cognitivo (Pfeiffer > 3 errores) problemas de comunicación, situación de final de vida, Plan Integral de Urgencias de Cataluña (PIUC) y hospital de día. Muestreo subjetivo por decisión razonada, estratificado por unidades asistenciales.

Resultados: Participantes 195 (66,8 % mujeres, 33,2 % hombres, edad media 76,9 años). Han sido informados sobre el tratamiento del dolor un 49,2 %. Se pregunta por el dolor durante el ingreso a 81 % y la intensidad un 67,2 %. La escala más utilizada es la numérica 36,6 %, visual 25,8 %. La evaluación del dolor diariamente es 24,1 %, ocasionalmente 38,5 %. Preguntan por el dolor diversos profesionales 48,2 % y enfermería 26,7 %. La atención en el momento de dolor es perfecta (18 %), muy buena (38,7 %) y buena (36,6 %). El profesional referente es la enfermera en un 34,9 %. La media de satisfacción es 7,75/10.

Conclusiones: 1. Solo la mitad de los pacientes están informados sobre el tratamiento del dolor. Se valora más el dolor que la intensidad. 2. Se utilizan la EVA en más de la mitad de los pacientes. 3. Diversos profesionales preguntan sobre el dolor, pero la persona de referencia en el momento del dolor es enfermería. 4. La satisfacción de los pacientes en la evaluación y control del dolor es de notable. 5. El dolor les limita sobre todo la movilidad (índice de Katz). En la escala Change Pain el dolor afecta, sobre todo, movilidad, sueño y estado de ánimo.

CO 04. CONOCIMIENTO DEL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS ENTRE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y ESTUDIANTES DE MEDICINA

Inés Marcos-Romero, Alba García Pérez, Doradía García Rabanal

Centro de Salud La Alamedilla, Salamanca, España

Introducción: La medicina y la tecnología evolucionan de forma constante y cada vez más rápida; sin embargo, el ritmo al que los profesionales sanitarios actualizamos nuestras competencias es distinto, fruto en parte de la necesidad de seguridad. Aún es posible detectar lagunas formativas en algunos de los aspectos que contempla la Ley 41/2002, tal es el caso de lo relativo al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA). A nivel de los profesionales sanitarios podemos señalar dos principales frentes: la tardía y heterogénea introducción de la formación en cuidados paliativos (CP) en las facultades de Medicina y la deficiente actualización de los profesionales ya egresados. Las diferentes estrategias nacionales y autonómicas de CP ubican a la Atención Primaria en el centro de la asistencia a la tríada paciente-familia-cuidador con necesidad de CP. El ámbito del equipo de Atención Primaria es, por su cercanía física y vivencial, el entorno idóneo donde las personas pueden recibir información y orientación veraz y profesional acerca del DVA.

Objetivos: 1. Analizar el grado de conocimiento del DVA por parte de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y estudiantes de Grado en Medicina de un mismo Área de Salud. 2. Conocer la influencia de sus creencias religiosas, filosóficas y morales en el autoconocimiento del DVA y en su difusión.

Metodología: Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionario específico con 12 preguntas y anóni-

mización directa. N = 110. Criterio de inclusión: pertenencia a una de las dos instituciones (UDMAFYC o Facultad de Medicina) Recogida de datos: Excel y herramientas web de participación colaborativa (Google Drive) Análisis de datos: SPSS®.

Resultados: El 80,65 % de los encuestados son mujeres. El 98,8% se encuentra en un rango de edad entre 18 y 35 años. El 45 % se declaran católicos, el 33,8 % ateos, mientras que un 21,2 % refiere tener su propia espiritualidad. No se observan diferencias significativas entre ambos grupos en el grado de conocimiento del DVA, la elección de la persona de confianza en quien delegar la toma de decisiones, la identificación de las limitaciones que disminuyen la calidad de la propia vida y el abordaje de esta temática en el núcleo familiar. Se observaron diferencias significativas en la elección del lugar en el que deseaban ser cuidados, priorizando el hogar familiar en el caso de los residentes, así como en la importancia del control del dolor. Menos del 25 % de los encuestados tiene un referente práctico en la realización de un DVA.

CO 05. COMPLEJIDAD EN CUIDADOS PALIATIVOS: APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO IDC-PAL

Leandro Maroto Gómez, Estrella Sancho Sancho, David Manzano Moro, Carla Sanz Hernández
Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios, Área de Salud de Segovia, Segovia, España

Introducción: En el ámbito de los cuidados paliativos, determinar la “complejidad” resulta imprescindible, no solo a la hora de evaluar las necesidades de pacientes y familias, sino también a la hora de obtener una mayor eficiencia en la utilización de los recursos especializados, equipos de soporte de cuidados paliativos domiciliarios (ESCPD).

Objetivos: Conocer los elementos de complejidad de los pacientes derivados al ESCPD. Estudiar las implicaciones de la complejidad y de otros factores en el cuidado paliativo de la unidad paciente-familia.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo de la población derivada al ESCPD de Segovia durante el año 2018. La “complejidad” fue evaluada por el equipo mediante el Instrumento de Complejidad en Cuidados Paliativos (IDCpal) en la visita inicial. Para las variables descriptivas se han utilizados frecuencias, porcentajes, medias y desviación típica. En la estimación de la asociación de variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado, corrección por continuidad de Yates, considerándose un nivel de significación del 5 % ($p < 0,05$).

Resultados: Un total de 197 pacientes fueron derivados, 121 (61,4 %) desde Atención Especializada, 76 (38,6 %) desde Atención Primaria. 41 % de la muestra fueron mujeres, 59 % varones, edad media de 81,6 años ($DE \pm 9,82$). Con la evaluación de la complejidad con el instrumento IDC-pal se identificaron 27 elementos, un 80 % de los elementos del instrumento. Dentro de estos, un 23 % (154 pacientes) correspondían a “conflicto de comunicación entre el paciente y el equipo terapéutico”, seguido de la presencia de “síntomas de difícil control”, 17 % (110 casos) y la existencia de “síndrome constitucional severo”, 10 % (66 pacientes). Un 22,3 % de pacientes (44) presentaron el elemento de complejidad

“sufrimiento vital”, resultando estadísticamente significativa su presencia en el grupo con elementos exclusivamente de “Alta complejidad” respecto al grupo con elementos de “Alta complejidad y Complejidad” ($p = 0,34$). Los pacientes derivados desde el ámbito de especialidades (121) presentaron de manera significativa ($p = 0,005$) una situación funcional mejor (medida con el instrumento Karnofsky (40 y/o 50) respecto a los pacientes derivados desde el ámbito de primaria. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la existencia de complejidad y la situación funcional o el lugar de fallecimiento.

Conclusiones: La comunicación entre el equipo de paliativos y el paciente refleja las deficiencias en la información recibida por el paciente en la fase previa a su derivación.

Diagnosticar el “sufrimiento vital” representa una prioridad en la intervención del ESCPD.

CO 06. BENEFICIO DE FISIOTERAPIA EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS DE PACIENTES EN SITUACIÓN DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Navarro Meléndez¹, Alejandro Lendínez Mesa¹, Ángela Río², Yolanda Robledo²

¹Fundación Instituto San José, Madrid, España.

²Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, España

Introducción: Los cuidados paliativos según la OMS son “El enfoque que mejora la calidad de vida del paciente y familias que se enfrentan a problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. Si tenemos en cuenta esta definición, observamos que la fisioterapia dispone de competencias profesionales para formar parte del equipo interdisciplinar y poder contribuir en el bienestar físico, mental-social y espiritual del paciente y familia.

Objetivo: Describir los beneficios generales que aportan las técnicas de fisioterapia en el manejo de signos y síntomas en pacientes hospitalizados en unidades de cuidados paliativos.

Metodología: Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa consultando en las principales bases de datos: Pubmed, Scielo, Cochrane etc. Los términos claves fueron: cuidados paliativos, fisioterapia, masaje, *paliative cares*, *physiotherapy*, *massage*.

Se rescataron todos los artículos, guías y libros que cumplieren como criterios de inclusión, siguiendo como filtros los documentos que estuviesen escritos en lengua inglesa o castellana y que el tiempo desde la publicación no fuese superior a los 5 años.

Resultados: Las técnicas de fisioterapia tales como el masaje, el ejercicio terapéutico, la movilización articular y la fisioterapia respiratoria ayudan junto con el tratamiento farmacológico y los cuidados paliativospermite realizar un completo control sintomático mejorando el control del dolor, la prevención de las heridas cutáneas, complicaciones respiratorias o cardiovasculares, mantener o mejorar la actividad física favoreciendo la autonomía, o una vez que esta

ya se ha perdido, contribuir junto con el resto del equipo como con a la familia al cuidado diario del paciente.

Conclusión: La fisioterapia es parte fundamental del equipo interdisciplinar que se va a encargar del acompañamiento, prevención y alivio del sufrimiento físico del paciente paliativo puesto que dispone de un amplio grupo de técnicas en las que incluimos la fisioterapia respiratoria, la cinesiterapia en cualquiera de sus modalidades, el ejercicio terapéutico, la masoterapia y la electroestimulación que mejorarán la calidad de vida en su recta final actuando sobre el dolor, cualquier disfunción musculoesquelética, síndrome de inmovilismo, fatiga o disnea y edemas. Además influirá en su bienestar psíquico disminuyendo el estado de ansiedad o malestar que puede producirle cualquiera de los signos o síntomas nombrados anteriormente.

CO 07. VALORACIÓN DEL USO DE PRÓTESIS DIGESTIVAS PARA EL CONTROL DE SÍNTOMAS

María del Carmen Palomar Muñoz, Elena López Tinoco, Marina Martín Zamorano

Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, España

Introducción: En estadios avanzados de la enfermedad oncológica nos podemos encontrar con múltiples complicaciones a nivel gastrointestinal como pueden ser la ictericia obstructiva, la obstrucción intestinal o la disfagia. En esta situación, el tratamiento está dirigido a controlar los síntomas y mejorar la calidad de vida. Para ello, en ocasiones se debe recurrir a la colocación de prótesis digestivas a distintos niveles.

Objetivos: Analizar el control de síntomas tras la colocación de prótesis digestivas en pacientes de la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP), su funcionalidad y posibles complicaciones, así como la supervivencia de los pacientes tras la colocación de las mismas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron los pacientes que precisaron la colocación de prótesis digestivas a diferentes niveles desde el 1 de enero de 2016 al 25 de junio de 2019. Se analizaron como variables el sexo, la edad, el tipo de tumor, metástasis, tipo de prótesis digestiva, colocación antes o después de la inclusión en UCP, tiempo de supervivencia tras la colocación, control de síntomas y presentación de complicaciones.

Resultados: Se analizaron 39 pacientes, de los cuales el 61,5 % eran hombres con una edad media de 73, 6 años. Los diferentes tumores que presentaron los pacientes fue: el 28,2 % pancreático, el 23,1 % esofágico, el 15,4 % biliar, el 10,4 % colon, el 10,4 % recto-sigma, el 5,2 % gastrointestinal y el 7,7 % otros.

Respecto a la presencia de metástasis, el 51,3 % eran múltiples, el 20,5 % hepáticas, el 5,1 % ganglionares y el 23,1 % no presentaron metástasis a distancia. Las diferentes prótesis digestivas que se colocaron fue: el 46,2 % biliar, el 23,1 % esofágica, el 12,8% duodenal, el 10,3 % y el 7,7 % colon. El 48,2 % de las prótesis fueron colocadas durante la inclusión en el programa de cuidados paliativos. Se consiguió el control de los síntomas tras la prótesis en el 87,2 % de los pacientes y solo presentaron complicaciones precoces el 10,3 %. Presentaron complicaciones aquellos pacientes a los

que se les colocaron prótesis duodenales (66 %) y a nivel de sigma (50 %). La media de supervivencia tras la colocación fue de 5,1 meses y la supervivencia de los pacientes a los que se le colocó la prótesis estando incluidos en el programa de cuidados paliativos fue de 3,3 meses.

Conclusiones: Las prótesis digestivas son una buena alternativa para el control de síntomas digestivos tales como ictericia obstructiva, disfagia y obstrucción intestinal, ya que colocadas con la indicación adecuada mejoran los síntomas y la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada.

CO 08. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO

Albert Tuca Rodríguez, Pablo Maradey, M. Núñez, P. Guardia, S. Gutiérrez, I. Raja, M. Herrera
Hospital Clínic De Barcelona, Barcelona, España

Introducción: El dolor es un síntoma muy frecuente en el paciente oncológico y más en el paciente con enfermedad avanzada. Existe evidencia limitada a nivel nacional de cómo es la calidad de vida de estos pacientes en las Unidades de Cuidados Paliativos y sobre la importancia del control del dolor irruptivo oncológico (DIO) en este ámbito.

Objetivos: El estudio CAVIDIOPAL se desarrolló con el objetivo principal de evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos avanzados que presentaban DIO y que eran atendidos en las Unidades de Cuidados Paliativos en el territorio nacional.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo, multicéntrico a nivel nacional que tuvo lugar entre 2016-2017. Los pacientes incluidos en el estudio eran adultos con esperanza de vida ≥ 3 meses, con diagnóstico de cáncer avanzado y con DIO según el algoritmo de Davies. Se estableció un diagnóstico y tratamiento individualizado del DIO. Se recogieron datos de la calidad de vida (QLQ-C30) al inicio y a los 28 días. Se recogieron variables sociodemográficas al inicio y clínicas al inicio, a los 8, 15, 28 y 90 días de visita (V8, V15, V28, V90). Se utilizó un análisis descriptivo de variables (media, mediana, desviación estándar). Se usó un análisis univariante para comparar las distintas variables (T-Student).

Resultados: Se recogieron datos de 99 pacientes de los cuales 93 finalizaron el estudio en V28. El 61,6 % fueron hombres y el 73,3 % tenían > 60 años, siendo el 44,5 % > 70 años. El cáncer de páncreas (16,2 %) y el de pulmón (13,1 %) fueron los más frecuentes de la población total.

Al final del estudio (V28) se consiguió una mejora de la calidad de vida en los componentes de salud global y tanto en áreas a nivel funcional (actividad vida diaria, funcionalidad social, cognitiva y emocional) como en síntomas (dolor, fatiga, insomnio, disnea, náuseas y vómitos, estreñimiento, anorexia) ($p < 0,001$). El fentanilo transmucoso fue el fármaco más utilizado en DIO (82,8 %), mayoritariamente por vía sublingual y a las dosis más bajas disponibles (66,7 %). El tiempo con persistencia del DIO disminuyó a lo largo del estudio hasta obtener 6 minutos de media V90. El tratamiento del DIO fue bien tolerado, solo un caso presentó toxicidad severa atribuible opioides.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento individualizado del DIO consigue una mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes. El fentanilo transmucoso fue el fármaco más utilizado, utilizando las dosis mínimas disponibles como inicio del tratamiento.

CO 09. FINAL DE VIDA Y MUJER. INTERVENCIÓN SOCIAL Y PERSPECTIVA DE GÉNERO

Luisa Andaluz Corujo, Miriam Rodríguez Sierra, Maira Vilar Pumares, Angélica Lijo Fernandez, Alicia Vázquez Pombo, María Xesus Abeal Abeledo
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Introducción: Marcela Lagarde en su artículo: “Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción”, dice “Las transformaciones del siglo xx reforzaron para millones de mujeres en el mundo un sincretismo de género: cuidar a los otros a la manera tradicional y, a la vez, lograr su desarrollo individual para formar parte del mundo moderno, a través del éxito y la competencia. El resultado son millones de mujeres tradicionales-modernas a la vez. Mujeres Atrapadas en una relación inequitativa entre cuidar y desarrollarse” (Lagarde, 2003). Según el INE, el 95 % de las personas cuidadoras desempleadas son mujeres. La encuesta de EDAD muestra que la persona que fundamentalmente cuida de los hombres es la cónyuge e hijas. Y los cuidados hacia la mujer los ejercen principalmente sus hijas. ¿Qué ocurre cuando la que necesita cuidados es mujer en situación y/o necesidades paliativas?

Objetivos: Conocer la situación sociosanitaria de cuidados/necesidades al alta en la UCP de las mujeres ingresadas. Conocer la diferencia entre la complejidad sociosanitaria entre hombres y mujeres. Realizar un perfil social de las mujeres y sus cuidadoras al final de la vida.

Metodología: Estudio observacional descriptivo del perfil de las mujeres ingresadas en la UCP de A Coruña entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2019. Datos recogidos en Historia Sociosanitaria a través del aplicativo SIMON.

Resultados iniciales: Del total, el 43 % son mujeres y el 56 % hombres. De las mujeres, el 25 % estaban solas, su recurso al alta fue residencial. El 25 % eran atendidas exclusivamente por otras mujeres y la mitad regresaron a su domicilio. El 15 % atendidas por esposos con hijas implicadas en el cuidado, mayoritariamente se fueron a su domicilio. El 7 % hijos (varón y mujer) residen con la hija. El 5 % vivían con hermanos y fallecieron en el hospital. El 7 % que vivían solo con hijos varones, ninguna retorna al domicilio y un 2 % que vivían con hijo y nuera, regresó al domicilio.

Resultados de estratificación de complejidad social: el 45 % de las mujeres y el 41 % de los hombres clasificados en tipología de baja complejidad. El 27 % de mujeres y el 35 % de hombres complejidad media. El 27 % de mujeres y el 23 % de hombres, gran complejidad social.

Conclusiones: Cambiemos de términos, de cuidadores y familias a referirnos a cuidadoras.

Potenciar actividades relacionadas con cuidados y mujer implicando a los varones.

Las UCP y los dispositivos de paliativos, debemos integrar la perspectiva de género en las intervenciones.

CO 10. NECESIDADES EXPRESADAS ACERCA DEL FINAL DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

Andrada Cristoltan, Marta Vales Arriols, Juan Carlos Prados Cuesta
Complejo Asistencial Benito Menni, Ciempozuelos, España

Introducción: Las personas con enfermedad mental tienen mayores probabilidades de padecer algún tipo de cáncer o enfermedades crónicas de órgano vital que el colectivo general, dando lugar al incremento de la muerte prematura. Esto se debe principalmente al aumento de las conductas de riesgo como la ingesta de sustancias excitantes, el consumo de tóxicos, el enolismo y el tabaquismo, muy relacionados con algunos tipos de cáncer. Coexiste de la tolerancia al dolor de este tipo de pacientes con el infra diagnóstico de su enfermedad somática. Estudios realizados en población norteamericana afirman que, los enfermos psiquiátricos con pronóstico de vida inferior a 6 meses, reciben cuidados paliativos en una medida significativamente menor a la población general.

Objetivos: Conocer en profundidad la percepción de nuestros pacientes acerca de la calidad de los cuidados recibidos en nuestro centro. Conocer cuáles son sus expectativas de cuidados ante una enfermedad crónica con un desenlace cercano.

Material y métodos: Estudio cualitativo de enfoque fenomenológico y tendencia descriptiva basada en la teoría de Husserl. Se ha llevado a cabo un muestreo por conveniencia, buscando informantes clave dentro de la variedad de nuestros residentes. Se ha realizado ajuste y reenfoque continuos de la muestra con el fin de obtener la mejor y más variada información posible. La recogida de datos se ha realizado mediante entrevistas semiestructuradas individuales grabadas en voz y transcritas literalmente para su posterior análisis. El análisis y codificación de datos se ha llevado a cabo por parte de tres investigadores. Una vez realizada la triangulación de los datos, se ha hecho la puesta en común de los Resultados y la codificación conjunta de las categorías emergentes, estableciéndose relaciones entre categorías y su nomenclatura.

Resultados: Muestra puramente femenina, con una media de edad de aproximadamente 50 años. Mayoritariamente mujeres con diagnóstico psiquiátrico y somático asociado. La mayoría de ellas solteras y sin hijos. De los discursos analizados tras la transcripción de las entrevistas emergieron 5 categorías: estancia y percepción del entorno, relación con los profesionales, expectativas de los profesionales y cuidados, necesidades expresadas al final de la vida.

Conclusión: En los cuidados paliativos psiquiátricos el abordaje holístico del individuo adquiere fundamental importancia, sin distinción de la patología principal. Los pacientes reivindican más afectividad por parte del personal, más preocupación por su trayectoria vital, gustos, preferencias, deseos y pensamientos, para mejorar en la medida de lo posible la última etapa de su vida.

CO 11. VISIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LOS EQUIPOS INTERDISCIPLINARES DE LAS PRINCIPALES UCP DE ESPAÑA

María José González González¹, Guacimara Molina Sosa², Edgar Aguiar Benítez³, Martina Mora Menéndez⁴, M.^a Luisa Munguía Suárez⁵, Pilar Rodríguez⁶, Rochsane Taghikhanian⁷, Meritxell Yanes Hernández⁸

¹Fundación Instituto San José, Madrid, España. ²Fundación Mapfre Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria, España.

³Fundación Mapfre Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁴Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España. ⁵Fundación Mapfre Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria, España. ⁶Hospital Universitario Montalvos, Salamanca, España. ⁷Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf, Barcelona, España. ⁸Fundación Mapfre Guanarteme, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción: Se exponen los resultados de una encuesta realizada a los equipos interdisciplinarios de las UCP de siete hospitales públicos y concertados de diferentes partes de España. Este trabajo parte de una investigación desarrollada en las tres unidades de CP principales de Canarias y se exporta para obtener una visión general de la intervención de musicoterapia en las unidades de CP en las que están presentes los/as musicoterapeutas del equipo de trabajo MUSPAL (Musicoterapia en Cuidados Paliativos), perteneciente a la SECPAL.

Objetivo: Conocer la percepción de los equipos sanitarios de UCP de la influencia de la musicoterapia en el día a día de la unidad como su aporte en el tratamiento integral del paciente.

Desarrollo: El medio a través del que se ha desarrollado este estudio ha sido una encuesta facilitada a los equipos sanitarios mediante cuestionarios (papel y *on line*). Las respuestas, anónimas, se han recogido y analizado por hospital y se han volcado posteriormente en un análisis general desde el que se ha obtenido la visión global. Los destinatarios de la encuesta han sido los profesionales que forman parte de las UCP: médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y auxiliares.

La encuesta la conforman preguntas cerradas y abiertas acerca de la influencia de la musicoterapia en la mejora de la calidad de vida, la visión sobre qué aporta al equipo y al paciente, la utilidad de la misma en CP, entre otras. Duración tres meses.

Resultados: El cuestionario ha sido respondido por un total de 135 profesionales: 39 en Canarias, 22 en Salamanca, 45 en Pamplona, 16 en Madrid y 13 en Barcelona. A la pregunta de si es útil la musicoterapia en CP el 98,5 % respondieron que sí. El 34,8 % de los equipos dicen que la musicoterapia da soporte emocional al paciente. El 79,2 % valora entre 4 y 5 (de 1-5) la contribución de la musicoterapia en la mejora la calidad de vida. El 51,1 % considera que necesaria más información e investigación en musicoterapia.

Conclusión: La percepción de la musicoterapia como terapia complementaria en las UCP es positiva. Aunque el 98,5 % de las respuestas señalan útil la intervención, se han detectado lagunas sobre la terapia y su alcance. Por ello, se ha propuesto exponer los resultados del estudio en las siete UCP

ofreciendo un espacio en el que no solo se presenten dichos resultados, sino se potencie el encuentro, la información y la reflexión común.

CO 12. METÁSTASIS ÓSEAS Y DOLOR: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD METODOLÓGICA DE ENSAYOS CLÍNICOS

Antonio José Martín-Pérez¹, Alberto Benavente-Fernández¹, Cristal Martín-Pérez¹, Mario Lozano-Lozano²

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.

²Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada., Granada, España

Introducción: La incidencia de las metástasis óseas supera el 50 % en cánceres primarios como el cáncer de mama, próstata o tiroides. Estas metástasis se asocian con una supervivencia más corta y un mayor riesgo de complicaciones y síntomas. De entre estos, el dolor es la consecuencia más frecuente. El arsenal terapéutico del que se dispone para hacer frente al mismo es amplio, siendo numerosa la evidencia científica que puede encontrarse en las principales bases de datos. Sin embargo, la calidad metodológica de la misma no se ha estudiado, aspecto que puede ser crucial a la hora de optar por una u otra opción.

Objetivo: Evaluar la calidad metodológica de los ensayos clínicos controlados y aleatorizados publicados en los últimos 10 años en los que se realizase cualquier intervención farmacológica con efecto analgésico.

Metodología: Se realizó una búsqueda de la literatura científica a través del buscador PubMed Central, seleccionando aquellos estudios que cumplieren los siguientes criterios de inclusión: ensayos clínicos controlados y aleatorizados, periodo de publicación entre enero de 2009 y mayo de 2019, idioma español e inglés, tener acceso al texto completo del mismo. Para evaluar la calidad metodológica de los mismos, se utilizó la Escala de Calidad de Oxford (Jadad), compuesta por 5 ítems de respuesta dicotómica, y que considera de pobre calidad metodológica a aquellos estudios con menos de 3 puntos.

Resultados: Tras la búsqueda inicial en la base de datos se localizaron 193 trabajos. A través del cribado inicial por resumen y autor, 41 trabajos fueron seleccionados para su evaluación metodológica, al cumplir el resto de criterios de inclusión y exclusión. De ellos, 31 estudios no alcanzaron la puntuación mínima de 3 puntos establecida en la escala Jadad para ser considerado con suficiente calidad metodológica. De los 10 trabajos restantes, 7 alcanzaron la máxima puntuación. La principal limitación en el diseño de los estudios fue el cegamiento de estos. La mayor parte de ellos no cumplían este criterio.

Conclusión: la calidad metodológica de los ensayos clínicos aleatorizados utilizados para evaluar la calidad de las terapias antiálgicas en pacientes con metástasis óseas dolorosas es pobre. Como principal barrera encontramos las dificultades para compararse contra placebo o llevar a cabo estrategias de doble ciego o enmascaramiento adecuados en este tipo de intervenciones. Estos resultados deben servir de estímulo para mejorar el diseño de los ensayos clínicos.

CO 13. LAS SESIONES DE EQUIPO COMO HERRAMIENTA DE AUTOCUIDADO

Josefina Montero Sánchez¹, Natalia López-Casero Beltrán¹, Esther Botet Caridad¹, M.^a Carmen Jiménez Avalos¹, Raquel Gamboa Rojo¹, Julián Rodríguez Almagro²

¹Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan, España. ²Hospital Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción: Los profesionales de cuidados paliativos (CP) concebimos nuestro trabajo exclusivamente en el ámbito del equipo multidisciplinar. El éxito del equipo de trabajo descansa en pilares como la confianza, la cohesión o la comunicación auténtica. Para conseguirlo es clave la vulnerabilidad, entendida como la manifestación de nuestro yo más verdadero a los demás miembros del equipo.

Para desarrollar una comunicación efectiva, surgió la necesidad de buscar activamente un espacio formal donde permitirnos la expresión emocional y la escucha, que llamamos “sesiones de autocuidado”, con periodicidad semanal, donde cada miembro del equipo responde a dos preguntas: ¿cómo me he sentido en la última semana?, ¿ha habido alguna situación o algún paciente que me haya conmovido especialmente?

Objetivo: Conocer y analizar las percepciones de los profesionales del equipo de CP acerca de las “sesiones de autocuidado” que se realizan una vez a la semana.

Método: Diseño cualitativo para conceptualizar la percepción de los profesionales de CP mediante análisis de la teoría fundamentada. Se seleccionaron a todos los miembros de la unidad de CP del Hospital Mancha Centro. Se constituyó un grupo focal, donde se realizaron dos preguntas: “¿Qué te aportan personalmente las sesiones de autocuidado del equipo?”, “¿Qué repercusión piensas que tienen las sesiones de autocuidado en el equipo?”, con una duración de 60 minutos transcrita literalmente. Se utilizó una codificación selectiva para interpretar, conceptualizar y reintegrar los datos de manera abierta y axial. Se crearon unidades semánticas, categorizadas con técnicas de comparación constante, creando una serie de códigos.

Resultados: Se recogieron las opiniones de los 5 integrantes del equipo de CP. Se observaron 3 categorías principales: 1. Expresión emocional: cumple una doble función, el desahogo emocional y favorecer la empatía entre compañeras, poniendo de manifiesto las similitudes y encontrado una validación de los sentimientos expresados. 2. Feedback: poder expresarse, ser escuchado y recibir las opiniones de los demás posibilita tener una visión menos sesgada de circunstancias con mayor complejidad emocional. 3. Decisiones conjuntas: las sesiones de autocuidados facilitan el consenso de decisiones, a nivel personal y laboral, favoreciendo la dinámica asistencial.

Conclusiones: Las sesiones de autocuidado permiten tener un espacio formal que ayuda a expresión emocional, fortalecer las relaciones entre los miembros del equipo, mejorar la comunicación, apoyo entre compañeras y la toma de decisiones conjuntas, así como reforzar la confianza. Esto repercute positivamente tanto a nivel personal, aumentando la satisfacción, como a nivel laboral, enriqueciendo la dinámica asistencial.

CO 14. DETECCIÓN PRECOZ DE NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDADES AVANZADAS, UN RETO EN NUESTROS DÍAS

Rebeca Ramírez Pulido¹, Robledo Granés Álvarez¹, Laura Torezano Gonzalez², María José Rico Lucena¹, Isabel Caballero Martínez¹

¹Hospital de la Merced, Osuna, España. ²Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, España

Introducción: Los cuidados paliativos tienen como objetivo prevenir, aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en situación terminal.

Uno de indicadores de calidad es la detección precoz de necesidades de cuidados paliativos, en los pacientes con enfermedades avanzadas, con el objetivo desarrollar intervenciones terapéuticas adecuadas, con una atención integral, individualizada y especializada tanto de los pacientes como familiares.

Para ayudarnos en esta tarea se han desarrollado instrumentos validados como “NECPAL CCOMS-ICO®” que identifica a personas con necesidades paliativas y pronóstico de vida limitado.

Objetivos: Conocer el tiempo de estancia de los pacientes incluidos en el equipo de soporte de cuidados paliativos, del área sanitaria de osuna, con enfermedad avanzada terminal (oncológica o no oncológica), entendiéndolo por ello, enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención debido a la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes; para ayudarnos a reflexionar sobre si estamos realizando una adecuada identificación que nos permita alcanzar nuestros objetivos.

Metodología: *Diseño:* estudio descriptivo, retrospectivo de prevalencia. *Recogida de datos:* revisamos, previo consentimiento informado verbal, las historias de los pacientes que con enfermedad avanzada terminal habían sido derivados al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área de Osuna y fallecidos desde junio de 2018 hasta mayo de 2019, para conocer el tiempo medio de estancia en nuestro equipo y de ellos cuántos fallecieron antes de 180 días; y antes de 30 días desde su derivación. Seleccionando un total de 190 pacientes. *Análisis estadístico:* procesado en SPSS, expresados en la estancia media en días y los periodos de estancia en porcentajes.

Resultados: De los 190 pacientes derivados, 182 pacientes, (95,78 %) fallecieron en menos de 180 días de su derivación y de ellos, 111 pacientes (58,42 %) fallecieron en menos de 30 días de su derivación. La estancia media de los pacientes en nuestro Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos fue de 44,13 días.

Conclusiones: Es un reto en nuestros días establecer las mejores estrategias de detección precoz de necesidades de cuidados paliativos, en pacientes con enfermedad avanzada terminal, con el objetivo de desarrollar intervenciones terapéuticas adecuadas, con una atención integral, especializada e individualizadas para prevenir, aliviar el sufrimiento y mejorar por tanto la calidad de vida tanto de los pacientes y como sus familiares en este trayecto final, respetando sus deseos, valores y preferencias.

CO 15. RENUNCIAR AL ENFOQUE CURATIVO EN EL HOSPITAL DE AGUDOS

Verónica Romaní Costa, Antonia Expósito López, Isabel Marín Fernández

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa, España

Introducción: Estamos revisando el proceso de derivación del hospital de agudos a la unidad de cuidados paliativos (UCP) de zona que es de reciente creación. En algunos de los pacientes que acaban falleciendo, la estancia en la UCP es más corta de lo deseable. La sensación es que en el hospital de agudos se sobrestima el pronóstico vital con lo que se persiste en el enfoque curativo.

Objetivo: Conocer la supervivencia de los pacientes desde que el médico del hospital de agudos renuncia al enfoque curativo y hace la demanda de derivación a la UCP, hasta que fallece el paciente.

Material y método: Revisión de los casos de muerte en la UCP que fueron derivados desde el hospital de agudos de enero a abril del 2019. Se registra la fecha de demanda de UCP y la fecha de fallecimiento del paciente.

Resultados: En cuatro meses fallecieron en la UCP 23 pacientes que habían sido derivados del hospital de agudos. 20 de ellos con cáncer y 3 con patología no-cáncer crónica avanzada. La supervivencia desde el día de la demanda de derivación hasta el día de fallecimiento fue de 12,3 días de media (entre 2 y 29 días); en 9 pacientes (21 %) la supervivencia fue de una semana o menos.

Conclusiones: En 1 de cada 5 pacientes que fallecieron en la UCP se había planteado la derivación durante su última semana de vida. En ellos, la decisión de parar el tratamiento con enfoque curativo probablemente fue tardía. Además de hacer una intervención paliativa precoz e integrada, el hospital de agudos debemos detectar antes la situación de terminalidad, para renunciar al enfoque curativo y atender mejor la situación de últimos días.

CO 16. CONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN SOBRE EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS Y POSICIONAMIENTO ANTE LA SEDACIÓN TERMINAL

Raquel Prieto Jiménez, Feliciano Sánchez Domínguez, Francisco José Vara Hernando, Nerea Sánchez Sánchez, María Purificación Sánchez Chaves, María Paulina Pérez Yuste

Hospital de los Montalvos, Salamanca, España

Introducción: El documento de voluntades anticipadas es un medio clínico y jurídico que recoge los deseos de la persona mayor de edad, libre y capaz, sobre los cuidados y tratamientos que se le han de prestar en los momentos en los que él se encuentra incapacitado para tomar esas decisiones, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo, así como de los órganos del mismo, ejerciendo el derecho que le concede la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Además, es muy frecuente, que las diferentes posibilidades que pueden darse al final de la vida (eutanasia, suicidio asistido, limitación del esfuerzo terapéutico, sedación paliativa...) sean confundidas, especialmente desde el punto de vista bioético.

Objetivo: Analizar el conocimiento que posee la población general sobre el documento de voluntades anticipadas y, secundariamente, conocer la posición de la población general ante la situación de sedación terminal.

Material y métodos: Se ha realizado un trabajo observacional, transversal, no probabilístico de asignación consecutiva, sobre el conocimiento de la población general del documento de voluntades anticipadas, así como del posicionamiento de esta ante la sedación terminal al final de la vida. Para la obtención de dichas variables se utilizará un cuestionario de 12 preguntas, cuyas respuestas en su forma mayoritaria son de 3 opciones (Sí, No, NS/NC) con el fin de resultar fácil de responder a la población encuestada, durante el periodo comprendido entre el 20 de enero y el 20 de marzo de 2018.

Resultados: se analizaron un total de 255 encuestas, de las cuales 98 eran varones (38,4 %) y 157 eran mujeres (61,6 %). El 60,8 % de los encuestados residían en el medio urbano. Solo el 6,7 % han comentado, en alguna ocasión con el personal sanitario, el deseo de no alargar su existencia con intervenciones invasivas, y el 2,4 % tiene formulado el Documento de voluntades anticipadas. El 91,4 % de los encuestados les gustaría participar en las decisiones al final de su vida, el 76,9 % no desearían seguir con tratamientos activos que prolonguen la vida en una situación terminal, estando el 77,6 % a favor de la sedación paliativa.

Conclusiones: El documento de voluntades anticipadas es una herramienta no utilizada por la población general, a pesar de estar un importante tanto por cientos, de acuerdo con participar en las decisiones al final de la vida.

CO 17. SOBREMEDICACIÓN EN PACIENTES EN SEGUIMIENTO POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Belén Domínguez Fuentes, Miriam Bernal Rodríguez, Laura Martín Cabanillas, Pilar Balbuena Mora-Figueroa
¹Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: Una de las consecuencias del envejecimiento es el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, pluripatología y mayor consumo de medicamentos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define polifarmacia como el uso concomitante de tres o más medicamentos.

Objetivos: Determinar la prevalencia de polifarmacia al final de la vida en pacientes oncológicos incluidos en el programa de seguimiento domiciliario de un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de los pacientes en seguimiento por el ESCP que fallecieron en el periodo de julio a diciembre de 2018. Se revisaron las prescripciones activas el día del éxitus (suplementos dietéticos, antihipertensivos, antidiabéticos, anticoagulación profiláctica o terapéutica, antiagregantes, diuréticos, hierro, número de fármacos en total y existencia de polifarmacia).

Resultados: Se revisaron un total de 131 historias. Del total de pacientes, 42 mantenían la prescripción de suplementos dietéticos (32 %), 37 de antidiabéticos (28 %), 57 de antihipertensivos (44 %), 33 de anticoagulación profiláctica (25 %) y

20 de anticoagulación terapéutica (15 %), 36 de antiagregantes (26 %), 51 de diuréticos (39 %) y 33 de hierro oral (39 %). Un 44 % de los pacientes cumplían criterios de polifarmacia.

Conclusiones: Existe un alto porcentaje de pacientes en situación de polifarmacia en la última etapa de la vida, a pesar su escaso beneficio, aumentando tanto las interacciones medicamentosas como el uso inadecuado de medicamentos. La deprescripción debe formar parte de planteamiento terapéutico de los pacientes en CP, priorizando la medicación que resulte beneficiosa para manejo sintomático.

CO 18. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN ENFERMERAS DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: UNA APROXIMACIÓN MEDIANTE ENTREVISTAS

Paula Barrué-García¹, Gabriel Vidal-Blanco², Laura Galiana³, Noemí Sansó⁴

¹Hospital Provincial de Castelló, Castelló de la Plana, España. ²Departamento de Enfermería, Universidad de Valencia, Valencia, España. ³Departamento de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Valencia, Valencia, España. ⁴Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Universidad de las Islas Baleares, Palma, España

Introducción: La enfermería se ha identificado tradicionalmente como una profesión estresante, “por su propia naturaleza”. Diversas investigaciones han apuntado cómo trabajar con el sufrimiento y la muerte diariamente produce altos niveles de estrés ocupacional y burnout, amenazando el bienestar de las enfermeras. Esto se acentúa en Unidades de Hospitalización a Domicilio, donde las enfermeras establecen relaciones de ayuda más íntimas, muchas veces con pacientes al final de la vida. Para una comprensión holística de la calidad de vida profesional se proponen nuevos conceptos: la fatiga y la satisfacción con la compasión.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer las percepciones que las enfermeras de una Unidad de Hospitalización a Domicilio tienen sobre su calidad de vida profesional.

Metodología: *Diseño:* estudio exploratorio con diseño cualitativo y enfoque fenomenológico. Estudia la comprensión de un fenómeno ayudando a comprender experiencias y realidades humanas, del contacto con esas personas y su ambiente. *Recogida de datos:* se recogieron nueve entrevistas semi-estructuradas, de forma presencial. La participación fue consentida y voluntaria. El estudio fue aprobado por el comité de ética. *Análisis:* se realizó un análisis de contenido cualitativo manifiesto, en el que se examina el documento y se describen los componentes visibles.

Resultados: Se extrajeron cuatro categorías: dimensión emocional, fatiga y satisfacción, recursos de formación, y recursos personales, de las que emergieron once códigos. En la dimensión emocional, las unidades de significado hicieron referencia al sentimiento de falta de control, por encontrar el trabajo en cuidados paliativos cambiante, aunque también emergió el sentimiento de alegría. La fatiga se relacionó principalmente con el desgaste emocional producido por el tipo de trabajo, mientras que todas las encuestadas mostraron satisfacción al entender los cuidados al final de la vida como una oportunidad para contribuir al bienestar en los últimos momentos de vida del paciente. Además, apareció la necesidad de contar con recursos para afrontar este des-

gaste emocional, subrayándose formación en *mindfulness*, en notificación de malas noticias o en cuidados paliativos. Finalmente, como recursos personales de las enfermeras se subrayó el apoyo de las compañeras.

Conclusiones: Las experiencias recogidas en las enfermeras de UHD refuerzan las ideas aportadas por la literatura reciente: se trata de un colectivo sensible en lo que a la calidad de vida profesional se refiere, que necesita recursos de formación para evitar el desgaste emocional. Además, es esencial que el clima de trabajo sea positivo y la enfermera se sienta apoyada por su equipo.

CO 19. PROGRAMA DE ACOGIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Rocío García Ronderos¹, Gloria Ordóñez Estébanez¹, Lucía Sáenz de Santa María Benedet¹, Margarita García Rodríguez¹, María Jiménez Alonso¹, José Gutiérrez Rodríguez²

¹Equipo de Atención Psicosocial. Hospital Monte Naranco, Oviedo, España. ²Área de Gestión Clínica de Geriatría. Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: Cuando una persona vive un proceso de enfermedad todo su entorno se ve afectado de una u otra manera. Se hace evidente la necesidad de dar a conocer a los pacientes y familias en qué consisten la enfermedad avanzada/cuidados paliativos. ¿Por qué siguen existiendo tantos ingresos hospitalarios en final de vida? ¿Por qué continúan tan extendidos los pactos de silencio? La conclusión podría ser que nos falta información, seguimos negando la idea de muerte, no hemos sido formados en ese sentido.

Objetivos: Acoger, acompañar, minimizar sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y familias a su paso a cuidados paliativos.

Metodología: Aplicar al ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos desde el 13 de marzo al 13 de abril de 2019 el Cuestionario de Evaluación de necesidades Psicosociales y Espirituales del enfermo al final de la vida (n = 35) (ENP-E) y la Escala Zarit a familiares (n = 34), durante las 48 horas posteriores al día de ingreso.

Resultados: Un 40 % de los pacientes que ingresaron fueron catalogados de dependientes totales (IB). El 37,14 % eran dependientes severos frente al 2,86 % de pacientes con dependencia leve. Ninguno de los pacientes ingresados era independiente para las ABVD.

En lo que se refiere al ENP-E, los datos obtenidos muestran que, partiendo de la idea de que el 34,29 % de los casos resultaron no valorables debido a pacientes que ingresaron con situaciones físicas/médicas incapacitantes, situación de últimos días y/o por contraindicación clínica, como principales causas, se pudo ver que de los 23 pacientes evaluados, el 37,14 % de los casos presentaba complejidad psicosocial, de ellos, 1 de los pacientes presentaba una complejidad/caso límite; 8 de ellos presentaban alerta moderada, 3 alerta alta y 1 alerta severa. En cuanto a la escala Zarit, el nivel de respuestas fue de 34 sobre las 35 familias evaluadas, el caso que no se pudo contemplar se relaciona con un paciente “sin techo”, que no contaba con red familiar. Por tanto, contamos con un 2,86 % no valorable y un nivel de sobrecarga del 62,86 % en los casos estudiados.

Conclusiones: Se hace necesaria la creación de un “Programa de Acogida a Cuidados Paliativos”, tratando así de llegar a los pacientes durante el proceso de enfermedad y no solo cuando se desestima tratamiento curativo, de prevenir la claudicación familiar y de intervenir en aquellos casos que presentan complejidad psicosocial en estadios más tempranos del proceso de enfermedad.

CO 20. USO DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LOS PACIENTES CON CRITERIOS DE TERMINALIDAD Y TRATAMIENTO PALIATIVO

Marcos Guzmán García¹, María Luisa Fernández Ávila², Blanca Herrador Fuentes¹, Soledad Gómez Cano¹, Mirian Moreno Conde¹

¹Hospital de San Juan de la Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El abordaje de los síntomas físicos en el paciente paliativo tienen como objetivo prevenir y aliviar el sufrimiento, debiendo de ayudar en todo tipo de comorbilidades, como, por ejemplo, las enfermedades infecciosas. Es importante conocer que los efectos adversos y/o la influencia en el pronóstico del efecto de cualquier tratamiento médico, no debiendo superar los posibles efectos beneficiosos. A partir de esta premisa, y debido a las características inherentes a los procesos infecciosos, surgen las siguientes preguntas: ¿hay que tratar las infecciones sistémicas en pacientes con criterios de terminalidad? Y... ¿lo hacemos bien?

Objetivos: Conocer la prescripción de tratamiento antibiótico en pacientes con criterios de severidad y terminalidad, en los que se llegó al consenso entre familiares y profesionales sanitarios en realizar tratamiento paliativo y/o limitación de esfuerzo terapéutico.

Identificar si la prescripción del tratamiento antibiótico fue de forma correcta según protocolos establecidos por la E-CDC en tipo, duración y foco.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sin intervención a través de la recopilación de datos relacionados con aquellos pacientes certificados como éxitus letalis entre junio de 2015 y mayo de 2019, que incluyeran en su Historia Clínica Digital la realización de tratamiento con fines paliativos y/o realización de limitación de esfuerzo terapéutico. Se utilizó la prueba t de Student para comparar variables continuas y x 2 o la prueba exacta de Fisher para comparar variables categóricas a partir de paquete informático R commander[®]3.5.2.

Resultados: Se incluyó un total de 292 pacientes en el periodo descrito. Dentro de los datos de frecuencias, destacan los siguientes: varones: 53,8 %; mujeres: 46,2 %. Tratamiento antibiótico durante ingreso: 63,4 %. Tratamiento antibiótico empírico adecuado: 63,36 % (tratamiento no adecuado por duración: 54,3 %, 27,6 % tipo de tratamiento utilizado, 13,3 % dosificación inadecuada). Tratamiento antibiótico en últimas 24 horas: 37,7 %. Retirada tratamiento antibiótico Equipo Cuidados Paliativos (ESCP): OR:3,181 (p = 0,07). Paciente oncológico: 49,7 %, de los que se presentaban en tratamiento quimioterápico en 20,9 % y enfermedad metastásica 41,1 %. Valoración por ESCP previo a ingreso: 21,9 %. Recogida de muestras microbiológicas: 24,7 %. Éxitus

por patología infecciosa declarada como causa fundamental: 40,4 %.

Conclusiones: Tras valorar nuestros datos se observa un elevado número de tratamientos no adecuados en situación de últimos días. La decisión de tratar o no tratar la sospecha de infección en el paciente terminal es compleja, que requiere un enfoque individual y consideraciones éticas. Si es posible, la decisión debe tomarse preferiblemente junto con el paciente y los familiares.

CO 21. ¿EXISTEN DIFERENCIAS ASISTENCIALES DEL PACIENTE TERMINAL INTRAHOSPITALARIO SEGÚN EL MOMENTO DE VALORACIÓN POR CUIDADOS PALIATIVOS?

Blanca Herrador Fuentes¹, Marcos Guzmán García¹, María Luisa Fernández Ávila², Mirian Moreno Conde¹, Soledad Gómez Cano¹

¹Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: La situación de “Últimos días” se define como un camino tortuoso de la enfermedad terminal que viene marcada por un deterioro del estado general, indicador de un fallecimiento inminente; siendo una característica fundamental de esta situación el impacto emocional que provoca sobre la familia y el equipo terapéutico. Se plantea si hay diferencias significativas en la atención de estos pacientes valorados de forma previa con seguimiento por un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) o solo en valoración intrahospitalaria.

Objetivos: 1. Conocer las características de los pacientes en situación de últimos días valorados de forma prehospitalaria por parte de ESCP frente los valorados solo en etapa final intrahospitalaria en un Hospital Rural sin Equipo de Atención intrahospitalario. 2. Conocer indicadores diferenciales de la asistencia de estos pacientes.

Metodología: Se realizó estudio descriptivo retrospectivo tras la recopilación de datos relacionados con pacientes certificados como éxitus letalis entre junio de 2015 y mayo de 2019, que incluyeran en su historia clínica digital la realización de tratamiento con fines paliativos valorados de forma previa ingreso por parte de ESCP y pacientes con valoración solo durante ingreso periéxitus por ESCP, que precisaron asistencia por dicho equipo en situación de últimos días. Se utilizó la prueba t de Student para comparar variables continuas y Chi cuadrado o la prueba exacta de Fisher para comparar variables categóricas a partir del programa R commander 3.5.2. Se incluyó un total de 124 pacientes con las características anteriormente descritas. Pacientes valorados previo a ingreso: 51,6 % (64/124). Dentro de los datos destacan: edad media: 70,84 ± 13,79 años. Varones: 58,9; mujeres: 41,1 %. Días de ingreso: 11,54 ± 8,57 días. Pacientes oncológicos: 83,9 %. Enfermedad metastásica: 75,8 %. Patología no oncológica: 16,9 %. Diagnóstico de enfermedad causa principal de éxitus: < 1 mes: 28,2 %; 1-6 meses: 49,2 %. Días previos a éxitus desde medidas paliativas/LET: 3,91 ± 1,23 días. OR tratamiento antibiótico en valoración hospitalaria en últimas 72 horas: 13,913 (p = 0,031), OR días de ingreso y valoración intrahospitalaria exclusiva: 0,31 (IC 95 %: 0,21-0,54) (p = 0,03). OR nutrición parenteral en últi-

mas 72 horas/valoración intrahospitalaria: 5,41 ($p = 0,05$). Tratamiento no paliativo a últimas 24 horas/patología no oncológica: 3,73 ($p = 0,54$).

Conclusiones: En nuestro estudio se observa que hay tendencia a mayor utilización de medidas no paliativas en situación exclusiva intrahospitalaria con respecto a valoración o seguimiento previo a ingreso en ciertos casos, principalmente en pacientes con patología no oncológica y/o paciente con ingreso hospitalario prolongado, demorándose en estos casos la utilización de tratamiento paliativo o LET. Se plantea que dichas diferencias se pueden basar en un mayor peso de la responsabilidad de los Servicios no ESCP en la atención sanitaria durante el ingreso.

CO 22. ¿HOSPITAL O DOMICILIO?, ¿DÓNDE FALLECE NUESTRA POBLACIÓN?

Javier Ortiz Rambla¹, Irene Pino Bonet¹, Rebeca Batalla Gil¹, Anna Sales Pascual¹, Luisa Escalante García², Rafael Martínez Gonzálbez³

¹Unidad de Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario de La Plana, Vila-real, España.

²Coordinadora SIA - Abucasis, Departamento de Salud de La Plana, Vila-real, España. ³Servicio de Informática, Hospital Universitario de La Plana, Vila-real, España

Objetivo: Existe la creencia entre gran parte de los profesionales sanitarios y también en la población general que las personas, sobre todo las más ancianas, fallecen en el hospital, haciendo mención a épocas en las que la gente moría en su casa. El objetivo es saber cuál la situación real en nuestro medio.

Material y método: Se realiza un análisis retrospectivo desde la base de datos del Departamento de Salud de La Plana analizando la mortalidad desde el año 2014 a 2018 con la finalidad de describir donde fallece con más frecuencia la población asignada, así como las características demográficas de la misma y en el caso de del fallecimiento en medio hospitalario, cual es la distribución por servicios.

Resultados: Durante los 5 años analizados se han registrado 8218 fallecimientos de los cuales 4897 (59,58 %) han ocurrido en domicilio y 3321 (40,41 %) en hospital. Por servicios, a Medicina Interna corresponden 1038 (31,25 %) fallecimientos, seguido de la Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD) con 841 (25,32 %); a continuación se encuentran la Unidad Médica de Corta Estancia 365 (19,12 %), Cirugía 206 (6,20 %), Unidad Cuidados Intensivos 192 (5,78 %), Neurología 188 (5,66 %), Neumología 141 (4,24 %), Medicina Digestiva 127 (3,82 %), Cardiología 109 (3,28 %), Traumatología 54 (1,62 %), ORL 12 (0,36 %), Ginecología 8 (0,24 %) y Hematología 6 (0,18 %).

De la población analizada 1674 (50,40 %) eran hombres y 1647 (49,59 %) mujeres. La edad media se sitúa en 81,24 años, 83,45 años en el caso de las mujeres y 79,07 en el de los hombres.

Conclusiones: En números absolutos se objetiva que en nuestra población las personas fallecen con mayor frecuencia en su domicilio; existe un grupo de pacientes que lo hacen en su domicilio, pero recibiendo cuidados desde el hospital (UHD), y que en nuestro sistema de información se registra como fallecimientos hospitalarios; en conjunto

suponen el 10,23 % del total de los fallecimientos. Atendiendo a esta circunstancia el número de personas que fallecen en su domicilio aún es mayor llegando en nuestra serie a 5738 (69,82 %) mientras que los fallecidos "físicamente" en el hospital se sitúa en 2480 (30,17 %).

Por tanto, podemos concluir que el fallecimiento en nuestra población ocurre más frecuentemente en el domicilio.

CO 23. CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS EN EL ÚLTIMO AÑO DE VIDA DE PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA

Noelia Pérez-Abascal¹, Jesús Mateos-Nozal¹, Lorena García Cabrera², Lourdes Rexach Cano¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

²Fundación Vianorte-Laguna, Madrid, España

Introducción: Las necesidades asistenciales de los pacientes con demencia aumentan conforme avanza la enfermedad. El objetivo de los cuidados en la fase avanzada de la demencia debe priorizar el confort de los pacientes, sin embargo, muchos son sometidos a intervenciones molestas, como las asociadas a la hospitalización. Es importante analizar la asistencia que están recibiendo estos pacientes, valorar si estamos cumpliendo los objetivos en sus cuidados y adecuar los recursos a sus necesidades.

Objetivo: Describir los recursos sanitarios utilizados en el último año de vida por los pacientes con demencia avanzada que fallecen en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con demencia avanzada (estadio GDS 6-7), que fallecieron durante 2017 y 2018 en una UGA. Se registraron características sociodemográficas y antecedentes relevantes. Se revisó su trayectoria en el año previo a su muerte, contabilizando el número de visitas a Urgencias, ingresos hospitalarios urgentes, número de intervenciones en Atención Primaria (AP), Unidad Móvil de Emergencias (UME) y valoración por Equipos de Cuidados Paliativos (CP).

Resultados: En el periodo de estudio ingresaron 1586 pacientes, el 35,2 % tenía demencia avanzada y, de ellos, el 19 % falleció. $n = 112$, edad media 92,8 (82-103), 76 % mujeres, 36,6 % vivían en residencias. El 76 % había precisado atención en Urgencias en el último año y 1/3 entre 2 y 8 veces en los últimos 6 meses, con una media de $2,7 \pm 1,7$ visitas por paciente/año, sin diferencias entre los procedentes de residencia y de domicilio. La media de ingresos fue de $1,8 \pm 1,1$, con un total de $10,3 \pm 7,8$ días de hospitalización por paciente. La media de intervenciones en AP fue de $13,3 \pm 13,5$ (16,3 por paciente que vivía en su domicilio y 6,3 en residencia). Los pacientes que tenían un mayor seguimiento en AP acudieron más veces a Urgencias ($rs = 0,26$, $p = 0,005$). La mitad recibieron asistencia por la UME al menos una vez en ese año. El 33 % fueron valorados por el equipo de Cuidados Paliativos en el último ingreso y el 4,5 % con anterioridad.

Conclusiones: Las complicaciones asociadas a la demencia avanzada suponen un tercio de los ingresos en una UGA. El 76 % acude a Urgencias en el año previo a su muerte y pasan una media de 10,3 días hospitalizados. Es necesario reforzar los cuidados paliativos en estos pacientes para evitar el sufrimiento derivado de las complicaciones agudas y de la propia hospitalización.

CO 24. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO FRENTE AL ESTRÉS UTILIZADAS POR PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

María Sánchez Isac¹, Ana García García¹, Coro Pérez Aznar¹, Cristina de Miguel Sánchez², Maribel Carreras Barba³

¹Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Equipo de Soporte de Atención Paliativa Espronceda, Madrid, España. ³Coordinación Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, Madrid, España

Introducción: los profesionales de Cuidados Paliativos (CP) están sometidos al estrés y desgaste emocional en su trabajo diario. Es importante conocer qué medidas de afrontamiento están empleando para poder desarrollar estrategias de prevención e intervención futuras.

Objetivos: Describir la prevalencia y factores asociados a las estrategias de afrontamiento frente al estrés en los profesionales de CP de la Comunidad de Madrid (CM) medidas con el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE).

Metodología: *Diseño:* estudio descriptivo transversal. *Recogida de datos:* participaron voluntariamente profesionales en activo de los equipos de CP públicos y concertados de la CM. Rellenaron 2 cuestionarios: fatiga por compasión (ProQOL-IV) y estrategias de afrontamiento del estrés (CAE) y un cuadernillo de recogida de datos. Se recogieron variables sociodemográficas, laborales, personales y de actividades de autocuidado. *Análisis:* estadística descriptiva y analítica. Tests estadísticos: t de Student, ANOVA y correlación Spearman.

Resultados: Participaron 269 sujetos, el 49 % del total de profesionales de CP de CM. El 84 % mujeres y el 53 % con edades entre 36-53 años. Las estrategias de afrontamiento (EA) empleadas fueron (media, DS): estrategia focalizada en la solución del problema (FSP): 16,69 ± 3,70, reevaluación positiva (REP): 16,00 ± 3,12, búsqueda de apoyo social (BAS): 13,98 ± 6,08, evitación (EVT): 10,93 ± 3,67, autofocalización negativa (AFN): 7,63 ± 3,12, expresión emocional abierta (EEA): 6,80 ± 3,06 y religión (RLG): 4,64 ± 6,23.

La percepción subjetiva de tener fatiga de compasión se asoció con AFN y EEA, y de manera inversa con la estrategia FSP, $p < 0,05$. Las EA FSP, REP y religión se asociaron con el género, más en mujeres y con tener formación previa en CP. La BAS se asoció con menor edad, pasar tiempo con familia y amigos, dedicarse tiempo a uno mismo, algunas actividades de autocuidado, y de manera inversa con psicoterapia.

La EVT se asoció a meditación, mindfulness, dedicarse tiempo a uno mismo y a realizar actividades físicas.

La AFN se asoció con sentir que el trabajo afecta la salud, haber tenido baja laboral por estrés, haber pensado alguna vez cambiar de trabajo, sentirse incomprendido en su vida familiar/social por trabajar en CP y no dedicarse tiempo a uno mismo.

Conclusiones: Los profesionales de CP de la CM emplean preferentemente estrategias de afrontamiento con predominio racional (FSP, REP y BAS) frente a aquellas de tipo emocional (AFN y EEA) y RLG.

COMUNICACIONES PÓSTER

PO 001. ¿QUÉ SOPORTE ASISTENCIAL REQUIEREN LOS NIÑOS CON ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES? EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Aurora Madrid Rodríguez, Ana Cabrera del Moral, María José Peláez Cantero, Elena Godoy Molina, Tamara Fernández Ferrández
Hospital Materno Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

Introducción y objetivos: Las enfermedades neuromusculares suponen un reto asistencial en Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) por la complejidad que conllevan y el abordaje multidisciplinar que requieren.

El objetivo de este estudio es la descripción epidemiológica de los pacientes con enfermedades neuromusculares y su abordaje por parte del equipo de CPP de un Hospital de tercer nivel, así como comparar el soporte y la asistencia recibida por los pacientes con enfermedad neuromuscular respecto a los que padecen otras enfermedades neurológicas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con enfermedades neuromusculares en una UCPP entre 2013-2018. Se recogieron datos demográficos y en relación con la asistencia recibida, incluyendo soporte nutricional y respiratorio. Se utilizó el programa R-PROJECT para el análisis de datos.

Resultados: Se atendieron un total de 144 pacientes, de ellos, 81 (56,2 %) presentaban patología neurológica y 19 enfermedad neuromuscular: 9 miopatías metabólicas (8 encefalomiopatías mitocondriales, 1 enfermedad de Pompe), 5 casos de AME tipo I, 3 con distrofia miotónica congénita de Steinert y 2 miopatías nemalínicas. Mediana de edad al ingreso 4 meses (RIQ 1-19,2 meses) frente a 2,7 años (RIQ 6 meses-8,4 años) en el resto de patologías neurológicas. Mediana de seguimiento 55 días (RIQ 28,5-127,5 días) frente a 155 días (RIQ 60-123 días) en el resto de patologías neurológicas. Respecto al soporte respiratorio, 7 (34 %) requirieron oxigenoterapia, 3 VMNI y 2 VMI. El soporte nutricional fue precisó en el 82 %, la mayoría mediante SNG, frente al 56 % en el resto de patologías neurológicas.

No existe relación entre el tiempo de seguimiento y la mayor necesidad de soporte nutricional o respiratorio. La asistencia a los pacientes con enfermedades neurológicas es similar al resto de pacientes con patologías neurológicas, con una mediana de 23,5 llamadas (RIQ 6-40) y mediana de consultas de 7 (RIQ 2-16) y de visitas a domicilio de 1 (RIQ 0-5). Durante la evolución, han fallecido 13/19 (9 en el hospital; 4 domicilio), 3/19 altas por estabilidad clínica y 3/19 permanecen en seguimiento.

Conclusiones: Como cabía esperar, los pacientes con enfermedades neuromusculares precisan mayor soporte respiratorio y nutricional que otras patologías neurológicas. El soporte que con más frecuencia precisan estos pacientes es el nutricional, seguido de respiratorio. No han presentado más necesidades asistenciales, aunque no se

ha evaluado la atención psicosocial incluida en la atención integral a estos pacientes. Las enfermedades neuromusculares suponen un reto asistencial en CPP por su variabilidad e incertidumbre pronóstica requiriendo un atención integral y multidisciplinar.

PO 002. BUENAS PRÁCTICAS EN EL RECAMBIO DE SONDA DE GASTROSTOMÍA CON BALÓN. INTERVENCIÓN Y RESULTADOS

Manuela Monleón Just¹, Ana Tordable Ramírez¹, Pedro José Soriano Martín², Juana Mateos Rodilla², María Victoria Álvarez Rabanal

¹Servicio Madrileño de Salud, Madrid, España. ²Consejería de Sanidad, Madrid, España

Introducción: El recambio de la sonda en pacientes con PEG, siempre y cuando no sea el primero desde la inserción de la misma, presenta ventajas cuando se realiza en el centro de salud o en el domicilio: disminución de desplazamientos de pacientes frágiles. Disminución de costes, tanto de transporte como los derivados de la hospitalización.

Objetivo: aumentar el recambio de sonda PEG en AP, evitando la derivación de los pacientes a los hospitales. La intervención se ha desarrollado de acuerdo a la metodología de implantación de Buenas Prácticas (BBPP) del SERMAS: 1. Dos profesionales lideran el caso de éxito: cuidados del paciente portador de sonda de gastrostomía. 2. El caso se presenta en sesión clínica multicentro (SCM). Todos los profesionales sanitarios y los residentes en periodo de formación están convocados a esta sesión. 3. Los profesionales interesados aplican la buena práctica a pacientes candidatos con la ayuda de las tutoras, a través de las Comunidad Virtual de Profesionales (CVP). 4. Las tutoras utilizan las herramientas de comunicación social de la organización para vincular a los ciudadanos a la buena práctica. 5. Durante los 12 meses postintervención, se mide la evolución de los indicadores clave definidos por las responsables de la BBPP: cambios de sonda realizados en el medio extrahospitalario y costes directos evitados.

Resultados: 1. La SCM sobre "Cuidados del paciente con sonda de gastrostomía" fue seguida por 145 centros de salud y 6 hospitales, con una participación total de 922 profesionales. La valoración promedio de la sesión por los profesionales fue de 4,7 (de 1 a 5). 2. El tutorial de EpS sobre PEG se difundió a través de la Escuela de pacientes y de herramientas de comunicación social corporativa. 3. En los tres meses posteriores a la SCM, 407 profesionales se han adherido a la CVP y se ha realizado el recambio de la sonda en 26 pacientes. La valoración promedio del campus virtual por los profesionales ha sido de 4,2. A los tres meses del inicio, se han evaluado los resultados de la intervención en términos de modificación de la práctica clínica y de costes directos evitados. El análisis de los resultados refleja la buena aceptación de la BBPP por parte de los profesionales y su implantación en la práctica habitual. Los costes directos evitados, en particular aquellos relacionados con el uso eficiente del transporte sanitario, aconsejan escalar la buena práctica a todos los equipos de AP del SERMAS.

PO 003. DESCRIPCIÓN DE TRANSFUSIONES DE HEMATÍES EN PACIENTE PALIATIVO/CRÓNICO EN HOSPITAL DE CRUCES EN 17 MESES

Eneko Madrigal Madero, Josu Gotzon Irurzun Zuazabal, Martín Santiago Ayarza, Ana Belén Conde del Pozo, Ana Mara Castañares Pérez de Heredia, Andima Basterretxea Ozamiz

Hospital Universitario de Cruces, Hospitalización a Domicilio, Barakaldo, España

Introducción: Las transfusiones domiciliarias son una herramienta beneficiosa para el paciente que posibilita evitar derivaciones al hospital y que permite ahorrar en costes.

Encontrar artículos publicados que describan y/o evalúen las transfusiones de hematíes realizadas a pacientes paliativos y crónicos domiciliarios en España es dificultoso.

El plan de cuidados paliativos de la CAV (Comunidad Autónoma Vasca) define a los servicios de HaD (Hospitalización a Domicilio) como los recursos específicos para la atención a la complejidad en sus propios domicilios a los pacientes paliativos.

Objetivos: Describir las transfusiones de hematíes y su seguridad en los pacientes paliativos y crónicos domiciliarios del Servicio de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario de Cruces en un plazo de 17 meses.

Metodología: Estudio descriptivo mediante los registros de historias clínicas electrónicas de las transfusiones realizadas en domicilio en un plazo de 17 meses. Utilización de estadísticos descriptivos para variables cualitativas, estadísticos muestrales para variables cuantitativas, variables de eficacia y seguridad presentadas mediante descriptivos con intervalos de confianza (95 %). Software estadístico SPSS vs 23.0.

Resultados: Revisión de 509 transfusiones realizadas en pacientes paliativos y crónicos (38 % hombres, 62 % mujeres) con edad media $80,66 \pm 9,94$. Dos escenarios, pacientes remitidos desde atención primaria para transfusión/decisión de transfusión por parte del servicio de Hospitalización a Domicilio en pacientes ya ingresados en dicho servicio (88 %) y pacientes derivados por especialidades hospitalarias para transfusión (12 %). Las enfermedades hematológicas malignas son la principal causa (42,2 %) seguidas de las neoplasias solidas (28,9 %). El 63 % de las transfusiones estuvieron basadas en criterios clínico-analíticos, y el 37 % en criterios clínicos según la SETS. La hemoglobina media fue de $7,3 \pm 0,96$.

No se presentaron reacciones adversas en las transfusiones ni complicaciones instrumentales en la infusión.

Conclusiones: El envejecimiento de la población y las enfermedades terminales nos inducen a buscar medios para una atención de calidad y adecuación en su propio entorno.

Destacar la eficacia y seguridad de las transfusiones en domicilio evitando: la movilización de pacientes frágiles, el consumo de recursos hospitalarios, y todo ello sin complicaciones ni efectos adversos.

PO 004. CÓMO ELIMINAR EL EXUDADO, EL TEJIDO NECRÓTICO Y LA INFECCIÓN, EN UN SOLO PRODUCTO

David Patiño Muñoz, José Luis Giménez Tebar, Jaime Alcober Pérez, María Jesús Mas Pla, Leandro Miguel Martínez Soriano, Montserrat Morales Lite
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: Las heridas agudas o crónicas que tienen tejido húmedo esfacelado de difícil retirada, presentan tendencia a la infección y la presencia de este tejido esfacelado impide la normal cicatrización de estas heridas.

Objetivos: 1. Eliminar el tejido esfacelado. 2. Gestionar el exudado producido por la lesión, para que no macere los bordes perilesionales. 3. Evitar la infección y/o la colonización crítica de la herida. 4. Reducir los tiempos de curación de las lesiones.

Material y método: Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 16 meses. Como criterios de inclusión debían cumplir: 1) presentar lesiones con tejido esfacelado de difícil retirada mecánica; 2) poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 4 semanas; 3) aceptar la inclusión en el estudio. Criterio de exclusión: 1) presentar sensibilidad al yodo o a cualquiera de sus otros componentes; 2) ser menor de edad, mujeres embarazadas o lactantes, o pacientes con trastornos de la glándula tiroidea o disfunción renal. El apósito se reemplazaba cuando estaba saturado con el exudado procedente de la lesión y se había liberado todo el yodo. Esto se demostraba mediante la pérdida de color marrón del apósito. Completaron el estudio 18 pacientes.

Resultados: Los resultados fueron excelentes y todos los pacientes, antes de la sexta aplicación se les había eliminado todo el tejido esfacelado y las heridas estaban en fase de granulación. En ningún caso se tuvo que pautar ningún antibiótico a los pacientes. Al finalizar el estudio, todos los pacientes presentaban antibiograma negativo.

Conclusiones: La utilización de un apósito de cadexomero yodado con polietilenglicol para la eliminación de esfacelos en heridas crónicas y agudas resulta fundamental por el ahorro de costes materiales y de tiempos de enfermería en las curas. Después de su utilización, el lecho de la herida presenta tejido de granulación, con un aspecto sano y viable, listo para su cicatrización.

PO 005. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN EN HERIDAS DE PACIENTES PALIATIVOS MEDIANTE SOLUCIÓN DE POLIHEXANIDA

David Patiño Muñoz, José Luis Giménez Tebar, Jaime Alcober Pérez, María Jesús Mas Pla, Leandro Miguel Martínez Soriano, Montserrat Morales Lite
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: En heridas con signos clásicos de infección local: eritema de los bordes (color), edema, calor, dolor, mal olor, exudado purulento; y en las que se retrasa su curación debido a la existencia de biofilms bacterianos, es necesario su erradicación para una rápida cicatrización.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es el de lograr una reducción de los signos clásicos de infección local y de los biofilms bacterianos en las heridas con retraso de cicatrización, utilizando una solución de polihexanida al 0,1 %, y mejorar en su cicatrización.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo en 8 pacientes ingresados en nuestra unidad y que se ajustaban a los objetivos del estudio. Se realizó una limpieza de las lesiones, retirando tejido necrótico. En los 8 casos clínicos se utilizó una solución de polihexanida al 0,1 % para la limpieza y desinfección.

Resultados: En los 12 casos en los que se les aplicó el producto se consiguió una evolución favorable. En todos ellos desaparecieron los signos de infección y 3 de ellos cicatrizaron. Los 5 pacientes restantes continúan evolucionando favorablemente.

Conclusiones: 1) La solución de polihexanida al 0,1% parece no tener efectos adversos en la curación de las heridas, no interfiere en la formación de tejido de granulación; 2) respeta la zona perilesional, es incoloro, es indoloro y proporciona mayor confort al paciente; 3) demostró eficacia en la eliminación de microorganismos gracias a un efecto fisicoquímico selectivo; 4) es compatible con la utilización de otros productos (apósitos secundarios).

PO 007. CÓMO ELIMINAR EL BIOFILM DE LAS HERIDAS INFECTADAS EN PACIENTES PALIATIVOS

Mónica García Torralba, José Luis Giménez Tebar, Jaime Alcober Pérez, David Patiño Muñoz, Leandro Miguel Martínez Soriano, Montserrat Morales Lite
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: En la práctica diaria se nos presentan heridas en las que debemos absorber grandes cantidades de exudado, bacterias y eliminar el biofilm bacteriano existente, pero al mismo tiempo respetando el nuevo tejido de granulación formado y, además, mantener un óptimo grado de humedad para ayudar a la eliminación de tejido necrótico, si este está presente.

Objetivo: 1) Eliminar el biofilm bacteriano en heridas infectadas; 2) reducir la maceración perilesional.

Material y métodos: Se diseñó un estudio longitudinal prospectivo y se combinó con una investigación cualitativa con diseño de observación participante, que duró 12 meses. Para valorar el estado de la piel perilesional se utilizó la escala FEDPALLA. Para valorar la evolución en la cicatrización de las heridas se utilizó la escala PUSH 3.0. Como criterios de inclusión debían cumplir: presentar biofilm bacteriano. Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 10 semanas. Aceptar la inclusión en el estudio. Criterio de exclusión: no aceptar la inclusión en el estudio. Completaron el estudio 15 pacientes.

Resultados: La piel perilesional pasa de una puntuación de $13 \pm 2,1$ al inicio, a $22 \pm 1,4$ al final en la escala FEDPALLA. La evolución de la cicatrización pasa de un valor de $11 \pm 3,2$ al inicio, a $0 + 0,4$ al final en la escala PUSH 3.0. Todas las heridas cicatrizaron en una media de $8 \pm 3,3$ semanas.

Conclusiones: El cambio de apósito es fácil, indoloro y en una sola pieza, sin adherirse a la base de la herida. Se usó menos del 50 % de tiempo para la cura que con otros agentes

tópicos. Disminuyó el exceso de exudado y la inflamación, acelerando la cicatrización. En todos ellos, se evitó el consumo de antibióticos sistémicos. La utilización de los apósitos de espuma gelificante con tecnología hydrofiber, facilita el proceso de granulación y cicatrización, y nos permite una óptima gestión del exudado para evitar la maceración de los bordes perilesionales, disminuyendo el tiempo necesario en la curación de las heridas.

PO 008. EUTANASIA EN CUIDADOS PALIATIVOS: ¿UNA OPCIÓN? VISIÓN DESDE EL CUIDADOR

Maritza González Blanco, Carmen Regina Victoria García-Viniegras, Berta A. González Muñoz, Lisandra Aquino Acosta

Hospital CQ "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba

Resumen: En esta investigación se abordan los temas: la Eutanasia como dilema ético y la opinión que sobre este tema tienen los cuidadores informales de estos pacientes. Se aborda además el tema cáncer y los pacientes oncológicos en cuidados paliativos, la bioética médica como particularidad y su enfoque personalista como singularidad.

Objetivo: Describir los criterios que sobre la eutanasia tienen los cuidadores informales de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Se realizó un estudio descriptivo, cualitativo, de corte transversal, con un diseño metodológico no experimental. Los sujetos de estudio fueron cuidadores informales de pacientes oncológicos en cuidados paliativos atendidos en el Hospital Hermanos Ameijeiras, en el período comprendido entre junio y agosto de 2015.

Se encontró que los cuidadores informales en su mayoría tienen poca información sobre la eutanasia, siendo los mejor informados los de mayor nivel de escolaridad. En las opiniones de los cuidadores informales sobre la eutanasia hay dos vertientes: la mayoría no acepta la eutanasia y no aprueban la legalización de la misma, destacando su respeto por la vida; otra minoría que acepta la eutanasia y que aprueba la legalización de la misma hace énfasis en la autonomía, desaprobando asumir la responsabilidad sobre la vida de otra persona. Las variables con mayor influencia en la diferenciación de los criterios sobre eutanasia en los cuidadores informales son: nivel escolar, apoyo social, religiosidad, experiencia anterior.

PO 009. DIVERSIDAD CULTURAL Y CONFLICTO ÉTICO ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Rocío Dolores Palomo Rodríguez, María Alicia Rosado Suárez, Rosa Pérez Espina, Joaquina Rodríguez Sánchez, María de la Cinta Ramos Pichardo, María Elena Uceda Torres

Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Objetivo: Analizar un conflicto ético generado entre profesionales sanitarios ante la negativa de un cuidador principal para aplicar sedación paliativa a su esposa ante la presencia de síntomas refractarios.

Metodología: Descripción de un caso clínico sobre la posición adoptada por una paciente de origen marroquí en situación paliativa sometida a las decisiones de su esposo.

Resultados: Mujer de 32 años, diagnosticada de carcinoma de mama metastásico en estadio IV, derivada a cuidados paliativos desde el servicio de oncología para seguimiento y control de síntomas. Tras valoración total de la paciente, familia y entorno por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos y determinada la alta complejidad según la IDC-Pal, se establece coordinación con el Equipo de Atención Primaria para seguimiento compartido e incluyéndose en la Plataforma de Telecontinuidad de Cuidados Paliativos para asegurar asistencia sanitaria las 24 horas. Es atendida en el domicilio, como es su deseo hasta el fallecimiento, durante dos meses, precisando medicación por vía subcutánea ante la dificultad del control de síntomas por vía oral. Debido al sufrimiento de la paciente por presencia de síntomas refractarios se plantea sedación paliativa a la que su marido se niega, pese a la conformidad de su madre y hermana que comparten los cuidados, siendo ella incapaz de posicionarse. Se generan conflictos éticos entre los profesionales sanitarios que la atienden a los que les asaltan dudas como: ¿se respeta la autonomía de la paciente?, ¿su marido puede tomar decisiones sin contar con el resto de la familia?, ¿se está dañando a la paciente generando un sufrimiento que se aboliría con la sedación paliativa porque su marido se niega?, ¿son maleficentes los profesionales si respetan solo la decisión de su marido? Se plantea el caso dentro del equipo y, siguiendo el modelo de deliberación ética, se toman decisiones de manera compartida. El ESCP junto al Enfermero gestor de casos comunitario visitan frecuentemente a la paciente coordinando los cuidados para disminuir en el mayor grado posible el sufrimiento físico, emocional y espiritual de esta.

Conclusiones: El principio de autonomía difiere según las culturas encontrándose en la islámica fuertemente ligada al género y creencias religiosas. Los profesionales sanitarios debemos garantizar una información culturalmente adaptada y el máximo respeto a las decisiones del paciente acorde con sus costumbres, para que la atención sanitaria sea congruente.

PO 010. FATIGA ASOCIADA AL CÁNCER. UNA EVALUACIÓN DESDE LA CONSULTA INICIAL

María Soriano Segura¹, Alejandro Álvarez-Bustos², Mariola Blanco Clemente³, Cristina González de Pedro³, Constanza Maximiano Alonso³, Ana Ruiz Casado³

¹Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, España. ²Universidad Europea, Madrid, España.

³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, España

La calidad de vida de los pacientes con cáncer es uno de los objetivos principales del tratamiento. La fatiga asociada al cáncer se define como un cansancio físico, emocional y/o cognitivo persistente, angustioso, relacionado con el cáncer o con su tratamiento, que no es proporcional a la actividad que se realiza e interfiere con la actividad diaria, con escasa respuesta al reposo. Es el síntoma más común en estos pacientes y tradicionalmente ha sido infradocumenta-

da, infradiagnosticada e infratratada. Las estrategias para manejar la fatiga incluyen ejercicio físico, tratamiento de la anemia, ajuste de tratamiento analgésico y antidepressivo y medidas higiénicas diarias. Únicamente el ejercicio físico moderado regular ha demostrado beneficio en la astenia en largos supervivientes. Integrar cuestionarios sobre síntomas en la práctica habitual nos ayudaría a mejorar la comunicación con el enfermo, conocer sus necesidades e implementar su calidad de vida y la de sus familiares. El cuestionario PERFORM (CP) fue desarrollado y validado en población española. Se han publicado pequeñas series de mujeres con cáncer de mama, mostrando que tienen peores puntuaciones en el CP aquellas bajo tratamiento quimioterápico, estadios avanzados, las mayores de 60 años y con una hemoglobina < 12 g/dl. 192 pacientes oncológicos de nuestro centro rellenaron el CP entre noviembre de 2016 y diciembre de 2018. El 73,5 % correspondían a la visita inicial, 12,5 % durante el tratamiento oncológico y el 14 % en revisiones. La mediana de edad fue de 63 años (36,83) y el 60 % mujeres.

El 31 % estaban diagnosticados de CCR; el 27,3 % mama; el 12 % páncreas y vías biliares; el 8,4 % pulmón; el 7,3 % esófago-gástrico; el 5,2 % ginecológicos y otros menos frecuentes suponían el 8,8 % de la muestra. El 25 % de los pacientes expresó una fatiga que interfería con la vida diaria. La media de puntuación en CP fue de 44,5, siendo mayor en aquellos con ECOG PS 0, con 48,1 puntos ($p = 0,0002$). No se objetivaron diferencias por sexos ni por tumores. Se observó una relación inversa entre la FC y el CP ($r = -0,33$, $p = 0,007$), probablemente por la relación existente entre la FC y los niveles de hemoglobina. Además, aquellos con enfermedad activa tenían más fatiga (CP 42,8 vs. 45,7, $p 0,05$) y con comorbilidades (CP 43,7 vs. 46,6, $p = 0,03$). Hay que insistir en la evaluación sistemática de síntomas desde la primera consulta y periódicamente. Recomendaciones sobre hábitos de vida (concretamente aconsejando ejercicio), pueden mejorar la fatiga en pacientes oncológicos.

PO 011. VIVIR HASTA EL FINAL SIN CUIDADOR ES POSIBLE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Segura Schulz, María Teresa Moreno Becerra, Marta de Gálvez Pozo
Hospital de la Serranía Ronda, Ronda, España

Paciente afecto de cáncer de próstata metastásico, politratado, en progresión clínica, bioquímica y radiológica. Marino de profesión con nivel cultural alto y conocedor de su enfermedad. Deterioro progresivo clínico significativo en la última semana con aumento de disnea a esfuerzos leves/moderados, astenia severa y edema progresivo en miembros inferiores, desestimándose por parte del paciente y de su oncólogo de referencia el continuar con tratamiento activo, motivo de solicitud de inclusión en Proceso de Cuidados Paliativos, no complejo. Contacta el Equipo de Soporte de Cuidado Paliativo para informar de las funciones de apoyo y coordinación. Expresa querer continuar con el control de su situación clínica. Quiere seguir estar informado. Hasta ahora él es el cuidador de su mujer, con leve deterioro cognitivo. Solicita no informarla a ella en su totalidad ni a su familia (tres hijos). Pide el control de la información. Se identifica

como cuidador principal propio. Precisa pocas asistencias para control sintomático. Él mismo, con su teléfono móvil, organizaba para obtener medicación prescrita. Se realiza *Planificación Anticipada de Decisiones*. Un día, contacta su hija para describir bajo nivel de conciencia ruidos respiratorios y un sufrimiento extremo por ver cercano el final. Pese a la desaturación y bajo nivel de consciencia, nos reconoce y tras valoración se llega al diagnóstico de agonía. Tal y como acordamos en visita previas, transmito información de su situación clínica. Pide *sedación*. Sus hijos y esposa presentes aceptan y se despiden de él. En seguimiento de duelo se le aclaran dudas y reconocen el esfuerzo del paciente por contener emocionalmente su proceso de enfermedad.

PO 012. CONFLICTO ÉTICO ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS EN LA RETIRADA DE TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO

María Angustias Díaz Santos¹, Miriam Araujo Hernández², Sonia García Navarro³, Esperanza Begoña García Navarro⁴, Rosa Pérez Espina⁵

¹*Hospital Comarcal Infanta Elena, Huelva, España.*

²*Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, España.*

³*UGC Los Rosales, Distrito Sanitario Huelva Costa, Huelva, España.*

⁴*Facultad de Enfermería, Universidad de Huelva, España.*

⁵*Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España*

Objetivos: Explorar la existencia de conflicto ético que surge entre profesionales sanitarios en torno a la petición de una paciente de retirada del respirador.

Metodología: Estudio de caso que se constituye a partir de la planificación anticipada de las decisiones de una paciente en situación paliativa desde la planificación del alta en UCI hasta su fallecimiento en domicilio.

Resultados: María, 62 años, padece miastenia gravis evolucionada. *Respiración:* ventilación mecánica controlada por traqueotomía. *Alimentación:* nutrición enteral por PEG. *Movilidad:* deterioro de la movilidad física progresiva. Dependencia total para las ABVD. *Seguridad:* no deterioro cognitivo. *Aprender y conocer:* conocedora de diagnóstico y pronóstico desea seguir teniendo toda la información relacionada con su proceso. Tras ingreso prolongado en UCI y ante situación paliativa desea trasladarse a su domicilio para finalizar su vida rodeada de su familia. *Gestión de casos:* planificación del alta hospitalaria. Valoración integral del paciente, domicilio y cuidadora principal. Adecuación del entorno. Planificación de los cuidados orientados a los objetivos. Intervenciones directas. Intervenciones de gestión y movilización de los recursos.

Seguimiento del caso siguiendo las instrucciones y preferencias de la paciente durante los 11 meses que permanece en el domicilio hasta su fallecimiento realizando planificación anticipada de las decisiones junto al paciente y su representante. Planificación anticipada de las decisiones: *Elección de representante:* cuidadora. No RCP. Rechaza ingresos hospitalarios, desea permanecer en su cama hasta su muerte. Ante sufrimiento total por síntomas refractarios desea sedación y retirada de tratamiento. *Último mes:* coordinación con equipo de soporte de cuidados paliativos por síntomas no controlados y aumento de la complejidad del

caso. Ante la presencia de síntomas refractarios la paciente solicita retirada del respirador bajo sedación profunda previa despedida de la familia. Conflicto ético entre profesionales de EBAP (valores en conflicto: autonomía_beneficencia y calidad de vida_vida). Siguiendo el método de deliberación en bioética se consensuan las decisiones.

Conclusiones: El proceso de la PAD es la expresión de la autonomía de la persona que lo realiza. La deliberación sobre el conflicto ético para la toma de decisiones y la expresión por parte del paciente y su familia de uno de los valores incluidos en el conflicto (autonomía) favorece la toma de decisiones en este. Acompañar la enfermedad mientras la vida llega a su fin, intentando aliviar o prevenir el sufrimiento, respetando la autonomía del paciente y asegurando un acercamiento humano, hacen que el rechazo del tratamiento y la sedación paliativa formen parte de la buena práctica clínica.

PO 013. IDEACIÓN AUTOLÍTICA EN PACIENTE PALIATIVO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ruth Martín López¹, Melda Muñoz Rodríguez², Eva María Tejedor Rodríguez¹, Francisco José Vara Hernando¹, Juan Manuel Sánchez Fuentes¹, Miriam Galán Campos³
¹Hospital Los Montalvos, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, España. ²Complejo Asistencial de Zamora, España. ³Hospital Provincial de Ávila, España

Introducción: El sufrimiento es una condición inherente al ser humano. Ante situaciones límite, la posibilidad del deseo de la propia muerte y su anticipación puede ser vivida como la única liberación de una experiencia intensa y extensa de la mitigación de la angustia existencial. En el ámbito de los cuidados paliativos se observa que hay casos en los cuales el deseo de suicidio fluctúa en el tiempo de enfermedad, y que está muy modulado, entre otros factores por la calidad de la asistencia profesional.

Objetivos: 1) Realizar una intervención precoz en la ideación autolítica; 2) conseguir un afrontamiento efectivo dentro del proceso de la enfermedad; 3) disminuir la ansiedad y mejorar el estado de ánimo; 4) facilitar recursos sociales que favorezcan una adaptación en las limitaciones subjetivas del paciente; 5) mejorar las relaciones familiares, promoviendo un vínculo relacional positivo; 6) optimizar el funcionamiento activo individual, familiar y social.

Metodología: 1. Diseño experimental de caso único; 2) entrevista psicosocial semiestructurada; 3) análisis funcional conductual; 4) análisis social; 5) análisis descriptivo de la evolución del afrontamiento y de las variables psicoemocionales y sociales implicadas.

Resultados: El paciente disfruta de una vida plena, a pesar de sus limitaciones funcionales. Ha buscado alternativas de solución al suicidio. No existen actualmente ideas suicidas y no forman parte de su futuro. Ha recuperado el control sobre su vida y situación, aumentando los satisfactores vitales y modificando el sentido de su vida. Se han fortalecido los vínculos afectivos familiares. Hay una evidente reducción de la desesperanza y aumento de expectativas positivas. Las autoinstrucciones negativas que mantenían la cognición problema no existen y se observa que ha instaurado autoinstrucciones positivas que mantiene y utiliza actualmente.

Conclusiones: En nuestra práctica diaria en Cuidados Paliativos, el porcentaje de pacientes que abiertamente manifiestan ideaciones suicidas es escaso, lo que no significa que esas cogniciones no estén entre sus preocupaciones como un modo de paliar el gran sufrimiento que acarrea su proceso de adaptación vital. La importancia de una incipiente y pormenorizada evaluación para la detección es imprescindible para conocer cuáles son los factores desencadenantes, para la intervención interdisciplinaria adecuada, y para evitar riesgos que lleven a la consumación del acto.

Es importante una actuación preventiva a nivel familiar, tanto en la vivencia diaria con el sufrimiento del propio paciente, como en el proceso posterior que será un factor de protección en la elaboración del duelo.

PO 014. SÍNTOMAS EN LA ÚLTIMA SEMANA DE VIDA DE LOS PACIENTES PALIATIVOS CON CÁNCER

Francisco José Pascual Pla¹, Salvador Martín Utrilla¹, María José Hervás Laguna², Charo Boscá Mayans³, Antonio Mancheño Álvaro¹, Yurena Cañado¹, Fefa Samper Hiraldo¹, Julia Pardo Sesé¹, Natalia Sierra¹, Ricardo Roca Almela¹

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España. ²Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España. ³Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Objetivos: Conocer la frecuencia, intensidad y predictores de síntomas en los últimos siete días de vida en pacientes paliativos oncológicos (PPO) que ingresaron en planta de hospitalización desde Urgencias de la Fundación IVO en 2018.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo con revisión de las historias clínicas de los PPO tras la muerte o el alta. Se documentó sistemáticamente 14 síntomas: anorexia, somnolencia, fatiga, mal estar general, disnea, depresión, disfagia a sólidos y líquidos, incontinencia urinaria, control del dolor, insomnio desorientación, agitación, estreñimiento mediante la Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

Resultados: 197 PPO de 362 fallecieron. Los pacientes capaces de comunicarse disminuyeron del 95 % al 39 % durante los últimos siete días de vida. Los síntomas que motivaron el ingreso como anorexia ($P < 0,001$), somnolencia ($P < 0,0001$), fatiga ($P < 0,0001$), mal estar general ($P < 0,01$) y disnea ($P < 0,0001$) aumentaron en intensidad más cerca de la muerte. La depresión disminuyó con el tiempo. Disfagia a sólidos y líquidos ($P = 0,005$), y la incontinencia urinaria ($p = 0,0002$) también estuvo presente en una proporción creciente de pacientes en los últimos días de vida.

Conclusión: A pesar de los cuidados, muchos PPO continúan experimentando una alta carga de síntomas según se acercaron a la muerte.

PO 016. EXPERIENCIA SOBRE EL USO EN DOMICILIO DEL PARCHE DE CAPSAICINA EN PACIENTES PALIATIVOS

Susana Roldán García, Pilar López Layos, Ana Isabel Corroto Barroso, Victoria Baeza Nadal, Inmaculada Raja Casillas, Elizabeth Gutiérrez Islas
 Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad de Cuidados Paliativos, España

Introducción: El parche de capsaicina está aprobado por la Agencia Europea del Medicamento para el tratamiento del dolor neuropático periférico en adultos. Administra una dosis elevada de una forma sintética de la capsaicina sobre nociceptores de la piel. Tiene mayor experiencia de uso en ámbito hospitalario.

Objetivos: El objetivo principal describe la eficacia del parche de capsaicina en el tratamiento del dolor usado en cuatro pacientes seleccionados. Como objetivo secundario aportamos una exposición gráfica de su aplicación en domicilio y los efectos secundarios derivados de la aplicación.

Material y métodos: Incluimos cuatro pacientes, con dolor de características mixtas neuropático-mecánico. En todos se plantea tratamiento con parche de capsaicina que aceptan habiendo sido informados de los posibles efectos adversos. El primero de 70 años con diagnóstico de carcinoma biliar, presentaba dolor dorsolumbar y en flancos basal con EVA 7/10 en relación con su enfermedad de base. Tratado con mórnicos, pregabalina. En este caso, los parches de lidocaína habían mejorado sensiblemente el control hasta ser retirados por no incluirse en visado. El segundo de 85 años, con diagnóstico de cáncer de pulmón, presentaba dolor en hombro y brazo derecho basal con EVA 6/10 en relación con su enfermedad de base. Recibía tratamiento con mórnicos y pregabalina con mal control. El tercero de 83 años, con probable diagnóstico de cáncer de pulmón izquierdo. Presenta dolor de características neuropáticas en hombro y brazo derecho contralateral por probable extensión de la enfermedad. No refería dolor basal, pero sí crisis EVA 9/10, con mal control con mórnicos y escasa adherencia al tratamiento. El cuarto de 66 años con adenocarcinoma de colon metastásico, con dolor costal derecho, irradiado a hombro y espalda con crisis de dolor 10/10 y un dolor basal mal controlado con mórnicos de 6/10.

Resultados: Se realiza llamada de control a las 24 horas y la semana de la aplicación, presentado en tres de los cuatro casos una mejoría del dolor. En el caso tres, el control no es adecuado, consiguiendo control de las crisis con rescates de morfina subcutáneo. Se recogen documentos fotográficos de la aplicación en ámbito domiciliario. Se aporta en ambos las reacciones cutáneas producidas por la aplicación, mejorando estas con el tratamiento pre y durante de frío local y analgésicos preadministración.

Conclusiones: La aplicación del parche de capsaicina es una técnica sencilla que puede ser utilizada en domicilio para control de dolor en pacientes seleccionados y bajo supervisión sanitaria.

PO 017. REALIZACIÓN GUÍA CLÍNICA DE ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (AET) EN LA FASE FINAL DE LA VIDA (FFV)

Teresa Salcedo Peris, Cani Año Consuegra, Carmen Monroy Gómez, Nieves Parras León, Cinta Cumbreñas Aguaded, Isabel Ariza Sánchez

¹Gerencia de Atención Integrada de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción: Prolongar la vida, que es un valor en sí mismo, puede colisionar con otros valores como son: el respeto a las decisiones del propio paciente, el cuidado de la calidad

de vida y la atención a otras personas cuando los recursos son limitados. La medicina no debe representar una lucha ciega contra la muerte y nunca se debe olvidar que esta constituye el final natural de la vida. De este hecho deriva el debate sobre la adecuación del esfuerzo terapéutico (AET), es decir, la cuestión de si todo lo técnicamente posible, es éticamente aceptable. La AET lo que quiere evitar es una situación de obstinación terapéutica, por tanto el uso de procedimientos y tratamientos fútiles apoyándose en el argumento de respeto a la dignidad de la persona y a la autonomía del paciente. Desde un marco legal y bioético surge la necesidad de una elaboración de una Guía Clínica de AET en la FFV.

Objetivo: El objetivo general es orientar a través de recomendaciones basadas en la evidencia y la articulación de los principios éticos implicados en la práctica de la AET, a que la toma de decisiones se lleve a cabo de manera más estandarizada tanto a pacientes adultos como a pediátricos; todo ello desde una perspectiva integral de la asistencia sanitaria, siguiendo criterios consensuados que mejoren la calidad de la asistencia técnica, ética y humana a pacientes en fase final de la vida.

Metodología: El proceso y elaboración ha venido orientado a partir de las recomendaciones mostradas en varias guías. El proceso secuencial seguido para la elaboración del documento ha sido el siguiente: 1. Selección de la práctica/problema clínico objeto de la GPC. 2. Definición de la estructura de trabajo. 3. Diseño plan de trabajo. 4. Búsqueda y revisión bibliográfica. 5. Diagnóstico situacional. 6. Redacción de la guía. 7. Revisión metodológica. 8. Formato y edición.

Resultados: En la realización de la AET los elementos a desarrollar son: 1. Evaluación individual de la persona enferma por profesionales de la Medicina y Enfermería. 2. Deliberación y decisión participativa por el equipo asistencial. 3. Información y Comunicación al paciente y/o familia. 4. Manejando el conflicto: Consulta al Comité de Ética Asistencial (CEA). 5. Registro en la historia clínica (HC). 6. Realización de AET. 7. Cuidados de Enfermería en el contexto de AET.

Conclusiones: Se ha procedido a la publicación del documento-Guía Clínica y se han elaborado distintas líneas de trabajo futuras.

PO 018. SIGNIFICADO Y CONDICIONES DE LAS ACCIONES DEL CUIDADO ESPIRITUAL SEGÚN UN EQUIPO DE SALUD

Carmen Gloria Fraile Duvicq¹, Alejandra Viviana Nocetti de la Barra¹, Ángela Arenas Massa²

¹Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción, Chile. ²Universidad de Talca, Talca, Chile

En la última década se estudia la dimensión espiritual en contexto de cuidado paliativo, desde un enfoque cuantitativo y centrado preferentemente en el paciente. Más recientemente, se investiga el cuidado espiritual desde una perspectiva cualitativa, reconociéndose que el término es poco preciso, y se destaca la noción de escucha y acompañamiento. No obstante, no se ha profundizado en el significado de cuidado espiritual en personas mayores con cáncer en la fase final de la vida y tampoco desde la perspectiva

del equipo de salud. Así, el objetivo del estudio es explorar la noción de cuidado espiritual que subyace a las prácticas del equipo de salud a cargo de adultos mayores en cuidados paliativos oncológicos en un hospital público de la provincia de Concepción, al sur de Chile. Se realiza un estudio de casos, centrado en la experiencia del equipo de salud que atiende adultos mayores. El muestreo fue de variación máxima, participando diversos actores en entrevistas focalizadas. Se efectúa análisis de contenido con Atlas. Ti 7.5. Se firma consentimiento informado y se emplean los criterios de transferibilidad y confirmabilidad para garantizar la calidad de la investigación. Los resultados respecto del significado cuidado espiritual muestran un concepto polisémico y difícil de definir. Además, dinámico, que transita desde entenderlo como acompañar en el enfrentamiento de la propia muerte, con sus sentimientos y emociones, procurando tranquilidad y bienestar. Posteriormente, cuidar espiritualmente significa intentar que el sujeto y su familia cierren ciclos, enfrentándose al dilema de conspiración del silencio. Finalmente, lo definen como un proceso en el que se facilita un acercamiento hacia lo divino o noción de existencia luego de la muerte. Solo algunos miembros motivan el acercamiento con lo divino, favoreciendo acciones o gestos de carácter religioso o vinculados con lo trascendente. Por otra parte, se evidencia un conjunto de condiciones que determinan la posibilidad de ofrecer cuidado espiritual, identificándose tres tipos de elementos: de orden personal - actitud y vocación, formativo - preparación inicial y continua e institucional - recurso humano disponible y enfoque institucional humanista. Se concluye una vinculación estrecha entre significado y prácticas de cuidado espiritual, predominando una perspectiva intrapersonal y existencial en comparación con aquella de trascendencia. En cuanto a los factores que afectan la concreción de cuidado espiritual, se observa que deben garantizarse condiciones de orden personal, formativa e institucional, dado que, si alguna de estas no está presente, se obstaculizará este tipo de atención. Proyecto DINREG 04/2018.

PO 019. CONSULTA DE DOLOR ONCOLÓGICO POR UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Benjamín Rodolfo Blanco Ramos¹, María Ángeles Año Coret¹, Nuria Gómez Bellvert²

¹Hospital General Universitario de Elda, Elda, España.

²Centro de Atención Primaria San Vicente 1, San Vicente del Raspeig, España

Introducción: El 20 % de ingresos en el Servicio de Oncología del Hospital General de Elda (HGUE) durante 2017-2018 fueron por dolor mal controlado, y su estancia hospitalaria media estuvo próximo a 11 días. El control de sus síntomas es uno de los objetivos de nuestro estudio.

Objetivo: Evaluar el impacto en la calidad de vida (CdV) de los pacientes oncológicos con dolor tras la incorporación de un nuevo nivel asistencial-multidisciplinar (Oncología-Unidad de Cuidados Paliativos-Unidad de Hospitalización Domiciliaria).

Material y método: Estudio descriptivo, observacional, de los principales motivos de consulta y síntomas más frecuentes de pacientes oncológicos, que acuden a la consulta de control

de síntomas en el Servicio de Paliativos del HGUE, derivados desde Oncología o Urgencias durante 6 meses. Variables: demográficas, clínico-patológicas (incluyendo ingresos y visitas a urgencias en los últimos 3 meses) CdV (EORTC-QLQ-C30), síntomas, escala Goldberg, dolor (EVA) y caracterización del dolor. Análisis de 50 pacientes con dolor oncológico en consulta de Cuidados Paliativos durante 2018-2019.

Resultados: 52 % mujeres, 75 % >65 años, edad media 73 ± 11,5 años. Tumores más prevalentes: cáncer de páncreas (10 %), de próstata con metástasis óseas (10 %) y de cáncer de pulmón (10 %). Todos los pacientes presentan dolor y depresión, y un 30 % ansiedad. El 22 % recibían analgésicos de primer escalón, el 2 % tramadol/paracetamol, el 76 % con analgésicos de tercer escalón. La dosis media diaria de opioide inicial, en mg equivalentes de morfina (MEQM) fue 62,2 mg (opioides menores y mayores). La dosis media en MEQM fue 105,8 mg a los 6 meses de tratamiento. Previo al estudio, el 44 % recibió fentanilos mucosos para el tratamiento del dolor irruptivo que pasó a ser del 98 % a los 6 meses. El 38 % recibió además dexametasona y el 12 % pregabalina. Los síntomas más prevalentes a los 6 meses: sequedad de boca, anorexia, estreñimiento. Mejora sustancial del dolor del 60,7 % (6,36 basal vs. 2,50 mes 6) estadística y clínicamente significativa. El control de los síntomas se tradujo en mejoras en la CdV de basal a final, disminuyendo la intensidad de los síntomas (28,1 vs. 14,5) y discapacidad (52,7 vs. 33,4); y aumentando en "salud global" (40,8 vs. 64,7). Disminuyó significativamente el número medio de ingresos (1,46 vs. 0,38), de estancias (12,9 vs. 1,10 días) y de atención en urgencias (1,06 vs. 0,20).

Conclusiones: En la consulta de control de síntomas los pacientes oncológicos mejoran su CdV, además de reducir la frecuentación a urgencias, los ingresos y la estancia hospitalaria.

PO 020. AUSENCIA DE REGISTRO DE CUESTIONES ÉTICAS EN UN GRUPO DE PACIENTES TERMINALES INGRESADOS/AS

Estela Hernández Bello

Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Introducción: La Ley 41/2002 señala que la titularidad del derecho a la información es del paciente. Esta, así como la situación clínica, debe quedar registrada en la Historia Clínica (HC). Algunos términos, como Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), No Reanimación Cardiopulmonar (No-RCP) o el código V66.7, ayudan a la clasificación de paciente terminal y a establecer objetivos terapéuticos. Surgen para evitar la "atención agresiva" procedimientos destinados a curar y no paliar en los últimos 14-30 días antes de la muerte, como las transfusiones de sangre, uno de los tratamientos que más controversia crea.

Objetivos: Identificar la existencia de registros en las HC que indiquen una correcta actuación paliativa en pacientes terminales.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con pacientes ingresados/as que fallecieron con enfermedad terminal durante 2017 en un hospital de tercer nivel de Zaragoza, recibiendo transfusión de sangre en su último ingreso. Los datos se obtuvieron revisando las HC.

Resultados: Formaron parte 140 personas, 76 (54,3 %) hombres y 64 (45,7 %) mujeres, con una edad media de 78,51 años. 44 (31,4 %) fueron pacientes oncológicos/as; 21 (15 %) hematológicos/as y 75 (53,5 %) generales. 50 (35,7 %) fueron sedados. 29 (20,7 %) fueron informados/as de su proceso y pronóstico. 111 (79,3 %) no fueron informados o no se recoge: se comunicó a familiares en 16 (11,4 %); al tutor 1 (0,7 %); no se recogió en 91 (65 %); y en 3 (2,1 %) no se informó por deterioro cognitivo. Se registró No-RCP en 87 (62,1 %) pacientes, y LET en 79 (56,4 %). No se registró el código V66.7. Ningún paciente tuvo las voluntades anticipadas registradas. Se encontró asociación entre la edad y la patología con el registro en sus HC de intervenciones que sugieren compromiso ético profesional. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con el sexo, aunque en hombres existía mayor registro. Los/as pacientes de > 90 años obtuvieron menos información, y, aunque sin alcanzar significación estadística, tampoco recibieron sedación en mayor proporción ($p = 0,105$). Los/as pacientes con patología general tuvieron menos indicación de LET (28,5 %; $p = 0,033$).

Conclusiones: No se obtienen resultados acordes a lo promulgado en la Ley 41/2002, siendo todavía escasos los esfuerzos por empoderar al paciente en la toma de decisiones y el manejo de la información clínica.

PO 021. EL RETO DE “NO HACER”

Diana Vieira Pirra, Marta Cristina Pinheiro Rodrigues, Isaura Jesús Saias Canhoto, María Joaquina Calisto Rosado, Francine Mascarenhas Morais, Aida Cordero Botejara

ULSNA, Hospital de Santa Luzia, Equipo IntraHospitalar de Soporte de Cuidados Paliativos, Elvas, Portugal

Introducción: La columna vertebral es el local más frecuente de metastización ósea y puede ser una emergencia médica cuando provoca compresión medular (CM), por compresión tumoral directa o por el colapso de un cuerpo vertebral. En estos casos requiere diagnóstico y tratamiento urgente por poder resultar en déficit neurológico permanente. Se estima que 10 % de los pacientes con cáncer desarrollan algún grado de CM, siendo menos frecuentemente provocada por tumores primarios que secundaria a metástasis. El tratamiento de emergencia es corticoides, seguido de radioterapia (RT) y en casos seleccionados, tratamiento quirúrgico.

Objetivos: Descripción del seguimiento por un Equipo de Cuidados Paliativos (CP) de un paciente con metástasis óseas causantes de CM en que se decidió no hacer RT.

Metodología: Revisión de los datos de la historia clínica del paciente (sistema informático) y consulta de bibliografía.

Resultados: Varón de 92 años, institucionalizado en hogar de ancianos. Seguido en consulta de Oncología por cáncer de próstata con metástasis pulmonares y óseas a nivel vertebral e iliaco. Referenciado a Consulta de CP. Se exploraron los síntomas que más influían en la calidad de vida del paciente, identificando como principales: ESAS - dolor 5/10, anorexia 8/10 y astenia 7/10, sin déficit neurológico. Una vez el dolor controlado, identificamos paraparesia en miembros inferiores, el paciente no valova, ya que necesitaba desplazarse en silla de ruedas por astenia intensa. Fue discutida la situación

con el paciente y sus hijas, las diferentes opciones, ventajas y riesgos, se decidió no realizar RT y mantener medidas de confort y farmacológicas para control sintomático (corticoides, ajustes de opioides y gabapentina). Durante el seguimiento en la consulta de CP se logró el control sintomático (ESAS: dolor 3/10, anorexia 6/10 y astenia 5/10) durante 2 meses hasta su fallecimiento en diciembre de 2017. Encontramos en la bibliografía autores que defienden esta decisión de no hacer RT en pacientes con elevado Performance Status (PS), edad avanzada, tumor primario no controlado e enfermedad diseminada, según descrito en el RPA para pacientes con metástasis cerebrales.

Conclusiones: El abordaje en la enfermedad ósea metastática debe ser multidisciplinar y se debe adecuar al contexto y prioridades del paciente, valorando los factores relevantes como el PS, la sobrevida y los beneficios reales que el tratamiento propuesto puede traer en el caso particular.

Ha llegado el momento de aprender, enseñar y practicar también “lo que no hay que hacer”.

PO 022. BIENESTAR ESPIRITUAL DE ENFERMERA/OS EN RESIDENCIAS GERIÁTRICAS ATENDIDAS POR LOS EAR (EQUIPOS DE ATENCIÓN RESIDENCIAL)

José López Domínguez, Mónica Gómez Torres, Sandra Lago García, Mónica Hidalgo Quirós, Olga Acedo Calderón, Olga Pascual Castañé

¹Grup Mutuam Equipos de Atención Residencial, Barcelona, España

Introducción: La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define bienestar espiritual como la aspiración profunda e íntima del ser humano, el anhelo de una visión de la vida y de la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia.

Objetivo: Determinar el nivel de bienestar espiritual de enfermeras y enfermeros que trabajan en residencias geriátricas atendidas por EAR, Barcelona.

Método: Estudio descriptivo, muestra aleatoria de 31 enfermeras y enfermeros, con más de seis meses en el sitio de trabajo. Criterios de inclusión: enfermeras y enfermeros que trabajan en residencias geriátricas en turno de día atendidas por EAR, con más de seis meses de experiencia en el ámbito de la geriatría. Firmado el consentimiento informado, el grupo se caracterizó sociodemográficamente, se utilizó la escala de Perspectiva Espiritual de Pamela Reed para medir creencias y prácticas espirituales. Los datos se presentan en frecuencias y porcentajes.

Resultados: El 90,3 % son mujeres, con un promedio de 47 años y con más de 5 años trabajando en el ámbito de la geriatría. El 58,1 % no han realizado talleres sobre espiritualidad. Sobre una puntuación de 60, el 74 % de los participantes presentó un bienestar espiritual moderado (31-45 puntos). Las prácticas que realizan son rezar una vez al día en el 29 % y una vez a la semana el 16 %. Para el 38,7 % las creencias espirituales son importantes y el 29 % frecuentemente se siente muy cerca de Dios.

Conclusiones: Se evidenció un bienestar espiritual moderado, demostrado por las prácticas y creencias espirituales. Para enfermería la espiritualidad es una dimensión de importancia en el cuidado de las personas mayores.

PO 023. CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA A UN FAMILIAR QUERIDO

Norma Garriga Peralta

Cap Cis Cotxeres, Barcelona, España

Objetivo: Explicar la importancia de la familia en el cuidado.

Material y método: A partir de la revisión bibliográfica, la experiencia profesional se realizan los cuidados teniendo en cuenta los diagnósticos enfermeros de la NANDA.

Resultados: Los cuidados enfermeros son muy importantes para el cuidado de los pacientes que se encuentran en el domicilio a cargo de sus familiares queridos. Se desarrolla un plan de cuidados para cada uno de los diagnósticos Nanda. Aislamiento social. Afrontamiento inefectivo. Ansiedad ante la muerte.

Conclusiones: El soporte que se realiza a los familiares en el domicilio es muy importante para poder realizar los cuidados adecuados al ser querido que está en el final de su vida.

Esto ayuda a poder minimizar la ansiedad y el estrés que genera el cuidado en el domicilio a las familias.

PO 024. ÉTICA DEL CUIDADO, MEDIO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL Y HUMANA EN EL PACIENTE PALIATIVO

Claudia del Socorro Villanueva Sáenz, Luz María Guadalupe Pichardo García

Universidad Panamericana, Centro Interdisciplinario de Bioética, Ciudad de México, México

Introducción: El cuidado tiene una fuerte connotación ética. En 1982, Gilligan encontró que el papel de la mujer estaba más orientado al cuidado y a la atención, en 1984, Noddings afirma que la capacidad de discernir y remediar los problemas de otros es propio de la mujer. Alvarado (2004) establece como esencial en el cuidado, la solicitud hacia las necesidades de sus semejantes y/o el suyo propio. Tronto (2008) propone cuatro elementos éticos del cuidado. González (2014) aporta el fundamento filosófico del cuidado.

Objetivo: Elaborar las bases para un modelo profesional del cuidado, sustentado en la excelencia, considerando los cuatro elementos éticos del cuidado, abarcando una actitud de compromiso moral y respeto al paciente paliativo.

Metodología: Diseño descriptivo, cualitativo, transversal de tipo observacional. Por medio de grupos focales, los datos se sometieron a análisis situacional, revisión bibliográfica.

Resultados: Algunos tópicos mencionados con relación a la ética del cuidado se encuentran: sentido de humanidad, importancia de la experiencia, individualidad de los pacientes, importancia del entorno familiar y social del enfermo.

Conclusiones: Los profesionales de la salud, tienen claro, por lo menos de modo teórico, los elementos de la ética del cuidado propuestos por Tronto (2009). Consideran al enfermo terminal como un otro, en una condición de asimetría, siendo ella/os los responsables de asumir su fragilidad buscando la respuesta física y emocional del paciente y de su familia. Este estudio establece bases teórico-prácticas en la ética del cuidado, que han de ponerse a prueba y que pueden ser de utilidad para la construcción de un modelo profesional de excelencia, a través de la capacitación y

del seguimiento continuo de los principales parámetros que reflejen el actuar ético. 1. El personal de salud debe ser consciente de la condición de desigualdad con el enfermo. Asumir y aportar lo que el paciente necesita, una vez que comprenda sus necesidades y se sepa responsable de resolverlos. 2. La perfección en las técnicas y procedimientos terapéuticos “se caracterizan por no ser más que medios al servicio de la consecución de determinados fines”, el fin es el bienestar integral del paciente y de su familia. 3. El cuidado competente, implica siempre una relación interpersonal cercana. 4. La respuesta es el resultado final del cuidado. Por un lado, la mejoría y respuesta clínica del enfermo y sus muestras de agradecimiento. Por otro la satisfacción al llevar a cabo un trabajo profesional bien terminado, pleno: excelente.

PO 025. ATENCIÓN A LOS PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA

Susana Plaza Canteli¹, Lucía Cayuela Rodríguez¹, Montserrat Sánchez Pellitero¹, Juan Martín Torres¹, Gema Flox Benítez¹, Aurelio Cayuela Domínguez²

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España. ²Unidad de Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud, Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

Introducción: En las últimas décadas se ha producido un aumento en la expectativa de vida de la población. El resultado de esto es un creciente número de adultos en edades avanzadas que padecerán enfermedades crónicas y progresivamente invalidantes, que necesitarán atención fundamentalmente en el área de Cuidados Paliativos.

Objetivo: Analizar las características de los pacientes ingresados o valorados por la Unidad de Cuidados Paliativos de un Hospital Universitario de 2.º nivel asistencial dependiente de un servicio de Medicina Interna (MIPA) según grupo de edad (< 50, de 50-80 años y > 80 años).

Material y métodos: Estudio de cohortes de los pacientes que ingresan en MIPA o son valorados como interconsulta desde otros servicios. Los datos se recogen a partir de una base de datos propia de la Unidad y el sistema de información hospitalaria entre el 1 de febrero de 2002 y 31 de diciembre de 2018. Se utilizó Chi cuadrado para comparar las variables cualitativas y Kruskal-Wallis para las cuantitativas (dado que no seguían distribución normal). El análisis de supervivencia se realizó mediante Kaplan-Meier y Regresión de Cox.

Resultados: Los 1368 (31 %) mayores de 80 años mostraron de forma significativa ($p < 0,05$) menor tiempo de evolución de su patología (mediana 336 días), menor tiempo en el programa de cuidados paliativos (mediana 16 días), menor número de ingresos (mediana 1 ingreso), un mayor porcentaje de patología no oncológica (27,6 %), un mayor número de interconsultas (17,1 %) e ingresos urgentes (72,5 %) y necesitaron en menor porcentaje el uso de opiáceos en los ingresos (22,5 %) y al alta (58,9 %). La sedación disminuye de forma significativa con la edad (50,4 %, 42,9 % y 35,4 % en los < 50, 50-80 y > 80, respectivamente). La supervivencia desde el diagnóstico (29,8 meses) y desde su inclusión en el programa

(2,6 meses) fue menor de forma significativa en los mayores de 80 años con independencia del sexo y la patología de base (oncológica - no oncológica) con un hazard-ratio frente al grupo ≤ 50 años de 1,18 y 1,27 ($p < 0,05$), respectivamente ajustado por sexo y patología de base.

Conclusiones: Los mayores de 80 años muestran mayores necesidades de atención médica no programada en el ámbito de los cuidados paliativos en comparación con el resto de los grupos de edad analizados.

PO 026. COMUNICACIÓN NO VERBAL EN UN PACIENTE ONCOLÓGICO CON TRASTORNO DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Agna Gomes¹, Rui Fernandes¹, Marta Pereira¹, Rafael Martínez-Leal²

¹Centro Residencial El Bosc, Villablanca Serveis Assistencials, Reus, España. ²Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo, Unidad de Investigación en Discapacidad Intelectual y Trastornos del Desarrollo, Fundació Villablanca, Institut de Investigació Sanitària Pere Virgili, Universitat Rovira i Virgili, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, Reus, España

Introducción: Paciente institucionalizado en una residencia para personas con Trastorno del Desarrollo Intelectual con diagnóstico de discapacidad intelectual profunda y epilepsia crónica. En 2008 sufre un AVC y como consecuencia presenta hemiparesia braquial izquierda. Fue diagnosticado de mieloma múltiple en el año 2015 tras presentar un deterioro progresivo de su estado general. En el momento del diagnóstico se decidió no realizar tratamiento oncoespecífico debido a las características y comorbilidades del paciente. Durante los últimos años se ha visto como ha presentado una serie de manifestaciones clínicas fluctuantes caracterizadas por la pérdida de autonomía, autoagresiones e incluso episodios de fiebre, por lo que han tenido que derivar en múltiples ocasiones a los servicios de urgencia. Todo derivado del problema hematológico que padece y que no se había tratado por ser un paciente con discapacidad intelectual con secuelas neurológicas secundarias a ictus.

Objetivo: Demostrar que con un diagnóstico de discapacidad intelectual profunda sí se pueden realizar tratamientos oncológicos.

Metodología: estudio cualitativo, recogiendo información a partir de la observación y estudio de historia clínica, analizando el comportamiento/ lenguaje no verbal de un paciente con discapacidad intelectual profunda en el diagnóstico de una enfermedad oncológica.

Resultados: Tras una valoración y seguimiento constante por parte del equipo multidisciplinar del centro, se decidió insistir con el equipo médico del centro oncológico de referencia para una nueva valoración basándose en el principio ético de autonomía. Tras la nueva valoración por parte del centro oncológico de referencia en 2019, se decidió inicio de tratamiento con lo cual rápidamente se pudo objetivar una mejoría importante en las condiciones del paciente, logrando recuperar su autonomía y evitar la aparición de complicaciones relacionadas con su enfermedad oncológica. Con el análisis de los cambios en el comportamiento

de un usuario con retraso mental profundo y la realización de estudios complementarios se ha podido diagnosticar una enfermedad oncológica e iniciar su tratamiento.

Conclusión: La interpretación del lenguaje/comportamiento no verbal de las personas con discapacidad intelectual puede ser de utilidad a la hora de mejorar los diagnósticos oncológicos. También la importancia de una buena colaboración entre ambos equipos multidisciplinares para un buen diagnóstico y respectivo tratamiento.

PO 027. PERFIL DE LOS PACIENTES DERIVADOS A CUIDADOS PALIATIVOS DE UN ÁREA SANITARIA DE 95.000 HABITANTES

Alejandra Camacho Molina, Victoria Lechuga Flores, Elvira Alarcón Manoja, Isabel Trouillhet Manso, Oliva Mera Gallardo, Luis García Villanego, Isabel Trouillhet Manso Hospital de San Carlos, San Fernando, España

Introducción: Recibir unos cuidados paliativos adecuados es un derecho de todo enfermo sin expectativas de curación y con un pronóstico de vida limitado.

En nuestro país mueren cada año unas 250.000 personas mayores de 65 años de las cuales solo un 20 % son pacientes oncológicos, lo que hace pensar en el alto porcentaje de enfermos que se beneficiarían de recibir cuidados paliativos. Sin embargo, las unidades de Cuidados Paliativos atienden principalmente a pacientes oncológicos, siendo reflejo de las dificultades para diagnosticar y aceptar la fase terminal en las enfermedades no oncológicas.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas, clínicas y nivel de complejidad de los pacientes derivados a Cuidados Paliativos en nuestra área. Analizar áreas de mejora respecto a criterios de derivación con el objetivo de recibir una atención paliativa precoz.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo mediante recogida de datos de las historias clínicas de los pacientes incluidos en Cuidados Paliativos desde enero de 2018 a marzo de 2019 en nuestra área sanitaria.

Se analizaron variables generales, servicio de derivación, escalas de valoración funcional, pronósticas y nivel de complejidad (IDC-PAL).

Resultados: Se incluyeron un total de 47 pacientes de los cuales el 59,6 % fueron hombres. La edad media fue 73 años. El 98 % de los pacientes fueron oncológicos frente a un 2 % de pacientes no oncológicos.

Los pacientes fueron derivados principalmente del Servicio de Oncología (63,8 %), Medicina Interna (21,2 %) y Medicina de Familia (6,3 %). El 8,7 % restante provenían de otros servicios. La media de Índice de Charlson fue 9,4 (comorbilidad alta). El 48,9 % tenía una puntuación < 50 en la escala de Karnofsky.

El 58,9 % eran pacientes altamente complejos y el 27,6 % complejos según los niveles de complejidad IDC-PAL. Más de la mitad de los pacientes (51 %) tenían una puntuación < 50 en la PPS (palliative performance status). El PPI en el momento de inclusión fue > 6 en el 19 % de pacientes y > 4 en el 29,8 %.

Conclusiones: Los pacientes paliativos de nuestra área son pacientes de edad avanzada, alta comorbilidad, dependencia elevada y alta complejidad. La correcta coordinación de los diferentes niveles asistenciales favorecerá la atención integral de nuestros pacientes.

La mayoría de pacientes incluidos en nuestra área son oncológicos, lo que pone de manifiesto la necesidad establecer un correcto circuito asistencial coordinado y multidisciplinar para identificar de forma precoz a los pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada con necesidades paliativas.

PO 028. DISFAGIA SÚBITA EN PACIENTE ONCOLÓGICO

Olga Ruiz Sannikova¹, Helena Salanova Serrablo²,
Vibiana Beatriz Uriol Goss³, Alicia María Caballero
Guindo⁴, María del Carmen Ineva Santafé⁵

¹Centro de Salud Almozara / Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ²Centro de Salud San Pablo / Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ³Centro de Salud Almozara, Zaragoza, España. ⁴Centro de Salud Torre Ramona / Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ⁵Centro de Salud Fuentes Norte / Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Paciente de 77 años con diagnóstico de adenocarcinoma primario de pulmón en lóbulo inferior izquierdo T3N2 desde enero de 2018, por lo que ha recibido 3 ciclos de quimioterapia con esquema carboplatino-paclitaxel trisemanal con respuesta parcial y radioterapia sobre pulmón. Diagnosticado de metástasis cerebrales en febrero de 2019 con aplicación de radioterapia holocraneal. En seguimiento por ESAD desde mayo de 2019. Traído a Urgencias en junio de 2019 por presentar cuadro de incremento de su disnea habitual acompañada de las secreciones respiratorias y asociado a disfagia que ha impedido toma de medicación. Ausencia de síndrome febril. A la exploración ECOG 3. Auscultación pulmonar: hipoventilación generalizada, saturación O₂: 88 % basal. Sin tiraje. Análiticamente destaca una insuficiencia renal crónica ya conocida y PCR elevada. En radiografía de tórax no se visualizan focos consolidativos. Pasa a sala de observación, pendiente de ingreso en planta de Oncología. Se instaura tratamiento antibiótico con levofloxacino 500 mg. Durante la estancia en la sala, presenta aspiración durante la comida, se añade amoxicilina/ac clavulánico y actiocortina al tratamiento y se solicita TAC cervical con el siguiente resultado: dilatación esofágica de hasta 6 cm con ocupación de la luz por contenido con aspecto de bezoar, que comprime ligeramente la pared posterior de tráquea. Voluminosa hernia de hiato. Consolidaciones pulmonares basales bilaterales, probablemente por aspiración. Se contacta con endoscopista de guardia, que en contexto de paciente y dadas las características de bezoar esofágico descarta actuación endoscópica. El resultado y pronóstico es explicado a la familia y se simplifica el tratamiento. Ya ingresado en la planta el paciente presenta trabajo respiratorio pese a la mascarilla tipo reservorio e inicia encefalopatía hipóxica. Se de administran medidas de confort y fallece a los 3 días desde la agudización.

PO 029. ¿ADICCIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS?

Nuria García Martínez, María Pilar Vázquez Beltrán,
Ana Bermejo Arruz, Melda Muñoz Rodríguez,
María José Vicente García

Equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos del Complejo Asistencial Zamora, Zamora, España

Objetivo: Describir la identificación e intervención en un caso de uso inadecuado de opioides en un paciente oncológico.

Método: Estudio descriptivo de caso único. Varón de 58 años, diagnosticado de hepatocarcinoma en el año 2015. Antecedentes de abuso de alcohol. Tras diferentes tratamientos médicos y progresión de la enfermedad, en mayo de 2017 inicia seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Se observa un importante sufrimiento emocional por pérdida de autonomía. Pacto de silencio. Limitada conciencia de enfermedad y elevada ansiedad cognitiva y somática. Importante irritabilidad y frecuentes conflictos en su relación de pareja. En tratamiento opioide (basal más acción rápida si precisa). Durante el seguimiento, abandono de opioide de base por decisión propia. Su pareja confirma uso inadecuado de opioide de acción rápida con el Objetivo de relajarse, con aumento progresivo de dosis, así como uso de alcohol, hipotimia e ideación autolítica. Se propone una intervención conjunta (médico, enfermera y psicóloga) con reducción y control del uso del opioide y tratamiento psicológico individual, centrado en motivación al cambio, habilidades de afrontamiento, autocontrol y regulación emocional, adaptada a la situación del paciente.

Resultados: El paciente rechaza la intervención y abandona el seguimiento. Se inicia intervención conjunta con los diferentes profesionales médicos encargados (médico de atención primaria y oncología) para correcta prescripción del opioide e intervención con su pareja.

Conclusiones: Los opioides se encuentran entre los fármacos que con mayor frecuencia pueden derivar en un uso indebido como forma de lograr un estado emocional deseado. Al ser prescritos por un profesional, facilitan una falsa creencia de seguridad que puede ocasionar graves repercusiones físicas y psíquicas. Precisa un estrecho control interdisciplinar desde el inicio del tratamiento, siendo imprescindible el papel del psicólogo desde el inicio de la enfermedad para prevenir este tipo de problemáticas.

PO 030. DERRAME PLEURAL MALIGNO: TORACOCENTESIS Y DRENAJE PLEURAL EN DOMICILIO

Carmen Valdés Gómez¹, José María Fernández Rodríguez-Lacín², José Fuentes Vigil³, Purificación Vallina Blanco¹, Ylenia Fernández Ramírez⁴, Sara Ramajo Iglesias⁵

¹Esad Gijón, Gijón, España. ²Centro de Salud Natahoyo, Gijón, España. ³EACP, Langreo, España. ⁴Centro de Salud de la Felguera, Langreo, España. ⁵Centro de Salud Contrueces, Gijón, España

Introducción: La aparición de derrame pleural maligno supone un empeoramiento importante en la calidad de vida del paciente con neoplasia avanzada. La disnea es el síntoma más común (más del 50 %), siendo frecuentes la tos y el dolor torácico. Se han desarrollado diferentes técnicas paliativas para el control de los síntomas respiratorias, siendo las más frecuentes en nuestro ámbito las toracocentesis repetidas y el uso de drenajes pleurales permanentes, manejadas ambas en el domicilio del paciente.

Objetivo: Descripción de la mejoría de la calidad de vida en un mismo paciente en el que se utilizaron de forma sucesiva los dos métodos Descripción del caso: varón de 65

años diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón izquierdo 8 meses antes con mx en arcos costales al dx, siendo tratado con 1.ª línea de quimioterapia y posteriormente inmunoterapia. Por empeoramiento de la disnea acude a Urgencias del hospital donde se objetiva derrame pleural masivo realizándose toracocentesis evacuadora de 3 l. Visto en su domicilio por nuestro equipo a los 15 días presenta de nuevo disnea de mínimos esfuerzos con ortopnea siendo la semiología compatible con derrame pleural masivo por lo que se realiza toracocentesis paliativa en domicilio siguiendo la técnica descrita en AMF 2010 extrayendo 2,5 l de líquido pleural sin incidencias y con importante alivio sintomático. A los 10 días precisa nueva toracocentesis en domicilio de 3 l. Viendo la rápida reaccumulación de líquido pleural se contacta con el servicio de neumología del Hospital de referencia para la colocación, de forma ambulatoria, de un cateter intrapleural permanente (Pleur-X) conectado a un recipiente con vacío, para la realización de los drenajes. En el hospital se le hace el primer vaciado de 1 l y posteriormente nuestro equipo acude al domicilio para instruir a la familia, realizando ellos de forma autónoma 5 drenajes (de entre 750 a 1000 ml) durante el mes y medio hasta el fallecimiento, siendo el control de los síntomas respiratorios muy satisfactorio.

Conclusiones: La combinación de dos técnicas paliativas en el alivio de los síntomas de un paciente con derrame pleural maligno tratado en el domicilio ha conseguido mejorar su calidad de vida en los dos meses previos a su muerte. Si bien la toracocentesis evacuadora realizada por personal entrenado, es una técnica eficaz y con pocos riesgos, en ocasiones resulta insuficiente, pudiendo recurrirse al catéter intrapleural con gran beneficio clínico, seguridad y autonomía del paciente.

PO 031. LA ADOLESCENCIA, CUNA DEL CUIDADOR PRINCIPAL. APROXIMACIÓN A LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN EDUCACIÓN SECUNDARIA

Lucía Fernández Roca, María Rosa Castellano Álvarez, Eva María Avilés Alcántara, Lidia Vicente Martí
EAPS Murcia-Jesús Abandonado/Fundación Instituto San José-Orden Hospitalaria San Juan De Dios, Murcia, España

Introducción: La atención a la familia es una línea de intervención dentro de los cuidados paliativos. Cuidar dentro del entorno familiar, puede producir cambios en sus dinámicas, afectando a sus miembros, incluyendo los adolescentes, posibles futuros cuidadores. Es de interés, fomentar el apoyo al cuidador desde el comienzo de los cuidados. Por ello, este trabajo pretende aproximar los cuidados paliativos a los centros educativos, donde muchos de los adolescentes los experimentan en su entorno, sensibilizándoles acerca de lo que suponen, visibilizando la figura del cuidador principal y trabajando el autocuidado, clave en el mantenimiento de su salud (Abellán, Ayala, Pérez y Pujol, 2018; Canga, 2013; Lozano y Huertas, 2017).

Objetivos: Comparar los resultados de las sesiones formativas impartidas sobre cuidados paliativos al alumnado de 4.º de ESO de un instituto de Educación Secundaria de Cartagena (Murcia) en 2018 y 2019.

Metodología: Estudio analítico, transversal, prospectivo y observacional. Sesiones formativas: 1 sesión de 1 hora

realizada en cada clase: 4 (febrero de 2018) y 4 (mayo de 2019). Tras las sesiones, se realizó recolecta de datos a través de Cuestionario de Evaluación *ad hoc*, de 4 preguntas (Conocimientos previos, interés, ampliar conocimientos, aprendizaje) tipo escala Likert (0 nada -5 mucho).

Resultados: 2018: n = 93 alumnos. 2019: n= 104 alumnos. Media edad = 15,72 años. Puntuación media de las preguntas más baja en 2019, con diferencias significativas en todas, según t de Student al nivel de significación de 0,05, salvo “conocimientos previos” (p = 0,0121). En las restantes, existen mayores diferencias, siendo p=0.003 en “ampliar conocimientos” y p < 0,001 en “interés” y “aprendizaje”. La mayoría de las correlaciones entre ítems son positivas. “Conocimiento previo” correlaciona significativamente con “interés” (rho = 0,142, p = 0,047). “Interés”, lo hace con “ampliar conocimientos” (rho = 0,463, p < 0,001) y “aprendizaje” (rho = 0,592, p < 0,001), quienes correlacionan significativamente entre ellos.

Conclusiones: Parece que la variable ‘Interés’ interacciona significativamente con el resto, modulando el aprendizaje y la voluntad de ampliar conocimientos y, a su vez, viéndose condicionada por el conocimiento previo. Los Resultados obtenidos en ambos años parecen mostrar que los adolescentes presentaban pocos conocimientos previos en Cuidados Paliativos. Aunque manifiestan leve voluntad de ampliar conocimientos sobre ello, el interés en las sesiones recibidas y la percepción de aprendizaje fueron altos, disminuyendo levemente en 2019. La experiencia en alumnos y responsables del centro resultó satisfactoria, manifestando su voluntad en repetir las sesiones formativas en próximos años. Atendiendo a esto, se considera positivo abordar los Cuidados Paliativos desde la adolescencia.

PO 033. LA SEDACIÓN PALIATIVA EN EL SUFRIMIENTO EMOCIONAL. DILEMAS BIOÉTICOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Leticia Ortigosa Aguilar, Elena García Fernández, Jordi Rebull Barque, Marina Riba Villoldo, Beatriz Salloum Llergo, Laura Teruel Bosch
EAR Mutuam, Esplugues, España

Paciente, 82 años, natural de Alemania, lleva 50 años en España. Pronóstico: mal pronóstico vital, Modelo de Atención a la Cronicidad Avanzada (MACA), NECPAL positivo. Glioblastoma único en zona temporal derecha. Exéresis del tumor. Tras la intervención el TAC muestra buen aspecto cicatrizal en zona intervenida. Desde el día de la intervención, el paciente presenta deterioro neurológico, empeoramiento de la marcha, bradipsiquia, dificultad para hablar, empeoramiento de campo visual. Sospecha de progresión de enfermedad, se plantea radioterapia paliativa que el paciente rechaza. Posibilidad de ejercer el derecho de autonomía: no deterioro cognitivo, competente en la toma de decisiones. Planificación de decisiones avanzadas. Demanda explícita de sedación en caso de síntoma mal controlado a nivel psicológico o físico. Sufrimiento y calidad de la vida: Barthel 0. Pfeiffer 0. Competente en la toma de decisiones. Detección de Malestar emocional (DME) 18 (punto de corte 9). A nivel familiar, tiene tres hijos, con uno de ellos no tiene relación. Casado en segundas nupcias. Primera mujer fallece de mismo proceso neoplásico cuando era joven. Él vivió todo el proceso

de final de vida y tiene miedo a sufrir lo mismo que sufrió ella. Al equipo EAR (Equipo de Atención residencial) de referencia se le plantean dudas sobre si ha sido o no adecuada la sedación por malestar emocional. Se expone el caso en el seno del ERESS (Equipo de reflexión ética psicosocial). Discusión bioética: 1. Teniendo en cuenta los principios bioéticos, en el momento de la sedación, el paciente era competente en la toma de decisiones y se respetó su derecho de autonomía dado que preguntó de forma explícita y así quedo registrado en Historia clínica. Se ha realizado un importante trabajo en defensa de respetar la autonomía del paciente en todo momento, tanto por parte de los profesionales como de sus familiares. 2. No existen dudas sobre la posible maleficencia al paciente, dado que se ha iniciado una sedación paliativa en un momento de malestar emocional insoportable para el paciente, y tras haber trabajado una sedación parcial para control de síntomas. Se realiza escala DME para intentar objetivar el malestar del paciente. Así mismo las dosis con las que realizan la sedación fueron adecuadas a la situación del paciente, sin pretender acortar el tiempo de supervivencia. 3. Así pues, existe beneficencia en el intento de controlar el malestar emocional en paciente con importante sufrimiento.

PO 034. ¿SE DERIVAN MENOS LOS PACIENTES HEMATOLÓGICOS A CUIDADOS PALIATIVOS?

Pedro García Mas¹, Ana Belén Martínez Motos², Miguel Fernández Sánchez², Ana Belén Sánchez López², Miriam Martínez Ramírez³, Gregoria Blázquez Navarro²
¹Unidad de Cuidados Paliativos Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Albacete, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos Gerencia de Atención Integrada de Almansa, Almansa, España. ³C. S. Alcaadozo. Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Alcaadozo, España

Introducción: Los CP abarcan un amplio número de patologías neoplásicas, entre las que se incluyen las neoplasias hematológicas, sin embargo, existen datos en la literatura que muestran que estos pacientes son derivados en un número significativamente menor a CP.

Objetivos: el objetivo del presente estudio consiste en poner de relieve si en nuestra área sanitaria se confirma tal tendencia y, por otra parte, describir cuáles pueden ser los factores que pueden contribuir a tal fenómeno.

Metodología: se trata de un análisis descriptivo en el que se recogen el número total de pacientes con neoplasias hematológicas que ingresaron en la planta de hospitalización de nuestra unidad en el periodo comprendido entre enero de 2016 y febrero de 2018, comparado con el número de pacientes que ingresaron por primera vez en dicha área con neoplasias de órgano sólido. Se analiza por otra parte, la vía de acceso a la UCP, el estatus funcional al ingreso mediante la escala PPS, la edad, el diagnóstico de base y el motivo de ingreso.

Resultados: durante el periodo de estudio ingresaron un total de 111 pacientes con neoplasias de órgano sólido y 3 con neoplasias hematológicas, de los cuales, dos consistían en linfomas no Hodgkin estadio IV y el restante era un mieloma múltiple estadio IIIA. La edad media de los pacientes era de 67 años y su estatus medio fue de 70. El motivo de ingreso fue la presencia de dolor abdominal de difícil control,

neutropenia febril y sepsis respiratoria. Todos los pacientes accedieron a la UCP a través de una visita a urgencias.

Conclusiones: Tal como muestra la literatura, el número de pacientes hematológicos que son atendidos por CP es sensiblemente menor que aquellos con neoplasias de órganos sólidos. Los factores que pueden contribuir a este fenómeno son diversos e incluyen la disponibilidad de terapias en estadios avanzados, la falta de una definición clara de enfermedad avanzada y un curso de la enfermedad difícilmente predecible, así como las connotaciones negativas que para pacientes y profesionales puede conllevar el término “paliativo” por asociación estereotipada con situaciones en los últimos momentos de vida.

PO 035. LA ÚLTIMA ETAPA DE NUESTRA VIDA

María del Mar Vela Requena
 Estudiante Udl, Lleida, España

Introducción: El trabajo final de grado dedicado a un segmento de la población que es más vulnerable que el resto de las personas, se trata de personas afectadas de enfermedades incurables y se encuentran en el tramo final de la vida. De qué manera las administraciones pueden ayudar a estas personas y a sus familias durante esa etapa final, y cuando mueren y durante el proceso de duelo, es uno de los retos de la sociedad.

Objetivos: Conocer si las administraciones están preparadas para atender a estas personas de manera correcta. Cuál es la relación que existe entre las familias y las personas que atienden. Cuál es la relación que existe entre los profesionales que atienden a los usuarios y a sus familias. Son cuestiones fundamentales para poder dar un buen servicio a las personas objeto de este trabajo.

Conceptos básicos: Los cuidados paliativos son aquellos que se dispensan a personas afectadas de enfermedades terminales. Su objetivo principal es dar confort y mejorar la calidad de vida de la persona que se encuentra en el final de su vida. La muerte es el término de la vida y al mismo tiempo es parte de la vida. No es únicamente un proceso individual, afecta a familia y amigos. El duelo es un proceso de dolor y sufrimiento generado por la muerte de alguien querido. Cada persona lo sufre de una manera y tiene diversas etapas. Los Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte, cuyo Objetivo básico es atender a los pacientes que se encuentran en su domicilio y necesitan cuidados que normalmente se dispensan en los hospitales. Equipos compuestos por médicos, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogos. Conocer al usuario, valorar la situación y gestionar los recursos. Apoyará y asesorará en todo momento al usuario y a su familia. Trabajo de Campo: Entrevistas a 100 profesionales de los equipos de atención y soporte domiciliario y Fundaciones para conocer su funcionamiento, objetivos y necesidades.

Conclusiones: El trato al usuario es una buena actitud. La familia es fundamental. Sin un buen entorno familiar el trabajo social es mucho más difícil. Las relaciones entre los profesionales y los usuarios se basan en la confianza mutua y en el respeto. No es una relación de jerarquía, hay que respetar en todo lo posible las decisiones del usuario. El profesional asesora, acompaña y apoya. El recorte de medios económicos y personales dificulta gravemente la labor estos profesionales.

PO 036. INTEGRACIÓN DE COMPETENCIAS EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ALUMNOS DE PREGRADO DE MEDICINA EN CHILE

Armando Maldonado Morgado, Alfredo Rodríguez, Pedro Pérez, Luciana Crispino, Ofelia Leiva, Carolina Jaña
¹Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile

Objetivos: 1. Definir las competencias en medicina paliativa necesarias para los alumnos de pregrado. 2. Diseñar y desarrollar un programa de integración de dichas competencias en medicina paliativa para alumnos de pregrado, acorde a las metas de aprendizaje descritas por la Escuela de Medicina UC. Existe una necesidad creciente de formación en competencias en CP en las distintas carreras de la salud, tanto a nivel nacional como internacional. En nuestra Universidad, la carrera de Medicina ha modificado su currículo y plan de estudio, considerando competencias en CP dentro de la nueva malla curricular. A pesar de esto, el desarrollo de actividades que permitan la formación en competencias de CP en alumnos de pregrado de medicina UC no es suficiente para cumplir este objetivo. Por tal motivo existe la necesidad de un programa de integración de competencias en cuidados paliativos para el currículo de pregrado de Medicina UC. En Chile en más de la mitad de las Escuelas de Medicina NO se imparten temas de CP en los currículos, a pesar de que existe evidencia indirecta de que el entrenamiento en CP a nivel de pregrado lleva a una mejor atención clínica de los pacientes. Después de una revisión de la literatura y consulta a expertos en medicina paliativa, definimos las siguientes competencias como elementales para pregrado: 1. Cuidados paliativos, medicina paliativa (definiciones, etc.). 2. Dolor. 3. Síntomas neuropsicológicos (agitación, confusión, etc.). 4. Manejo de otros síntomas (disnea, náuseas, etc.). 5. Diagnóstico y manejo del paciente en fin de vida. 6. Aspectos éticos y legales. 7. Perspectivas de cuidadores/familiares/no clínicos. 8. Habilidades de comunicación clínica. Las estrategias educativas para el proceso formativo recomendado contemplan: 1. Aprendizaje experiencial (incluido el contacto con unidades de pacientes hospitalizados, consultas hospitalarias, servicios o entornos comunitarios, y también encuentros con pacientes y familiares). La reflexión posterior a estas actividades debe considerarse una prioridad. 2. Técnicas activas en lugar de pasivas (aprendizaje basado en problemas, discusión, juego de roles). 3. Aprendizaje multi profesional para fomentar la cooperación. 4. Integración horizontal: los especialistas en CP deben conocer las áreas de CP impartidos por colegas en otras disciplinas. 5. Autorreflexión y discusiones grupales de situaciones difíciles, incluyendo asuntos familiares, problemas de equipo y dolor de difícil manejo. 6. Integración de consideraciones éticas y psicosociales a todos los aspectos de enseñando.

PO 037. CURA DE ÚLCERA SACRA EN DOMICILIO POR LA UHD

Eva María Esteve Alegre, Desamparados Garrido Martí, Josefa Claramunt Planes, Ángela Pérez Jiménez
Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Paciente de 88 años pluripatológica, vida cama-sillón, que tras sufrir caída con fractura de cuello de fémur derecho es

intervenida y tras un encamamiento prolongado por imposibilidad de deambulación, presenta úlcera de grado III al llegar al domicilio. La paciente presenta un MNA 8, NORTON 12, BRADEN 15. La paciente es remitida con la UHD para curas, dada la situación de tratamiento sintomático y medidas de confort, se procede a valorar la úlcera dentro del esquema general de tratamiento. En un primer momento la lesión presenta una pérdida de piel, dejando visible la grasa subcutánea, aunque no se aprecia hueso ni tendones. La zona perilesional presenta inflamación, eritema y signos de infección, con pérdida de integridad cutánea, herida exudativa que presenta zona cavitada y con abundantes esfacelos. El principal objetivo es retirar todo el tejido necrótico y esfacelado, consiguiendo reducir el exudado presente en el lecho de la herida, mediante mecanismos tanto fisiológicos como métodos externos a la vez que se protege y se restaura la piel perilesional. Se realiza cultivo de la úlcera el 10-04-2019 siendo el cultivo de hongos y anaerobios negativos. Resultado positivo a MORGANELLA MORGANII y a KLEBSIELLA PNEUMONIAE sensible a Levofloxacin que la paciente toma durante 15 días por vía oral. Las curas se realizan cada 48 horas, hasta la total retirada de esfacelos se aplica cadexómero yodado y apósito hidrocoloide, encima apósito hidrocelular adhesivo. En la zona perilesional se aplica eosina acuosa al 2 % y crema barrera de contenido de zinc. Una vez limpia la zona de esfacelos se aplica hidrogel con apósito de hidrocoloide, protegiendo la zona perilesional y como apósito secundario un hidrocelular adhesivo. No por tratarse de una paciente en situación de tratamiento sintomático hay que limitar los esfuerzos en la cura puesto que no está en situación de últimos días. Además, la mejoría de la úlcera proporciona alivio sintomático a la paciente y confort en su calidad de vida. No por tener peores o nulas posibilidades de mejoría real de sus patologías, debemos dejar de aplicar las medidas de confort y cuidados que están a nuestro alcance. La utilización de métodos externos para la retirada de tejido desvitalizado y esfacelado mediante un ambiente de humedad favorece la preparación de un lecho de la herida para tejido de granulación. Y un cuidado de la zona perilesional para evitar el exceso de exudado, acelera la cicatrización y epitelización de las UPP.

PO 038. EFECTOS DEL MINDFULNESS EN PACIENTES PALIATIVOS, CUIDADORES Y PERSONAL SANITARIO. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Rosario Melero Cañadas¹, Antonio Miguel Cano Tébar², Constanza Sancho Calatrava², M.^a Ángeles Herrera Carrera², Carlos Pereda Ugarte²

¹Hospital General de Valdepeñas, Valdepeñas, España.

²Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España

Introducción: La experiencia de final de vida resulta intensa e impactante y constituye un foco de sufrimiento para pacientes, familiares, así como para el personal sanitario que trabaja en cuidados paliativos. La medicina queda incompleta si al tratamiento de la enfermedad no se añade cuidado e interés por la persona enferma. En el caso particular de los cuidados paliativos, cuando la historia natural de la enfermedad ya no puede modificarse con la ciencia médica, el cuidado del enfermo debe continuar para aliviar

su sufrimiento y mejorar la calidad de vida. Psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo, terapia interpersonal, terapia de la dignidad... pueden ser útiles para abordar muchos tipos de sufrimiento en cuidados paliativos. Sin embargo, hacer terapia en cuidados paliativos supone importantes retos: los pacientes pueden experimentar cambios rápidos, el encuadre de tratamiento puede cambiar del hospital al domicilio, las personas que precisan psicoterapia pueden cambiar (paciente, familia, amigos). Incluso, el personal sanitario necesita cuidarse para prevenir el burnout y la fatiga por compasión secundaria a la frecuente exposición a la muerte. La introducción de herramientas como el *mindfulness* en el ámbito de los cuidados paliativos puede favorecer la satisfacción con la vida.

Objetivos: El objetivo principal del presente trabajo es realizar una revisión sistemática sobre la eficacia del *mindfulness* en cuidados paliativos con la finalidad de conocer qué efectos produce el *mindfulness* en pacientes que reciben cuidados paliativos, en sus familiares y en los profesionales sanitarios que los atienden. Asimismo, también se pretende conocer si existen programas de *mindfulness* específicos para cuidados paliativos y sus beneficios.

Metodología: Se ha llevado a cabo una búsqueda exhaustiva de publicaciones científicas a través de las bases de datos: Scielo, Redalyc, Dialnet, Pubmed y Google académico.

Resultados y conclusiones: La muestra quedó compuesta por 17 artículos. Entre los resultados más destacados se encuentra que la práctica del *mindfulness* puede ser una forma viable, efectiva y práctica de reducir el sufrimiento en pacientes y cuidadores y de potenciar los recursos del personal de los equipos de cuidados paliativos, aunque cuestiones como el mantenimiento en el tiempo de los beneficios encontrados no están del todo claras. Realizar más investigación sobre la eficacia de los programas de *mindfulness* que hasta ahora se han utilizado en el ámbito de los cuidados paliativos podría ayudarnos a unificar criterios y diseñar programas con pautas específicas para universalizar y garantizar mayores beneficios.

PO 039. APLICACIÓN “EN CALMA” PARA MEJORAR LA SINTOMATOLOGÍA DE PERSONAS A LA ESPERA DE CIRUGÍA COLORRECTAL

Cristina Rocamora González¹, Ángela Palao Tarrero¹, Marta Torrijos Zarcero¹, Roberto Mediavilla Torres¹, José Carlos Bermejo², Beatriz Rodríguez Vega¹

¹Hospital Universitario de la Paz, Madrid, España. ²Centro San Camilo, Tres Cantos, España

Objetivo: Estudio preliminar para valorar la eficacia del *mindfulness* a través de aplicación móvil en pacientes en cirugía colorrectal.

Método: Intervención: El grupo experimental utiliza la APP “En calma en el quirófano”, entrenamiento de reducción del estrés a través de estrategias de *mindfulness* antes de la cirugía. El grupo control sigue el tratamiento habitual. Variables de medida: Escala Analógica Visual (EVA), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), y Escala Breve de Evaluación de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-BREF) (incluye satisfacción con salud física, psicológica, relacio-

nes sociales y ambiente) en tres momentos del periodo de la intervención: pre-cirugía (to), alta hospitalaria (t1), y al mes del alta hospitalaria (t2). Además, en t2, el grupo experimental completará el Client Satisfaction Questionnaire 8 (CSQ-8) y cuestionario sobre el uso realizado de la aplicación.

Resultados: Aceptaron participar 17 pacientes, de los cuales 3 abandonaron. La muestra final fue de 14 personas; 9 mujeres (64,3 %), 6 en el grupo experimental (42 %) y 8 en el control (57 %). Edad media 64 años (DT = 11). El grupo experimental obtuvo una satisfacción con la aplicación de 29 (DT = 2,3). La media de ejercicios del programa corto utilizado en la aplicación fue de 2,4 (DT = 1,8) y de programa largo de 8,7 (DT = 5,9). La utilización se dio durante menos de 1 semana, de 1 a 4 y más de 4 semanas a partes iguales (33,3 %, 2 pacientes en cada), el 33 % (2) la utilizaba 2-3 días/semana, y el 67 % (4) más de 4 días/semana, durante, 33 % (2) menos de 10 minutos/día y 67 % (4) de 10 a 30 min/día. No se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de grupo experimental y control en ninguno de los tres momentos. Sí que se observaron asociaciones significativas solamente en el grupo control, en t2. En este grupo cuanto más dolor se tiene menor puntuación en satisfacción con la salud física ($r = -0,910$; $p < 0,05$) y psicológica ($r = -0,928$; $p < 0,05$). A mayor depresión/ansiedad, menos satisfacción en salud psicológica ($r = -0,835$; $p < 0,05$) y relaciones sociales ($r = -0,926$; $p < 0,001$), a mayor salud física, mayor psicológica ($r = -0,948$; $p < 0,001$) y a mayor salud psicológica mayor satisfacción con relaciones sociales ($r = -0,831$; $p < 0,05$).

Conclusiones: El uso de la aplicación “En calma” evita la asociación (que se da en el grupo control) entre dolor y satisfacción con salud física y psicológica, así como evita también la asociación entre ansiedad y depresión con satisfacción entre salud psicológica y relaciones sociales.

PO 040. SEDACIÓN POR DISTRÉS PSICOLÓGICO. EXPERIENCIA EN UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCPH) DE HOSPITAL DE AGUDOS

Gema Flox Benitez, Montserrat Sánchez Pellitero, Eduardo de la Fuente Crespo, Susana Plaza Canteli
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

Objetivos: Describir las características clínicas de los pacientes en sedación por distrés psicológico (SDS) como síntoma refractario en una UCPH y compararlos con los sedados por otras causas (SOC).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que precisaron SDS vs. SOC en una UCPH de un hospital universitario de 2.º nivel desde el 1 de febrero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se analizaron variables demográficas y clínicas.

Resultados: De las 978 sedaciones realizadas (41,3 % de los fallecidos en la UCPH) solamente 80 (8,2 %) fueron SDS. El 53,7 % eran hombres. La edad fue de 60,7 años (DE 14,2). El 98,7 % eran oncológicos. En el grupo de Sedación Otras Causas (SOC), el 63,4 % eran hombres, con edad 71,8 años (DE 12,8) y 85,3 % oncológicos. Los pacientes SDS ingresaban por urgencias en 70 % de los casos, programados 16,2 % y por traslado de otros Servicios 10 %, frente al 75,8 %, 5,4 % y 12,2 % respectivamente los SOC. La estancia media hospi-

talaria fue 12,6 (DE 9,5) días en grupo SDS vs. 8,3 (DE 10,5) en SOC. La mediana de tiempo en programa en pacientes SDS fue 32 días frente a 9 días en los SOC. El 21,2 % de los SDS estaban en seguimiento por ESAD vs. 20,6 % de los SOC. En el grupo de SDS el tiempo de decisión para iniciar la sedación fue 12,4 (DE 9,5) días con un tiempo de duración de la sedación de 2,6 (DE 1,8) días frente a 5,9 (DE 10,69) y 1,8 (DE 1,5) respectivamente en el grupo SOC. La mediana de tiempo de evolución de la enfermedad fue de 406 días en el SDS comparado con los pacientes SOC que tenían 377 días.

Discusión: La SDS como síntoma refractario para iniciar sedación paliativa aparece en pacientes más jóvenes y sin claras diferencias entre género. Su estancia hospitalaria es más larga y más frecuentes los ingresos programados frente a los SOC. Presentan un tiempo de evolución de la enfermedad y seguimiento en programa de paliativos más prolongado. Asimismo, la decisión de iniciar la SDS y el tiempo de esta también se alarga.

Conclusión: La presencia de sufrimiento emocional intolerable al final de un proceso terminal irreversible es una causa frecuente de sedación. Es difícil de identificar y abordar lo que conlleva una demora en la toma de decisiones. Debemos estar alertas en pacientes más jóvenes y con patología oncológica.

PO 041. ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL AL FINAL DE LA VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Enrique Roma Romero, Ana Carratalá Marco
Centro San Rafael - Fundación San Francisco De Borja,
Alicante, España

Introducción: El acompañamiento a las personas próximas al final de su biografía supone un reto en varias dimensiones para las personas próximas al moribundo, tanto familiares, personal sanitario y cuidadores. La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, expresada en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. El acompañamiento debe partir del reconocimiento de igual dignidad como sujetos de derechos, a la vez que el reconocimiento como sujetos vulnerables.

Objetivos: Realizar una propuesta de valor para afrontar de manera respetuosa el acompañamiento a este colectivo al final de su vida, potenciando y reconociendo el concepto moral de su autonomía. Fomentar el "buen trato" y el cultivo de las virtudes de las personas que acompañan u ofrecen apoyo, fomentando la humanización del proceso centrado en la persona.

Metodología: La calidad de vida para personas con discapacidad se compone de los mismos factores y relaciones que para el resto y dicha calidad aumenta dando el poder a las personas de participar en decisiones que afectan a sus vidas. Implantar la metodología de Planificación por Adelantado como un documento de acompañamiento permite recabar de manera sistemática la información para afrontar la toma de decisiones al final de su vida. Pretende mantener la dignidad y el respeto, fomentando al máximo el control positivo sobre el final de su vida. Esta metodología requiere la recogida de mucha información previa, entrenar la escucha activa y

conocer el estilo de comunicación de la persona. Para ello es importante incluir a las familias, al personal sanitario y los profesionales de apoyo.

Resultados: Se genera un plan personalizado que suma los principios éticos del acompañamiento en paliativos, un programa de formación para todos los agentes implicados, conformando un equipo multidisciplinar que facilite un buen morir a las personas con discapacidad.

Conclusiones: La planificación por adelantado, junto a un programa formativo en acompañamiento espiritual normalizado de paliativos, es un marco idóneo para individualizar el acompañamiento al buen morir y requiere de la coordinación del personal de apoyo, cuidadores, familiares y personal sanitario de las unidades de paliativos o de hospitalización domiciliaria. Es un avance significativo en la humanización de la salud y el respeto de la dignidad y derechos hasta el final de la vida de las personas con discapacidad.

PO 042. INTEGRACIÓN DEL PSICÓLOGO EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Fátima López Tapia¹, Yolanda Romero Rodríguez¹,
María Luz Flores Antigüedad², Marisa Mayorgas Fortis²,
M.^a del Rosario Ramírez Puerta², Rafael Gálvez Mateos¹
¹Hospital Virgen De Las Nieves, Granada, España. ²Hospital
Clínico San Cecilio, Granada, España

Introducción: Los pacientes de ELA tienen un alto nivel de dependencia funcional y una necesidad de cuidados de alta intensidad, permanentes, complejos y cambiantes, que requieren de equipos multidisciplinarios. La enfermedad produce un fuerte impacto psicológico tanto en el paciente como en su entorno, presentándose una serie de reacciones emocionales que demandan reajustes y, por tanto, se requiere intervención y seguimiento por parte del psicólogo/a.

Objetivos: La creación de unidades multidisciplinarias de tratamiento de pacientes con ELA pretenden ofrecer una asistencia completa con un alto nivel de especialización, adaptada al momento y a la evolución de la enfermedad. La atención psicológica comprende la valoración de necesidades emocionales de los pacientes y sus allegados desde primera visita y acompañamiento en el proceso de enfermedad.

Metodología: El paciente entra en el circuito de la atención por parte del equipo interdisciplinar tras el diagnóstico de la enfermedad que efectúa el neurólogo. Tras explicar el diagnóstico, se pone en conocimiento de la enfermera gestora de casos los datos del paciente, y esta se encarga de coordinar los medios necesarios para su asistencia integral. La unidad multidisciplinar (UMELA) está coordinada por la enfermera gestora de casos y forman parte de ella el equipo de neurología, rehabilitación, endocrinología y nutrición, unidad de ventilación mecánica, trabajo social, logopedia, psicólogos del programa de la Obra Social La Caixa, y la propia asociación de afectados de ELA. Los pacientes pasan a ser evaluados a nivel emocional y se realiza un plan terapéutico atendiendo a sus necesidades y a su familia, y a los criterios de complejidad que se detecten para su posterior seguimiento. Se realizan tareas de apoyo al equipo multidisciplinar, principalmente en las dificultades en el proceso de información y/o comunicación con el paciente.

Resultados: Desde la puesta en marcha de la UMELA (enero 2019), se han atendido 50 consultas relacionadas con esta enfermedad neurodegenerativa de la que se detectan cada año unos 20 nuevos casos en Granada. La atención desarrollada en acto único permite optimizar la visita del paciente, así como atenderlo de forma integral.

Conclusiones: El modelo de atención multidisciplinar es la clave para articular los cuidados paliativos de la forma más adecuada, resultando necesario el trabajo del psicólogo para el acompañamiento del paciente y su entorno, en las distintas fases de la enfermedad. La complejidad del proceso requiere de un proceso colaborativo, basado en la coordinación y en la continuidad asistencial entre los distintos profesionales.

PO 043. SIGNIFICADO QUE CONSTRUYEN LAS ENFERMERAS Y CUIDADORES PRIMARIOS SOBRE TRABAJAR LA DEPENDENCIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

María Yaquelin Expósito Concepción¹,
Yeis Miguel Borre Ortiz²

¹Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.

²Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia

Introducción: Los cuidados paliativos fomentan el trabajo interdisciplinario, y requieren considerar a los cuidadores como brazo del equipo. La forma como enfermeros y cuidadores abordan la dependencia contribuye a la calidad de los cuidados que se brinda a pacientes con enfermedades en etapa avanzada. Sin embargo, son pocos los estudios en los que se ha indagado acerca de este aspecto.

Objetivo: Comprender cómo construye el personal de enfermería y los cuidadores primarios el abordaje de la dependencia en CP.

Método: Estudio cualitativo con enfoque etnográfico, desde la perspectiva de la etnoenfermería. Se realizaron 9 entrevistas etnográficas a enfermeros (profesional y auxiliar) que laboran en los servicios de hospitalización de un Hospital del municipio de Soledad, Atlántico, Colombia, y a 11 cuidadores primarios de los pacientes con enfermedades crónicas en etapas avanzadas atendidos en dicho servicio. El análisis se hizo a partir de la interpretación de las entrevistas y notas de campo; se realizó análisis de contenido, transcripción, segmentación, codificación y categorización.

Resultados: En los discursos emergió que para el personal de enfermería el cuidador primario facilita el cuidado cuando apoya, acompaña, participa, está satisfecho con la atención y tiene una buena actitud hacia el personal, por el contrario, lo limita cuando no conoce, no es el cuidador habitual, no está satisfecho con la atención y tiene una mala actitud hacia el personal. Para los cuidadores la enfermería es una profesión de mucha dedicación, esfuerzo y vocación. Identifican a los actores como jefe (enfermera profesional) y enfermera (auxiliar de enfermería), a ambas las caracterizan desde su hacer, saber y ser, y señalan que la sobrecarga laboral les hace difícil interactuar con el cuidador primario en el abordaje del cuidado en CP.

Conclusiones: Los cuidadores identifican a la enfermera de acuerdo con ciertas características, asumiendo que posee conocimientos, estatus y poder, la sienten alejado del cuidador y del paciente. Por su parte, el auxiliar de enfermería es alguien cercano, con quien se puede interactuar y resolver

situaciones. Independientemente del rol desempeñado. El personal de enfermería construye el significado de trabajar con cuidadores en el abordaje de la dependencia de acuerdo si es un facilitador o limitador del cuidado.

PO 044. CONTRIBUCIÓN DE LA MUSICOTERAPIA EN LA REVISIÓN VITAL DEL PACIENTE AL FINAL DE VIDA

Guacimara Molina Sosa, Edgar Aguiar Benítez,
María Luisa Munguía Suárez, Meritxell Yanes Hernández
Fundación MAPFRE Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria, España

Introducción: La revisión vital es un proceso universal para las personas que se enfrentan a la muerte (Butler, 1963). Es uno de los temas relevantes que surgen en el trabajo del equipo de musicoterapeutas en las tres Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en las que están integrados. El uso de experiencias musicales evoca en los pacientes recuerdos significativos autobiográficos para la reflexión, revisión y consciencia. Este proceso ayuda a los pacientes a comprender que sus vidas han tenido valor y significado (Clemens-Cortés, 2004).

Objetivo: Exponer el abordaje de la revisión vital al final de vida desde la musicoterapia.

Metodología: 1. Selección y derivación de los pacientes por parte del equipo sanitario. 2. Recogida del consentimiento informado del paciente. 3. Sesión de musicoterapia. 4. Evaluación e información al equipo sanitario. 5. Recogida de datos: registro de sesiones. La sesión de musicoterapia proporciona un espacio único y seguro para cada paciente donde transitar recuerdos y emociones, expresar, comunicar y abordar la revisión vital. La música en vivo crea un marco que facilita esta revisión: voz, cuerpo e instrumentos recrean recuerdos que se enlazan mediante su repertorio significativo. Los musicoterapeutas acompañan en este proceso, con escucha y respeto, para que el paciente transite con confianza. El paciente decide si su familia puede estar presente. Cuando los implica, la revisión vital puede abarcar, además, otros objetivos (relaciones, reencuentros, resolución conflictos, etc.).

Resultados: De enero a mayo de 2019 se ha atendido a un total 201 pacientes. Del total de pacientes atendidos, el 29,35 % (59 pacientes) han realizado su revisión vital. Observando los registros de esta muestra, podemos extraer que:

- Pacientes: estaban orientados y con síntomas controlados.
- Estilos musicales más demandados: boleros, rancheras, folklore canario y latino, pop y música clásica.
- Técnicas empleadas: elección e interpretación de canciones, improvisación vocal e instrumental.
- Temas tratados: coinciden, tocando aspectos universales (familia, trabajo, integración en la comunidad, papel vital, relaciones, espiritualidad y legado).

Conclusiones: La musicoterapia facilita el proceso de revisión vital, apoyándose en la propia música del paciente. La música evoca recuerdos y refleja sentimientos respecto a su lugar de origen y su situación actual. Las expresiones creativas, como las que se generan en las intervenciones de musicoterapia, ayudan a los pacientes a trabajar con las emociones que el proceso de revisión vital desencadena y compartir este camino con sus seres queridos (Sato, 2011).

PO 045. MANEJO DE SECRECIONES RESPIRATORIAS Y ELA

Cristina Moran Tiesta, Cristina de Miguel Sánchez, Sofía Alba Sánchez, Macarena Martínez Martínez, Fernando Vicente Sánchez, Cristina Navarro Ortega
ESAPD Espronceda, Madrid, España

Presentamos el caso de un paciente diagnosticado en 2014 de esclerosis lateral amiotrófica de inicio espinal con predominio de afectación respiratoria, necesitando desde el diagnóstico de la enfermedad VMNI y manejo del tosedor por dificultad importante para el manejo de secreciones. En octubre de 2017 fue derivado por el servicio de neurología de referencia al ESAPD, ante la evolución progresiva y la bajada de puntuación de la escala ALSFR, y presentar un episodio de RAO secundario a 3 días de estreñimiento. El seguimiento por el ESAPD fue de 14 meses destacando como síntomas principales la presencia de episodios de disnea irruptiva con insomnio siendo necesario estar en decúbito y la dificultad para el manejo de secreciones a pesar de tratamiento con bromuro de ipratropio inhalado con cámara, bromuro de butilscopolamina 80 mg/día s.c., y del uso rutinario del tosedor. Al no presenta mejoría 9 semanas antes del fallecimiento se decide iniciar de forma nocturna 0,5 mg de escopolamina con mejoría sintomática y se deja la misma dosis en el caso de que el paciente tuviera importante dificultad en el manejo de las secreciones a pesar de la utilización del tosedor. La familia inicia de forma progresiva el uso de la escopolamina, llegando a usar 0,5 mg/6 h con buen control de las secreciones. En cuanto a la tolerancia, no presento somnolencia, ni síntomas anticolinérgicos achacables al fármaco. El paciente falleció en domicilio sedado por disnea e insuficiencia respiratoria. En la ELA la producción de moco espeso asociado a la sialorrea y el aumento de las secreciones orofaríngeas se pueden tratar de varias maneras: 1) aumentando la ingesta de líquido siempre que sea posible, utilizando mucolíticos como N-acetilcisteína, antagonista del receptor B (como metoprolol o propanolol), solución salina nebulizada o un broncodilatador anticolinérgico como el ipratropio, si hay flujo de tos suficiente; sin embargo, no existen estudios controlados en ELA; 2) por último, favoreciendo el aumento de la tos utilizando asistente de tos si el paciente no puede realizarlo por sí mismo (cough assist). No existen datos bibliográficos que aporten que la escopolamina puede ayudarnos en situaciones como las de nuestro paciente por eso creemos pertinente la narración de este caso.

PO 046. MINDFULNESS COMO HERRAMIENTA DE AUTOCUIDADO EN LAS PROFESIONES DE RELACIÓN DE AYUDA

María Nabal, Luisa Conejos, Lourdes Assesns, Joana Compamnys, Jose Javier Trujillano Cabello, M.^a Luisa Aznar
Hospital Universitario Arnau De Vilanova, Lleida, España

Objetivo: Valorar el impacto de un curso de postgrado de *mindfulness* de la Universidad de Lleida (UdL) en el estrés y la reactividad de los profesionales de la relación de ayuda.

Material y método: Población: profesionales de la relación de ayuda matriculados en un curso de postgrado sobre *min-*

dfulness. Variables: edad, género, profesión y experiencia meditativa previa. Con el objetivo de medir los cambios pre/post intervención, al inicio y final de curso de postgrado se propuso a los alumnos matriculados completar 2 test:

- Cuestionario FFMQ (Five Facets Mindfulness Questionnaire): instrumento de 39 ítems con cinco facetas: capacidad perceptiva, capacidad de identificación, actividad consciente; hábito de juicio y reactividad. Se puntúa mediante escala Likert 1-5.
- Escala de estrés percibido (Perceived Stress Scale (PSS): evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes. Consta de 14 ítems con respuesta Likert 0-5.

El posgrado ofrece una parte teórica sobre el *mindfulness*, sus prácticas y su aplicación en contextos de la relación de ayuda y una parte de experimentación supervisados por las docentes del curso. Cada participante se compromete a mantener un diario de prácticas que al finalizar el curso debe haber completado 37 horas de respiración consciente, 33 horas de meditación, 2 sesiones semanales de: alimentación consciente, caminar consciente, yoga y body-scan. Análisis: desarrollamos un análisis descriptivo de medidas centrales y proporciones y un análisis comparativo pre/post intervención mediante la prueba de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Los alumnos de la primera edición del postgrado fueron 29 (5 hombres y 24 mujeres); con una edad media de 41 años. Distribución según la actividad profesional: medicina (2), enfermería (1), psicología (3), trabajo social (7), educación (7), veterinaria (1), graduados sociales (3), fisioterapia (2) otras (3). Un 25 % tenían experiencia meditativa previa. Del total de alumnos disponemos de datos comparativos de 21. En ambos test se aprecia una diferencia significativa hacia la disminución del estrés y la mejora en la atención y conciencia. Los resultados pre y post de la escala FFMQ muestran una mejoría en los niveles de *mindfulness* y en todas las facetas que el test estudia. Con una diferencia media global de 27,97 ($Z = -2679$ $p = 0,007$). En el caso del PPS, la diferencia media fue de 12,09 con una $Z = -3,724$ $p < 0,0001$.

Conclusiones: El postgrado de *mindfulness* de la UdL constituye una herramienta útil en la mejora del estrés y la conciencia de los alumnos que participan.

PO 047. ¿CUÁNDO TIRAR LA TOALLA? ENFRENTARSE A LOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DE UNA R1

Julia Cuevas García¹, Verónica Gil Caravaca¹, María Dolores Vázquez García²

¹Hospital Morales Meseguer, Murcia, España. ²Centro de Salud Santa María de Gracia, Murcia, España

Introducción: Varón de 86 años que ingresa al servicio de Medicina Interna por reagudización de EPOC e insuficiencia cardiaca. Durante su ingreso, se inician medidas farmacológicas invasivas enfocadas a corregir la situación clínica. No obstante, tras varias semanas de ingreso, el paciente mantiene síntomas refractarios, con empeoramiento de su situación basal y complicaciones de la hospitalización, falleciendo finalmente.

Valoración multidimensional: esfera biológica: paciente pluripatológico con hipertensión arterial, fibrilación auricular, insuficiencia mitral moderada e insuficiencia tricúspide

severa con hipertensión pulmonar severa y EPOC severo. Esfera funcional: previo al ingreso el paciente convivía con su mujer y su hijo, precisando ayuda para algunas ABVD. Presentaba disnea de moderados esfuerzos y ortopnea de 2 almohadas. Precisaba de oxigenoterapia domiciliaria y deambulaba sin ayuda. Esfera psicoafectiva: el paciente se mostraba inicialmente con una actitud positiva. A medida que empeoraba, tornó a una actitud de aceptación. En todo momento se le mantuvo informado de su situación clínica. Esfera espiritual: los familiares mantuvieron al paciente atendido, mostrándole su afecto. No se abordó directamente el miedo ni las escalas de creencias ni religiones. Esfera familiar-social: el paciente constaba de un buen soporte familiar, algunos con ciertos conocimientos sanitarios. Inicialmente, su principal preocupación era la inmovilización y pérdida de funcionalidad que suponía el avance de la enfermedad. Solicitaban rehabilitación y fisioterapia con el fin de que, una vez en el domicilio, mantuviese cierto grado de autonomía. Los últimos días previos al fallecimiento demandaban continuamente atención médica para paliar los síntomas de agitación y disnea, así como solicitaban el continuar con una actitud curativa.

Discusión: El abordaje del paciente no llegó a ser paliativo, pues a pesar de la refractariedad de los síntomas, el enfoque fue hacia una actitud curativa. Esto supuso una contradicción en el mensaje, pues por un lado se informaba del avance y la situación terminal de la enfermedad y por otro se proponían nuevas medidas curativas.

Conclusión: La piedra angular de los cuidados paliativos es identificar cuándo iniciarlos. Esto depende de la habilidad del profesional para reconocer esta situación, lo que hace que en muchas ocasiones se inicie tardíamente. Esto supone un aumento del sufrimiento tanto del paciente y los familiares, como del personal sanitario. Uno de los motivos habituales por los que estos se ven demorados por los profesionales sanitarios, son una mala tolerancia a la frustración, el sentimiento de fracaso terapéutico y el déficit formativo acerca de este enfoque de la medicina.

PO 048. EL PROFESIONAL ANTE LA MUERTE. FRUTOS DE UN GRUPO DE TRABAJO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Bárbara Rodríguez Martín, David Callado Pérez, Ruth del Valle Apastegui, Rubén Cordero Bernabé
Unidad de Cuidados Paliativos, Hellín, España

Introducción: Según la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos (CP) de Castilla La Mancha: “El gran número de pacientes que atraviesan fases avanzadas y terminales de múltiples enfermedades, hacen necesario que todos los profesionales sanitarios y no sanitarios implicados en el proceso de atención a dichos pacientes y sus familias contribuyan a garantizar el derecho al alivio del sufrimiento, en sus distintas dimensiones, física, psicológica, social y emocional”. Uno de los objetivos de la Unidad de CP es desde su inicio: garantizar y establecer mecanismos de coordinación de los diferentes recursos y profesionales del área, para facilitar la continuidad asistencial. En diciembre de 2015 se crea el grupo de trabajo de CP de la Gerencia de Área Integrada de Hellín. Participantes: profesionales de atención primaria, miembros de la Unidad de CP, supervisora de la unidad de

hospitalización, la unidad de salud mental (psiquiatras, psicólogos, enfermería y trabajadora social), trabajadora social del hospital, psicóloga de la AECC. Frecuencia: reunión mensual. Temas a tratar: a) comentar casos de manejo complejo; b) coordinación de recursos, continuidad asistencial primaria-especializada; c) evaluar necesidades formativas y organizar actividades formativas, cursos, jornadas, etc.; d) apoyo emocional al profesional. Prevención de *burnout*.

Objetivos: Evaluar la repercusión profesional y personal de las reuniones de grupo en los miembros de este.

Metodología: Encuesta a los participantes del grupo. Valoración por escala 1-5 de los ítems: ¿cuál es tu grado de satisfacción global con el grupo? ¿La participación de los miembros es la adecuada? ¿Ha supuesto un enriquecimiento en conocimientos? ¿Ha mejorado el manejo de las situaciones del final de vida? ¿Ha supuesto un enriquecimiento en la toma de decisiones profesionales? ¿Ha mejorado la comunicación entre profesionales? ¿Ha mejorado la relación con el paciente y familia? A nivel personal ¿ha supuesto un enriquecimiento respecto al planteamiento y afrontamiento de la propia muerte? ¿Qué comentario, cambio, mejora desearías aportar?

Resultados: La valoración global de la experiencia ha sido positiva. El grado global de satisfacción obtuvo una nota de 4.8 sobre 5. El ítem mejor valorado fue la comunicación entre profesionales con un 4.9. Y el peor La participación con un 4.3. Como sugerencias de mejora se propuso: más actividades formativas, participación de otros servicios que también tienen relación (oncología, cirugía) y llevar un orden de propuestas a trabajar previo a la reunión.

Conclusión: Las iniciativas para favorecer la comunicación entre profesionales son positivas no solo profesional sino personalmente. Mejorando la asistencia a nuestros pacientes.

PO 049. PERCEPCIÓN DE SOLEDAD EN FINAL DE VIDA. EXPERIENCIA DE VOLUNTARIOS ACOMPAÑANDO FINAL DE VIDA

Xabier Azcoitia, Marta Villaceros, José Carlos Bermejo, Roberto Pérez, Diana Jabalera
Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

Objetivo: analizar las diferencias en percepción y significado de soledad en final de vida según la experiencia en voluntariado de acompañamiento en final de vida.

Método: Participantes: de los 127 voluntarios de final de vida y soledad (FV y S) contactados contestaron al cuestionario 48 (tasa de respuesta: 38 %). Instrumento: cuestionario *online* enviado a la base de datos de voluntarios de final de vida y soledad. Se recogieron variables sociodemográficas, sobre la experiencia y antigüedad en voluntariado, cinco ítems sobre lo que significa “soledad en final de vida” y la escala SESLA de Soledad (emocional romántica, familiar y social).

Resultados: El 85 % (41) de los participantes fueron mujeres, con edad media de 54 años (DT = 12), la mayor parte (63 %; 30) con estudios superiores (universitarios). Trabajando a tiempo completo el 48 % (23) y sin trabajar (en paro/jubilado) el 44 % (21). El 42 % (20) con experiencia de más de 5 años en cualquier ámbito de voluntariado y el

58 % (28) han comenzado el voluntariado de final de vida y soledad durante el curso académico de 2018/19, el resto (42 %; 20) durante los tres cursos previos. En el conjunto de los voluntarios de FV y S, la puntuación (media por ítem de 7,9) fue significativamente ($p < 0,05$) más elevada en la escala de soledad emocional-familiar. Todas las dimensiones de la escala SESLA de soledad, correlacionaron significativamente ($p < 0,05$) con el ítem soledad en final de vida es estar aislado socialmente (sin relación con quienes habitualmente estuvieron en tu entorno). Los voluntarios nuevos (los que iniciaron el acompañamiento en final de vida durante el curso escolar 18/19) puntuaron significativamente ($p < 0,05$) menos que los antiguos en la dimensión social de la escala SESLA de soledad (medias de 31,9 vs. 35,9) y en el ítem soledad en final de vida es estar aislado emocionalmente (siendo incapaz de expresar tus emociones) (medias de 8 vs. 9,3).

Conclusiones: Para el grupo de voluntarios de FV y S, la soledad, en final de vida, se relaciona con la soledad familiar y social, en general, con la ausencia del entorno que siempre estuvo. En concreto, los voluntarios de mayor experiencia en final de vida (más de 1 año), a diferencia de los voluntarios con menos experiencia (menos de 1 año) consideran en mayor medida, que la soledad en final de vida es social y emocional. Lo que quiere decir que, con el paso del tiempo de acompañamiento, la percepción de los voluntarios cambia.

PO 050. CÓMO ENTENDEMOS LOS PROFESIONALES LA ATENCIÓN ESPIRITUAL EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS. UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Marta López Maestro, Javier Zamora Blasco, Olga Martínez Arroyo, Sonia Pache González, Clara Madrid Martín, Alejandro García Gea
Aspation, Valencia, España

Introducción: En la atención integral al paciente y su familia en cuidados paliativos pediátricos (CPP) toma especial relevancia el acompañamiento espiritual ante la proximidad de la muerte y/o la aparición de cuestiones existenciales en una edad temprana del paciente. El abordaje de la dimensión espiritual por parte del equipo multidisciplinar es fundamental para reducir el malestar emocional, facilitar la adaptación a la enfermedad y reducir factores de riesgo ante el duelo.

Objetivos: a) Detectar el grado de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios sobre espiritualidad: definición, necesidades y actitudes; b) concienciar sobre la importancia del acompañamiento espiritual; c) identificar las necesidades formativas en la atención espiritual.

Metodología: Se ha desarrollado un cuestionario (*ad hoc*) autoadministrado, previo a la realización de un taller formativo sobre espiritualidad, con ítems cerrados (grado de conocimiento sobre espiritualidad, grado de percepción sobre la necesidad de formación, utilidad de la formación en espiritualidad) y abiertos (definición de espiritualidad, necesidades espirituales en el paciente y su familia, y actitudes en profesional).

Se han realizado 2 talleres impartidos por un experto en espiritualidad, con contenidos comunes, con una muestra de 21 profesionales (enfermería y medicina) de dos hospitales que atienden niños y adolescentes.

Se ha realizado un estudio sistemático de contenido y evaluado cualitativamente mediante análisis estadístico descriptivo (SPSS).

Resultados: El 75 % de los participantes son de enfermería; más del 50 % de la muestra refiere una experiencia ≥ 5 años y < 20 años; el 52 % tiene un nivel medio de conocimientos en espiritualidad. Respecto al concepto de espiritualidad los dos términos más asociados son acompañamiento (33 %) y necesidades emocionales (24 %), siendo también las necesidades espirituales más detectadas (necesidades emocionales: 62 %; acompañamiento: 52 %). Las actitudes profesionales más señaladas son empatía (67 %) y escucha activa (52 %).

Conclusión: Los resultados señalan sobre el concepto de espiritualidad que, a pesar de la variabilidad de respuestas, la revisión grupal recoge las ideas clave que integran la espiritualidad desde un acompañamiento íntegro, a pesar de no resaltar aspectos como significado, propósito y conexión. Respecto a las necesidades se enfatiza de nuevo el acompañamiento emocional y no aparecen destacadas necesidades más significativas como sentido de vida y trascendencia. Actitudes como escucha activa, empatía y aceptación incondicional aparecen como relevantes en el acompañamiento espiritual, sirviendo de base para una atención compasiva, hospitalaria y con presencia. En conclusión, se resalta la necesidad de mayor formación entre los profesionales de CPP, destacando la atención espiritual como tarea de equipo.

PO 051. MULTICULTURALIDAD EN FINAL DE VIDA: LA POBLACIÓN RUMANA

Lorena Grande Pizarro¹, Antia Fariñas Amado², Lydia Polo García³, Mónica Monedo Navazo², Silvia Santiago Sacristán³, Olga Pérez Zarco⁴, Gema Sierra Triviño³

¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España.

²Centro de Salud Arroyo Medialagua, Equipo de Soporte Hospitalario Paliativo, Madrid, España. ³Hospital San Rafael, Madrid, España. ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Poco a poco la multiculturalidad va cobrando importancia en el ámbito sanitario y por ello en final de vida. Ante esta nueva situación empiezan a aparecer estudios y conferencias al respecto. Sin embargo, la mayoría de estos estudios están relacionados con la actuación de enfermería y con aspectos antropológicos y económicos de la multiculturalidad. Cuesta mucho encontrar artículos que hablen sobre las necesidades psicológicas, sociales y espirituales y más aún si acotamos la búsqueda a personas con enfermedad crónica avanzada y a una sola cultura, en nuestro caso, la población rumana que en nuestro ámbito de actuación constituye un 20,14 % del total de la población extranjera en Comunidad de Madrid. Por todo ello, y ante la experiencia ocasional de la dificultad surgida al intervenir con pacientes de distinta cultura, surge por un lado la idea de necesidad de mejora para los Equipos de Atención Psicosocial de conocimiento sobre las culturas más predominantes en nuestro territorio y por otro lado el preguntar directamente a la población elegida cómo se siente y cómo afrontan las situaciones de final de vida. El objetivo de nuestro trabajo es tener un mayor conocimiento sobre la cultura rumana en relación con las necesidades

psicosociales que presentan las personas en situación de enfermedad crónica avanzada y/o final de vida, con el fin de mejorar la intervención psicosocial. La metodología se dividió en varias fases:

- Revisión bibliográfica para conocer qué se conocía o se había investigado sobre el tema elegido. Encontramos que las publicaciones al respecto eran nulas.
- Revisión de diferentes escalas relacionadas con sintomatología psicoemocional y necesidades sociales. Ninguna de ellas se ajustaba en su totalidad a lo que queríamos explorar y valorar, por lo que se decidió.
- Realizar un cuestionario propio a través de Google Drive, con las variables a analizar divididas en 7 áreas.
- Contacto con personas y/o entidades susceptibles de encuesta.
- Análisis de resultados.

Resultados:

- De los participantes, la mayoría de ellos (83 %) tienen familia en España, sin embargo, a la hora de tomar las decisiones médicas, solo un 33 % refirió ser importante para ellos que la familia participase. Aunque un 100 % de los participantes comparte sus preocupaciones con su familia.
- Respecto a sus creencias, un 83,3 % refirió que estas son “bastante” importantes y que estas les ayudan mucho en los momentos más importantes de la enfermedad.

PO 052. “HUMANIZAR” UN EQUIPO CONJUNTO HOSPITAL Y COMUNIDAD

Paula Machado

Centro Hospitalar Barreiro Montijo e ACES, Costa de Caparica, Portugal

Un proyecto piloto en Portugal, en la península de Setúbal, que incluye hospitales y centros de salud, con la finalidad de la prestación de cuidados paliativos. Presentación de Resultados de 1 año de trabajo, marzo de 2018 a marzo de 2019. Así como forma de articulación dentro del equipo y con las diferentes infraestructuras de salud del área de cobertura del Centro Hospitalario Barreiro Montijo.

La Unidad Domiciliaria de Cuidados Paliativos (UDCP) es un proyecto iniciado en marzo de 2015, denominado ACOMPANHADA, financiado en el marco del Programa “Innovación Salud” de la Fundación Calouste Gulbenkian. En el marco de este programa en 2017, la UDCP renombrada, en marzo de 2018, por HUMANIZAR e integrada con el ACES Arco Ribeirinho en el marco del actual Programa de Incentivo a la Integración de Cuidados y la Valorización de los recorridos de los Usuarios en el Servicio Nacional de Salud (SNS). Este proyecto tiene por finalidad la prestación de cuidados paliativos en la comunidad, para garantizar a los pacientes con necesidades paliativas la permanencia en su ambiente comunitario y familiar, promoviendo el confort, la dignidad y la HUMANIZACIÓN del cuidado. El equipo multiprofesional está compuesto por elementos de la atención primaria de salud (ACES Arco Ribeirinho) y de los cuidados hospitalarios (Centro Hospitalario Barreiro Montijo). Se pretende un estrecho vínculo con las unidades de cuidados paliativos, las unidades de la red nacional de cuidados continuos integrados (RNCCI), las familias, los cuidadores y otras estructuras de la comuni-

dad, apoyándolos siempre que sea necesario, a través de actividades de consultoría, supervisión técnica y prestación directa. El proyecto contempla además el acompañamiento del recorrido del paciente paliativo en su circulación por los diferentes niveles de cuidados, y el equipo se propone también colaborar en la formación de los diferentes profesionales involucrados.

PO 053. CUIDADOS PALIATIVOS: CONFORT DE PACIENTES Y CUIDADORES

María da Conceição Alves Rainho¹, María João Monteiro², Isabel María Barroso³, Zita Castelo Branco⁴

¹Universidade Trás-os-montes Alto Douro, Vila Real, Portugal.

²Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

³Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

⁴Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal

Introducción: Los cuidados paliativos son cuidados intensivos de confort prestados de forma multidimensional y sistemática al enfermo con enfermedad grave y avanzada y a su familia (CCOMS, 2018). El confort es un estado experimentado por la persona y reconocido como una de las necesidades centrales de los cuidados paliativos al enfermo y familia. Así, en términos teóricos, debe evaluarse de forma holística en las dimensiones: física, psicológica, espiritual, emocional y sociocultural Kolcaba (2001). El cuidado paliativo busca proporcionar el máximo confort al enfermo y familia, sin embargo, se desconoce lo que facilita o dificulta la vivencia del confort por parte de los cuidadores, así se pretende con esta revisión de la literatura responder a la cuestión ¿qué factores facilitan o dificultan el confort en los cuidadores informales que prestan cuidados paliativos en el domicilio?

Método: Se inició la revisión por la definición de palabras clave, “confort caregiver”, “palliative care” y “primary healthcare”, que se conjugaron en la investigación electrónica, no habiéndose introducido ninguna restricción del tipo de estudio. Se realizó el levantamiento retrospectivo entre enero de 2014 a junio de 2019, en Biblioteca del Conocimiento Online, con acceso al texto integral de los artículos. Se encontraron 10 Resultados y excluidos artículos a los que no se tenía acceso al texto integral o cuya publicación fue en actas de congresos, tres artículos cumplían los criterios.

Resultados: los autores de los artículos son unánimes en considerar el confort una necesidad fundamental de los cuidados paliativos al enfermo y familia. En el estudio transversal de Meneguín y cols. (2016), en una muestra de 50 cuidadores en cuidados paliativos, se analizó el confort de cuidadores y de pacientes, a través del General Comfort Questionnaire, concluyeron que el nivel de confort de los cuidadores y enfermos fue bueno y se asoció a las dificultades de cuidar en el domicilio. Otro estudio transversal con una muestra no probabilista, que respondió al cuestionario de confort Holístico-Cuidador, permitió concluir que cuanto mayor es la funcionalidad del paciente mayor el nivel de confort del cuidador (Gayoso et al, 2018). El estudio de Meneguín & Ribeiro (2016) de naturaleza exploratoria y cualitativa, realizado con 50 cuidadores informales, en que las principales dificultades de cuidados de confort apuntados fueron: luto anticipatorio; estrés del cuidador, falta de for-

mación/capacitación para lidiar con el sufrimiento; gestión del dolor, dificultades financieras, falta apoyo emocional y de apoyo de los equipos de salud.

PO 055. EL MANEJO DE LA ELA EN EL DOMICILIO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE PADES

Sònia Aguiló Sánchez¹, Manuel Cáceres Becerra¹, Sara Gabernet Foix¹, Marta Llobera Solanas¹, María Camats Gabernet², Jesús López Ribes¹
¹PADES GSS (Hospital Univeristari Sta. Maria), Lleida, España. ²Equipo EAPS (Domus Vi), Lleida, España

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta por debilidad muscular generalizada y progresiva, con dificultades graduales de movilización, comunicación, alimentación y finalmente respiración.

Patología altamente invalidante, con un pronóstico de vida muy limitado que se acompaña de elevado impacto emocional en el paciente y la unidad familiar, y precisa de una precoz adaptación a la rápida progresión de esta. El PADES es un equipo de atención domiciliar que atiende pacientes con enfermedad crónica avanzada y en situación final de vida. Estudios demuestran que la intervención de un equipo interdisciplinar en el domicilio, con el apoyo de equipos de Atención Primaria (AP), permite afrontar la enfermedad ofreciendo una asistencia global.

Objetivo: Analizar un caso clínico para identificar las necesidades evolutivas de la enfermedad y detallar las intervenciones de cada profesional del equipo interdisciplinar.

Metodología: Revisión de historia clínica.

Resultados: Varón, de 64 años, afecto de estenosis del canal lumbar (intervención quirúrgica agosto de 2017), diagnosticado de ELA en diciembre 2017 tras pérdida progresiva de fuerza en extremidades inferiores, dificultad deambulatoria y caídas de repetición. Seguimiento por PADES: enero de 2018-marzo de 2019. Problemas principales detectados: tetraplejía, afasia, disnea, secreciones respiratorias, sialorrea, estreñimiento, disfagia; riesgo de broncoaspiración y lesiones por presión (LPP), dificultades de manejo físico, alto impacto emocional de paciente y familia, riesgo de claudicación familiar, sobrecarga física y psíquica de los cuidadores. Disciplinas equipo PADES: Enfermería, Fisioterapia, Medicina, Psicología y Trabajo social. Coordinación con AP y servicios de nutrición, rehabilitación, neumología, digestivo, UFISS paliativos y servicios sociales. Intervenciones: programa de ejercicios y reentrenamiento del manejo físico, información de adaptaciones del domicilio, fisioterapia respiratoria; educación sanitaria en prevención de caídas, LPP, broncoaspiraciones, estreñimiento y adaptación progresiva de la dieta; tratamiento farmacológico; orientación de recursos y trámites Ley de Dependencia, discapacidad y Servicio de Ayuda a Domicilio; acompañamiento emocional, facilitar el proceso de aceptación y prevención del duelo patológico.

El paciente fue éxito en el domicilio en marzo de 2019.

Conclusiones: El objetivo principal del equipo PADES fue mejorar la calidad de vida de paciente y familia, optimizando el tratamiento, reduciendo desplazamientos hos-

pitalarios, favoreciendo el cuidado global de ambos y el éxito en el domicilio, deseo expreso del paciente. La alta complejidad de los pacientes con ELA requiere de interdisciplinariedad, coordinación, actitud proactiva, habilidades de comunicación y para la toma de decisiones y capacidad de resolución de problemas para mantener al paciente en su entorno.

PO 056. FRACTURA DE CADERA EN PACIENTE DE EDAD AVANZADA: CARACTERÍSTICAS DE UN INGRESO

María García-Fayos de Diego, Marina Macías i Jiménez, María Lara Moyano, Jennifer Pick Martín, Emilio Garijo Gomez, Carmen Borraz Ordás
Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España

Introducción: La fractura de cadera es una patología con una alta prevalencia en nuestro ámbito sanitario, y con una importante repercusión en pacientes de edad avanzada en cuanto al empeoramiento de la morbimortalidad y deterioro funcional. En nuestro ámbito hospitalario es la Unidad de Corta Estancia, junto con el servicio de Traumatología, la responsable de la atención de estos pacientes durante su ingreso por dicha patología.

Objetivo y metodología: Con la intención de conocer las características de estos pacientes y las de su ingreso se decidió realizar un registro, en el que se incluyó todos los pacientes mayores de 65 años que consentían participar en la base de datos (mediante consentimiento informado) y que ingresaron desde noviembre de 2017 a junio de 2018. Se recogieron una serie de variables sociodemográficas y de puntuaciones en escalas de funcionalidad, deterioro cognitivo y nutrición, así como parámetros analíticos, durante su estancia hospitalaria, a los tres meses y a los seis meses tras el alta.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 89 pacientes, de los cuales el 76,4 % fueron mujeres y el 23,6 % hombres, con unas edades predominantes de entre 85 y 94 años (media 84,11 años) y un NECPAL positivo en el 40,45 % de los pacientes registrados. La duración media de los ingresos fue de 9,56, siendo hasta en el 80,90 % de los casos la estancia inferior a 11 días. Se intervino quirúrgicamente al 95,51 % de los pacientes, siendo la media de espera hasta la intervención de 1,98 días, con una desviación estándar de 1,11 días. El porcentaje de éxito al ingreso fue de 14,61 %, y del 85,39 % restante, 78 de los pacientes fueron dados de alta a su domicilio (78,65 %), 1 fue al alta a hospital de larga estancia (1,12 %) y 5 fueron dados de alta a residencia (5,61 %). El porcentaje de éxito a los tres meses fue de 20,22 % y a los 6 meses del 21,35 %.

Conclusiones: Teniendo en cuenta el Objetivo del Registro Nacional de Fracturas de Cadera, la recogida de los datos realizada nos permite conocer la casuística de los ingresos por fractura de cadera en nuestra unidad y compararla con los datos nacionales para evaluar nuestra práctica asistencial. Se muestran por tanto los datos recogidos que reflejan un perfil de paciente predominantemente femenino, de 85 años, con una estancia hospitalaria de 10 días, intervenido a los 2 días de ingreso y con una supervivencia de 85,39 %.

PO 057. CÓMO CURAR Y PROTEGER LOS TALONES CON UPP DE LOS PACIENTES PALIATIVOS

Mónica García Torralba, José Luis Giménez Tebar, Jaime Alcober Pérez, David Patiño Muñoz, Leandro Miguel Martínez Soriano, Esther Pérez Lledó
UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: Cada vez más, las unidades de hospitalización nos encontramos con pacientes cuyo riesgo de padecer una úlcera por presión (UPP) en los talones es más elevado. Esto nos obliga a adaptar nuestros cuidados de enfermería de una manera individualizada y a dotarnos de unos medios más adecuados para afrontar estos nuevos retos, en definitiva, a innovar en nuestra profesión de enfermería.

Objetivo: Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia del uso de un apósito hidrocelular en la prevención y el tratamiento de las UPP en talones.

Material y métodos: Se diseñó un estudio observacional prospectivo que duró 9 meses. Se seleccionó un apósito hidrocelular en forma de talonera que, además del talón, cubría ambos maleolos completamente.

También disponía de una cinta para la sujeción del apósito. Como criterios de inclusión debían cumplir: 1. Presentar riesgo de UPP en ambos talones. Puntuación en la escala de Braden inferior a 18 puntos. 2. Tener UPP en talones en categoría I o II. 3. Aceptar la inclusión en el estudio. Criterio de exclusión: 1. Presentar UPP en talones en categoría III o IV. Completaron el estudio 48 pacientes, que fueron observados durante una media de 8 semanas. A todos ellos se les aplicaron ácidos grasos hiperoxigenados 3 veces al día, y cambios posturales. Al inicio del estudio, los pacientes que presentaban UPP, estaban en categoría I: 18 pacientes, y en categoría II: 8 pacientes.

Resultados:

- Ningún paciente presentó nuevas UPP en el talón durante su permanencia en la UHD.
- Los pacientes de categoría I mejoraron en sus condiciones iniciales al ingreso en la unidad, y no presentaron solución de la integridad cutánea.
- Y en los pacientes de categoría II sus lesiones cicatrizaron favorablemente.

Conclusiones:

1. La talonera absorbe el exudado no deseado y restos celulares, reduce por tanto la maceración en caso de solución de la integridad cutánea.
2. Promueve la cicatrización de la lesión.
3. Puede retirarse y colocarse sin perder las propiedades de alivio de la presión en múltiples ocasiones.
4. Fácilmente adaptable al talón y a ambos maleolos y su cinta de sujeción hace que no se desplace, por lo que no es necesario vendaje ni otro tipo de sujeciones.
5. Contribuye al protocolo de reducción de la presión.

PO 058. ESTUDIO DEL PERFIL DEL PACIENTE BENEFICIARIO DE UN EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

José Manuel Marín Alba, Isabel María Hernández Muriel
Aecc-Ceuta, Ceuta, España

Introducción: Desde el año 2015 el Equipo de Atención Psicosocial (en adelante EAPS) de la Asociación Española

Contra el Cáncer (en adelante AECC) de Ceuta atiende a pacientes y familiares derivados de diferentes servicios médicos. Mayoritariamente el paciente de cuidados paliativos es diagnosticado de una enfermedad oncológica, sin embargo, la atención en paliativos se amplía a pacientes con otros diagnósticos, como pueden ser enfermedades neuronales, insuficiencias de órganos vitales... Es importante la difusión y colaboración con las unidades sanitarias y no exclusivamente la oncológica, ya que en el perfil del paciente de cuidados paliativos se incluyen otras patologías, siendo necesario que se considere la derivación a recursos como los EAPS en una fase temprana del proceso.

Objetivos: Describir el perfil de los pacientes derivados al EAPS desde las diferentes unidades sanitarias y detectar la existencia de enfermedades no oncológicas como perfil de beneficiario en la atención en cuidados paliativos.

Metodología: Se cuenta con una muestra de 371 pacientes que describen las siguientes variables: fecha de derivación, género, nacimiento, patología y condición evolutiva.

Se diferenciaron los pacientes oncológicos y no oncológicos y su relación con el género y con el año de vencimiento de programa. Se comparan los resultados en cuanto a patología y mortalidad y género con los datos del observatorio del cáncer de la AECC.

Resultados: Se observa un aumento progresivo de derivaciones de pacientes no oncológicos, pasando de 7 pacientes derivados en el año 2015 a 22 derivados en el año de programa 2018-2019, que aún no ha dado fin. Además, en el perfil tipo del paciente oncológico atendido por el equipo destaca el cáncer de pulmón en hombres (53) y cáncer de mama en mujeres (33), en cuanto al paciente no oncológico destacan demencias en mujeres (12) y EPOC en hombres (9).

Conclusiones: Se confirma que el perfil del paciente en cuidados paliativos no es exclusivamente oncológico. La difusión del programa de apoyo a pacientes con enfermedades avanzadas/crónicas/final de vida supone un incremento de derivaciones de pacientes no oncológicos a estos recursos. En la línea de los datos hallados en el informe del observatorio del cáncer de la AECC, en cuanto a evolución de la mortalidad y tipo de cáncer, los resultados obtenidos en el descriptivo de la muestra coinciden con estos, ya que el paciente con patología de cáncer de pulmón presenta mayor incidencia en mortalidad que cualquier otra patología oncológica.

PO 060. ¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO DE LOS COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

Esther Izquierdo Izquierdo¹, Julio García Guerrero², Francisco Pons Fraval², Francisco Javier Morales Gonzalez¹, Eufemia Marcos González², Domingo Javier Fabral Gil²

¹EAPS Cruz Roja Castellón, Castello de la Plana, España.

²Hospital General Universitario de Castellón, Castellón de la Plana, España

Introducción: Los Comités de Ética Asistencial (CEA) tienen tres funciones principales: ayudar en la toma de decisiones, elaborar protocolos de actuación y formación en bioética, no solo a los miembros del Comité, sino al resto

del personal de la institución. En la actualidad están profusamente regulados por normas estatales y autonómicas y su existencia es obligada por esta normativa.

Objetivo: Conocer el grado de conocimiento de la existencia del CEA y el grado en que se consulta entre los profesionales sanitarios del Departamento de Salud. Entre los objetivos específicos se valoró: el grado de conocimiento del CEA entre los profesionales sanitarios, la presencia de posibles conflictos éticos que hayan planteado dificultades en alguna ocasión. Identificar qué tipo de conflictos han presentado. Conocer sobre qué se le consultaría al Comité. Con respecto a la metodología se realizó un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal y analítico. La muestra requerida sería de: 292 personas. Se aplicó un factor corrector de un 15 % por la posibilidad de pérdidas o negativas a participar, necesitando por tanto una muestra total de: 343 personas. Tras el muestreo se elaboró un listado y se entregó el cuestionario. Dando instrucciones para la entrega en la secretaría de la planta donde prestan servicio. Se analizaron las respuestas, las tres primeras preguntas (¿Sabe de la existencia?, ¿Cuáles son sus funciones y si ha tenido algún conflicto?) son de respuesta cerrada y las otras dos (¿De qué tipo y qué consultaría al comité?) de respuesta múltiple. Al tratarse de variables cualitativas se expresaron en forma de frecuencias absolutas, frecuencias relativas y en porcentajes.

Resultados: Indican un alto porcentaje de profesionales que conocen la existencia del Comité, no quedando muy claro el nivel de conocimiento sobre las funciones, el porcentaje es más igualado. La mitad de los profesionales de la muestra han tenido algún conflicto ético, resaltando las decisiones al inicio o final de la vida. Un alto porcentaje expresa que consultaría sobre cualquier duda ética que tenga que ver con la asistencia a pacientes, seguido de dilemas para continuar o no un tratamiento.

Conclusión: Se concluye la necesidad de potenciar la figura del CEA, definiendo más precisamente sus funciones y potenciando su papel como órgano consultivo que realiza informes y recomendaciones, pero nunca normas u órdenes.

PO 061. PROYECTO INTecum: CONTIGO Y PARA TI

José Miguel Abad del Campo, María Teresa Ariño Charro, Marta Sánchez Sánchez, María Begoña Crespo García, María Alonso Villarrubia, Cristina Cuadrado Martín
Hospital San Telmo, Palencia, España

Introducción: INTecum es un proyecto dirigido a las personas y familiares de personas que tengan una enfermedad incurable, avanzada o progresiva y se prevea escasa posibilidad de respuesta a tratamiento. A estas personas se les incluye en el denominado Proceso Asistencial Integrado de cuidados paliativos de Sacyl. Se pretende garantizar los apoyos necesarios durante todo el proceso tanto sanitarios, sociales, espirituales y emocionales de forma proactiva para que puedan permanecer en el hogar elegido. Una vez incluidos, se ofrecen servicios de adaptación del hogar, asistencia personal, teleasistencia avanzada, voluntariado, gestión del duelo, un profesional de referencia... Las entidades implicadas en el proyecto son: la gerencia de servicios sociales/gerencia territorial de Servicios Sociales de Palencia, Conse-

jería de Sanidad, (hospital San Telmo y CS del área de Palencia), entidades locales (Diputación Provincial de Palencia, CEAS, ayuntamiento), Fundación San Cebrián, ASPRODES y plena inclusión, Asociación contra el Cáncer (AECC), Universidad de Valladolid, Organizaciones de personas mayores, mujeres, vecinales, etc., de Palencia. En algunos casos, los usuarios deben realizar una aportación a los servicios que dependerá de la capacidad económica. La capital, provincia y área de Palencia son actualmente el ámbito de proyecto piloto. Iniciado en febrero de 2019, se extenderá a lo largo de 1 año prorrogable por 1 año más hasta alcanzar 100 personas.

Objetivos: Dar a conocer y difundir este proyecto entre los diferentes profesionales.

Metodología: Revisión bibliográfica de la documentación presentada por la Junta de Castilla y León. Entrevistas con coordinadores del proyecto en Palencia.

Resultados y conclusiones: Se trata de un proyecto novedoso y útil para los pacientes y familiares que se encuentran en esta desagradable pero inevitable situación. Como profesionales de la salud y agentes de los servicios sociales debemos dar a conocer y saber orientar a la población diana de este proyecto. Cuando se da este desafortunado desenlace, tenemos que proporcionar los recursos óptimos para finalizar la vida de la manera más digna y confortable posible y, seguramente, en su entorno, será el medio elegido por ellos.

PO 062. EL ABORDAJE DE LA PLANIFICACIÓN DE LAS DECISIONES ANTICIPADAS (PDA) EN EL ÁMBITO RESIDENCIAL

Raquel Martínez

Residencia Geriátrica Sant Pau, Barcelona, España

Introducción: La transformación en el perfil de usuario/aria requirió cambio en el modelo de atención, situar al paciente y familia en el centro de los cuidados, diseñar un plan conjuntamente a partir de sus necesidades, preferencias y deseos. La bibliografía consultada y diversas encuestas concluyen que la mayoría de los pacientes en fase terminal desearían morir en sus domicilios si dispusiesen de una atención adecuada. El centro residencial es el lugar donde ha vivido y se convierte en el lugar idóneo para el cuidado en los últimos momentos de la vida. El objetivo del estudio es analizar si la mejora en la atención paliativa tiene relación con la elección del lugar de muerte.

Objetivo: Determinar si los factores que influyen en el lugar de muerte están relacionados con la atención proporcionada en el centro residencial.

Material y método: Es un estudio postintervención llevado a cabo en el centro residencial en el período entre 2015- 2018.

Resultados: Aumento número de pacientes crónicos complejos identificados. Resaltar descenso en el 2018.

Aumento progresivo de las PDA, 2015 se realizaron el 50 % de las PDA de los PCC y en el 2018 se realizaron el 78,95 %. En el 2015 el 85,71 % de las PDA eligieron como lugar de muerte el centro residencial. En el 2016-2017 el 100 % de las PDA eligieron el centro residencial y en el 2018 el 93,33 % de las PDA eligieron como lugar de muerte el centro.

Conclusiones: Los datos confirman aumento de PCC identificados y PDA realizadas. Señalar que en 2018 hay un descenso en el número de PCC identificados; se han analizado los éxitos del 2018 y el 11,11 % estuvieron ingresados menos de 15 días en el centro. Según instrumento NECPAL hubiesen sido positivos pero la brevedad de la estancia dificultó su identificación. Sí queda reflejado que en la mayoría de los casos con PDA el lugar de muerte elegido fue el centro. De manera que todo indica que conocer las preferencias y voluntades del paciente y familia permite elaborar un plan interdisciplinar, es decir, planificar la etapa de situación de últimos días. En definitiva, la realización de las PDA creemos que más que la elección en el lugar de muerte, si garantiza que el usuario /aria muera allá donde quiera, sea en el centro o en el hospital, acompañando durante todo el proceso para poder garantizar una muerte digna.

PO 063. ACEPTACIÓN Y COMPASIÓN EN LOS PROFESIONALES DE LA RELACIÓN DE AYUDA

María Nabal, Luisa Conejos, Lourdes Assesns, Joana Comanys, M.^a Luisa Aznar

Hospital Universitario Arnau De Vilanova, Lleida, España

Objetivo: Valorar el impacto de un Curso de Postgrado de Mindfulness de la Universidad de Lleida (UdL) en el grado de aceptación y compasión de los profesionales de la relación de ayuda.

Material y método: Población: profesionales de la relación de ayuda matriculados en un curso de postgrado sobre mindfulness.

Variables: edad, género, profesión y experiencia meditativa.

Acceptance and Action Questionnaire AAQ: evalúa la evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Constituye una herramienta fiable, práctica y útil para evaluar el desarrollo de estrategias que permitan superar el sufrimiento, aceptar sentimientos culturalmente señalados como negativos o nocivos para la vida (tristeza, miedo, desesperanza), y lograr ser un soporte para el desarrollo de un estilo de vida saludable.

Self Compassion Scale (SCS): contiene 26 elementos que miden componentes de la autocompasión: amabilidad/bondad hacia uno mismo, humanidad compartida, mindfulness. Los items se cuantifican según escala Likert 1-5.

Dinámica: El posgrado ofrece una parte teórica sobre el mindfulness, sus prácticas y su aplicación en contextos de la relación de ayuda y una parte de experimentación supervisadas. Cada participante se compromete a mantener un diario de prácticas que, al finalizar el curso, debe incluir 37 horas de respiración consciente, 33 horas de meditación, 2 sesiones semanales de: alimentación consciente, caminar consciente, yoga y body-scan.

Análisis: Desarrollamos un análisis descriptivo de medidas centrales y proporciones y un análisis comparativo pre/postintervención mediante la prueba de rangos de Wilcoxon.

Resultados: Los alumnos del postgrado fueron 29 (5 hombres y 24 mujeres); con una edad media de 41 años. Distribución según la actividad profesional: medicina (2), enfermería (1), psicología (3), trabajo social (7), educación (7), veterinaria (1), graduados sociales (3), fisioterapia (2) y otras

(3). Un 25 % tenían experiencia meditativa previa. Del total de alumnos disponemos de datos comparativos de 21. En el test AAQ los resultados muestran mejoría significativa en la aceptación y menor tendencia a la acción/reacción. Los participantes muestran menos evitación a la experiencia y más flexibilidad psicológica (diferencia media de 4,01 con $Z = -2,659$ y $p = 0,008$). En el SCS se muestran diferencias significativas postintervención en las tres subescalas: auto-compasión, humanidad compartida y mindfulness. En global existe una diferencia media de 1,62 con $Z = -2,739$ $p = 0,006$.

Conclusiones: El Postgrado de Mindfulness de la UdL favorece el bienestar de los participantes al mejorar la capacidad de afrontamiento y la flexibilidad, la autocompasión, humanidad compartida y la atención plena.

PO 064. CONSENSO EN LAS ESTRATEGIAS DE MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Agnès Calsina-Berna¹, Regina Gironés², Adoración Gozalvo³, José Miguel Esparza-Miñana⁴, Esther Falcó⁵, Josep Porta-Sales⁶

¹Institut Català d'Oncologia (ICO), Badalona, España.

²Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia,

España. ³Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia,

España. ⁴Hospital de Manises, Manises, España. ⁵Hospital

Son Llàtzer, Palma de Mallorca, España. ⁶Institut Català

d'Oncologia (ICO), Girona, España

Introducción: El estreñimiento inducido por opioides (EIO) es un efecto adverso muy frecuente en pacientes oncológicos tratados con opioides. En ocasiones, su abordaje desde la práctica clínica se hace de una manera inadecuada.

Objetivos: El objetivo principal fue recabar la opinión de un panel de expertos para establecer consensos respecto a las estrategias de diagnóstico y tratamiento del EIO en pacientes oncológicos.

Metodología: Se utilizó un método Delphi modificado en el que participó un panel multidisciplinar de 46 expertos. El comité científico definió un cuestionario estructurado con 67 puntos con aspectos relacionados con el diagnóstico, el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con EIO.

Resultados: Según los expertos participantes en el estudio un control inadecuado del EIO puede incrementar las visitas médicas (93,6 %), las visitas a urgencias (91,49 %) y, por ende, los costes sanitarios (97,87 %). Debido a la fisiopatología específica del EIO, su abordaje requiere de un tratamiento que actúe sobre su causa subyacente (95,75 %) y una reevaluación frecuente por parte de los profesionales sanitarios (97,87 %), especialmente importante durante la primera semana (91,5 %). Se deben considerar otras causas potencialmente implicadas en el desarrollo de la sintomatología en pacientes oncológicos cuando los antagonistas periféricos de receptores de opioides μ (PAMORA) no son efectivos en monoterapia (87,23 %), recomendándose en tal caso el uso de laxantes osmóticos junto con los PAMORA (72,33 %). En ese sentido, para un abordaje adecuado, es necesario tratar el estreñimiento funcional además del EIO (91,49 %) manteniendo la dosis de laxante previa a la administración de los opioides (78,72 %). En caso de que la combinación de laxante y PAMORAS no sea efectiva se puede considerar el uso de

enemas (78,72 %) o cambiar el opioide (72,34 %). En caso de impactación fecal se recomienda la desimpactación antes de comenzar el tratamiento con PAMORA (78,72 %). Por último, a la hora de evaluar la eficacia del tratamiento del EIO en pacientes oncológicos es importante considerar la opinión de los pacientes acerca de la mejora en su calidad de vida (100 %) y la evolución de los síntomas (100 %) mediante, por ejemplo, el uso de cuestionarios de evaluación de los síntomas que incluyan la opinión de los pacientes (93,61 %).

Conclusiones: En el presente estudio se establecieron una serie de recomendaciones para el manejo del EIO en pacientes oncológicos, en base a la evidencia científica y experiencia en práctica clínica de un comité multidisciplinar de expertos.

Agradecimientos: Estudio patrocinado por Kyowa Kirin Farmacéutica SLU.

PO 065. LAS ENFERMERAS DE MEDICINA INTERNA NECESITAMOS FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Verónica Gil Romero, Susana Laya Diestro, Natalia Úbeda Conte, Antonia Expósito López, Verónica Romani Costa

Hospital Universitari Mutua Terrassa, Terrassa, España

Introducción: Más de la mitad de las muertes en Europa ocurren en los centros hospitalarios, y casi la mitad de las personas que mueren en Europa han ingresado en un hospital de agudos durante su último año de vida. El personal de enfermería que atiende a pacientes ingresados de un servicio de hospitalización de medicina interna tiene la percepción de que está atendiendo a pacientes con pronóstico de vida limitado y supone que tienen necesidades paliativas.

Objetivo: Identificar y cuantificar las necesidades paliativas de los pacientes de nuestra unidad de hospitalización de medicina interna.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal. Las enfermeras investigadoras aplicaron el instrumento NECPAL a los pacientes ingresados en planta de hospitalización de medicina interna. La enfermera responsable del paciente responde la pregunta sorpresa (PS): ¿me sorprendería que el paciente muriese a lo largo del próximo año?; el indicador específico de severidad/progresión de enfermedad se responde mediante la revisión de la historia clínica y/o con el médico responsable; los demás parámetros asociados se evalúan a pie de cama.

Resultados: Se evaluaron los 17 pacientes que estaban ingresados, 10 hombres y 7 mujeres, con edad media de 78 años (entre 62 y 95 años). Presentaron NECPAL positivo 8 pacientes de los 17 evaluados; fueron 4 hombres y 4 mujeres, con edad media de 81 años (entre 64 y 95). Los 8 tenían la PS positiva; 5 de ellos cumplían con el indicador específico; los 8 tenían otros dos o más parámetros asociados. Los 9 pacientes que tuvieron la PS negativa, fueron 6 hombres y 3 mujeres, con edad media de 75 años (entre 62 y 86). Todos cumplían con el indicador específico; 1 no tenía ningún parámetro asociado, 3 tenían un parámetro asociado y 5 tenían dos o más parámetros asociados.

Conclusiones: Prácticamente la mitad de los pacientes fueron NECPAL positivo. Casi todos los pacientes tenían necesidades paliativas, independientemente del resultado

de la pregunta sorpresa. El personal de enfermería de hospitalización de los servicios médicos debemos tener habilidades en cuidados paliativos. El instrumento NECPAL nos ha acercado a la complejidad del paciente, y la escala ESAS nos ha parecido muy útil para explorar su sintomatología.

PO 066. INTERVENCIÓN EN EL PACIENTE CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

Joana Rodrigues, Jeanette Silva, Paula Paramés, Sónia Miranda, Ana Sofia Moreira, Bianca Vaz
Hospital Garcia D'Orta, Lisboa, Portugal

Introducción: La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa rápidamente progresiva (pronóstico aproximadamente 2 a 3 años) con gran complejidad sintomática, tanto por la multiplicidad de síntomas como por su intensidad. La intervención temprana del equipo de cuidados paliativos en el plano de atención a estos pacientes es impermeable para un enfoque biopsicosocial.

Objetivo: Comparación de resultados de la intervención de equipo multidisciplinario de cuidados paliativos en fases diferentes de enfermedad.

Método: Estudio de caso.

Resultados: MIG: mujer, 67 años, dependiente, ELA con 5 años de evolución, con deterioro motora agravado en los últimos 2 años (tetraparesia, bajo ventilación no invasiva (VNI) nocturna). Internada después de engaño asociado a dificultad respiratoria. Se asumió el diagnóstico de neumonía de aspiración, insuficiencia respiratoria global y disfagia. Iniciada antibioterapia empírica y VNI continuo, con evolución favorable y posibilidad de destete del VNI diurno. Por persistencia de disfagia, se colocó sonda nasogástrica y se solicita la colocación de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG). En esta fase, inició seguimiento por el equipo de Cuidados Paliativos (EIHSCP), que referenció a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). Durante el restante internamiento hubo necesidad varios ajustes terapéuticos por disnea, sialorrea y humor depresivo. Colocó PEG al 39° día de internamiento, sin interurrencias inmediatas. Sin embargo, falleció unas 24 horas después de la realización del procedimiento. MAO: mujer, 66 años, dependiente, con paraparesia desde 2017 a condicionar incapacidad para marcha en abril de 2018, presentando en ese momento también disminución de la fuerza de los miembros superiores y disnea para pequeños esfuerzos. Diagnosticada ELA en octubre de 2018. Admitida en el SU por postración, quedando internada con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria global. Inició VNI, con difícil adaptación. En esta fase, se inició el seguimiento por la EIHSCP con inicio de terapéutica opio, con mejoría sintomática y posibilidad del destete progresivo del VNI. Se elevó bajo oxigenoterapia diurna y VNI nocturno, con apoyo de enfermería, manteniendo acompañamiento con la EIHSCP que ha planeado gradualmente directivas anticipadas de voluntad.

Conclusión: El momento de la intervención de la EIHSCP vino en estos dos casos diferenciar la forma en que el proceso de enfermedad y el plan de cuidados se definió con el paciente y la familia. La intervención precoz de la EIHSCP permite al paciente y familia, además de un adecuado control sintomático, un acompañamiento emocional y apoyo en decisiones relacionadas con el plan de cuidados al final de vida.

PO 067. HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A ENEMAS

Ylenia Fernández Ramírez¹, José Fuentes Vigil²,
José María Fernández Lacín³, Purificación Vallina
Blanco⁴, Carmen Valdés Gómez⁴

¹Centro de salud La Felguera, Langreo, España. ²Equipo de apoyo en cuidados paliativos, Langreo, España. ³Centro de Salud El Natahoyo, Gijón, España. ⁴Equipo de soporte y atención domiciliaria, Gijón, España

Introducción: El estreñimiento es uno de los síntomas más frecuentes en pacientes oncológicos. Sus causas son múltiples, así como las posibilidades de tratamiento higiénico-dietético y farmacológico. El uso de medidas rectales, si bien debiera ser la última opción, están ampliamente extendidas desconociendo habitualmente los efectos secundarios que podrían pasar desapercibidos.

Presentación del caso: Varón de 88 años con hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y neoplasia de pulmón. DABVD, vida cama-sillón, vive con esposa (principal cuidadora).

Tratamiento: enalapril 10 mg, furosemida 40 mg, espirolactona 50 mg, bisoprolol 2,5 mg, MST® 60 mg, lactulosa sobres, Sevredol® 10 mg a demanda. En últimos meses refiere estreñimiento persistente a pesar de aumento de lactulosa y senósidos, requiriendo del uso de enemas Casen® incluso cada 3-4 días.

Refiere calambres en piernas y brazos, así como parestias en labios. Al realizar toma de tensión arterial aparecen espasmos en región del carpo, lo que nos hace sospechar que estamos ante un signo de Trousseau, siendo decisivo para el diagnóstico de la situación. Pruebas complementarias: hipocalcemia (calcio corregido 4,4 mg/dl) e hiperfosfatemia (9,6 mg/dl), glucemia 340 mg/dl, filtrado glomerular 45 ml/min/1,73, resto normal. ECG sin hallazgos.

Discusión: La hipocalcemia aguda presenta síntomas causados por la irritabilidad muscular: calambres, laringoespasmos, convulsiones y tetania. Esta última puede aparecer como paresia en labios, manos y pies.

El secuestro de calcio puede darse en situaciones con exceso de aporte de fosfato, el cual es empleado comúnmente en los laxantes y enemas. En 1998 se publicó un caso de hiperfosfatemia aguda tras 72 horas de administración de enemas en un caso de obstrucción intestinal. No obstante, no es hasta 2004 cuando la Agencia Española del Medicamento alertó sobre los riesgos de esta situación, modificando la ficha técnica añadiendo como efectos secundarios muy frecuentes el aumento de fósforo en sangre y como efectos muy raros tetania, hiperfosfatemia e hipocalcemia. Realmente los enemas no están indicados en estreñimiento (salvo impactación fecal) sino solo para evacuación previa a pruebas diagnósticas.

Conclusiones: Clínica secundaria a alteraciones electro-líticas desencadenadas por abuso repetitivo de enemas. Se ha observado que el uso habitual de estos, con alto contenido en fosfatos, pueden producir deshidratación, acidosis metabólica, fallo renal o tetania siendo más probable su aparición en pacientes con insuficiencia renal de base. Debemos conocer las indicaciones y posible aparición de efectos secundarios de todos los fármacos utilizados en nuestros pacientes para indicarlos con el balance riesgo-

beneficio más adecuado, valorando otras alternativas si fuera necesario.

PO 068. ANALIZAR SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS POR PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA DE HELLÍN

David Callado Pérez¹, Bárbara Rodríguez Martín¹,
Ruth Del Valle Apastegui¹, Rubén Cordero Bernabé¹,
Remedios Plaza Blazquez², Arancha Romero Cebrian²
¹Hospital de Hellín, Hellín, España. ²Hospital de
Villarrobledo, Villarrobledo, España

Los cuidados paliativos (OMS) son definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares 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, psicosociales y espirituales”. En el documento NICE (Gysels M, Higginson IJ, 2004) se habla de unos requisitos organizativos donde se cumplan los siguientes requisitos: disponibilidad, calidad y sensibilidad, coordinación en el trabajo, con criterios claros de derivación. Tal y como ya comentan nuestros compañeros en el País Vasco (Abaunza A, Jaio N, Landa V, Irurzun E, Galarraga ML, Balentziaga AR, Abando N, Geijo G, Domingo C, Esparta C, Regidor I, 2013), “la atención primaria, por su cercanía al paciente y longitudinalidad en el cuidado, debe ser considerada como un recurso esencial en cuidados paliativos y ser potenciada adecuadamente.” Es por eso que la colaboración multidisciplinar es crucial para mejorar la atención de los pacientes en situación paliativa. Además, al trabajar de forma constante con este tipo de pacientes, existe un enfrentamiento personal a la muerte, en lo que se convierte, en muchos profesionales, en un tema desagradable. El planteamiento de la pérdida de un ser humano será diferente según el enfoque sea como profesional o personal. Coincidiendo con el arranque de la unidad de cuidados paliativos domiciliaria (UCPD) en el área de Hellín, vemos necesario conocer la situación actual para poder plantear unos Objetivos concretos de trabajo.

Objetivos: Conocer que representa la muerte para los profesionales sanitarios, tanto en el ámbito personal como el profesional, y si la existencia reciente de muerte cercana en el profesional afecta a la atención que hace al paciente paliativo. Analizar situación actual de la atención paliativa impartida por los profesionales sanitarios de atención primaria previo al arranque de la UCPD en el área de Hellín.

Metodología: Investigación descriptiva realizada en los meses de abril-julio de 2019, mediante la cumplimentación de un cuestionario. La muestra planteada está formada por 56 médicos y 54 enfermeras que trabajan en atención primaria en el área de salud de Hellín.

Conclusiones: Recogidos los resultados, nos servirá de comienzo para dar soporte, desde la UCPD a Atención Primaria, así como mejora de la coordinación entre diferentes servicios que trabajan con el paciente paliativo.

PO 069. PROPOSICIÓN DE LEY DE “DIGNIDAD AL FINAL DE LA VIDA”: RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS ÉTICOS

Ángel López Triguero¹, Isabel Vila Iglesias²,
Arantza García Martínez², Lucía Balea Vázquez³,
Alfredo Valdés Paredes⁴, Irene Esperón Rodríguez⁵

¹Hospital Do Salnés, Vilagarcía de Arousa, España.

²Hospital Lucus Augusti, Lugo, España. ³Hospital da Costa, Burela, España. ⁴Centro de salud Valle-Inclán, Ourense, España. ⁵Hospital Meixoeiro, Vigo, España

Introducción: Tras la tramitación parlamentaria en 2018 del proyecto de ley que iba a regular la atención al final de la vida a nivel estatal, un grupo de profesionales interesados en la bioética nos planteamos si dicha ley solucionaría los problemas éticos que nos encontramos los profesionales en la práctica clínica o si generaría nuevos interrogantes.

Objetivos:

- Proponer recomendaciones desde la bioética, en relación al proyecto de ley de la “dignidad en el final de la vida”, que ayuden a mejorar este proceso respetando los valores de todos los implicados.
- Hacer recomendaciones que inspiren una futura ley.

Material y método: Inspirándonos en metodología Delphi, un grupo multidisciplinar de profesionales con formación y/o experiencia en bioética analizamos el texto del proyecto de ley desde cinco ángulos (información, toma de decisiones, incapacidad, atención integral, papel institucional). Analizamos preguntas sobre problemas éticos que nos suscitaba el texto y propusimos recomendaciones para darles respuesta. Priorizamos las preguntas según pertinencia e importancia, y las recomendaciones según importancia y factibilidad, utilizando escalas likert. Para el análisis estadístico utilizamos la media y la desviación típica. Descartamos algunos ítems que tenían bajo consenso, baja importancia, baja factibilidad, etc. Posteriormente realizamos una deliberación para elaborar un documento de consenso con las preguntas y recomendaciones priorizados.

Resultados: Somos 3 enfermeras, 2 médicos y 1 psicóloga, miembros de comités de ética y/o con formación en bioética. Obtuvimos 13 preguntas sobre problemas éticos:

- 2 sobre derecho a la información asistencial.
- 4 sobre derecho a la toma de decisiones.
- 2 sobre situación de incapacidad en el adulto.
- 2 sobre derecho a la atención integral.
- 3 sobre papel de las administraciones públicas e instituciones sanitarias y sociales

Propusimos 20 recomendaciones:

- 7 a administraciones o instituciones sanitarias.
- 9 a profesionales.
- 4 a la ciudadanía.

Conclusiones: Este malogrado proyecto de ley plantea muchos interrogantes para reflexionar. ¿Está bien planteado o genera más dudas? En él hay importantes novedades, como la Introducción de la planificación anticipada, pero otras cuestiones siguen quedando en el aire, dependiendo de valores, actitudes y sensibilidades de profesionales, gestores, políticos. La inexistencia de presupuesto específico deja en entredicho el verdadero interés de los políticos en

garantizar una buena muerte. Estas recomendaciones son una propuesta de un grupo de profesionales interesados en la bioética y los cuidados paliativos. Esperamos que puedan ayudar a la elaboración de una ley que responda a estas y otras cuestiones relevantes.

PO 070. CÓMO EVALUAR Y TRATAR EL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO

Esther Pérez Lledo¹, José Luis Giménez Tebar²,
Jaime Alcober Pérez², David Patiño Muñoz², Leandro
Miguel Martínez Soriano¹, Mónica García Torralba¹

¹UHD Pediátrica, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: La correcta valoración del dolor irruptivo oncológico (DIO) es uno de los aspectos claves a la hora de indicar un determinado tratamiento con el objetivo de controlar el DIO y mejorar la calidad de vida del paciente. Un tratamiento correcto solo es posible cuando va precedido de una adecuada evaluación.

El reto es descubrir no solo el síntoma que tiene el paciente sino los fenómenos que están influyendo en la percepción y expresión de ese síntoma.

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es el de conocer si estamos infravalorando la presencia de DIO en nuestros pacientes para poder realizar un tratamiento más adecuado y conocer las características de este DIO.

Material y método: Para detectar el DIO se utilizó el algoritmo de Davies modificado y en los pacientes que no presentaban DIO según dicho algoritmo, se les paso el cuestionario BAT (Breakthrough pain Assessment Tool), que evalúa el DIO. El BAT se compone de 14 preguntas; nueve de ellas relacionadas con el dolor y 5 relacionadas con el tratamiento analgésico.

Resultados: De los 42 pacientes, que según el algoritmo de Davies modificado no presentaban DIO, 11 de ellos tuvieron los siguientes resultados según el cuestionario de BAT: ¿Con qué frecuencia tiene dolor irruptivo?: menos de una vez al día: 0; 1-2 veces al día: 8; 3-4 veces al día: 3; 3-4 veces al día: 0. ¿Hasta qué punto le impide su dolor irruptivo llevar una vida normal?: 0: 0; 1: 0; 2: 1; 3: 1; 4: 2; 5: 1; 6: 3; 7: 2; 8: 1; 9: 0; 10: 0. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que toma el analgésico hasta que este es significativamente efectivo?: 0-10 min: 0; 10-20 min: 0; 20-30 min: 4; > 30 min:

Después de detectar el DIO en estos 11 pacientes, se les aplicó tratamiento con fentanilo intranasal y el resultado fue el siguiente: ¿Hasta qué punto le impide su dolor irruptivo llevar una vida normal?: 0: 4; 1: 1; 2: 3; 3: 2; 4: 1; 5: 0; 6: 0; 7: 0; 8: 0; 9: 0; 10: 0. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que toma el analgésico hasta que este es significativamente efectivo? 0-10 min: 11; 10-20 min: 0; 20-30 min: 0; > 30 min: 0.

Conclusiones: De los 42 pacientes que no presentaban DIO según el algoritmo de Davis, 11 de ellos al ser evaluados con el cuestionario BAT, sí que se detectó DIO, por lo habíamos infravalorado la presencia de DIO.

PO 071. VALORACIÓN DE DOLOR EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE RECIBEN ATENCIÓN PALIATIVA

Laura Rozalén Quintano

Centro San Juan de Dios, Ciempozuelos, España

Introducción: El dolor es un serio problema de salud pública y una de las causas principales por las que se acude al médico. Todos hemos sufrido alguna vez el dolor en nuestro propio organismo y cada uno de nosotros lo hemos sentido, vivido y expresado de forma diferente. Las personas que padecen enfermedad mental requieren una atención y valoración especial por su dificultad de expresar su dolor o estado. Este estudio cuenta con la aprobación del comité ético acreditado del Hospital 12 de Octubre.

Objetivo: Valorar y describir el nivel de dolor y las características de los pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos.

Método: Estudio cuantitativo, descriptivo, observacional y de carácter transversal.

Resultados: Un 60 % de la muestra verbaliza dolor leve, moderado o fuerte. Siendo mayor en los que toman tratamiento opioide ($p = 0,035$) y en los que presentan alteraciones neuropsiquiátricas moderadas ($p = 0,001$). Existe una correlación alta entre las diferentes escalas de dolor ($r 0,664-0,847$).

Conclusiones: La media de dolor en la escala analógica es de 3,19 (DE 3,19). El dolor está infravalorado en el ámbito sanitario por lo que se aconseja valorar de forma regular su intensidad e identificar y reconocer la etiología del mismo.

PO 072. LA IMPORTANCIA DEL VOLUNTARIO EN EL MOMENTO DE LA AGONÍA

Lourdes Corredera Parra, Alonso García de la Puente Rodríguez

Hospital Centro Cuidados Laguna, Madrid, España

Introducción: Ante el momento social actual en el que vivimos de globalización e individualismo, así como soledad y familias multiproblema, nos encontramos con una realidad social en la que muchos de los pacientes a los que atendemos en una Unidad de Cuidados Paliativos fallecen en situación de soledad.

Objetivos: Medir la importancia, para la familia, del acompañamiento del voluntario en pacientes que están en situación de agonía.

Método: Se aplicaron como criterios de inclusión:

- Estar ingresado en una unidad de Cuidados Paliativos.
- Ser el cuidador principal del paciente.
- Que los pacientes estuvieran en situación de agonía. Utilizamos la escala de Menten. Con puntuación superior a 4.
- Que durante el éxitus estuviera acompañado de un voluntario de UCP (para la pregunta n.º 2). Para ello se le realizan 2 preguntas a los familiares de los pacientes ingresados en una planta de paliativos durante 6 meses: 1) ¿Qué es más importante para Uds. sabiendo que su familiar va a fallecer?; 2) ¿Qué ha supuesto para ustedes que su familiar estuviera acompañado en el momento final?

Resultados: Tomamos una muestra de 82 cuidadores principales (no formales) de una unidad de cuidados paliativos. De los 82 pacientes 12 fueron los que murieron acompañados exclusivamente por un voluntario.

Preguntas planteadas nos encontramos los siguientes resultados:

1. ¿Qué es más importante para Uds. sabiendo que su familiar va a fallecer? Las respuestas han sido:
 - Que no sufra: 82.
 - Que no muera solo: 77.
 - Que no tenga dolor: 82.
 - Que esté tranquilo: 65.
 - Que deje sus cosas resueltas: 7
2. ¿Qué ha supuesto para Ud. que su familiar estuviera acompañado en el momento final?
 - Paz: 9.
 - Agradecimiento: 12.
 - Tranquilidad: 9.
 - Al menos no ha fallecido solo: 7.
 - Ha muerto solo: 1.

Conclusiones: Hemos comprobado cómo, efectivamente, una de las preocupaciones principales, en los familiares de personas al final de la vida es la de que estén acompañados y no fallezcan solos. Esto pone de manifiesto tanto la realidad social como la necesidad imperante de análisis e implementación de modelos que funcionen en el binomio paciente-familia. Ante los resultados obtenidos proponemos continuar con el estudio sobre los problemas asociados al cuidado de personas en el final de la vida por parte de las familias en el modelo actual familiar y social. De manera que pudiésemos analizar más a fondo la problemática existente por el modelo socio-familiar-laboral actual que impide el cuidado de los miembros enfermos de la familia.

PO 073. NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN EL PACIENTE PALIATIVO, ¿ENSAÑAMIENTO?

Esther Luna Chaves Rodríguez, Enrique Sánchez Relinque, Carolina Luque Amado

Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción, La Línea de la Concepción, España

Introducción: Se trata de un varón de 54 años con diagnóstico de adenocarcinoma de colon intervenido hace 3 años en tratamiento quimioterápico activo y progresión hace 2 años con metástasis pulmonar única intervenida, progresión hace un año con metástasis hepáticas encapsuladas y carcinomatosis peritoneal, pendiente de valoración de omentectomía. El paciente realiza una vida normal, jubilado, pasea a diario varios kilómetros a buen ritmo, tiene un hijo de 18 años y una hija de 20 años consientes e implicados en el proceso y una esposa con la que convive junto a su hijo totalmente consciente y muy colaboradora. Reingresa hace 8 meses en nuestro servicio por cuadro obstructivo, continuando con quimioterapia activa que se pospone durante el ingreso, con mejoría con corticoterapia endovenosa, procinéticos, tolerando líquidos y nutrición enteral con batidos hipercalóricos e hipercalóricos sin tolerar alimentación triturada ni sólida procediéndose el alta a domicilio. Varios días después reingresa con cuadro obstructivo por lo que se deja en dieta absoluta y se inicia nutrición parenteral total

a través del reservorio, siendo imposible la reintroducción de nutrición enteral, tolerando tan solo pequeñas cantidades de líquido. El paciente para mitigar la sensación de hambre mastica los alimentos y los escupe posteriormente. Se reinicia quimioterapia y el paciente vuelve a su actividad normal, siendo dado de alta con nutrición parenteral total a través de un reservorio de doble luz, siendo su esposa la encargada del recambio tanto de la nutrición parenteral total, como de la medicación que precise que se administra de forma endovenosa, junto al soporte de cuidados paliativos domiciliarios, hospitalarios y enfermera de enlace. Hace 2 meses progresión a pesar de varias líneas de quimioterapia, desestimándose nuevos ciclos de quimioterapia y omentectomía. El paciente continúa con nutrición parenteral total domiciliaria y tratamiento sintomático endovenoso. Presenta mayor astenia, aunque continúa caminando, requiere a veces silla de ruedas y va a la playa por las tardes, asistiendo a la graduación de ambos hijos y sin precisar nuevos ingresos por el momento.

Discusión y conclusiones: La nutrición parenteral domiciliaria es un recurso terapéutico más del que podemos disponer en algunos pacientes oncológicos terminales. Sin embargo, no es mucho lo que podemos esperar de la nutrición parenteral domiciliaria. Para algunos pacientes puede llegar a ser, incluso, una peor solución. En consecuencia, resulta imprescindible afinar las indicaciones lo máximo posible. Uno de los pasos fundamentales es involucrar al paciente en la toma de decisiones.

PO 074. TAMBIÉN SOMOS IMPORTANTES. CUIDARNOS PARA PODER CUIDAR

Montserrat García Sanz¹, Marta Cristina Agudo Rodrigo², Rosa Alegre Martín², Tania Díaz Díaz², Beatriz Martín Sallent¹, Olga Pérez García²

¹Asociación Española contra el Cáncer, Teruel, España.

²Centro de Salud Teruel Ensanche, Teruel, España

Introducción: Se sabe que el cuidar es una dura tarea, los profesionales que trabajamos en la atención paliativa nos centramos en conocer las necesidades de la persona a la que acompañamos estableciendo un vínculo, suponiendo una motivación diaria. La capacidad empática y la compasión son los instrumentos que utilizamos en nuestro día a día, pero estos mismos pueden también amenazar nuestro bienestar produciendo agotamiento. Este paradigma de cuidado y las demandas de este trabajo pueden ocasionar un desgaste emocional que acaba en fatiga por compasión y/o síndrome de burnout. La evidencia científica informa de que en esta especialidad hay riesgo de ambos si obviamos nuestro autocuidado.

Objetivos:

- Conocer si los profesionales de CCPP de Aragón se cuidan y si lo consideran importante.
- Comprobar cuáles son los recursos, qué tiempo dedican y qué aporta su empresa a ello.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal, con encuesta anónima de 13 ítems que se autoaplicó tras la impartición de una sesión formativa sobre autocuidado. Consta de dos partes: una sobre datos sociodemográficos; la otra, sobre la opinión y conducta del autocuidado. En el

estudio participaron 36 profesionales de CCPP de diferentes disciplinas de Aragón.

Resultados: De las 36 encuestas realizadas, 2 han sido invalidadas. La tasa de respuesta fue del 100 %; 88 % mujeres y 12 % hombres con una media 46 años. Participaron un 41 % médicos, 44 % enfermeros, 9 % psicólogos y 6 % TCAE. El 73 % de los profesionales pertenecen al sistema público SALUD, 2 % a la AECC y 21 % (HSJD de Zaragoza). La experiencia en CCPP ha sido: < 1 año: 15 %, 1-5 años: 29 %, 6-10 años: 6 %, 11-15 años: 29 % y >16 años: 21 %. El tiempo dedicado al cuidado de personas en su tiempo libre: 26 % sin cargas, 29 % dedica de 30 minutos a 3 h, el 16 % de 3-6 h, y el 29 % >6 h. Las actividades más elegidas han sido: reuniones sociales, lectura, música, cine, seguida de viajar e ir de compras.

Conclusiones:

- El total de los encuestados considera importante el autocuidado, la mayoría dedica entre 1-2 h/día al mismo pero un 15 % no dedican nada de tiempo.
- Un tercio dedica parte de su tiempo libre al cuidado de otros, aunque el 40 % considera que dedica el tiempo necesario al autocuidado.
- La mayoría considera que la empresa no favorece dicho autocuidado.
- No se han encontrado diferencias en tiempo dedicado al autocuidado en relación con la edad y la profesión.

PO 075. PERFIL DE LOS FALLECIMIENTOS EN UNA UNIDAD DE LARGA ESTANCIA SOCIOSANITARIA DURANTE EL AÑO 2018

Carme Masgrau¹, Montse Vila², Alba Pèlach²

¹Ponsatí, Quart, España. ²CSS La República, Salt, España

Introducción: En los últimos años en la unidad de larga estancia del centro sociosanitario donde trabajamos ha sufrido cambios tanto en el perfil de los usuarios atendidos como el de las familias. Cuando se abrió el centro los usuarios atendidos procedían de una unidad de psicogeriatría, la mayoría de los cuales llevaban años institucionalizados y con familias ausentes o con poca relación. Eso pasaba a finales del año 2009. Durante estos años el perfil de usuario ha cambiado y con ello su entorno, así como nuestro entorno laboral. Actualmente la derivación de pacientes del Servicio de Paliativos y Subagudos junto con la Unidad de Convalecencia son los servicios de donde proceden mayoritariamente los ingresos.

Objetivos: Detectar la procedencia y el tiempo de estada en el servicio de las personas que ingresan y que la evolución de la enfermedad termina con la muerte.

Durante este periodo el personal de enfermería hace el acompañamiento a la persona y da soporte emocional a los familiares.

Metodología: En la recogida de datos se ha utilizado el registro que se procede a hacer en el momento del ingreso y del alta para el CATSALUT. Se han incluido todos los pacientes que ingresaron durante el periodo 1 de enero de 2018 y el 31 de diciembre de 2018 con exclusión de un ingreso por falta de datos.

Conclusiones: El tiempo de ingreso de los pacientes que no proceden del servicio de paliativos es bastante superior al tiempo de los pacientes procedentes de este servicio.

El trabajo de enfermería a la aceptación de una situación irreversible, el deterioro del propio paciente y el acompañamiento del proceso hasta la muerte se convierte en la principal función. Detectamos la necesidad de formación “olvidada” que proporcione las herramientas para poder mejorar el acompañamiento del paciente y la familia, así como formación para gestionar las emociones del propio personal.

PO 076. NALOXEGOL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES (EIO). EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

Juan Romero Cotelo, Alba María Ruiz Martínez, María Pilar Vargas Arrabal, Lucía Castillo Puertollano, María Navío Botías
Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

Introducción: En la práctica clínica diaria, Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) y Servicios de Oncología, una de las principales complicaciones que nos enfrentamos al tratar el dolor oncológico es el estreñimiento inducido por opioides (EIO). Su control y tratamiento contribuye a mantener el cumplimiento analgésico y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Naloxegol es el medicamento autorizado para el tratamiento del EIO.

Objetivos: Determinar la respuesta de naloxegol prescrito a pacientes oncológicos que no pueden beneficiarse de fármacos laxantes convencionales cuando presentan EIO. Valorar la administración de naloxegol en la prescripción inicial de aquellos pacientes que no presentan respuesta a laxantes habituales.

Metodología: Revisamos retrospectivamente historias clínicas de pacientes tratados con naloxegol en últimos dos años incluidos en la UCP. Analizamos parámetros: tratamiento base con opioides usado, asociación con laxantes del naloxegol; efectividad fármaco, tanto en frecuencia defecatoria como si asocia o no efectos secundarios.

Resultados: 46 pacientes registrados, 35 (76 %) se prescribió tratamiento desde la UCP y 11 (24 %) por otros Servicios (Oncología Radioterápica y Oncología Médica). Sexo: 24 (52 %) hombres y 22 (48 %) mujeres. Patología: 23 (50 %) carcinoma de pulmón; 9 (19,6 %) carcinoma de páncreas; 6 (13 %) carcinoma urotelial y 8 (17,4 %) otro tipo de patologías diversas. Tratamiento de base: 37 (80,4 %) fentanilo TTS; 6 (13 %) morfina de liberación modificada y 3 (6,6 %) morfina liberación normal. A 39 (84,7 %) pacientes se administró el fármaco de manera habitual (25 mg/24 horas), 5 (10,9 %) pacientes (12,5 mg/24 horas) y 2 (4,4 %) pacientes (25 mg cada 72 horas). Del total, en 9 (19,6 %) pacientes se administró el tratamiento combinado con otro tipo de laxantes y 1 (2,2 %) de los pacientes abandonó el tratamiento. La duración media con el tratamiento fue de unos 3 meses. La frecuencia de defecación fue diaria en 40 pacientes (86,8 %); cada 48 horas en 3 (6,6 %) y en otros 3 (6,6 %) no se demostró buena efectividad. El único efecto secundario que se recogió fue diarrea en 2 (4,4 %) si con más frecuencia de “retortijones” tolerables.

Conclusiones: Tras evidenciar una respuesta positiva en el EIO en nuestros pacientes oncológicos, se propone la incorporación de naloxegol desde el inicio, en aquellos

pacientes en los que se disponga de una historia previa de estreñimiento resistente a laxantes convencionales. Su uso en pacientes oncológicos puede ser empleado con un buen control y seguimiento. El tratamiento es bien aceptado y efectivo por pacientes y médicos.

PO 077. RADIOTERAPIA SUPERFICIAL COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO PALIATIVO EFICAZ EN METÁSTASIS CUTÁNEAS

Arantxa Campos Bonel, Cecilia Escuin Troncho, Cristina García Aguilera, Pilar Sanagustín Piedrafitra, Marina Gascón Ferrer, Reyes Ibáñez Carreras
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción: En la evolución clínica de los tumores malignos se pueden desarrollar metástasis cutáneas, considerándose su presencia sinónimo de enfermedad rápidamente progresiva con bajos índices de supervivencia. Estas metástasis se manifiestan como lesiones dolorosas, sangrantes con pérdida de continuidad de la piel que conllevan a un deterioro de la calidad de vida de los pacientes.

La radioterapia superficial o de contacto es una técnica que permite irradiar las lesiones tumorales localizadas en piel de forma directa, conservando íntegros los órganos sanos de alrededor.

La radioterapia superficial con intención paliativa es un tratamiento que podría beneficiar a estos pacientes a mejorar el dolor y frenar el sangrado secundario, evitando tratamientos agresivos y permitiendo mantener una adecuada calidad de vida.

Objetivos: Exponer nuestra experiencia en la radioterapia superficial como una alternativa en el tratamiento con intención antiálgica y hemostática en pacientes con metástasis cutáneas.

Metodología: Desde mayo/2016 a junio/2019 se han seleccionado aquellos pacientes con metástasis cutáneas dolorosas o sangrantes, que fueron tratadas con radioterapia superficial. El tratamiento se administró a través de un aparato de ortovoltaje, de baja energía. De acuerdo con el tamaño tumoral se seleccionó el diámetro del aplicador más adecuado y se planificó dosis total y fraccionamiento del tratamiento. Se valoró el efecto antiálgico y hemostático, así como la reducción tumoral.

Resultados: 18 pacientes fueron analizados. La edad media de los pacientes fue 71 años. Se administró radioterapia superficial sobre la lesión con un margen. La dosis total administrada fue de 30 a 60 Gy, siendo la dosis por fracción de 3 a 8 Gy. Las sesiones tenían lugar de 1 a 2 veces por semana. El tiempo promedio de tratamiento fue de 4 semanas. El 72 % (13 pacientes) eran mujeres y el 28 % (5 pacientes) varones. En las mujeres, el tumor primario que con mayor frecuencia produce metástasis cutáneas es el cáncer de mama ductal o lobulillar (92 %), seguido de melanoma. En el varón, el 60 % de estas letálides es producido por el cáncer de pulmón seguido del melanoma. Al finalizar el tratamiento se observó disminución del tamaño tumoral y ausencia de sangrado en todos ellos, presentando como toxicidad, radiodermitis grado 1-2.

Conclusiones: La radioterapia superficial es una alternativa en el tratamiento con intención paliativo e las metástasis

cutáneas debido a su eficacia. Es una técnica no agresiva con muy buena tolerancia y escasos efectos secundarios para los pacientes.

PO 078. FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN SEPSIS Y CÁNCER AVANZADO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ezequiel Barranco Moreno¹, Lucía Fernández Rendón¹, Belén Gutiérrez Gutiérrez²

¹Unidad Cuidados Paliativos, Hospital San Lázaro, Sevilla, España. ²Servicio Enfermedades infecciosas, Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Son muchos los factores que influyen en el desarrollo de una infección en pacientes con cáncer avanzado; la malnutrición, la inmovilidad, la caquexia, la necrosis tisular, la alteración de la inmunidad, el fallo de órganos principales afectados por la enfermedad, los tratamientos con quimioterapia o radioterapia y todo esto favorecido además por técnicas intervencionistas que alteran las barreras naturales.

Objetivos: Conocer cuáles son algunos de estos factores que facilitan y aumentan el riesgo de infección en un grupo de pacientes con unas características muy específicas, sepsis y cáncer avanzado.

Metodología: Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo sobre una cohorte de 47 pacientes que ingresaron durante 24 meses consecutivos en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos con criterios de enfermedad oncológica avanzada y sepsis. Se cumplieron los criterios de sepsis según la Guía clínica de antibioterapia de nuestro hospital. Se midió el PPS1 de los pacientes al ingreso y al menos 10 factores de riesgo para la infección. Para la tabulación y análisis de datos, se empleó la hoja de cálculo Excel y programa estadístico SPSS.

Resultados: De un total de 47 pacientes con cáncer y sepsis al ingreso, el 65,9 % presentaron sepsis, el 25,5 % sepsis severa y 8,5 % shock séptico. Los tumores con mayor incidencia fueron los de pulmón (21 %) y próstata-vejiga (19 %). El PPS al ingreso fue mayoritariamente de 30 (36 %) y de 20 (29,7 %). La infección más frecuente fue la urinaria (44,6 %), seguido por las infecciones respiratorias (27,6 %). La mayoría de las infecciones fueron comunitarias (55,3 %) y dentro de estas relacionadas con los cuidados sanitarios (65 %), infecciones nosocomiales (44,6 %). Entre los 10 factores que medimos, habían recibido corticoides al menos 15 días antes del ingreso un 57,4 % de los pacientes, quimioterapia en los últimos 3 meses un 25,5 % y radioterapia en un 8,25 %. Todos los pacientes presentaron accesos venosos ya que todos fueron tratados con antibióticos intravenosos. La neutropenia solo aparece en un 2,1 % de los casos, y con igual porcentaje para los casos con nutrición parenteral o lesión medular, 4,25 % eran portadores de reservorio venoso, 4,25 % portaban catéteres de nefrostomía, 38,2% sondaje uretral y 4,25 % precisaron paracentesis.

Conclusiones: Son muchas las técnicas intervencionistas que realizamos en estos pacientes que contribuyen a que la infección sea frecuente al final de la vida. Hay que reflexio-

nar sobre la proporcionalidad de las mismas en aras de una mejor prevención de las infecciones.

PO 079. RESULTADO SESIONES FORMATIVAS IMPARTIDAS POR ENFERMERAS PADES, SOBRE FINAL DE VIDA A PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

María Isabel Castarlenas Sancho, Susana Aguilá Soriano, Marisa Garreta Burrel

Centro Forum Parc Salut Mar, Barcelona, España

Introducción: La atención en situación de final de vida (SFV), entendida como la prestación de cuidados a la persona en la última fase de su ciclo vital, puede oscilar desde pocos días hasta muchos meses según la situación del paciente y sus enfermedades de base. Los cuidados paliativos deben formar parte del cuidado de cualquier paciente independientemente del lugar en que sea atendido, siendo las dificultades de coordinación con el resto de especialidades médicas y los inconvenientes organizativos son los problemas más destacados. Muchas enfermedades oncológicas y no oncológicas (insuficiencias orgánicas y degenerativas) pueden implicar una muerte próxima. Los profesionales de Atención Primaria (AP) a menudo presentan conductas de rechazo y evitación en pacientes con SFV. El PADES es un equipo interdisciplinar de atención domiciliar, especializado en el manejo de pacientes paliativos y con síntomas de difícil control en SFV.

Objetivos: Conocer la valoración de los profesionales de AP en relación con las sesiones formativas realizadas por enfermeras del PADES sobre la atención al final de la vida.

Metodología: Dos enfermeras del PADES-FORUM llevaron a cabo dos sesiones formativas en el CAP Sant Martí (Barcelona) sobre la atención en SFV, dirigidas básicamente a profesionales de AP. La primera (20 minutos, en la Jornada MPOC AIS BCN Litoral Mar), sobre Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (exposición de contenidos/preguntas). La segunda (60 minutos) sobre Esclerosis Lateral Amiotrófica (Rol-play, exposición de contenidos/preguntas). Se pasaron cuestionarios de valoración.

Resultados: Sesión EPOC (n = 40): 16 enfermeras (40 %), 15 médicos (37,5 %), 9 (22,5 %) otros profesionales (fisioterapeutas, asistentes sociales...). Valoración: 8,6 sobre 10; lo más valorado: aprendizaje adquirido en cuanto al abordaje al final de vida. Sesión ELA (n = 16): 14 enfermeras (87,5 %) y 2 médicos. La utilidad de la sesión: media 8,2 sobre 10 (DE: 1,6); necesidad de aumentar conocimientos 8,3 sobre 10 (DE: 0,8); Aspectos más valorados: la capacidad de los docentes, los conocimientos adquiridos sobre el final de vida y sobre los recursos que ofrece el PADES.

Discusión/Conclusiones: En el proceso de atención al final de la vida intervienen diferentes profesionales y niveles asistenciales, aunque no todos ellos tienen el mismo nivel de experiencia y conocimientos para poder gestionarlo, ya que se requiere formación específica y visión global para adoptar decisiones y tener capacidad de intervención en las situaciones complejas. Las sesiones formativas de las enfermeras del PADES pueden ser clave en el empoderamiento de los profesionales de AP y deberían protocolizarse como parte de la actividad profesional para mejorar la atención a estos pacientes.

PO 080. COMUNICACIÓN PACIENTE Y FAMILIA EN UN ESCENARIO DE PACTO DE SILENCIO

Félix González Moreno¹, Emma María Cabrero Bestué², Patricia Benítez Valle³, Érica Aragón Ariza⁴, Fernando Carmona Espinazo⁵

¹Cruz Roja Española, Cádiz, España. ²Cruz Roja Española, Cádiz, España. ³Cruz Roja Española, Cádiz, España. ⁴Cruz Roja Española, Cádiz, España. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

Introducción: La comunicación entre el médico, el paciente y familia es uno de los factores fundamentales para garantizar una atención óptima al paciente. Situaciones como el denominado pacto de silencio pueden repercutir significativamente en la calidad de la atención y el bienestar percibido por el paciente.

El análisis de la calidad de la comunicación en esta triada (paciente, familia y profesional) es fundamental en la prevención y abordaje del pacto de silencio desadaptativo.

Objetivos: Identificar la incidencia de pacto de silencio en nuestro entorno y evaluar su influencia en la calidad de la comunicación intrafamiliar percibida por el paciente.

Metodología: Estudio observacional descriptivo y retrospectivo sobre una población que recibe atención paliativa en el hospital de referencia. Variables psicosociales registradas: edad, sexo, nivel de comunicación intrafamiliar.

Resultados: En el estudio participaron 292 pacientes. Presencia del pacto de silencio desadaptativo: 20 % de la muestra. El grado de satisfacción general de los pacientes con la comunicación intrafamiliar es muy satisfactoria en el 68 %, frente al 8 % que la percibe como deficitaria. En los pacientes con presencia de PS la percepción de la comunicación es muy satisfactoria en el 45 % de los casos y deficitaria en el 25 %, frente a la muestra en la que no existe PS en la que es muy satisfactoria en el 74 % de los casos y deficitaria solo en un 4 %.

Conclusión: Mayoritariamente, el paciente presenta un nivel de satisfacción elevado respecto a la comunicación con su familia, incluso en los casos en los que existe pacto de silencio. El estudio, sí refleja que el pacto de silencio repercute negativamente en la calidad de la comunicación entre paciente y familia ya que ante la presencia de pacto de silencio el número de pacientes con alto nivel de satisfacción disminuye frente al aumento de satisfacción deficitaria.

PO 081. LA PREVENCIÓN CUATERNARIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Cristina Catalina Fernández¹, Daniel Ramos Pollos², M.ª José Vázquez Abruña³, M.ª Cruz Aldudo Avilés³, Resurrección Vacas Cabornero³, Aranzazu Hernández Martínez³

¹Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa", en ACPD, Valladolid, España. ²Médico de Familia Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³Enfermera Equipo de Soporte domiciliario de Cuidados Paliativos, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Introducción: Los profesionales sanitarios no siempre somos conscientes del daño que pueden causar nuestras intervenciones. Si deseamos continuar cumpliendo uno de los principios cardinales de la bioética *primum non nocere*, hemos de evitar el menoscabo que, en ocasiones, provoca la actividad sanitaria. Por ello, uno de los conceptos surgidos en torno a esta realidad es el de prevención cuaternaria.

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño obviando actividades innecesarias, limitando el impacto perjudicial de alguna actuación y reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica. Este concepto fue introducido por el médico belga Marc Jamoulle y fue recogido en el Diccionario de Medicina General y de Familia de la WONCA.

Objetivos: Analizar la necesidad de integrar la prevención cuaternaria en la medicina paliativa.

Metodología: Revisión PUBMED con los términos "quaternary prevention" y "palliative care" en el que no se arrojaron resultados. El concepto de prevención cuaternaria todavía no ha sido relacionado con el enfoque paliativista a pesar del vínculo que se establece en la práctica.

Resultados: El encuentro médico-paciente en cuidados paliativos a menudo implica importantes dilemas respecto a la toma de decisiones sobre el proceso de enfermedad. Parece importante mantener un punto de vista crítico y saber cuándo la actuación sanitaria es innecesaria y hay que buscar alternativas no intervencionistas. Ejemplos de cómo seguir mejorando el abordaje paliativo desde una aplicación conceptual basada en la prevención cuaternaria podrían ser: la desprescripción, la no realización de técnicas o pruebas complementarias, excesos en rehabilitación, etc. Kopitowski propone algunas habilidades que pueden contribuir a la prevención cuaternaria: fomentar la alianza terapéutica, evitar la focalización sintomática, etc.

Conclusiones: La sociedad exige la salud eterna, es decir, la ausencia de enfermedad. Por eso, en muchas ocasiones la muerte es vista como un fracaso médico, y cuando llegamos al final de vida de una persona, en ocasiones resulta difícil de aceptar. Sin embargo, no hay que perder de vista la alternativa reseñada en torno a la prevención cuaternaria que valore los pros y los contras de las diferentes propuestas médicas con el objetivo de minimizar los riesgos. En cuidados paliativos se vive la realidad de la prevención cuaternaria a pesar de no haber introducido el concepto como tal, sin embargo, parece necesario seguir trabajando en esta línea.

PO 082. SOLEDAD EXISTENCIAL AL FINAL DE LA VIDA

Cristina Catalina Fernández¹, Melda Reyes Muñoz Rodríguez², Carmen Castro López³, Miriam Galán Campos⁴, Ruth Martín López⁵, Eva Tejedor Rodríguez³

¹Psicóloga Clínica, Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social "la Caixa" en ACPD, Valladolid, España. ²Psicóloga EAPS, Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de la Obra Social "la Caixa" en ACPD, Zamora, España. ³Trabajadora Social EAPS, Programa para la atención integral a personas con

enfermedades avanzadas de la Obra Social “la Caixa” en ACPD, Salamanca, España. ⁴Psicóloga EAPS, Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de la Obra Social “la Caixa”, en ACPD, Ávila, España. ⁵Psicóloga EAPS, Programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de la Obra Social “la Caixa” en ACPD, Salamanca, España

Introducción: La soledad existencial es un sentimiento que puede experimentar la persona cuando se siente sola a pesar de estar acompañada. Esto emerge con más fuerza cuando la muerte se percibe próxima.

Objetivos: Analizar la relevancia de la soledad existencial al final de la vida.

Metodología: Se ha realizado un diseño descriptivo, transversal e inferencial sobre una muestra de 80 pacientes que reciben atención paliativa. Los instrumentos de medida empleados han sido el cuestionario de detección de soledad existencial (EDSOL-V2) y el cuestionario de evaluación de necesidades psicosociales y espirituales del enfermo al final de la vida (ENP-E). Las variables incluidas en el estudio fueron: 1) la soledad existencial; 2) el sexo; 3) la edad; 4) la percepción de apoyo social; 5) el lugar de estancia; 6) las necesidades psicosociales y espirituales; 7) satisfacción con su vida; 8) sentimiento de paz; 9) sentido de la vida; y 10) apoyo en creencias y valores.

Resultados: Los resultados muestran que el 37,5 % de la muestra presenta soledad existencial. Sin embargo, no se han encontrado diferencias significativas entre la soledad existencial y las variables estudiadas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos demuestran que la soledad existencial forma parte de la experiencia de muchas personas que se encuentran al final de la vida.

Las variables sociodemográficas analizadas, edad y sexo, no evidencian diferencias significativas, por lo que será fundamental tener presente la soledad existencial de las personas al final de la vida independientemente de su edad o condición de género. Respecto a la edad, al abordar la soledad existencial al final de la vida, la persona podría enfrentarse a similares dificultades en relación con este sentimiento de aislamiento a razón de la enfermedad grave, independientemente de su edad. Por otro lado, el estudio demuestra que no hay diferencias significativas entre la soledad existencial y el apoyo social percibido. Precisamente, este aspecto es uno de los vértices de la soledad existencial ya que la persona que se encuentra en el proceso de morir se puede sentir sola a pesar de estar acompañado por otras personas. Sin embargo, todavía se observa una escasez de estudios al respecto. Por tanto, es una responsabilidad de los equipos y de los organismos que velan por la calidad de la atención paliativa, continuar investigando este concepto para incluirlo dentro de los planes de cuidados al final de la vida y dar respuesta a la soledad existencial asociada al proceso de morir.

PO 083. EFECTIVIDAD DEL PARCHÉ DE CAPSAICINA 8 % EN NEUROPATÍA DIABÉTICA DOLOROSA EN DOMICILIO. PROTOCOLO UHD

Jaime Alcober Perez¹, José Luis Giménez Tebar¹, David Patiño Muñoz¹, Leandro Miguel Martínez Soriano¹, Andrea Flor Tomas², Fernanda Jiménez Moreno²

¹UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ²Unidad del Dolor, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: El parche cutáneo de capsaicina al 8 % (Qutenza®) libera directamente en el sitio doloroso una alta concentración de capsaicina sintética, un agonista selectivo del receptor de potencial transitorio vaniloide 1 (TPRV1) provocando una disminución de la sensibilidad de los nociceptores cutáneos.

Está indicado para el tratamiento del dolor neuropático periférico localizado en adultos, con eficacia demostrada en neuropatía diabética. Puede usarse como tratamiento único o combinado con otros fármacos. Usualmente es bien tolerado, con mínimos efectos adversos sistémicos ya que su absorción es escasa y transitoria.

Objetivo:

- Comprobar efectividad del tratamiento con parche de capsaicina 8 % en ámbito domiciliario en paciente con neuropatía diabética (DN) dolorosa de larga evolución realizado por UHD.
- Crear un protocolo en nuestra unidad para aplicación de parche de capsaicina 8 % en domicilio.

Caso clínico: Paciente 50 años con DM 2 de años evolución remitido a nuestro Servicio por dolor en ambos pies de características neuropáticas (DN4 5 puntos) y EVA 6. En tratamiento con crema capsaicina 0,025 %, pregabalina 150 mg/12 h y morfina liberación retardada. Se procede a aplicación de parche de capsaicina 8 % en ambos pies bajo supervisión médica y enfermería sin complicaciones. Precisa fentanilo 100 sl por dolor procedimental. Se siguió protocolo UHD. Mejoría dolor a los 3 días con disminución EVA 1. Retratamiento a los tres meses por empeoramiento dolor con nueva mejoría.

Discusión: El parche de capsaicina 8 % redujo significativamente la frecuencia y la intensidad del dolor en pacientes con ND dolorosa. El inicio de la analgesia se inicia a la semana del tratamiento. El tratamiento con parche de capsaicina 8 % es bien tolerado, con acontecimientos adversos locales leves y transitorios en zona aplicación, lo cual hace que su aplicación en domicilio sea posible con supervisión médica y enfermería.

Conclusión: El parche de capsaicina 8 % en la práctica clínica proporciona un rápido inicio de analgesia en pacientes con ND dolorosa, con alivio sostenido del dolor. Asimismo, puede disminuir la medicación concomitante, como en el caso presentado. Utilidad de protocolo UHD para aplicación de parche capsaicina 8 % en ámbito domiciliario.

PO 084. DIME DÓNDE, TE DIRÉ CÓMO TE SIENTES. EMOCIONALIDAD EN FUNCIÓN DE LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR

Tamara Redondo Elvira¹, Sara Barbas Abad²

¹AECC, Guadalajara, España. ²Fundación Aladina, Madrid, España

Introducción: En la literatura se ha referido cierta predisposición a estados emocionales negativos (ansiedad y depresión) en determinados tipos de tumores como en las neoplasias de páncreas, aunque dada la sintomatología física que

suelen presentar, pone en duda si esta es causa o consecuencia del propio tumor. En cuanto al resto de localizaciones, también presentan una sintomatología física asociada que también puede ser causa de ciertos estados emocionales.

Objetivos: Estudiar si existen diferencias significativas en cuanto al estado emocional (depresión y ansiedad) en función de la localización del tumor: páncreas, tumores digestivos y resto de localizaciones.

Material y método: Estudio descriptivo correlacional con pacientes con cáncer avanzado (estadio III y IV) susceptibles de recibir atención psicológica en AECC. Variables analizadas: sexo, edad, tipo tumor, ansiedad y depresión (HADS).

Resultados: N = 60; media edad = 60,64 años; el 50,7 % son mujeres, el 26,7 % padece cáncer de páncreas; el 36,7 % padece otro tipo de tumor digestivo y el 36,7 % tumores fuera del aparato digestivo. Existen diferencias significativas en función de la localización del tumor en ansiedad (F = 16,554; p = 0,000) y depresión (F = 5,853; p = 0,005). En cuanto a ansiedad, existe diferencias entre los tumores de páncreas y digestivos respecto al resto de localizaciones (p = 0,000). En cuanto a depresión, existen diferencias entre tumores digestivos y resto de tumores (p = 0,004), sin embargo, no hay diferencias respecto al tumor de páncreas y digestivos (p = 0,456) y resto de tumores (p = 0,139).

Conclusión: Tradicionalmente el tumor de páncreas se relaciona con la aparición de depresión y, sin embargo, no existe diferencias significativas respecto al resto de tumores; mientras que en cuanto a ansiedad sí se observan diferencias respecto a otros tumores que no están localizados en el aparato digestivo. Por lo que parece indicar que la localización del tumor no es suficiente para explicar la aparición de estados emocionales negativos y habrá que tener en cuenta las características personales del paciente, así como el impacto de la enfermedad en todos los ámbitos de la vida del paciente. En base a ello, el psicólogo tiene que estar preparado para cambiar su actuación en función de los objetivos cambiantes que aparecen a lo largo de la situación de enfermedad avanzada.

PO 085. ATENCIÓN AL DUELO DE FAMILIARES ATENDIDOS EN LA UCP DEL HSS MUTUAM-GÜELL

Claudia Olmedo Marroquin, Anna Escolà Fustero, Neus Saiz Anton, Meritxell Naudeillo Cosp
Hospital Mutuam Güell, Barcelona, España

Introducción: En la atención integral de los cuidados paliativos, cada vez tiene mayor relevancia la inclusión de la familia en el proceso de atención de los equipos. El programa Atención Integral de pacientes al final de la vida y sus familiares de La Obra Social La Caixa (EAPS) ha tenido en cuenta, desde sus inicios, ofrecer una atención psicosocial a la familia durante la enfermedad, y posteriormente en el proceso de duelo. El presente estudio ofrece resultados cuantitativos obtenidos de dicha atención.

Objetivos: Valorar los pacientes y las familias atendidas en la UCP durante el año 2018 con necesidades de atención psicosocial. Determinar el número de familiares que posteriormente han solicitado seguimiento en el proceso de duelo. Establecer áreas de mejora.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo, realizado a través de la revisión de historias clínicas de los pacientes

atendidos en el proceso de final de vida en la UCP del HSS Mutuam-Güell desde enero a diciembre 2018.

Resultados: Durante el año 2018 ingresaron en la UCP 523 pacientes, 190 oncológicos y 333 no oncológicos, 326 de los cuales fallecieron. La edad media fue de 83,3 años (22-101), siendo el 43 % hombres y el 47 % mujeres. El 49 % de los pacientes fueron derivados de servicios hospitalarios (concretamente de urgencias y en segundo lugar por la UFISS de geriatría y/o paliativos), y el 36 % restante procedían de servicios domiciliarios especializados (PADES). El servicio de psicología del EAPS Mutuam-Barcelona atendió a 155 pacientes (30 % del total de ingresos), y a 151 familiares (29 % del total de ingresos). Observamos más necesidades de atención en las familias de pacientes procedentes de servicios de urgencias, a pesar de ser personas de edad avanzada. En el proceso de duelo, 18 familiares (12 %) solicitaron atención psicológica por dificultades en la adaptación a la pérdida.

Conclusiones:

- Los criterios de derivación al EAPS vienen definidos por el nivel de complejidad, siendo los profesionales de atención directa, quienes realizan el soporte emocional básico.
- La elevada rotación y el corto periodo de tiempo de ingreso influyen en el porcentaje de atención psicológica realizada.
- La intervención psicológica durante la enfermedad disminuye la necesidad de acompañamiento específico en el duelo.

PO 086. TRATAMIENTO DE SÍNTOMAS DE HERIDAS TUMORALES EN PACIENTES PALIATIVOS

Roger Moral Pereda, María Jesús Riquelme Fernández, María Isabel Balsera Trejo, José Manuel Pantoja Benítez
Hospital San Lázaro, HUV, Macarena, Sevilla, España

Introducción: El tratamiento de heridas tumorales en pacientes paliativos es poco conocido por muchos profesionales no adscritos a unidades oncológicas o de cuidados paliativos. A día de hoy se puede encontrar variabilidad en el tratamiento con diferentes visiones al respecto, siempre con un enfoque integral de atención, englobando manejo de síntomas, mejora del bienestar psicosocial, basada en un abordaje multidisciplinar, con metas enfocadas al paciente y familiares.

Objetivos: Con el uso de la hidrofibra hidrocoloide buscamos: mejora y control del exceso de exudado, control del olor, controlar y disminuir el sangrado, control del dolor y proporcionar el mayor confort y bienestar del paciente.

Material y método: Estudio descriptivo, donde se tratan durante dos meses 2 heridas tumorales de diferentes etiologías (Ca Cabeza-cuello y Ca. Vulva). La pauta de cura previo al ingreso en la unidad de paliativos era de 3-4 cambios diarios, con exudado excesivo, mal olor, dolor y abundante sangrado. Tras ingreso se modifica el tratamiento, protocolizando cura con: suero fisiológico, irrigación con polihexánida de betaína y uso de hidrofibra hidrocoloide con plata para control de la infección. Al ser heridas exudativas como apósito secundario usamos compresas. Para el manejo del dolor y el olor en el Ca. de vulva se utilizaba una fórmula magistral a base de lidocaína y metronidazol. En el caso

Ca. de cabeza-cuello se utilizó metronidazol para el manejo del olor, y para el control de los puntos sangrantes apósitos hemostáticos y ácido tranexámico.

Resultados: Las curas, se reducen de 3-4 diarias a 1 diaria. Control del olor, los primeros días asociamos metronidazol gel a la hidrofibra de plata, llegando a desaparecer totalmente en 2-3 días. Posteriormente solo se utiliza la hidrofibra de hidrocoloide con plata. Disminución del sangrado por la fácil retirada de la hidrofibra que no provoca rotura de vasos, para ello es preciso que el apósito se gelifique, humedeciéndolo con suero fisiológico previo a retirada. El manejo de puntos sangrantes se resolvió con la colocación de un apósito hemostático.

Conclusiones: Al conseguir un mayor control de exudado, las curas se reducen a 1 diaria. El olor desaparece totalmente en 2-3 días. Una correcta retirada de la hidrofibra hace que haya una disminución del sangrado en todo el lecho de la herida. Esta reducción del exudado, del olor y del sangrado aumenta la autoestima y confianza del paciente por lo que favorece a un mayor confort y bienestar.

PO 087. UN DÍA EN UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL PERIFÉRICO DE PORTUGAL

Hélder Joaquim Alves Pinto, Fernando Manuel Medina Menendez, Rita Sofia Pinto Lourenço, Diana Isabel Silva Costa, María Margarida Damas de Carvalho

Hospital Do Litoral Alentejano, Santiago do Cacém, Portugal

Introducción: La importancia de incrementar y desarrollar servicios de cuidados paliativos es reconocida a nivel internacional. En Portugal los cuidados paliativos se encuentran en evolución y desarrollo, existiendo una carencia de recursos humanos en los equipos que acompañan los pacientes con necesidades paliativas. El Servicio de Cuidados Paliativos observado consta con una Unidad de Ingreso Hospitalarios de Pacientes Agudos con 8 camas, Equipo de Apoyo Domiciliario (3 tardes por semana) y Equipo de Soporte Intrahospitalario (que realiza consultoría interna a los restantes servicios del hospital, Consultas Externas Programadas, Consultas Externas Urgentes y Hospital de Día). Está también disponible contacto telefónico 24 h al día, 7 días a la semana, para profesionales de salud, pacientes y cuidadores en caso de necesidad.

Objetivos: Conocer la actividad de un día en un Servicio de Cuidados Paliativos de un Hospital periférico de Portugal.

Metodología: Estudio observacional transversal descriptivo, recogiendo datos del proceso clínico de los pacientes. El análisis de los datos fue realizado con Microsoft® Excel®.

Resultados: En el día de la observación, el servicio contaba con: dos médicos, seis enfermeros, cuatro asistentes operativos, un guía espiritual, un fisioterapeuta, un psicólogo y un asistente social. La prevalencia de pacientes en seguimiento era de 51 (con una mediana de edad de 75,9 años, 47 con patología oncológica). Al inicio de la mañana se realizó la reunión del equipo multidisciplinar donde se discuten y definen los planes de cuidados. 6 pacientes se

encontraban hospitalizados en la Unidad de Cuidados Paliativos y 1 fue ingresado ese día (proveniente de la Consulta Externa Urgente). Se realizaron 2 consultas externas programadas, 2 consultas externas urgentes y 2 consultas domiciliarias. Recibimos 3 contactos telefónicos y, de estos, dos pacientes fueron evaluados en consulta urgente el mismo día. Se realizaron 14 contactos telefónicos, de ellos, 5 no respondieron. Fueron realizadas 4 consultas de psicología, 3 intervenciones por parte del asistente espiritual y 2 intervenciones de fisioterapia.

Conclusiones: La actividad fue diversificada, con intervenciones a nivel hospitalario, domiciliario, de tipo urgentes y programadas, presenciales o por consultoría no presencial. Se dio respuesta a todos los pacientes y familias que necesitaron algún tipo de apoyo, alcanzando un buen control sintomático y, así, contribuyendo para una mejor calidad de vida de nuestros pacientes y sus familias.

PO 088. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS CUIDADORES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Resfa María García Font, Joaquina Rodríguez Sánchez, Tomás Camacho Pizarro, Mariano D. Aguayo Canela, Ester María Ramírez Ortiz

Hospital Vázquez Díaz, Área hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Introducción: Las personas en las que habitualmente recae la responsabilidad de atender y asistir las demandas del enfermo en la fase terminal de su enfermedad suelen pertenecer al ámbito familiar más cercano. A pesar de la mayor tendencia actual de recibir los cuidados al final de la vida en la propia comunidad, diversas circunstancias hacen difícil a veces, permanecer en el hogar cuando la situación clínica y los cuidados aumentan su complejidad.

Objetivos: Identificar y describir a los cuidadores principales de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados paliativos oncológicos, así como sus características.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes que ingresaron en nuestra Unidad desde el 1 de Enero de 2018 al 31 de Diciembre de 2018. Se obtuvo un registro de los cuidadores principales de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Cuidados Paliativos Oncológicos.

Resultados: El total de pacientes que ingresaron en ese periodo fue de 389, de los cuales fallecieron 304 (78,1 %). El 62,5 % fueron hombres y el 37,5 % mujeres.

El 42 % del total de cuidadores fueron mujeres. Como cuidador principal un 40 % fue el cónyuge. Un 30 % los hijos, un 22 % otros familiares; no familiares 4 %. Un 4 % carecía de cuidador principal por lo que fue necesario la intervención del trabajador social.

Conclusiones: Las mujeres destacan en las actividades del cuidado de los pacientes oncológicos terminales en el final de la vida. La mayoría de los cuidadores son familiares directos del paciente o al menos conviven con Este. Existe un porcentaje destacado de pacientes que ingresan sin cuidador principal, en los que dada la situación de vulnerabilidad se requiere una intervención urgente del trabajador social, así como un abordaje psicosocial integrado.

PO 089. ADECUACIÓN EN LA DERIVACIÓN A UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Martín José Santiago Ayarza, Josu Irurzun Zuazabal, Andima Basterretxea Ozamiz, Eneko Madrigal Madero, Ana Belén Conde del Pozo, Ainara Larrazabal Arbaiza
Hospitalización a Domicilio de Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España

El 1 de diciembre de 2016 se inicia un acuerdo de colaboración entre Osakidetza y la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital de San Juan de Dios (HSJD) situada en Santurce. Dicho acuerdo permitiría la utilización de un número de camas en modalidad de ingreso convencional para pacientes con necesidades paliativas que cumplan los siguientes criterios: pacientes codificados de cuidados paliativos, en situación de últimos días de vida y con complejidad socio-familiar. Realizamos un estudio retrospectivo del año 2018 para analizar el impacto y la implementación de la apertura del citado recurso en el Servicio de Hospitalización a Domicilio (HaD) del Hospital Universitario de Cruces. Durante el periodo de estudio se atienden en el servicio 432 pacientes de Cuidados Paliativos, de los cuales 353 eran oncológicos y 79 no oncológicos. El número de fallecimientos en el domicilio es de 184 pacientes. Se realiza un total de 32 traslados al HSJD, siendo 11 mujeres y 21 hombres con un rango de edad entre 46-89 años. Estos pacientes generan 537 días de ingreso en HaD con una media de 16,7 días y una estancia entre 1-62 días. En HSJD generan 171 días de ingreso, con una media de 5,3 días y una estancia entre 1-22 días. Todos los pacientes trasladados pertenecen al grupo de pacientes oncológicos y en todos, el motivo de traslado fue por claudicación familiar. Al alta 31 pacientes fallecen y 1 es dado de alta al domicilio. La estancia en HSJD es: 21 pacientes entre 0-5 días, 7 pacientes entre 6-10 días y 4 pacientes con una estancia de más de 10 días. Las conclusiones a las que llegamos es que la utilización del recurso del HSJD por parte de HaD se ajusta a los criterios de derivación y que su impacto puede considerarse mínimo, considerando HaD un recurso válido y fiable para el control de síntomas en paciente de Cuidados Paliativos con alta complejidad, sin complejidad socio-familiar y para la fase final de la vida con un porcentaje alto (42 %) de fallecimientos en el domicilio. En los pacientes con complejidad sociofamiliar que genera claudicación familiar, la apertura del citado recurso con camas de ingreso hospitalario ofrece una posibilidad para una atención adecuada en estos enfermos.

PO 090. CUANDO TAMBIÉN DEBEMOS PALIAR LA CONTRATRANSFERENCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Lía Blasco López¹, Nahia Arostegui Uribe²

¹Centro de salud de San Ignacio, Bilbao, España. ²Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

La buena comunicación con nuestros pacientes es la base para establecer una relación de mutuo respeto y confianza. No solo es una herramienta para conocer mejor su historia, sino que a veces por sí misma también es una herramienta terapéutica, sobre todo durante los últimos días de la vida. La comunicación puede ser dolorosa, pero la incomunicación puede serlo aún más. Paciente del caso clínico: Lucía,

91 años con funciones superiores conservadas. Tras múltiples consultas en la medicina privada durante los últimos cinco meses con diagnósticos de “dispepsia, hipovitaminosis y anemia ferropénica” acude a nuestro hospital donde se le diagnostica una neoplasia metastásica de colon que le provoca un cuadro suboclusivo. Situación familiar basal: vive con sus dos hijas desde siempre, solteras, religiosas, que han dedicado toda su vida a su madre sin ningún otro familiar vivo. A nivel paliativo el manejo del cuadro sintomático era sencillo, pero la situación socio familiar lo dificultó: se trata de dos hijas demandantes que en las anteriores consultas médicas no recibieron el grueso de información que nosotros les dimos en nuestro primer contacto, lo que en consecuencia acabó siendo una barrera para la asimilación y aceptación de la situación de su madre. Afirmando que comprendían lo que nosotras y otros profesionales les trasladábamos, en numerosas ocasiones demostraron un comportamiento contradictorio, cuestionando el criterio médico e incluso la fragilidad física en la que se encontraba su madre. A su vez, así como en general la situación espiritual religiosa suele ser favorecedora, en esta ocasión no fue una herramienta de ayuda. Aprovechando este caso, se pretende recalcar la importancia de las habilidades comunicativas junto con el respeto, empatía y comprensión global de los factores externos de cada paciente y familia al final de su vida. Es importante reconocer la contratrtransferencia y como profesionales dominarla: la familia no pierde a una “paciente de 91 años”, pierde a la figura de su madre, y se tiene que facilitar que los últimos días con ella estén exentos de conflictos con el personal sanitario.

PO 091. PRESENCIA DE DOCUMENTOS DE VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS EN LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS

Pilar Balbuena Mora-Figueroa, Cristina Martín Rojo, Eugenia de la Hoz Adame, Daniel Ramírez Yesa
Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El documento de Voluntades Vitales Anticipadas (VVA) se ha desarrollado para que queden expresados valores vitales a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones sanitarias cuando no podamos expresarlas en situaciones de enfermedad avanzada e incurable, así como instrucciones sobre actuaciones que aceptamos o no llegado el momento.

Objetivos: Hasta el 2018 menos de un 1 % de la población en nuestro país realiza documento de instrucciones previas o VVA. Este corto porcentaje es concordante con el encontrado en otros países de nuestro entorno. La percepción general que expresamos muchos profesionales sanitarios es que es también muy escaso el porcentaje en los pacientes que se encuentran en situaciones de enfermedad avanzada. Pretendemos conocer si es realmente esta la situación de los enfermos que atendemos y si expresan sus deseos de algún otro modo.

Material y método: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de medida son los pacientes fallecidos mientras eran atendidos por nuestro equipo de soporte de Cuidados Paliativos área sanitaria del Hospital Universitario de Puerto Real entre el 1 de enero y el 30 de junio del 2018. Se realizó una revisión de las historias

de pacientes fallecidos en nuestra unidad en ese periodo y se comprobó si constaban de planificación anticipada de decisiones y cuantas tenían registrado un documento de VVA.

Resultado: De los pacientes fallecidos entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2018 (190) tan solo en tres de ellos se había registrado documento de VVA, un 1,58 %. En todas las historias revisadas constaba que se realizaba planificación anticipada y quedaban registrados por escrito deseos del paciente sobre temas como si continuar realizando actuaciones paliativas, mantenimiento de medicación, permanecer o no en su domicilio, así como preocupaciones y valores vitales.

Conclusiones: Si bien el porcentaje de registros de VVA en los pacientes en situación paliativa es mayor que el de la población en general, nos parece muy bajo el número de registros que se realizan durante esta etapa. Creemos que el hablar sobre decisiones al final de la vida con nuestros pacientes abordándolo junto a la exploración de la dimensión espiritual facilita el que se establezca un vínculo de confianza tal que puede parecerles innecesario dejar constancia en el documento de VVA. Sería aconsejable profundizar sobre el tema.

PO 092. DECISIONES ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON NECESIDADES COMPLEJAS

Merce Prat Martínez¹, Silvia Bleda García¹,

Josep María Monguet Fierro², Alex Trejo Omeñaca⁵,

Evelyn Martínez Escabias³, Pilar Pineda Herrero⁴

¹Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, España. ²Universitat Politècnica de Catalunya, España. ³Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España.

⁴Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España.

⁵Onsanity Solutions SL, Barcelona, España

Introducción: El colectivo de enfermería, en su ejercicio profesional requiere, además de adaptarse constantemente a nuevas situaciones, de habilidades para resolver problemas y tomar decisiones en situaciones inciertas y complejas. Los pacientes crónicos con necesidades complejas son pacientes con alta prevalencia de reingresos que requieren de un abordaje multidisciplinar, en el que enfermería cobra cada vez más valor. Por ello estos profesionales, deben tomar decisiones argumentadas y fundamentadas que faciliten la toma de decisiones compartida con el paciente y la familia sin olvidar los factores del contexto que condicionan la decisión.

Objetivos: Consensuar las decisiones más prevalentes a las que se enfrentan los profesionales de enfermería ante el cuidado de estos pacientes.

Metodología: Diseño: Estudio descriptivo observacional y transversal. Ámbito de estudio: Hospital Comarcal del Vendrell y Consorci Sanitari Parc Taulí (CSPT). Muestra: 50 profesionales de enfermería (20 del Hospital del Vendrell y 40 del CSPT). Se consideró la homogeneidad del grupo siendo todos ellos expertos en cronicidad y la heterogeneidad para asegurar la máxima variabilidad discursiva, siendo profesionales de diferentes ámbitos. Recogida de datos: los profesionales de enfermería a través de la técnica Real Team Delphi consensuaron las diez decisiones más prevalentes a que se enfrentan en su práctica diaria ante el cuidado de estos pacientes. La herramienta permitió votar el grado de acuer-

do con las decisiones propuestas y al momento ofrecía un retorno inmediato de la opinión del resto de personas consultadas que facilitaba a través de un proceso interactivo la discusión y la reflexión potenciando el consenso final.

Resultados: Las diez decisiones consensuadas fueron:

- Identificar si el paciente debe estar encamado, sedestar o deambular.
- Reinstaurar vía endovenosa para continuidad de tratamiento.
- Detectar signos y síntomas de alarma para solicitar valoración médica.
- Contención física en pacientes con agitación psicomotriz sin orden médica.
- Necesidad de limitación terapéutica y explicar al paciente y familia.
- Decidir si realizar una analítica cuando la petición no está solicitada.
- Cuestionar el alta del paciente.
- Decidir el grado de intensidad de curas en pacientes en situación final de vida.
- Derivar a otros profesionales.
- Decidir el momento para informar a la familia/paciente sobre temas relacionados con el proceso de cuidado.

Conclusiones: Las variables más predictivas del desempeño de una enfermera en relación con la toma de decisiones son la intención, la actitud en querer llevarla a cabo y considerarla indispensable y tener argumentos sólidos que permitan su argumentación.

PO 093. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA EN LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

Ana González Sánchez, Jorge Sanchís Muñoz

Consorci Hospital General Universitari de València (CHGUV), Valencia, España

Introducción: El desarrollo de la medicina en esta última década ha incrementado la expectativa de vida de las personas, pasando de una esperanza de vida de 34 a 80 años en este último siglo. Las patologías degenerativas son las que generan mayor consumo de recursos sociosanitarios. La población del Departamento de Salud sobre la que trabajamos, representa el 7,10 % de los 5.025.590 del total de habitantes. De estos 157.000 son mayores de 40 años. El fin de la utilización de este estudio es la identificación precoz de las personas con necesidades de atención paliativa y discriminación de pacientes que sean candidatos a recibir este tipo de atención. Mejorando la situación integral del paciente crónico, gracias a un formato "Checklist" sencillo de aplicar y que nos ayuda a codificar correctamente al "paciente crónico avanzado" (CIE10.Z. 51.5) anteriormente solo disponíamos del código CIE 9 V66.7 "paciente terminal con necesidades paliativas". Es fundamental la detección de este tipo de pacientes, los cuidados paliativos repercuten positivamente en los ellos y sus familiares, disminuyendo el número de urgencias e ingresos ofreciendo un cuidado integral y continuado.

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de pacientes con necesidades de atención paliativa valorados por un mismo facultativo en el servicio de urgencias durante un año.

- Describir sexo, edad, puntuación NECPAL, y enfermedades principales.

Material y métodos: Retrospectivo transversal desarrollado en pacientes mayores de 60 años que han sido valorados por la misma facultativa, en el servicio durante 1 año. Como variables secundarias: sexo, edad, puntuación NECPAL, patologías crónicas, comorbilidad. Estado actual, domicilio, área hospitalaria de ingreso.

Resultados: La prevalencia de los pacientes NECPAL+ ha sido de 44 %, con cuatro consultas anuales de media en urgencias, el 73 % requirieron ingreso hospitalario, patología cardiaca, oncológica y respiratoria como causa de ingreso. El 26 % han fallecido, y más de la mitad de estos lo hicieron en área extrahospitalaria. La edad media de 75 años, complejos medios, con cierta dominancia del sexo masculino en el número de consultas urgentes y necesidades paliativas, pero no así en los ingresos donde las mujeres repuntan con un 8 %, con patología cardiaca y demencia, en los hombres, la prevalencia de enfermedades cardiacas y respiratorias se anteponen. El 20 % de los pacientes mayores de 70 están institucionalizados.

Conclusiones: Precisamos de mayor inversión e interés por todos los sanitarios y medidas sociales, para la enseñanza y aplicación de los cuidados paliativos en los servicios sanitarios.

PO 094. LA UNIDAD DE ATENCIÓN PALIATIVA CONTINUADA PAL24

Concha Díaz Tordable, Carmen Folgoso Pérez, Marta Montes Romero

Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24, Gerencia de Atención Primaria, SERMAS, Madrid, España

Introducción: La atención paliativa específica continuada 24/7 es fundamental para garantizar una atención paliativa de calidad. La Comunidad de Madrid dispone desde el año 2010 de la Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24, única de su naturaleza, que garantiza la atención paliativa específica continuada a los pacientes incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos una vez finalizada la jornada ordinaria de los equipos de cuidados paliativos domiciliarios.

Objetivos:

- Proporcionar atención paliativa continuada específica a los pacientes en Programa de Cuidados Paliativos.
- Dar soporte, cuando lo soliciten, a los profesionales que atienden a pacientes que, aunque no estén en programa precisan de atención paliativa general.
- Gestionar los ingresos en las Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia (11).

Metodología: Esta Unidad, perteneciente a la Gerencia de Atención Primaria, dispone de 6 equipos formados por médico y enfermera de atención paliativa domiciliaria, que en turnos de 12/24 horas cubren los 365 días. Realizan la atención y seguimiento a demanda de los pacientes en Programa de Cuidados Paliativos que se encuentran en domicilio, o sus familiares/cuidadores, mediante llamada telefónica y resuelven en función de su naturaleza con consejo clínico o recursos sanitarios que vayan a domicilio.

Resultados: A lo largo del año 2018 esta Unidad atendió a 7.323 pacientes distintos, un 32 % más que el año 2017,

realizándose un total de 10.041 procesos asistenciales, lo que supone un 40 % más que el año anterior. El 52 % de los procesos asistenciales se pudieron resolver con consejo clínico y en el 48 % hubo que movilizar recursos a domicilio para poder completar la atención. Se gestionaron un total de 3.471 ingresos en Unidades de Cuidados Paliativos de Media Estancia, de los cuales un 57% tuvieron origen en hospitales.

Conclusiones: La revisión de los datos expuestos evidencia que la Unidad de Atención Paliativa Continuada Pal24, consolida su utilidad y eficacia en la atención paliativa continuada de calidad a los pacientes en Programa de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, como un elemento necesario del mismo que aporta valor en la atención a estos pacientes, y se constituye en un referente para el soporte a profesionales no paliativistas que en su práctica clínica identifican necesidades de atención paliativa generales pero precisan de apoyo para su adecuada atención.

PO 095. FACILITANDO LA DESPEDIDA

Nuria García Martínez, María del Pilar Vázquez Beltrán, Melda Muñoz Rodríguez, María José Vicente García
Equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos del Complejo Asistencial Zamora, Zamora, España

Objetivo: Describir la detección de necesidades e intervención con el cuidador principal de un paciente con enfermedad avanzada y pronóstico de vida limitado.

Método: Estudio de caso único. Mujer de 39 años. Parálisis cerebral y cáncer de esófago con pronóstico de vida limitado. Inicia seguimiento por el Equipo de cuidados paliativos domiciliarios. Hermano independiente, negación del estado de la paciente. Padres divorciados, convive con su madre (cuidadora principal). Madre en proceso de duelo reciente (hermana que le ayudaba con el cuidado de su hija), sobrecarga del rol de cuidador. Elevada sintomatología ansiosa y depresiva, temor a progresión y complicaciones de la enfermedad de su hija, dificultad para delegar cuidados y pedir ayuda, limitados contactos sociales y en situación de excedencia laboral. Se inicia intervención adaptada en su propio domicilio, basada en identificación de fuentes de sufrimiento evitables, manejo y expresión emocional, comunicación y apoyo social, afrontamiento en cuidados y decisiones terapéuticas, creación de un significado de la experiencia que está viviendo, manejo de las pérdidas, despedida y atención al duelo.

Resultados: Durante la intervención se objetiva una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva y adaptación de los cuidados y decisiones terapéuticas. Tras el fallecimiento, manejo adecuado de la pérdida y desarrollo de un duelo anticipado, con progresiva recuperación de contactos sociales y vida laboral.

Conclusiones: La intervención en pacientes en fase final de la vida no debe centrarse exclusivamente en el paciente, sino que resulta primordial incluir a la familia, ya que la facilitación de un duelo anticipado a la pérdida real de un ser querido ayuda a la integración gradual de la pérdida, la resolución de asuntos inacabados, el cambio de esquemas sobre la propia vida e identidad y el establecimiento de planes de futuro que previenen el desarrollo de un duelo patológico.

PO 096. LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA) Y CUIDADOS PALIATIVOS (CP). NO ES ORO TODO LO QUE RELUCE

María Elena Uceda Torres¹, Juan Nicolás Rodríguez Rodríguez², Susana Ramírez García², Francisco Alvarado Gómez³, José Luis Sánchez Ramos⁴

¹Equipos de Soporte Área Hospitalaria, Huelva. ²Servicio Hematología Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

³Biblioteca SSPA. Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

⁴Escuela de Enfermería. Universidad de Huelva, Huelva

Introducción: En los últimos años se ha producido un creciente interés para integrar los CP en las enfermedades hematológicas. Esta tendencia debería suponer también un incremento en el número de publicaciones al respecto, sin embargo, es algo que no se ha evaluado. Para ello, hemos elegido la LMA como patología hematológica de muestra por sus características particulares (tasa de curación moderada, alto impacto emocional y material, facilidad para cambiar el estatus del paciente de tratamiento activo a paliativo) y PubMed como base bibliográfica por su uso fácil y extendido.

Objetivo: Analizar el número y la temática de aquellos artículos en relación con la LMA en fase CP.

Método: Se ha realizado una búsqueda bibliográfica entre los años 1950 - febrero de 2019 con las palabras clave: "Acute Myeloid Leukemia" AND "Palliative Care OR Palliative Medicine OR End-of-Life Care". Los artículos fueron seleccionados con los siguientes criterios de exclusión: a) Tratamiento activo o activo con intención paliativa; b) no referencia a pacientes paliativos; c) otros: idioma no español o inglés, no referencia a LMA, biología molecular, criterios pronósticos, etc.

Resultados: Se han obtenido un total de 306 artículos de los cuales fueron seleccionados como válidos 44 (12,2 %). La principal causa de exclusión fue la referencia a tratamiento activo o activo con actitud paliativa (36,6 %). Los artículos seleccionados como válidos presentaban la siguiente temática: a) referencia a aspectos éticos (incluyendo papel/relación de los distintos profesionales con el enfermo en los últimos momentos de la vida, comunicación, ética del uso de algunos recursos como transfusiones o antibióticos, limitaciones del esfuerzo terapéutico, creencias religiosas, derechos del paciente, relación con grupos especiales de pacientes como niños o adolescentes): 22 (50 %); b) cómo integrar los cuidados paliativos en las patologías hematológicas: 7 (15,9 %); c) clínica: 6 (13,7 %); d) uso de recursos: 5 (11,3 %); e) otros: 4 (9,1 %).

Conclusiones:

1. A pesar del aparente elevado número de artículos en referencia a los CP en pacientes con LMA, sólo una pequeña parte de ellos (12,2 %) hacían realmente referencia a cuidados al final de la vida. La mayor parte se refieren a tratamientos activos aplicados de forma paliativa o a comparaciones de tratamientos activos con la actitud de "no tratar".
2. Los problemas éticos que plantean los pacientes con LMA no difieren básicamente de cualquier otro paciente oncológico.
3. La clínica específica o consumo de recursos en estos pacientes han sido escasamente estudiados y estos estudios son relativamente antiguos.

PO 097. VALORACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA SOBRE LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA FÍSICA

Alba María Robles Farto¹, Elena Fernández Martínez², Natalia Arias Ramos², Cristina Liébana Presa², Leticia Sánchez Valdeón¹, Ana Isabel López Alonso¹

¹Universidad de León, León, España. ²Universidad de León. Campus de Ponferrada, Ponferrada, España

Introducción: La asignatura de cuidados paliativos proporciona a los estudiantes de enfermería conocimientos acerca de los cuidados de calidad relacionados con el final de la vida física. Las demandas sociales han evolucionado al mismo tiempo que el propio concepto de cómo asumir y gestionar la muerte. La familia se ha convertido en un pilar fundamental de estos cuidados junto con la comunicación terapéutica y el control de síntomas. El cuidado centrado en la persona ha de incluir las necesidades del enfermo y su familia en cualquier ámbito que las demande.

Objetivos: Describir la valoración de los estudiantes de enfermería sobre los aspectos más importantes de los cuidados en el final de la vida.

Metodología: Estudio descriptivo transversal, realizado en una universidad española. De los 40 estudiantes matriculados, se obtuvo una muestra de 29. Los datos se recogieron a través del programa informático "LimeSurvey", y se analizaron con el paquete estadístico SPSS 25.0. Complimentaron un cuestionario *ad hoc* de forma anónima y voluntaria tras cursar la asignatura donde se recogieron datos sociodemográficos y opiniones sobre la importancia de los aspectos del cuidado al final de la vida física.

Resultados: El 82,9 % de los estudiantes fueron mujeres. Su media de edad fue de 21,41. El 82,6 % califican como muy importantes los aspectos emocionales del cuidado y menos importantes los físicos, sociales y espirituales. El 100 % califica como muy importante el control del dolor, seguido de la comunicación con el enfermo y su familia. Dar información realista, permanecer al lado del enfermo, o que los profesionales estén presentes a la hora del fallecimiento, reciben valoraciones muy diversas.

Conclusiones: Los estudiantes de enfermería, de esta muestra, dan más importancia a los aspectos emocionales del cuidado que a los físicos, sociales y espirituales. El control del dolor fue el cuidado que obtuvo una mayor valoración. Otros aspectos como permanecer al lado del enfermo o que los profesionales estén presentes en el momento de la muerte, obtuvieron menores calificaciones. Algunos autores, siguiendo las recomendaciones de la guía de la SECPAL, consideran que estos aspectos mejorarían, en el futuro enfermero, con la utilización de herramientas didácticas a través de los juegos experimentales en el aula, facilitando su concienciación a partir de la simulación. Las limitaciones fueron la escasa recogida de datos y el sesgo para la variable género.

PO 098. ¿QUÉ ENTENDEMOS POR BUENA MUERTE?

Sabela Maceda García, Ana Amado Mera, Anabel Vidal de Azpiazu, Carlos José Losada López, Isabel García Sanjiao, Rebeca Deus Fernández Cruz Roja-EAPS, A Coruña, España

Introducción: El Hastings Center publicó un importante documento de consenso en el que se concluye que los fines de la medicina del siglo XXI deben ser algo más que la curación de la enfermedad y la prolongación de la vida, incluyendo entre ellos el ayudar a las personas a morir en paz. Sin embargo, hay pocos estudios en los que se explore cómo mueren los pacientes en nuestro contexto.

Objetivo: Este trabajo pretende avanzar en el conocimiento de la forma en la que mueren los pacientes ingresados en una unidad de cuidados paliativos, identificando además qué variables atribuye la familia y también los profesionales sanitarios como definitorias de una muerte en paz.

Metodología: Se ha evaluado la percepción acerca de cómo murieron 20 personas ingresadas en una Unidad de Cuidados Paliativos preguntándole a sus familiares y a los profesionales implicados en su atención si consideraban que el paciente tuvo una muerte en paz o no y pidiéndoles que describiesen el porqué de su respuesta. Para ello, se protocolizaron las preguntas en torno a esta cuestión y se incluyeron dentro del protocolo de llamada de valoración de duelo, que se realiza entre 15 y 30 días después del fallecimiento, en el que se valora el ajuste a la pérdida y se ofrece apoyo psicológico si procede.

Resultados: El 70 % de los familiares, el 92 % de los médicos y el 66 % del personal de enfermería estaban completamente de acuerdo o bastante de acuerdo con que el paciente murió en paz. Mientras que los familiares valoraron como más importantes en la definición de una buena muerte variables de tipo psicosocial, los profesionales sanitarios atribuyeron la muerte en paz fundamentalmente a aspectos somáticos. Los buenos resultados en satisfacción con la atención prestada hacen pensar que los profesionales sí incluyen en su práctica habitual aspectos que van más allá de lo somático. La mayoría de las personas respondieron en relación con los últimos días y no tuvieron en cuenta el proceso de enfermedad.

Conclusiones: Los resultados de este trabajo constituyen una prueba más de la necesidad de considerar los aspectos psicológicos, espirituales y sociales en el final de vida. Se deriva también la importancia de la formación a profesionales sanitarios en aspectos psicosociales y en la implicación que estos tienen en la forma de morir de las personas, favoreciendo el screening de necesidades en este ámbito y mejorando la comunicación con la familia.

PO 099. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS CON PRONÓSTICO DE VIDA LIMITADO Y NECESIDADES PALIATIVAS

Manuel Castillo Padrós¹, Andrea Afonso Días¹, Beatriz Jiménez Canet², José Alejandro Medina García¹
¹Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. ²Gerencia de Atención Primaria, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción: Una proporción importante de los pacientes hospitalizados en Servicios de Medicina Interna presentan un alto grado de fragilidad, necesidades complejas y pronóstico de vida limitado.

Objetivo: Desarrollar un proyecto de atención específico para pacientes de elevada complejidad asociada a peores

expectativas vitales. Se propone como primer paso explorar las características específicas de aquellos fallecidos como base para identificar mejor la población objetivo y desarrollar la intervención posterior.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las características poblacionales, clínicas y asistenciales de los pacientes fallecidos durante el año 2017 en el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital.

Resultados: Durante 2017 fallecieron 139 pacientes (86 hombres y 53 mujeres) con una media de edad de 76 años. El 75 % (103) de los pacientes no habían tenido ingresos recientes. La mediana de estancia durante el ingreso en el que se produjo el fallecimiento fue de 9 días (3-18). La causa principal de los fallecimientos fueron las infecciones (55 %) con predominio de las respiratorias (43 %) seguidas de la insuficiencia cardíaca (29 %) y el cáncer (20 %). Las patologías previas más prevalentes fueron la insuficiencia cardíaca (40 %), el cáncer (30 %) y la EPOC (27 %). En los últimos días de su vida la mayor parte de los pacientes recibieron tratamientos específicos para el alivio del sufrimiento (opioides 75 %, sedantes 67 %, antisecretorios 50 %) siendo la disnea el síntoma refractario identificado con mayor frecuencia (50 %).

Conclusiones: Un proyecto dirigido a optimizar la asistencia y cuidados recibidos por pacientes con extrema fragilidad en nuestro medio debería evaluar de formar prioritaria las necesidades de personas de mayor edad afectas de enfermedades crónicas en fases avanzadas otorgando especial importancia a la descompensación de estas patologías y a la concurrencia de procesos intercurrentes como las infecciones como factores indicadores de un ensombrecimiento de su pronóstico vital. A partir de estos resultados deberíamos progresar en el desarrollo de un proyecto de identificación, evaluación y cuidados ajustados a las condiciones especiales de esta población.

PO 100. ESPIRITUALIDAD EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Sara Barbas Abad¹, Alexia Zamora Barrio¹, Tamara Redondo Elvira², Gema Resa Ortiz¹, Celia Ibáñez del Prado³

¹Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

²Asociación Española contra el Cáncer, Guadalajara, España.

³Hospital Virgen de la Poveda, Villa del Prado, España

Introducción: Presentamos a través de un caso clínico el trabajo psiconcológico llevado a cabo con un niño de 10 años, A., con leucemia mieloide aguda sometido a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). El paciente muestra un cambio de actitud frente a la enfermedad en el momento en que se acoge su espiritualidad y se pone énfasis en ella. Familia proveniente de Perú, vienen a Madrid para TPH.

A su llegada, presenta alto grado de información y control sobre enfermedad, así como sobre síntomas y tratamiento; tranquilo, familiar, apegado a creencias religiosas.

Objetivos: 1. Describir un caso complejo a nivel clínico y espiritual de un paciente que acude a nuestro centro para tratamiento. 2. Reflejar las necesidades espirituales (NE) halladas en un niño de 10 años con percepción de muerte

próxima (PMP), así como evidenciar la existencia de las mismas en pacientes de corta edad.

Método: Tras TPH, recaída, acompañada de múltiple sintomatología, hospitalización para control síntomas.

Presenta cuadros dolor agudos, demanda alta mórficos, vómitos, disfunción hepática aguda, etc.

Ingresos UCI, generan ira y miedo. Verbaliza querer morir en varias ocasiones. Pierde sensación de control que antes generaba seguridad, comienza afrontamiento de indefensión centrado en abuso de sustancias, escasa colaboración cuidados. A. padece crisis de ausencia, demanda presencia de psicólogo. Refiere, atemorizado, haber visto las puertas del cielo abiertas para él, cuenta que ha rechazado entrar, dice tener muchas cosas que hacer antes de marcharse. Con esta verbalización se evidencia PMP, congruente con estado clínico, a lo largo de varias sesiones, se aprecian las siguientes NE: ser reconocido como persona; búsqueda sentido; necesidad reconciliación y sentirse amado; trascendencia vertical y horizontal, y relectura de vida. Se trabaja cobertura de NE a través de la búsqueda de satisfactores para las mismas.

Resultados: Reducción del sufrimiento del paciente generado por sensación de falta de control, así como por NE no cubiertas. A. se siente más seguro, accede a cuidados padres y equipo, mejora la comunicación emocional familiar, se siente más participe en tratamiento. Estado emocional pasa, de la ira a la calma, y establece como pacto el nacimiento de su sobrino dos meses más tarde. Comienza resolver asuntos pendientes acordes edad.

Conclusión: Con este caso clínico queremos evidenciar la existencia de NE en pacientes de corta edad. Es necesario, por tanto, continuar la investigación en este sentido para poder mejorar la calidad de la evaluación y la atención espiritual en este tipo de unidades.

PO 101. EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS MÁS PREVALENTES EN LA PRIMERA VISITA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

Sandra Sánchez Moreno, Feliciano Sánchez Domínguez, Francisco José Vara Hernando, Nerea Sánchez Sánchez, María Purificación Sánchez Chaves, María Paulina Pérez Yuste

Hospital de los Montalvos, Salamanca, España

Introducción: Un paciente terminal según la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) se caracteriza por la presencia de una enfermedad avanzada, progresiva y que además es incurable, tiene una falta de respuesta a tratamientos específicos, numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes junto con un gran impacto emocional tanto en el paciente como en la familia y equipo terapéutico.

Objetivo: El objetivo principal es evaluar los síntomas más prevalentes, en la primera visita, de los pacientes que precisan cuidados paliativos específicos para entrar dentro del programa de cuidados paliativos.

Material y métodos: Se realizó un estudio epidemiológico, descriptivo y de corte transversal. La población del estudio está formada por todos los pacientes de nuevo ingreso en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Los Montalvos de Salamanca y de primera visita por el Equipo de Cuida-

dos Paliativos domiciliarios del área urbana de Salamanca durante el mes de marzo del 2019. La muestra está formada por un total de 39 pacientes que padecen enfermedades que precisan tratamiento paliativo específico. El instrumento de evaluación empleado es el Cuestionario de evaluación de síntomas de Edmonton. (Versión revisada ESAS-r).

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes de los cuales, 19 fueron mujeres (48,7 %) y 20 fueron hombres (51,3 %). La edad media de la fue de 75 años, con una mediana de 78. 25 pacientes (64,1 %) fueron visto por el equipo de soporte domiciliario y 14 por el equipo de Cuidados Paliativos del Hospital de Los Montalvos. El 35,9 % de los pacientes presentaban deterioro cognitivo, el 38,5 % presentaban dolor, el 12,8 % astenia, el 15,4 % náuseas o vómitos, el 41 % presentaban algún grado de depresión, el 33,3 % ansiedad, el 38,5 % somnolencia, el 46,2 % anorexia, el 56,4 % manifestaron una percepción de malestar global, el 23,1 % disnea, el 41,1 % estreñimiento. Todos los pacientes evaluados, excluyendo los 14 pacientes con deterioro cognitivo en los que no se pudo evaluar el resto de síntomas, presentaban más de 3 síntomas. Hubo 1 paciente que presentó 10 síntomas y 7 pacientes que presentaron 7 síntomas diferentes en el momento de evaluación.

Conclusiones: La sintomatología más prevalente en nuestra muestra es la percepción de pérdida de bienestar global. El deterioro cognitivo como consecuencia de la enfermedad terminal, fue un factor que limitó la posibilidad de evaluar el resto de los síntomas.

PO 102. CUIDADOS PALIATIVOS EN UN SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN EUSKADI

Josu Irurzun Zuazabal, Ana Belén Conde del Pozo, Eneko Madrigal Madero, Martín José Santiago Ayarza, María Elena Pérez Zabala, Andima Basterretxea Ozamiz
Hospitalización a Domicilio, Barakaldo-Bizkaia

Introducción: En abril de 2016 la consejería de Sanidad del Gobierno Vasco publica el Plan de Cuidados Paliativos en el que se definen las directrices básicas para el manejo de estos enfermos. Se insiste en el domicilio como el entorno ideal para el seguimiento y en el equipo de Atención Primaria como eje sustantivo para la atención. Se define a los Servicios de Hospitalización a Domicilio como recurso específico para la atención a la complejidad clínica en su propio domicilio y se reserva el ingreso en unidades de cuidados paliativos para cuando concurren complejidad clínica y escaso soporte sociofamiliar.

El espíritu básico de los servicios de hospitalización a domicilio es realizar cuidados de rango hospitalario en el propio domicilio del enfermo.

Objetivos: Analizamos las características de los enfermos con identificación de cuidados paliativos tratados en nuestro servicio de Hospitalización a Domicilio durante el año 2018.

Metodología: Describimos el impacto del citado plan en nuestro servicio y el cambio que ha supuesto en nuestra metodología de trabajo. Analizamos para ello los datos de nuestra base de enfermos paliativos tratados en nuestro servicio a lo largo del año 2018 evaluando número total de enfermos tratados, sexo, categorización de enfermos en oncológicos y no oncológicos y destino al alta.

Resultados: En nuestro servicio hemos tratado durante el año 2018, 432 enfermos paliativos que han generado 532 episodios (98 de ellos no oncológicos y 434 oncológicos). Fueron 200 mujeres y 332 varones. Tras nuestra intervención pudimos dar de alta a 324 enfermos (59 %) para continuar control en AP; fallecieron en domicilio 160 enfermos (30 %) y precisaron traslado a una unidad cuidados paliativos, 58 de ellos (11 %) por escaso soporte sociofamiliar.

Conclusiones: En nuestra comunidad los servicios de hospitalización a domicilio tenemos el aval de varias décadas de experiencia y disponemos de los recursos materiales y humanos para la atención a la complejidad clínica elevada del paciente paliativo en su propio domicilio tal y como nos encarga el nuevo Plan de Cuidados Paliativos de nuestra consejería publicado en 2016. Únicamente en un porcentaje bajo de casos (11 %), fue necesario derivar a los enfermos a una unidad de cuidados paliativos para ingreso convencional.

PO 103. COMUNICACIÓN AL FINAL DE LA VIDA

María Teresa Moreno Becerra, Marta de Gálvez Pozo, Isabel María Guerrero Moreno, Cristina Segura Schulz
A.G.S. Serranía de Ronda, Ronda, España

Introducción: Mujer 37 años diagnosticada de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de cérvix estadio T2N1M1, sin posibilidad de tratamiento activo por oncología actualmente, que presenta un cuadro emético y obstructivo de difícil control. La paciente presenta un cuadro ansioso depresivo grave, expresa un sufrimiento por su situación actual, solicitando el fin de su vida (escala EVA 8). Refiere mala comunicación con su familia, causándole esto mayor afectación de su enfermedad (escala Goldberg, ansiedad 9, depresión 5).

Objetivos: El Modelo Tradicional de Socialización Familiar sostiene que, en el proceso de la educación de sus hijos, los padres ponen en juego ciertos estilos de interacción que determinan el tipo de relación padres-hijos, y las consecuencias evolutivas (a corto y largo plazo) sobre la conducta y la personalidad de los hijos, el objetivo en nuestro paciente fue proponer un Modelo de Construcción Conjunta y Múltiples influencias. Este modelo lo que intenta poner de manifiesto es la idea de socialización como diálogo, como construcción conjunta, intentando mejorar así desde cuidados paliativos esa ansiedad del paciente por su enfermedad, mejorando la relación interpersonal con sus familiares.

Metodología: Escala visual analógica del dolor (EVA), escala numérica del dolor, Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, pasadas antes y después de modular las relaciones familiares, para obtener mejoría tras la intervención.

Resultados: Mejoría del estado de ansiedad que provoca el padecimiento de su enfermedad, al poder mejorar la comunicación con sus familiares a través de la ayuda del personal sanitario de cuidados paliativos. Aplicando posteriormente las escalas del dolor y la ansiedad nuevamente y bajando la puntuación de estas por mejorar la calidad de vida a través del control de su estado de ánimo.

Conclusiones: En estos casos es fundamental la correcta actuación del equipo de cuidados paliativos que acom-

paña a la paciente en el proceso de su enfermedad, no solo tratando la dolencia física sino también la mental, mediante escucha activa, drenaje emocional, empatía, etc., mejorando así la calidad de vida de la paciente y ayudando a paliar otros síntomas secundarios a su patología terminal.

PO 104. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN DE CRITERIOS DE COMPLEJIDAD PSICOSOCIAL SEGÚN EL NIVEL ASISTENCIAL?

María González Billalabeitia, Joaquín Landeras Martínez, María Martín Gutiérrez, Ana María Rodríguez Valcarce
Hospital Santa Clotilde, Santander, España

Objetivos: Comparar la percepción de complejidad en los distintos niveles asistenciales: hospital de media estancia, hospital de agudos y consultas de hospital de día. Comparar la percepción de complejidad según la población a la que atienden en función del criterio de tiempo de esperanza de vida del enfermo.

Metodología: Construcción de cuestionario *ad hoc* sobre criterios de complejidad en base a revisión bibliográfica. Aplicación del mismo a profesionales de UCP hospitalaria, planta de oncología, consulta de oncología y UCP domiciliaria y análisis descriptivo del resultado. Análisis estadístico: Programa G-Stat.

Resultados: Con una muestra de 31 profesionales, 12 pertenecientes a la Unidad de Cuidados Paliativos hospitalaria, 9 de planta de oncología, 6 de consultas de oncología, y 4 de Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria. Las puntuaciones obtenidas en cada nivel asistencial presentan una distribución con media $25,74 \pm 4,78$ (18-37) en HSC; en UCP domiciliaria $9,59 \pm 2,06$ (6-14); en consulta de oncología $16,07 \pm 3,61$ (10-23) y en planta de oncología: $19,41 \pm 0,01$ (14-27). En base a dichas puntuaciones se clasifican los 27 criterios en complejidad alta, media y baja. El total de criterios que aparecen clasificados como de alta complejidad en al menos una de las unidades son 7: cuidador negligente o maltratador, ideación suicida en el paciente, conspiración de silencio, problemas de adicciones, psicopatología activa, paciente niño o adolescente y ausencia de cuidadores. Entre los clasificados como de alta complejidad el criterio cuidador negligente o maltratador aparece en todas; el criterio ideación suicida aparece todas excepto en UCP domiciliaria, y el criterio paciente niño y adolescente aparece en todas excepto en UCP hospitalaria.

Conclusiones: La mayor parte de los criterios seleccionados se categorizan como de complejidad media. En los diferentes niveles asistenciales la percepción de los criterios de alta complejidad es más uniforme que lo que ocurre para la complejidad media y baja. No existen diferencias significativas en la cantidad de complejidad total que se percibe en función de la unidad hospitalaria según el tipo de población. Si existen diferencias en el orden en el que se ordenan los criterios en cada uno de las unidades asistenciales. Sería conveniente continuar profundizando en la puesta en común de criterios de complejidad de cara a la realización de protocolos de intervención.

PO 105. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS EN CUIDADOS PALIATIVOS EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Eliana Ríos Kompaniets¹, Francesca Drago Layseca¹, Pablo Alessandro Garibaldi Tolmos², Víctor Santacruz Saura¹, M. Teresa Salvado Usach³

¹Hospital Santa Creu, Tortosa, España. ²Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Andorra, Andorra. ³Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa, España

Introducción: Las enfermedades oncológicas y el manejo de pacientes en fase terminal representan un nuevo reto para los profesionales sanitarios; donde si bien la ciencia no es capaz de aportar la cura a un número significativo de enfermedades, debe iniciar el camino dirigido a paliar tanto el dolor físico como emocional de los pacientes y sus familias. Es en esta etapa de la vida y de la enfermedad donde la precisión diagnóstica y la existencia de un pronóstico vital acusado que logre identificar el declive irreversible que llevará a la muerte del paciente, se transforma en elemento decisivo en la estrategia de tratamiento y toma de decisiones, permitiendo adecuarnos a las necesidades individuales de cada paciente.

Objetivos:

- Describir características de los pacientes oncológicos con enfermedades avanzada/terminal.
- Describir la tendencia de las diferentes escalas funcionales (Índice de Barthel: IB/Índice de Karnofsky: IK) / cognitiva (Pfeiffer); y escalas de supervivencia (Palliative Performance Scale-PPS versión española-, Palliative Prognostic Index-PPI-, Palliative Prognostic Score-PaP-).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo que incluyó a todos los pacientes con patología oncológica terminal fallecidos en la unidad entre enero de 2015 y diciembre de 2016. Datos: demográficos, clínicos, funcionales (IB, IK), cognitivos (Pfeiffer), supervivencia pronóstica (PPS, PPI, PaP) y real. Para el análisis se utilizó el SPSS versión 2017.

Resultados: Muestra 189 pacientes: hombres: 113 (59,8%), mujeres: 76 (40,2%). Edad: 74,5 años \pm 11,9 (37-97). Supervivencia real media: 30,6 días \pm 38,4 (2-270). Tumor primario: digestivo: 58 (30,7%), tórax: 40(21,2%), urológico: 28 (14,8%), mama: 14 (7,4%), cabeza y cuello: 11 (5,8%), neurológico: 8 (4,2%), cutáneo: 5 (2,6%), hematológico: 4 (2,1%). Localización: diseminados: 161 (85,2%), locales: 13 (6,9%), localmente avanzados: 14 (7,4%), sin estudios de extensión: 1 (0,5%). Número de metástasis: 2,2 \pm 1,5 (0-7). IB: severo 62% (117), moderado 35% (66), independiente 3% (6), IK: 34,1 \pm 10,6 (10-70), Pfeiffer: severo 13% (24), moderado 17% (32), leve 12% (22), normal 59% (111). PaP: A: 30 (16%), B: 86 (45,7%), C: 72 (38,3%), PPS: 37,5 \pm 12,5 (10-80), PPI: 6,4 \pm 3,2 (0-15), Predicción Clínica de Supervivencia: 42,7 \pm 43,6 (3-270), supervivencia real: 30,6 \pm 38,4 (2-270).

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes son mayores, con una edad media de 75 años, presentando un deterioro funcional severo y un deterioro cognitivo leve.
- Los tumores más prevalentes son de aparato digestivo y torácicos (pulmonar/pleural), mostrándose en fase terminal en su mayoría diseminados.
- La predicción clínica sobreestima la supervivencia real del paciente.
- La mayoría muestran una supervivencia media de 1 mes tras el ingreso.

PO 106. ELABORACIÓN DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE VOLUNTARIADO EN PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.^a Luisa Martín Roselló, Inmaculada Ruiz Torreras, M.^a Jesús de la Ossa Sendra

Fundación Cudeca, Málaga, España

Introducción: Los voluntarios forman parte del equipo asistencial, ya que ellos también ofrecen cuidados paliativos. En la atención domiciliaria es una pieza relevante en el apoyo social para proporcionar una atención más completa a los pacientes y sus familias complementando la labor que desarrollan los equipos asistenciales. Sus funciones son las de acompañar al paciente y a su familia, ofrecer respiros al cuidador principal y ayudar en gestiones sanitarias y de otro tipo.

Objetivos:

- Elaborar un protocolo de actuación de voluntariado en un programa de cuidados paliativos con el fin de mejorar la asistencia prestada a los pacientes y familias atendidos en este programa.
- Integrar la figura del voluntario dentro del Equipo Multidisciplinar ofrecidos del programa de Cuidados Paliativos de nuestro Centro.

Metodología: Tras una revisión bibliográfica sobre programas de voluntariado domiciliario existentes, se elaboró un protocolo de actuación de acuerdo con los recursos y necesidades de nuestro centro. El protocolo fue consensado entre la Coordinación del Programa de Voluntariado y la Dirección Asistencial del Centro. Posteriormente se tuvo una sesión informativa con los profesionales del programa de Atención a Domicilio en la que se consideraron sus aportaciones. Por último, el protocolo fue presentado a los voluntarios asistenciales que ya participaban en el Programa de Atención a Domicilio. Este protocolo se ha incluido como documentación anexa al Plan de Voluntariado del Centro.

Resultados: El protocolo consiste en una introducción explicando en qué consiste el programa de atención a domicilio, un segundo punto explicando los objetivos del voluntario en este programa, las fases de procedimiento de incorporación de voluntario a equipo de asistencial de domicilio (detección de necesidad, solicitud de voluntario, asignación de voluntario, presentación de voluntario a paciente y familia, seguimiento de actuación de voluntario y fin de colaboración con voluntario) y por último las normas de funcionamiento del voluntario en el programa que incluye: compromiso y responsabilidad, funciones de los trabajadores, situaciones especiales y necesidades del programa de atención domiciliaria, identificación y seguro de voluntario.

Conclusiones:

- Este protocolo unifica la actuación de los voluntarios que colaboran en el programa de satisfacción de los pacientes y familiares a los cuales va dirigido.
- Con su puesta en marcha nos va a permitir medir la cantidad y calidad de las actuaciones de los voluntarios.
- La actuación protocolizada de los voluntarios viene a complementar la atención asistencial de las profesiones en el programa de atención domiciliaria.

PO 107. CUIDARNOS EN EQUIPO. INICIATIVA DE AUTOCUIDADO EN UN PROGRAMA COMPLETO DE CUIDADOS PALIATIVOS

M.^a Jesús de la Ossa Sendra¹, Josefina Mateos Rodríguez², M.^a Luisa Martín Roselló¹, Ismael Jamal Reche¹

¹Fundación Cudeca, Benalmádena, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

Introducción: La atención en situación de enfermedad avanzada es un área de exposición continuada al sufrimiento; supone la interacción dentro de un equipo de trabajo interdisciplinar, con sus complejidades a nivel relacional y generadoras de estrés. Para un desempeño de calidad en este ámbito el profesional es el instrumento clave, su cuidado se convierte así en una prioridad. Este proyecto plantea implicar al equipo de forma activa en su propio cuidado, responsabilizándose cada miembro del equipo en generar iniciativas creativas para el autocuidado y el del equipo. La propuesta de este proyecto es que cada miembro del equipo, de manera voluntaria, realice una actividad concreta desde sus propias habilidades en un calendario determinado, con el fin de “cuidar-nos”, planteando actividades compatibles con nuestro día a día para aumentar el apoyo mutuo, compartir momentos de satisfacción y aprendizaje, generar un buen ambiente de trabajo, y clima relacional creativo, estimulante y satisfactorio.

Objetivos: General: prevenir el desgaste del equipo. Específicos: compartir experiencia positivas, agradables, satisfactorias para todos los miembros del equipo, aprendizaje mutuo, generar apoyo informal dentro del equipo y un clima de trabajo positivo.

Metodología: Este proyecto se puso en marcha en un centro de cuidados paliativos en el último trimestre del año 2017. Se realizó una sesión de prevención del desgaste, planteando esta dinámica como ejercicio de autocuidado para el equipo, proponiendo algún ejemplo. Se concretó el listado de profesionales que aceptaron participar en la dinámica y se calendarizó el responsable de “cuidar-nos” y su periodicidad (hubo actividades puntuales en el tiempo, otras que duraron una semana y otras que se prolongaron meses).

Resultados: Se realizaron 12 actividades de diferente índole (meditaciones, juegos,). Tras ellas se pidió a los participantes que contestaran a la pregunta “¿Cómo te has sentido al participar en esta dinámica?”. 12 respuestas obtenidas se analizaron cualitativamente pudiendo clasificar los comentarios en tres categorías: Beneficios en relación con el equipo, beneficios para el que realizó la actividad y beneficios para el receptor de los cuidados.

Conclusiones: Resultados claramente positivos. Todos los profesionales se sintieron cuidados y cuidadores al dar y recibir apoyo de sus propios compañeros. Apertura de canales de comunicación en “otro registro” con los compañeros y dentro del equipo. Dinámica de fácil aplicación sin necesidad de recursos excepcionales, interferir en otras tareas o que hayan supuesto más sobrecarga o tiempo extra en el trabajo. Fácilmente sostenible en el tiempo. Lo consideramos altamente recomendable en equipos similares.

PO 108. GRUPOS DE DUELO CON PACIENTE

Danilo Moggia, Carme Altayó, Amparo Menéndez, Mariona Riera, Anna Camps
Fundació Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena, Mataró, España

Introducción: En el año 2011 se inició el programa Llavors de Vida de la Fundació Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena (FH) como parte del Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas de la Fundación Bancaria La Caixa. El programa está destinado a ofrecer apoyo y acompañamiento a pacientes de enfermedad avanzada y final de vida y a sus familias a través de un voluntario experto. Considerando los años de funcionamiento del programa se hace necesario evaluar lo que se ha hecho y los aspectos de las actividades del voluntario que aportan valor en su acción.

Objetivos: 1. Describir las características sociodemográficas de los voluntarios expertos que han formado parte del programa Llavors de Vida desde 2011 hasta la fecha. 2. De los voluntarios activos actualmente, describir su nivel de satisfacción con el programa, su sentimiento de utilidad en la acción que realizan y explorar qué aspectos de su actividad como voluntarios es percibida por ellos mismos como algo que aporta valor para el paciente y para la familia con la que trabajan.

Metodología: Diseño: Estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra y recogida de datos: Voluntarios expertos que han formado parte del programa Llavors de Vida desde su inicio en 2011. Encuesta a voluntarios activos.

Resultados y conclusiones: Desde 2011 han participado 65 voluntarios. La mayoría (76,92 %) son mujeres entre 45 y 65 años con formación universitaria. Destaca su compromiso con el voluntariado dado por el hecho de continuar con su labor hasta el fallecimiento del paciente durante al menos un año y por permanecer en el programa alrededor de 2 años y medio (como promedio). Los voluntarios activos poseen las mismas características sociodemográficas que el universo de voluntarios que han sido parte del programa. En general, los voluntarios activos se encuentran satisfechos con el programa (un 88 % de los encuestados dice sentirse “satisfecho” o “muy satisfecho”). Algunos de ellos reportan la necesidad de mejorar la formación que reciben. Sin embargo, la mayoría declara sentirse útil (media de 8,38/10 [DT: 1,28]), destacando el aportar valor a través del apoyo que les dan a los pacientes y a sus familias desde valores y actitudes como el afecto y la solidaridad, de la compañía y el espacio de respiro que brindan a las familias.

PO 109. DECISIONES ANTICIPADAS DE TRAQUEOSTOMÍA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Cristina Vicente Martín¹, Beatriz Yaiza García Martín¹, María García de la Parra¹, Laura Edith Guerrero Gutiérrez², María Inmaculada Díaz Medina¹, María Herrera Abian³

¹Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España.

²Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

³Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: La ELA es una enfermedad neurodegenerativa progresiva y terminal. La realización de traqueostomía está cargada de dilemas éticos y la manera correcta de resolverlos es mediante la Planificación Anticipada de Cuidados (PAC).

Objetivos: Estudiar la PAC sobre VMI en pacientes con ELA.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes valorados por ELA en un Hospital de segundo nivel de una ciudad de 206.589 habitantes. Los casos se seleccionaron del CMDB del hospital desde junio de 2013 a marzo de 2019. Se excluyeron aquellos casos en los que no se podía recoger información de toma de decisiones. Una $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados: Se incluyen 24 pacientes, 15 (62,5 %) hombres. Edad mediana 71,6 años (p 25-75: 62,6-75,7). 14 pacientes (58,3 %) tenían ELA corticoespinal y 8 (33,3 %) bulbar. 20 pacientes eran españoles (83,3 %). En 23 (95,8 %) se identifica cuidador principal: 8 (33,3 %) esposa, 7 (29,2 %) familia, 3 (12,5 %) hijos, 2 marido (8,3 %) y 3 (12,6 %) residencia. 19 (79,2 %) tenían registrada PAC. Toma de decisiones: 7 (29,2 %) conjunta (paciente y familiares), 6 (25 %) el paciente, 4 (16,7 %) la familia y 7 (29,2 %) desconocido. 23 pacientes (95,8 %) fueron informados de tratamientos de ventilación y en 20 (83,3 %) se registró específicamente la información de realizar traqueostomía (tiempo desde el diagnóstico, 15,2 meses (p 25-75: 6,2-25,9); 17 (85 %) rechazaron su realización. Veinte (83,3 %) tuvieron VNI. Tres pacientes (12,5 %) varones, españoles, 62 años de media y ELA espinal se les colocó traqueostomía. Todos en situación de urgencia (crisis asfíctica). El 66 % habían expresado su deseo previamente de traqueostomía pero no fueron capaces de consentir para programar su colocación. Todos menos uno en que decidió su mujer, fue de acuerdo con su familia. Los cuidados fueron domiciliarios con apoyo de cuidados paliativos (CP) al cuidado de sus mujeres. Dos pacientes habían fallecido al terminar el estudio con una media de supervivencia desde traqueostomía de 22 meses.

Conclusiones: La VMI tiene un gran impacto en los cuidadores y debe iniciarse solo después de una discusión informada dando forma a PAC que puede cambiar en el transcurso de la enfermedad, debiéndose evitar realizarla de emergencia y en coordinación con CP. El principal garante de estas PAC es una información veraz y ajustada al paciente y los principios éticos en los que se sustenta son la autonomía del paciente limitado por el marco de la beneficencia del médico, la no maleficencia hacia los cuidadores y la justicia distributiva.

PO 110. RADIOGRAFÍA DE LA ESPIRITUALIDAD: MUJER, CON PAREJA Y CON NIVEL CULTURAL ALTO EN SITUACIÓN PALIATIVA

Tamara Redondo Elvira¹, Sara Barbas Abad²

¹AECC, Guadalajara, España. ²Fundación Aladina, Madrid, España

Introducción: La intervención psicológica en cuidados paliativos se vertebra en torno a la paliación del sufrimiento que, en este contexto, puede ser evitable, inherente a la situación de enfermedad; y otro inevitable relacionado con la parte más existencial del ser humano; y ante este último la espiritualidad se revela como fundamental para dotar de

sentido dicho sufrimiento. En la literatura no queda clara la relación entre las variables sociodemográficas (sexo, tener pareja y nivel cultural) y la espiritualidad en sus diferentes subcategorías: intrapersonal, búsqueda de sentido; interpersonal, búsqueda de armonía y reconciliación con los otros; y transpersonal, relación con un ser superior. De hecho, en la mayoría de la literatura consultada, no parece existir una relación entre el sexo, el nivel cultural, tener pareja y la edad.

Objetivos:

- Analizar la espiritualidad en función del sexo.
- Estudiar la relación entre espiritualidad y el nivel cultural.
- Examinar la relación entre tener pareja y espiritualidad.

Material y método: Estudio descriptivo correlacional, en pacientes en fase final de vida ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos. Variables analizadas: sexo, edad, nivel cultural y espiritualidad (Cuestionario GES).

Resultados: N = 191; media edad = 69,05 años; el 50,5 % son hombres; el 45,3 % tienen pareja; el 52,6 % nivel cultural bajo y el 82,8 % con diagnóstico de enfermedad oncológica. Ninguna variable sociodemográfica correlaciona con GES TRANS. En cuanto a sexo, GES INTRA ($t = -3,164$; $p = 0,002$); GES INTER ($t = -3,578$; $p = 0,000$); GES TOTAL ($t = -3,754$; $p = 0,000$). En relación con tener pareja, GES INTRA ($t = -2,214$; $p = 0,028$); GES INTER ($t = -3,172$; $p = 0,002$); GES TOTAL ($t = -2,225$; $p = 0,027$). En cuanto a nivel cultural, GES TOTAL ($F = 3,432$; $p = 0,034$); GES INTRA ($F = 3,024$; $p = 0,051$) y GES INTER ($F = 3,358$; $p = 0,037$).

Conclusión: Existen diferencias significativas en relación con la espiritualidad teniendo en cuenta el sexo, el nivel cultural y la situación personal (tener pareja o no). Muestran puntuaciones más altas en espiritualidad total, intrapersonal e interpersonal las mujeres con un alto nivel cultural y que tienen pareja. Lo que nos puede servir como guía a la hora de realizar la intervención, sabiendo que personas de la población con condición paliativa son susceptibles posiblemente de tener más dificultades para cubrir satisfactoriamente sus necesidades espirituales.

PO 111. CUIDADOS PALIATIVOS Y FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA. MORIR EN CASA

Marta Cristina Pinheiro Rodrigues, Diana Viera Pirra, Isaura Jesús Saias Canhoto, Francine Mascarenhas Morais, Maria Joaquina Calisto Rosado, Aida Cordero Botejara

ULSNA -HSLE Equipa IntraHospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos, Elvas, Portugal

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es un tipo de neumonía intersticial crónica fibrosante, de causa desconocida, con mal pronóstico y escasas opciones terapéuticas. Asociada al agravamiento funcional respiratorio progresivo y a un elevado porcentaje de mortalidad, con sobrevida de 2 a 5 años desde el inicio de los síntomas. Los pacientes con FPI, presentan síntomas de difícil control en fases avanzadas con necesidad de seguimiento multidisciplinar que incluya profesionales de cuidados paliativos (CP).

Objetivos: Descripción del seguimiento en CP de un paciente con FPI con síntomas limitantes.

Metodología: Revisión de los datos de la historia clínica del paciente (sistema informático) y consulta de bibliografía de apoyo.

Resultados: Varón de 75 años referenciado desde la consulta de neumología por disnea limitante. En consulta de CP se han explorado las expectativas y prioridades del paciente, así como los síntomas que más deterioraban la calidad de vida del paciente. El hecho de no tener familia próxima aumentaba la complejidad del caso, siendo un vecino el cuidador habitual. Con el mantenimiento de los inmunosupresores, aumento de corticoides de ajuste de opioides en bajas dosis se logró el control relativo de los síntomas (astenia, dolor y disnea en reposo). La articulación con atención primaria (Equipa de Cuidados Continuados Integrados - ECCI) y la formación/capacitación del cuidador permitieron una gestión adecuada del régimen terapéutico y evitar la recurrencia frecuente al servicio de urgencia. Fue posible que el paciente se mantuviera en su domicilio, con control aceptable de los síntomas, siendo la disnea de difícil control, con necesidad de ascenso progresivo de opioides. Falleció en su casa, tranquilo, conforme sus cuidadores nos transmitieron al final de 4 meses del ingreso en nuestra consulta de CP.

Conclusiones: El conocimiento de la enfermedad y su pronóstico es fundamental para la planificación de cuidados y control sintomático con un adecuado ajuste terapéutico. Los pacientes con FPI en fase avanzada suelen conocer el diagnóstico y pronóstico de su enfermedad y presentan al final de la vida una disnea progresiva e incapacitante. Dadas las múltiples necesidades y su rápida evolución, la articulación con los cuidadores y recursos en la comunidad contribuyó para poder cumplir los deseos del paciente. El seguimiento de estos pacientes debe ser multidisciplinar con intervención de CP en el inicio de la fase sintomática, manteniendo las terapéuticas específicas (inmunosupresores de anticuerpos monoclonales y con inicio de opioides y otras medidas que permitan mantener el bienestar del paciente.

PO 112. NIVEL DE CARGA EN CUIDADORES INFORMALES DE PACIENTES CRÓNICOS ANTES Y DESPUÉS DE PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

Tatiana Cecilia González Noguera, Ediltrudis Ramos de la Cruz

Universidad del Magdalena, Santa Marta, Colombia

Introducción: El modelo actualmente utilizado para el cuidado de pacientes con enfermedad crónica con apoyo del cuidador informal ha ayudado a la rehabilitación emocional de los enfermos crónicos en su domicilio, sin embargo, el cuidado ha tenido repercusiones en los cuidadores familiares, quienes, sin contar con las habilidades, conocimientos y herramientas básicas, presenta sobrecarga derivada del cuidado.

Objetivo: Describir el nivel de sobrecarga mediante la escala de Zarit, en los cuidadores principales antes y después de un programa educativo.

Metodología: El estudio cuasi experimental, con muestra intencional y transversal, en cuidadores familiares informales de paciente atendidos en el Hospital Universitario de la ciudad de Santa Marta, Colombia, durante el primer trimestre del año 2018. En los que se aplicó hoja de datos

sociodemográficos, escala de Zarit antes y después de la intervención educativa con el programa de la Universidad Nacional de Colombia cuidando a los cuidadores.

Resultados: El 71 % de los cuidadores estudiados presentaron sobrecarga del cuidado. El 79 % de los cuidadores corresponde a cuidadores de sexo femenino, con edad promedio de 44 años de edad. En cuanto al estado civil el 41 % corresponde a unión libre, con escolaridad del 32 % de secundaria incompleta. El cuidado de los pacientes recae en un 37 % en progenitores y hermanos en los que el 97 % no recibe ninguna remuneración por su labor. Al realizar la intervención educativa, se obtuvo una reducción significativa de la sobrecarga del 22 %, demostrando que la educación es una herramienta básica en el cuidado del cuidador de paciente crónico.

Conclusiones: El cuidador informal, durante su labor con el paciente, está expuesto a estrés por no contar con las herramientas y conocimientos básicos en el cuidado diario, generando sobrecarga y estrés, comprometiendo su salud y la salud del receptor del cuidado. Es vital que se brinde educación al cuidador familiar para facilitar el cuidado del paciente a cargo. Las evidencias sugieren que los programas educativos son parte fundamental del cuidado en pacientes con enfermedad crónicas.

PO 113. TRATAMIENTO CON MORFINA Y METADONA COMO COADYUVANTE A DOSIS BAJAS EN EL DOLOR NEUROPÁTICO DIFÍCIL

Mario Cortés Béjar

Hospital de La Rioja, Logroño, España

Introducción: Atendiendo al paciente paliativo oncológico nos encontramos con situaciones de dolor de difícil control. Suelen ser dolores mixtos en enfermos de larga evolución, entre los que el dolor neuropático ocupa un puesto relevante y complicado manejo terapéutico. Nos vemos obligados a emplear coadyuvantes, junto con los opioides para controlar el cuadro algico. Con esta idea, y buscando solución a estos cuadros complicados, pensamos en utilizar la metadona (opioide con más resultados en el tratamiento del dolor neuropático) como coadyuvante a dosis bajas sumado a morfina, o dosis equivalente de la misma si estaba con otro opioide mayor, que el paciente lleva ya en el tratamiento de base.

Objetivos:

- Comprobar si existe beneficio en la utilización de dos opioides mayores en el tratamiento de dolor mixto oncológico complicado.
- Ver si el empleo de metadona como coadyuvante a dosis bajas junto a un otro opioide mayor, puede ser superior al tratamiento con un opioide mayor solamente.

Metodología: Es un estudio descriptivo con dos casos de pacientes oncológicos de la unidad de cuidados paliativos en los que el dolor difícil mixto no se controla adecuadamente con dosis altas de un opioide mayor y empleo de coadyuvantes habituales. Se suma metadona a dosis bajas a los pacientes tratados ya previamente con dosis altas de otro opioide. La asociación que empleamos es de la metadona con morfina. Reducimos un 10 % la dosis de base de morfina para introducir la metadona a dosis equivalente. Y ponemos todo en un infusor por vía subcutánea.

Resultados: Se ve que al aplicar la metadona como coadyuvante la EVA baja de dos a tres puntos en los pacientes tratados, con una sensación subjetiva de alivio importante para los pacientes.

A corto plazo no parecen aumentar los efectos secundarios por el uso de dos opioides mayores, pero dado que son pacientes con enfermedades avanzadas y que los síntomas de la enfermedad se van sumando conforme llegamos al final de la enfermedad resulta difícil valorar el origen de algunos síntomas como el delirium.

Conclusiones: Está demostrado que metadona es un opioide superior al resto de su familia en el tratamiento del dolor neuropático. Por ello, emplearlo como coadyuvante puede ser una opción en el tratamiento del dolor oncológico mixto en que se incluye el dolor neuropático. Habría que valorar a largo plazo si el beneficio se mantiene o si aparecen nuevos efectos secundarios por opioides.

PO 114. ACTITUDES Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO FRENTE LA ENFERMEDAD Y MUERTE EN PACIENTES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Olga Pérez Zarco¹, Lydia Polo García², Silvia Santiago Sacristán², Gema Sierra Triviño², Lorena Grande Pizarro³, Antia Fariñas Amado⁴, Mónica Monedo Navazo⁴
¹UCPA, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.
²UCP, Hospital San Rafael, Madrid, España. ³Equipo de Soporte Hospitalario Cuidados Paliativos Hospital de La Princesa, Madrid, España. ⁴Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa, Madrid, España

Introducción: La muerte es consecuencia inevitable de la vida constituyendo una de las fuentes de impacto emocional más significativas. La percepción de la muerte por cada individuo depende de las actitudes individuales hacia la enfermedad y el fin de vida lo cual puede condicionar la forma en la que los profesionales afrontan dicho momento. Por ello, sería necesario conocer el estilo y grado de afrontamiento de los pacientes ante este acontecimiento ineludible de la vida para poder garantizar así un alivio del sufrimiento.

Objetivos: Descripción de los estilos de afrontamiento hacia la enfermedad y la muerte en pacientes de cuidados paliativos. Definir la prevalencia de los diferentes estilos de afrontamiento con respecto a la vivencia de la enfermedad y muerte de los pacientes.

Metodología: Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo en pacientes con enfermedad crónica y avanzada ingresados en la Unidad Cuidados Paliativos de media estancia. Se ha diseñado una herramienta de recogida de información y establecido un protocolo de intervención que consta de los siguientes pasos: exploración de la experiencia de sufrimiento como problema. Exploración/Detección de las necesidades/variables espirituales en tres niveles: general, intermedio y específico. Acompañamiento para conseguir el bienestar psicológico-espiritual. En el cuestionario hemos incluido dos preguntas con opción de respuesta múltiple:

¿Cuál es tu actitud hacia la muerte? Visión de la muerte como algo...

Resultados: De las 110 encuestas realizadas, encontramos un n válido de 37 (33,63 %). En la mayoría de los casos no ha procedido, por estado cognitivo del paciente (delirium,

deterioro cognitivo...), realizar la entrevista en profundidad. El afrontamiento de la enfermedad en la mayoría de los pacientes consiste en la aceptación seguida de la resignación. En la vivencia de la muerte detectamos vivencia inevitable con paz en un grueso de los pacientes seguida de vivencia inevitable con angustia.

Conclusiones: En general, las respuestas proporcionadas a los cuestionarios indican que la prevalencia de los estilos de afrontamiento de los pacientes hacia la enfermedad está basada en la aceptación (59,45 %) y una vivencia de la muerte como algo inevitable vivido con paz (57,34 %). Podemos inferir, en base a esta recogida de datos que, cuando hay una aceptación del proceso de enfermedad, mayor es la vivencia de paz ante la muerte.

PO 115. USO DE LEVETIRACETAM SUBCUTÁNEO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA

M.^a Ángeles Olalla Gallo, Isabel Delgado Porres, Rebeca García García, Esther Herrera Ubierna, M.^a Paz Miguel Vázquez, Ana María Ruiz Moreno
 ESAD. Gerencia de Atención Primaria de Burgos, España

Introducción: Las crisis convulsivas son frecuentes en Cuidados Paliativos (CP). Levetiracetam está emergiendo como fármaco de primera línea en el manejo de estas crisis. La vía subcutánea (s.c.) es de elección en CP ante la pérdida de la vía oral (v.o.).

Objetivo: Describir la experiencia del uso de levetiracetam vía s.c. en atención domiciliaria.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes en los que se ha empleado levetiracetam vía s.c. Se recogen variables demográficas, diagnóstico principal, comorbilidad, causa de la indicación, técnica, complicaciones y datos de seguimiento.

Resultados: Se describen 3 episodios en 2 pacientes. Caso 1. Primer episodio: mujer, 32 años. Diagnóstico de glioblastoma multiforme en progresión tras cirugía, quimioterapia y radioterapia. Charlson 2. En tratamiento con levetiracetam (500 mg/12 h) y dexametasona v.o. Sin crisis comiciales previas. Presenta empeoramiento de estado general y pérdida de vía oral. PPS 20. Barthel 0, Ramsay V. Se instaura tratamiento con levetiracetam 1000 mg día diluido en suero salino fisiológico (SSF) en infusión continua (infusor a 0,8 ml/h, carga para 5 días) y dexametasona en otra vía s.c. en bolus 4 mg/12 h. Seguimiento durante 5 días, sin observarse alteraciones locales en lugar de punción. Retardo de 1 día en descarga de medicación del infusor. Sin crisis comiciales en el seguimiento. Suspensión de tratamiento vía s.c. a los 5 días por recuperación de la toma oral. Segundo episodio: 2 meses después imposibilidad para la toma oral. PPS 20, Barthel 0, Ramsay V. Se inserta vía s.c. con infusor 0,8 ml/h con 1000 mg de Levetiracetam diluido en SSF, carga para 3 días. Sin complicaciones locales, la paciente fallece a las 24 horas. Caso 2: mujer, 66 años. Diagnóstico de Carcinoma ductal de mama estadio IV, metástasis múltiples en SNC que debutaron con crisis comicial. En tratamiento con levetiracetam (1000 mg/12 h) y dexametasona v.o. Charlson 4. Empeoramiento de nivel de conciencia con letargia y pérdida de la vía oral. PPS 10. Barthel 0. Ramsay VI. Se instaura tratamiento vía s.c. con 2 infusores 0,8 ml/h, con 1000 mg de

levetiracetam diluido en SSF en cada uno. Carga cada 24 h. Seguimiento 3 días, sin crisis comiciales, hasta fallecimiento. Sin alteraciones locales en puntos de punción.

Conclusiones: Aunque la evidencia es escasa, algunos autores apoyan el uso de levetiracetam vía s.c.. En nuestra experiencia, el uso de este fármaco en infusión vía s.c. continua es seguro y bien tolerado, pudiendo ser una alternativa ante imposibilidad para la toma oral en CP.

PO 116. ARQUITECTURA CENTRADA EN LA PERSONA. CREACIÓN DE ENTORNOS PROPICIOS Y FAVORABLES PARA EL CUIDADO

Paula Díaz Gutiérrez, Albert Vitaller Santiró
Vitaller Arquitectura, Barcelona, España

Introducción: Se calcula que en España en 2017 unas 318.42 fallecieron por un proceso de enfermedad que requiere cuidados paliativos. Muchas más habrán requerido de estos cuidados, aunque no hayan fallecido en ese periodo. Por su complejidad, unas 130.000 habrían necesitado recursos de cuidados paliativos específico. Sin embargo, como se refleja en el Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, estos recursos escasean de forma llamativa en España. Así, en dicho Atlas, España queda situada en el número 31 de los 51 países estudiados en referencia a la presencia de estos equipos específicos.

Metodología: Se realiza un estudio de campo en 4 centros nacionales, recogiendo información de pacientes, familiares y personal asistencial. Esta información se extrae aplicando la metodología Human Centered Design. Este método desarrollado por la Universidad de Standford se basa en el desarrollo de soluciones involucrando la perspectiva humana en todos los pasos del proceso. Sus puntos principales son: observación del problema dentro del contexto, conceptualización, desarrollo e implementación. Para realizar un estudio de necesidades se han analizado 12 centros internacionales para pacientes en cuidados paliativos de diferentes características. Está comprobado que hay relación directa entre diseño arquitectónico y bienestar, y por tanto la creación de entornos positivos es uno de los ejes del modelo de atención centrada en la persona. La persona con su percepción, necesidades y su reflexión, influye y construye el ambiente, pero a su vez este influye en las personas condicionándolas en su comportamiento, por lo que una de las principales finalidades de la arquitectura ha de ser la eliminación del sentimiento de miedo y separación de la vida diaria.

Resultados y conclusiones: Podemos concluir la amplia necesidad de diseño de espacios específicos para pacientes con necesidades de cuidados paliativos, así como un cambio de mentalidad por parte de la sociedad para valorar y comprender la necesidad de ayuda y soporte frente a las enfermedades crónicas y los procesos de final de vida. Por este motivo se decide actuar, de forma interdisciplinar, creando una guía de diseño para un centro y una unidad de cuidados paliativos. Se propone una forma de arquitectura centrada en la persona, espacios creados por y para las personas, desde el interior y con pasión. Mediante esta metodología se pretende generar espacios que ayuden a concienciar, mejorar y aliviar el camino que inexorablemente emprenderemos cada vez más personas en nuestra sociedad.

PO 117. ¿ES POSIBLE EL CONTROL SINTOMÁTICO CON INFUSORES SUBCUTÁNEOS A LARGO PLAZO? ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO

Beatriz Salazar Laya, M.^a del Carmen Riveira Fraga, Laura López Sandomingo, Isaura Rodríguez Penín
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España

Introducción: La vía subcutánea (s.c.) constituye una alternativa en el control de síntomas en los pacientes en la fase final de la vida, especialmente cuando hay una exacerbación del dolor y otros síntomas, se requieren dosis elevadas de fármacos, o no son posibles otras vías menos invasivas.

Objetivos: Revisión de la efectividad del uso en domicilio a largo plazo de infusores s.c. semanales para el control sintomático de difícil manejo.

Metodología: Estudio observacional, retrospectivo, de julio de 2018 a junio de 2019, de pacientes a tratamiento con infusores s.c. semanales, de más de 2 meses de duración, a seguimiento por una unidad de cuidados paliativos (UCP). A partir de la base de datos de pacientes de la consulta externa de enfermería y la historia clínica electrónica, se obtuvieron datos demográficos, historia en UCP, tratamiento opioide previo, evolución clínica y tolerancia.

Resultados: Seis pacientes, edad media 65 años, diagnóstico: 2 cáncer de próstata, 1 renal, 1 maxilar, 1 ovario y 1 pulmón. Tiempo desde el diagnóstico hasta derivación a UCP: 23,8 meses; 3 por desestimación para tratamiento activo, 3 por mal control sintomático. Opioides previos: 6 fentanilo transdérmico (FTD), 2 morfina de liberación prolongada oral, 1 tramadol, 1 tapentadol y 1 morfina intravenosa. La rotación a analgesia s.c. fue por mal control de dolor y en 1 de los pacientes, además, por imposibilidad de vía oral. Los infusores s.c. se iniciaron durante un ingreso en UCP: 4 pacientes oxycodona, 1 fentanilo y 1 morfina. Al alta, todos tenían dolor y síntomas controlados. Duración media del tratamiento con el infusor: 122,7 días. Todos los pacientes tuvieron el dolor controlado, ajustando dosis según rescates. Un paciente presentó somnolencia, por lo que se redujo la dosis de opioide, 2 pacientes presentaron inquietud y se añadió midazolam y otro presentó desorientación para lo que se añadió haloperidol. En 2 pacientes se intentó rotar a una vía menos invasiva: 1 a oxycodona oral con mal control por lo que volvió al infusor en menos de 24 h y el otro, a FTD con mal control, inquietud y agitación. Tres pacientes fueron éxitos, todos con buen control de síntomas hasta sedación paliativa y 3 continúan con el infusor. Solo 1 paciente, presentó reacción en el lugar de inyección.

Conclusiones: Los infusores semanales constituyen una alternativa cómoda y efectiva para el manejo en domicilio, proporcionando un buen control sintomático y mayor calidad de vida en pacientes de difícil manejo.

PO 118. VALORACIÓN DE SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS DEL PACIENTE PALIATIVO INTRAHOSPITALARIO POR CUIDADOS PALIATIVOS

Soledad Gómez Cano¹, Marcos Guzmán García¹, María Luisa Fernández Ávila², Blanca Herrador Fuentes¹, Mirian Moreno Conde¹

¹Hospital de San Juan de la Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El abordaje de los pacientes paliativos en situación de últimos días presenta una gran variabilidad relacionada en los cuidados aportados por los profesionales sanitarios implicados en su valoración. Debido a esta afirmación, se plantean muchas incógnitas... ¿Son tratados los pacientes de igual forma por distintos profesionales? ¿Existen diferencias en cómo afrontar estas situaciones por parte de profesionales no vinculados de forma directa con Equipos de Cuidados Paliativos?

Objetivos: Conocer las características de los pacientes en situación de últimos días no valorados de forma previa por parte de Equipo de Cuidados Paliativos (ESCP) y abordaje en su valoración intrahospitalaria en un Hospital de Segundo Nivel. Identificar factores comunes en la asistencia de este tipo de pacientes. Conocer la distribución o situación del manejo clínico según los distintos Servicios responsables de estos pacientes.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a través de la recopilación de datos relacionados con aquellos pacientes certificados como éxitus letalis entre junio de 2015 y mayo de 2019, que incluyeran en su Historia Clínica Digital la realización de tratamiento con fines paliativos y/o realización de limitación de esfuerzo terapéutico en pacientes no valorados de forma previa por parte de Equipo de Cuidados Paliativos, pero precisaron valoración intrahospitalaria en situación de últimos días por dichos Profesionales. Se realizó estudio estadístico a partir del paquete informativo R commander[®]3.5.2.

Resultados: Se incluyó un total de 61 pacientes dentro del periodo valorado. De los datos demográficos, se observan los siguientes: varones: 59,0 %; mujeres: 41,0 %. Pacientes oncológicos: 72,1 %. Quimioterapia activa en momento de valoración: 23,0 %. Enfermedad metastásica: 62,3 %. Causa de mortalidad de patología no oncológica paliativa: cardíaca: 52,5 %, neumológica: 36,1 %, neurocognitiva: 26,7 %. Valoración por servicios: Medicina Interna: 65,6 %, Cirugía General y Digestiva: 16,4 %, Urología: 9,8 %. Tiempo de diagnóstico de enfermedad paliativa: < 1 mes: 49,2 %. Pacientes dependientes: 39,3 %. Tumores: Digestivo: 21,3 %, Neumológico: 9,8 %, Urológico: 8,2 % (5), Hematológico: 8,2 % (5).

Conclusiones: Es destacable que las características de nuestro centro pueden inferir en las características de los pacientes observados. Se observa un patrón muy heterogéneo dentro de los pacientes valorados con situación de últimos días intrahospitalaria. Destaca en nuestro estudio, la valoración mayoritaria en pacientes con enfermedad oncológica en estadios muy avanzados y, de forma menos incidente, pacientes con patología no oncológica, destacando los que poseen perfil cardiológico o deterioro neurocognitivo. Es necesario abordar las cuestiones por las que estos pacientes no presentaron valoración previa por ESCP.

PO 119. CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO EN PACIENTES DERIVADOS A CUIDADOS PALIATIVOS, ¿VARÍA SEGÚN LA EDAD?

Raquel Tinoco Gardón, Miriam Bernal Rodríguez, Daniel Ramírez Yesa, Belén Domínguez Fuentes
Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El conocimiento del diagnóstico y pronóstico sobre la enfermedad en los pacientes paliativos continúa

siendo precario. La conspiración o pacto de silencio es elevada en pacientes en situación terminal.

Objetivos: Determinar el grado de conocimiento acerca del diagnóstico y pronóstico, de los pacientes que inician seguimiento domiciliario por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP), en función de la edad (mayor o menor de 70 años).

Materiales y métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de todos los pacientes incluidos en el programa de seguimiento domiciliario del ESCP que fallecieron entre enero de 2018 a abril de 2019. Se revisaron los datos recogidos en todas las historias acerca de la edad y nivel de información sobre diagnóstico y pronóstico que tenían los pacientes en su primera valoración por el ESCP. Esta información se clasificó en 4 grupos: 1. No conoce diagnóstico ni pronóstico; 2. Conocimiento dudoso o solo sospecha; 3. Conoce diagnóstico, no pronóstico; 4. Conoce diagnóstico y pronóstico.

Resultados: De los pacientes incluidos en el programa de ESCP de nuestro hospital fallecieron un total de 391 pacientes, en el periodo enero de 2018 a abril de 2019. El 38,1 % (149 pacientes) tenían 70 años o menos edad y el 61,9 % (242 pacientes) eran mayores de 70 años. Entre los menores o iguales a 70 años, el 42,95 % conocían diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, el 38,92 % conocían diagnóstico, aunque no pronóstico, el 8,05 % conocían diagnóstico de forma dudosa (no pronóstico) y el 10,06 % no conocían diagnóstico ni pronóstico. En el grupo de edad mayores de 70 años, el 24,79 % conocían diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, el 27,27 % conocían diagnóstico, aunque no pronóstico, el 21,07 % conocían diagnóstico de forma dudosa (no su pronóstico) y el 26,85 % no conocían diagnóstico ni pronóstico.

Conclusión: Podemos concluir que casi la mitad de los pacientes (47,92 %) mayores de 70 años y un 18,11 % de los pacientes con una edad ≤ a 70 años, llegan a la consulta de cuidados paliativos sin tener información acerca del diagnóstico de su enfermedad y por tanto tampoco de su pronóstico. Esta desinformación influye de forma negativa sobre el establecimiento de una relación de confianza médico-paciente, así como sobre el control de síntomas y la posibilidad de realizar una planificación anticipada de las decisiones. Es fundamental, por tanto, la formación de todos los profesionales sanitarios en comunicación e intervención sobre conspiración de silencio para lograr disminuir estos porcentajes.

PO 120. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN UN PACIENTE CON ELA

Inés Esther González Bolaños¹, Sara Giménez Donoso², Isabel Herrera García¹, Leidimar Carballo Arzola¹, Yeraldín Padrón Gómez¹

¹Hospital Nuestra Señora de Guadalupe La Gomera, San Sebastián de la Gomera, España. ²Equipo de Atención Psicosocial Cruz Roja Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción: Varón, 64 años; el menor de 4 hermanos. Separado, dos hijos, con los que no tiene relación. Red de apoyo familiar e informal conoce diagnóstico de polineuro-

patía pero no de ELA, por decisión del paciente. Antecedentes personales:

- Diabetes, hipertensión, dislipemia, obesidad, esteatosis hepática. Radiculopatía cervical y lumbar crónicas. Polineuropatía mixta sensitivo-motora axonal/desmielinizante.
- Prótesis cadera derecha, colecistectomía, herniorrafia inguinal derecha.
- Hábitos tóxicos: abuso de alcohol (2017). Exfumador tabaco (2014) y cannabis (2017).

Enfermedad actual: ELA con afectación motora, de predominio en miembros superiores. Esfera física: No disfagia, no disnea, no afectación de esfínteres. No insomnio. No alteración del hábito intestinal. Dolor de características mixtas de intensidad moderada, predominio en extremidades. Esfera psicológica: sintomatología ansioso-depresiva reactiva a diagnóstico reciente de enfermedad. Esfera social: vive en residencia sociosanitaria. Tendencia al aislamiento.

Esfera espiritual: sentido de dignidad amenazado por pérdida de intimidad y autonomía funcional, vivencia de pérdida de sentido. Plan terapéutico: a) ajuste de tratamiento: inicia fentanilo, pregabalina y posteriormente ISRS (suspendido por síndrome serotoninérgico); b) derivación EAPS; c) facilitar la autonomía del paciente (funcional y toma de decisiones). Promover un manejo de la sintomatología emocional experimentada por el paciente. Programar Planificación de Decisiones Anticipada (PDA). A los seis meses tras inicio de seguimiento se objetiva progresión de enfermedad, dificultad para deambulación, caídas secundarias y pérdida progresiva de autonomía. Precisa ayuda para aseo, tendencia a clinofilia e irritabilidad. Refiere aumento de intensidad del dolor. Tristeza secundaria a pérdida de autonomía, abandono de actividades placenteras; d) planificación anticipada de decisiones: desea soporte ventilatorio si progresión de enfermedad. Gastrostomía según avance y aparición de síntomas, por el momento ambivalente. Desea realizar toma de decisiones en función de crisis de necesidad. No desea acudir a centro hospitalario (abandono de seguimiento por neurología, no inicia seguimiento por neumología). No desea designar representante.

Conclusiones: La PDA es la expresión del proceso de toma de decisiones anticipadas de un paciente capaz, informado y apoyado por el equipo asistencial, sobre la atención que desea recibir en posibles escenarios clínicos futuros, permitiendo la expresión de sus preferencias en caso de que ya no pueda decidir personalmente. Los profesionales necesitan trabajar con el paciente para ayudar a preservar su capacidad a través de un proceso de toma de decisiones con apoyo, informando al paciente sobre las opciones de tratamiento y acompañándole en la toma de decisiones y comunicación de sus preferencias.

PO 121. INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ATENCIÓN POR PARTE DE UN ESCP EN LA MORTALIDAD DOMICILIARIA

Félix González Moreno¹, Eduardo Segura Fernández², María Milagros Rocío García Junquero³, Cristina Martínez Fernández⁴, Inmaculada De La Cruz López⁵

¹Cruz Roja Española, Cádiz, España. ²Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España. ³Servicio Andaluz de Salud, Barbate, España. ⁴Servicio Andaluz de Salud, Conil de la Frontera, España. ⁵Servicio Andaluz de Salud, Cádiz, España

Introducción: En medicina se asume que los resultados mejoran con mayor tiempo de atención.

Objetivos: Demostrar que los fallecimientos domiciliarios aumentan a mayor tiempo de asistencia por un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Analizamos los fallecimientos de pacientes atendidos por nuestro ESCP durante 4 años. Generamos cuatro grupos: fallecidos en un periodo < 7 días; entre 8 y 30 días; entre 31 y 90 días y > 90 días. Se determina el porcentaje de fallecidos en domicilio para cada grupo y se comparan. Se analizan diferencias entre los tumores primarios, motivos de inclusión en programa y porcentaje de sedaciones.

Resultado: De 532 fallecimientos, 345 son en domicilio. El porcentaje de fallecimientos domiciliarios es superior en el grupo que fallece en los primeros 7 días (89,11 %) frente a los otros grupos (58,62, 58,67 y 60,75 %, respectivamente), diferencia estadísticamente significativa. No existen diferencias entre los tumores primarios en los distintos grupos (pulmón, colorrectal y mama). En el grupo que fallece en los 7 primeros días predominan el deterioro del estado general (DEG) 36 % y la situación de últimos días (29 %) como motivo de derivación. En los grupos restantes dolor (38 %) y el DEG (18 %) en el global de los tres grupos. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en sedación comparando el primer grupo (65,56 %), con los otros (50, 47 y 32 %).

Conclusiones: El mayor porcentaje de fallecimientos domiciliarios se da en aquellos pacientes que fallecen en la primera semana (contrariamente a lo esperado) y luego permanece estable en el tiempo. También asocian un mayor porcentaje de sedaciones.

PO 122. CARACTERÍSTICAS DE LA DIADA CUIDADOR FAMILIAR-PACIENTE QUE VIVEN UN PROCESO DE CRONICIDAD

María Yaquelin Expósito Concepción, Daniela Díaz Agudelo
Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

Introducción: El diagnóstico de una enfermedad crónica está sujeta a cambios en el estilo de vida y hábitos de la persona; con el tiempo esta se volverá mucho más dependiente en relación con la necesidad del cuidado. El cuidador familiar que asume la responsabilidad del cuidado, constantemente participa, toma decisiones y conductas acerca de la persona cuidada, se exponen a problemas personales, psíquicos y sociales producto de las exigencias de la actividad de atención, llegando incluso al deterioro significativo de las diversas dimensiones que componen su calidad de vida.

Objetivos: Determinar las características que poseen la diada paciente-cuidador familiar, para ello se describieron las características, se valoró el nivel de dependencia y se estableció la percepción de carga y apoyo que presenta la diada.

Metodología: Estudio descriptivo, transversal. Se caracterizó a 101 diadas cuidador familiar- paciente atendidos en el Hospital Universidad del Norte, Atlántico, Colombia. Se utilizó la Encuesta de Caracterización de la Diada Cuidador Familiar-Paciente con Enfermedad Crónica (GCPC-UN-D) desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia, contiene 42 ítems y tres dimensiones: las condiciones y perfil

socio demográfico de la diada; percepción de carga y apoyo (ZARIT), nivel de apropiación de los medios de información y comunicación y valoración de funcionalidad del paciente con la Escala PULSES. En el procesamiento y análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva, a través del programa SPSS versión 22.0.

Resultados: Los pacientes presentan una alteración grave o moderada de la funcionalidad, y un deterioro moderado. Perciben ser una carga alta o muy alta para su cuidador, tienen un único cuidador y requieren de 24 horas para su cuidado. Los cuidadores en su mayoría son mujeres, mayor de 45 años, no trabajan, viven en unión libre, residen en zona urbana y son de estrato socioeconómico 2; son católicos y refieren un alto compromiso religioso; cuidan a la persona desde el momento de su diagnóstico, brindan cuidado más de 18 horas al día y presentan en su mayoría sobrecarga leve o moderada. Casi la totalidad de los cuidadores tienen una valoración PULSES entre 6 y 8 y del test SPMQ de 0-2 errores.

Conclusiones: Los cuidadores necesitan fortalecer el apoyo familiar y recibir el soporte de una red de apoyo social. El nivel de bienestar de los pacientes fue concebido en su generalidad como mala en cuanto al bienestar físico, regular el bienestar emocional y bueno el espiritual y social.

PO 123. APOYO EN EL DUELO: UN INDICADOR DE CALIDAD

Paula Sapeta^{1,2}, Filipa Romeiro²

¹Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal. ²Observatório Português de Cuidados Paliativos, Lisboa, Portugal

Introducción: El duelo es un proceso, no se desencadena solo después de la muerte del enfermo, se inicia en vida. Sucede tanto para el enfermo como para la familia, se van concienciando de las pérdidas, sobre todo cuando se acercan los últimos días y horas de vida. Para los familiares toma particular importancia el apoyo recibido en esas etapas, en cuidados paliativos se preconizan un conjunto protocolado de acciones, como criterio de calidad del equipo. Este estudio forma parte de un conjunto más amplio sobre indicadores de calidad.

Objetivos: Identificar la existencia en el equipo de programa de apoyo en duelo; conocer si las actividades que están protocolizadas o formalmente definidas se realizan; caracterizar el tipo de actividades desarrolladas: carta de condolencias, visita a domicilio, consulta, llamada telefónica, consulta de seguimiento u otra; tipificar el momento de realización de cada actividad (carta de condolencias, visita a domicilio, llamada telefónica, consulta...); identificar los profesionales de salud que intervienen directamente en las actividades; caracterizar el tipo de registros efectuados, quién los elabora y en qué plataforma.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal, reportándose a datos del 31/12/2017, mediante el llenado, por los equipos/servicios de CP, de un formulario Excel enfocado en las variables implícitas en los objetivos.

Resultados: De los 103 equipos, obtuvimos datos de 76 (73,7%). La mayoría 53 (69,7%) desarrolla un programa de apoyo al duelo, pero 23 (30,3%) no lo hacen; de las que lo hacen, solo (60,5%) asumen tener un programa protocolali-

zado formalmente definido, 15 equipos (19,7%) no tienen. La llamada telefónica es la más frecuente (84,2%), seguida de consulta de follow-up (57,9%) y consulta de psicología (56,6%). De los elementos del equipo multidisciplinario, quienes intervienen directamente en las acciones, son sobre todo los enfermeros y psicólogos. Se efectúan registros en 65 (85,5%) equipos, 8 (10,5%) no efectúan registros. El lugar de registro de las actividades realizadas es muy variable, a veces duplicado.

Conclusión: La mayoría de los equipos de cuidados paliativos hacen seguimiento de la familia en la fase de duelo, hasta el primer mes después de la muerte; pero las actividades son variables, no siempre en secuencia y continuidad; los *timings* en que se realizan son muy variables y dispares. No fue posible tipificar un patrón de actuación de apoyo en duelo en los distintos equipos, ni en aquellas que reconocen tener un programa formalmente estructurado.

PO 124. RED DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA. INNOVAR MODELOS DE ORGANIZACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN

Daniel Ramos Pollo¹, Cristina Catalina Fernández², Claudio Navarro Cañadas³, Francisco Javier Visa Caño⁴, Natalia Santamarta Solla⁵

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ²Psicóloga Unidad de Cuidados Paliativos Valladolid Oeste, Valladolid, España. ³Médico Equipo de Soporte Hospitalario Valladolid Oeste, Valladolid, España. ⁴Médico Equipo de Hospitalización Domicilio-Cuidados Paliativos Valladolid Oeste, Valladolid, España. ⁵Médico Unidad de Cuidados Paliativos Valladolid Oeste, Valladolid, España

Introducción: En el año 2017 se puso en marcha la Estrategia Regional de Cuidados Paliativos (CP) en Castilla y León y el Proceso Asistencial Integrado. Varios de los objetivos son mejorar la coordinación y coordinación asistencial niveles. Se crean comisiones en todas las áreas de salud con carácter ejecutivo. Se encargan de la implementación, seguimiento y mejoras del proceso. Se identificaron un responsable médico y uno de enfermería de referencia en CP en todas las zonas básicas de salud. Todos recibieron un curso básico organizado por la consejería y con profesores expertos de la Sociedad Castellano-Leonesa de CP.

Objetivos: 1. Mejorar la coordinación y seguimiento de los pacientes. 2. Implicar a los Equipos de Atención Primaria en el seguimiento domiciliario. 3. Crear una cultura de seguimiento continuado.

Metodología: Los responsables de CP recibieron un curso en el Hospital sobre la detección de necesidades paliativas (herramienta Necpal) y de la complejidad (herramienta IDC-pal) y se explicó el proceso: 1. Desde el hospital, el responsable del equipo de soporte envía un informe del paciente o pacientes de esa zona básica de salud para que se inicie el seguimiento y se programen las visitas con su Equipo de Atención Primaria. 2. Los responsables tienen la misión de ser referencia en cuestiones clínicas, asegurar que la coordinación asistencial se inicia y que la continuidad en horarios no matinales, coordinación con la atención

continuada de la zona. 3. Organizar la atención domiciliaria con los Equipos de Soporte Domiciliario.

Resultados: En el año 2018 se atendieron 298 pacientes, a nivel rural y urbano. El 100 % de los pacientes recibieron asistencia del Equipo de Atención Primaria y en coordinación con los responsables en CP del Área. Se ha realizado un taller sobre uso de la herramienta Necpal e IDC-pal. Se han realizado 3 sesiones conjuntas para reforzar objetivos y resolver situaciones sobre todo de carácter administrativo. Se visitaron todos los centros de salud, con sesiones clínicas.

Conclusiones: 1. La satisfacción tanto de los Equipos de Atención Primaria como los responsables en CP es muy alta en el diseño de este proceso asistencial. 2. La Comisión de Área se ha encargado de estandarizar el proceso como un criterio de calidad en CP en Atención Primaria. 3. Potenciar el seguimiento de los pacientes en CP en Atención Primaria es posible si implementamos procedimientos innovadores que motiven a los profesionales.

PO 126. INTERVENCIÓN FORMATIVA PARA ENFERMERAS SOBRE EL MANEJO INTEGRAL DEL DOLOR ONCOLÓGICO

M.^a Carmen Barrera Reyes, Carolina Bonilla Serrano, Manoli Chicote Aldana, Anna Serrahima Mackay, Nacira Arab Allal
Hospital Clínic Barcelona, Barcelona, España

Introducción: El dolor oncológico es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociado a una lesión real o potencial. Es variable y depende del tipo de lesión, extensión de la enfermedad y tolerancia de cada persona. Es el síntoma principal en el 40 % de los enfermos oncológicos en tratamiento activo, y del 75 % en situación avanzada. El manejo del dolor y los cuidados paliativos son prioritarios en el programa mundial del cáncer de la Organización mundial de la salud (OMS). La valoración del dolor es un indicador de calidad asistencial definido por el departamento de salud y de cumplimiento obligatorio para todos los centros sanitarios. En nuestro centro hospitalario de tercer nivel se realizan cortes de prevalencia semestrales de dicho indicador. Tiene especial relevancia un buen manejo integral del dolor en un servicio de oncohematología como el nuestro, y esto nos lleva a plantear estrategias de mejora.

Objetivo: Mejorar y actualizar el conocimiento de las enfermeras del servicio en la valoración integral del dolor y el manejo de opioides. Aumentar el porcentaje de pacientes con valoración del dolor de forma periódica en los próximos cortes de prevalencia del indicador de calidad asistencial.

Método: Se creó un grupo de trabajo con personal experto del servicio de oncohematología en el manejo del dolor con la finalidad de elaborar un póster informativo sobre la valoración integral del dolor, información de los diferentes tipos de opioides, sus vías de administración y equidosis, así como los efectos secundarios y toxicidades atribuibles al fármaco. Creemos que el abordaje informativo debe ser completo, por lo que también se realizará un vídeo como cápsula para la difusión del contenido a todos los profesionales de enfermería oncohematológica, así como sesiones informativas por parte del grupo de expertos, en cada uno de los turnos de trabajo y en todas las salas del servicio. En

las que además se concienciará sobre la importancia de un correcto registro enfermero para disponer de la información necesaria y poder así adecuar las intervenciones de manera personalizada para cada paciente.

Resultados y conclusiones: Estas medidas están actualmente en fase de elaboración y difusión. Esperamos que los resultados en las próximas mediciones del indicador del dolor en el cuadro de mandos, muestren una mejora respecto a valoraciones previas relacionada con la actualización de conocimientos que adquieran las enfermeras del servicio.

PO 127. MANEJO PARCHE CAPSAICINA 8 % EN DOMICILIO EN PACIENTE CON NEURALGIA POSTHERPÉTICA DE DIFÍCIL MANEJO

Jaime Alcober Perez¹, José Luis Giménez Tebar¹, David Patiño Muñoz¹, Leandro Miguel Martínez Soriano¹, Fernanda Jiménez Moreno², Andrea Flor Tomas²
¹UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ²Unidad del Dolor, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: El dolor neuropático localizado (DNL) se define como un tipo de dolor neuropático circunscrito a un área. Su prevalencia se estima en aproximadamente 7-8 % en países desarrollados. Dentro del DNL, la neuralgia postherpética (NPH) es un motivo de consulta frecuente. Entre los tratamientos usados se encuentran los ATC, FAE, lidocaína tópica y opioides potentes. Dentro de los nuevos tratamientos se encuentra el parche de capsaicina al 8 % (Qutenza), con resultados esperanzadores.

Objetivo:

- Comprobar efectividad del tratamiento con parche de capsaicina 8 % en paciente con NPH de difícil manejo con varias líneas de tratamiento y con dolor no controlado.
- Valorar la eficacia terapéutica y la seguridad del parche de capsaicina 8 %, aplicado en la zona afectada a nivel dorsal en paciente con neuralgia postherpética (NPH), refractarios a otros tratamientos. Así como evaluar la satisfacción, valorar la tolerabilidad y determinar la posible reducción en el coste y en el número de fármacos que el parche genera.

Caso Clínico: Paciente 72 años con NPH que es remitido a nuestro servicio por dolor costal izquierdo a nivel D6-D9 con EVA 8 a pesar de tratamiento con pregabalina 75 mg/12 h, duloxetina 60 mg/24 h y fentanilo TD 75 mcg/h. Tras valoración en domicilio se procede a colocación de parche de capsaicina 8 % en región costal izquierda bajo supervisión médica y enfermería sin complicaciones. Precisa tratamiento con fentanilo 200 s.l. por dolor procedimental. A la semana EVA 3. Retratamiento a los 3 meses con disminución del 50 % de zona de hiperalgesia. Disminución dosis de fentanilo 50 TD. Resto tratamiento sistémico igual. Se solicita valoración por psicóloga de la UHD, debido a su complejidad.

Discusión: Valorar la eficacia terapéutica y la seguridad del parche de capsaicina 8 %, aplicado en la zona afectada a nivel dorsal en paciente con neuralgia postherpética (NPH), refractarios a otros tratamientos. Valorar la tolerabilidad y determinar la posible reducción en el número de fármacos que el parche genera.

Conclusión: La capsaicina es un agonista altamente selectivo del potencial receptor transitorio vanilloide-1 (TRPV-1). Recientemente se ha descrito la eficacia del parche a dosis alta de capsaicina para la neuropatía postherpética. En nuestro caso se ha mostrado beneficioso para el control del dolor en paciente con NPH con poca respuesta a tratamientos previos.

PO 128. ATENCIÓN AL DUELO EN UN EQUIPO PADES

Carina Cano del Olmo, Olga Mejón Casas,
Marta Llobera Solanas, Isabel Moreno Iglesias
Hospital Universitari Santa Maria, Lleida, España

Introducción: LA OMS considera necesaria la atención del enfermo y su familia en el proceso final de la vida y el duelo. La atención al duelo es una pieza fundamental de los cuidados paliativos, puesto que el objetivo final de estos es la consecución del bienestar y la atenuación del sufrimiento del enfermo y la familia, considerando que la principal fuente de sufrimiento de esta última es el dolor por la pérdida de una persona afectivamente importante. Estudios muestran que el duelo puede ser causa de morbimortalidad. La no superación del duelo justifica una atención para la prevención y detección precoz del duelo complicado. En los equipos PADES el proceso de atención al duelo se lleva a cabo antes de la muerte, proporcionando información acerca del proceso del duelo y sobre los recursos disponibles, durante el proceso de agonía y después de la muerte, detectando a los dolientes que necesitan intervención específica para elaborar su pérdida.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión sistemática de historias clínicas de pacientes atendidos por PADES durante el año 2018.

Resultados: Del total de pacientes que ha muerto en su domicilio, el seguimiento al duelo de las familias posterior al fallecimiento ha sido de un 70 %. Del total de casos en seguimiento al duelo un 68 % ya necesitaban atención previa por el psicólogo. Se detectaron un 14 % de casos de duelo complicado, de los cuales un 30,77 % necesitaron un seguimiento continuado del psicólogo para prevenir el duelo patológico. El 69 % de los casos el cuidador principal es de sexo femenino. De los duelos complicados el 47 % se daba en hijas.

Conclusiones: La mayoría de los dolientes afrontan el duelo de forma natural y eficaz, sin problemas en el proceso de adaptación. En nuestra experiencia el seguimiento previo por el equipo con soporte del psicólogo es una herramienta eficaz en la elaboración y prevención del duelo complicado. En cuanto al parentivo detectamos que en la mayoría de los casos el duelo complicado se da en hijas.

PO 129. PALIATIVOS SÍ, HUMANIZACIÓN TAMBIÉN: IMPRESIONES DE UNA R1

Verónica Gil Caravaca, Julia Cuevas García,
María Dolores Vázquez García
C.S. Santa María de Gracia, Murcia, España

Introducción: Paciente de 81 años con HTA, DM tipo II. Insuficiencia renal crónica. Ictus isquémico en 2009 y hemorrágico en 2010. Tumor mucinoso papilar de páncreas no qui-

rúrgico. Ingresó en Medicina Interna por deterioro del estado general. Tres semanas previas había estado ingresado por infección urinaria y resangrado de hematomas subdurales. A los 3-4 días tras el alta empeoró su situación basal (andaba con andador) quedando encamado. Posteriormente rechazó la ingesta de alimento y agua, con tendencia a la somnolencia y mutismo. El día del ingreso lo encuentran inconsciente, se deriva a urgencias donde diagnostican nueva infección de orina. Debido a la situación y a la falta de mejoría, en planta se decide comenzar los cuidados paliativos. La comunicación de esta decisión a los familiares se realizó en la habitación del hospital, con el compañero de habitación y el paciente presente. Se utilizó un lenguaje directo, sin explorar expectativas del paciente y de los familiares (“no efectividad del tratamiento”, “vamos a evitar el sufrimiento”, “esto no es eutanasia, no está permitida en nuestro país”).

Metodología: Tras esta experiencia como residentes de primer año, iniciamos una reflexión sobre la necesidad de dominar las técnicas para comunicar malas noticias, y el momento de la decisión de inicio de cuidados paliativos.

Discusión: Los cuidados paliativos forman parte de nuestro trabajo diario. Es importante conocer cómo y cuándo iniciarlos, y saber comunicarlos. Tenemos como residentes una falta de formación en técnicas de comunicación efectiva y humana. Nuestro esquema es tratar y curar, nos resulta difícil pasar al estadio de cuidados paliativos, lo sentimos como un fracaso. Existen técnicas como la regla EPICEE: 1. Entorno: debe ser un lugar privado con los seres más allegados del paciente, sin interrupciones y con el tiempo suficiente. 2. Percepción del paciente (y familiares), debemos averiguar que saben de su enfermedad. 3. Invitación: debemos descubrir hasta dónde quieren saber. 4. Conocimiento: aportar la información de manera comprensible. 5. Empatía. 6. Estrategia: resumir todo, comprobar lo entendido y resumir lo que viene a continuación. Otra clasificación muy similar a esta es la de las 6 etapas de Buckman.

Conclusión: Como residentes de primer año afrontamos muchas situaciones de difícil manejo. Como profesionales sanitarios en formación debemos cuestionarnos los escenarios clínicos y formarnos para dar la mejor asistencia a nuestros pacientes, desde el nacimiento hasta la muerte, incluido el duelo. Necesitamos paliar, pero siempre desde la humanidad.

PO 130. UTILIDAD DE LOS FENTANILOS EN EL TRATAMIENTO DE LA DISNEA EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

María Ángeles Campo Artola, Santiago González de Etxabarri Otsoa, María José Arrizabalaga Arnaiz,
Miren Begoñe Salinas Lasa, Jaione Aguirrezabal Rementeria, Manuel Virosta Allegue
Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Introducción: En las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), la disnea basal, episódica y la tos son progresivas, empeorando la calidad de vida. Para aliviarlas se utilizan opioides.

Objetivo: Estudiar la efectividad y seguridad de los opioides, sobre todo, fentanilo transdérmico (FT) e inhalado en pectina (FPNS) para el control sintomático.

Material y métodos: Revisión retrospectiva mayo de 2019 y octubre de 2015. Tratados por el mismo equipo, aceptaron tratamiento con opioides fuera de ficha técnica. Usamos escalas numéricas, la MRC (Medical-Research-Council dyspnea-scale), la exploración, SpO₂, percepción subjetiva, efectividad del tratamiento, satisfacción, efectos secundarios, complicaciones y cambios de tratamientos.

Resultados: 74 pacientes (41 hombres, 33 mujeres) con enfermedad sintomática o avanzada MRC 3 (8), 4 (61). Edad media 79 (62-95). 71 iniciaron tratamiento 59 (83 %) con FT12 mch/h y 3 morfina retardada MST 10 mg/día para la disnea basal; 3 FPNS 100 mcg/pulv., 1 fentanilo sublingual (FSL) 67 mcg y 5 codeína para la tos. 71 han seguido tratamiento: 58 (81 %) con FT (12-175 mch/h), 7 (10 %) con MST (10-120 mg/día), 4 con FSL, 1 FPNS, 1 codeína. 70 utilizaron opioides para la disnea episódica, antes del esfuerzo o la ducha, 54 (77 %) FPNS (100-400 mcg/pulv.), 12 FSL67 mcg, 2 morfina subcutánea (msc) 5-20 mg, 1 morfina oral (mo) 10 mg. 35 (50 %) utilizaron simultáneamente otro opioide, 20 msc 10-40 mg, 8 FSL 67 mcg, 4 mo 20 mg, 2 FSL 133 mcg y 1 FSL 200 mcg. 3 pacientes un tercer fármaco, discriminando la intensidad de la disnea o la duración del efecto antes de un esfuerzo. 55 utilizaron corticoides, 43 benzodiazepinas, 29 broncodilatadores, 12 antidepresivos, 10 tratamiento con psiquiatra-psicólogo, 9 suplementos dietéticos, 4 neurolépticos. En la escala numérica, mejoró la percepción de la disnea basal en todos los casos, un 60 % (media de 5 a 2) y de la disnea episódica entre el 50 y el 66 % (de 8-9 a 4-3). El grado de satisfacción ha sido alto. Efectos secundarios: 7 somnolencias autolimitadas y 18 estreñimientos sintomáticos, dos mareos que precisaron cambio de FT a MST. En 3 mareo y confusión con FPNS 100 mcg/pulv cambio a FSL 67 mcg. Tres dejaron el tratamiento, 2 por opioidefobia. En el resto dosis crecientes. Seguimiento 1-31 meses (mediana 10) entre los vivos y 1-26 (mediana 7) entre los fallecidos. 50 muertos, 42 por progresión.

Conclusión: El fentanilo es seguro y útil para el tratamiento de la disnea basal, episódica y la provocada por el esfuerzo en las EPID. FT y FPNS fueron bien tolerados, con pocos efectos secundarios. Fáciles de usar y aplicar, en cualquier lugar, sin jeringas, agujas y sin personal sanitario. Se necesitan estudios controlados y randomizados entre los diferentes opioides para discriminar su utilidad en el tratamiento de la disnea.

PO 131. FRACTURA OSTEOPORÓTICA DEL ANCIANO: VALORACIÓN FUNCIONAL, COGNITIVA, NUTRICIONAL Y SOCIAL AL INGRESO

Jennifer Pick Martín, María García-Fayos de Diego, María Lara Moyano, Marina Macías Jiménez, Carmen Borraz Ordás, Emilio Garijo Gómez
Hospital Doctor Peset, Valencia, España

Objetivo: Conocer la valoración integral inicial de los pacientes que padecen una fractura de cadera.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo. Se invitó a participar a todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron por fractura de cadera desde noviembre 2017 a mayo 2018. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario. Este recogía las principales variables del estudio: datos

epidemiológicos de la persona y las escalas validadas para la valoración del paciente mayor. La valoración funcional se hacía a través del Índice de Barthel e Índice de Lawton (solo en los casos sin dependencia). La valoración cognitiva la realizamos a través del Test de Pfeiffer y en los casos con funcionamiento deteriorado aplicamos el Test de Lobo. En aquellos casos con deterioro aplicábamos GDS. Si no se podía aplicar el test de Pfeiffer realizábamos el Test del Informador. En cuanto a la valoración nutricional, la realizábamos mediante el MNA y CONUT. Por último, la valoración sociofamiliar solo se llevó a cabo en aquellos casos que sospechábamos problemática social. Si había cuidador principal realizábamos el T. Zarit; si no lo había aplicábamos la E. Gijón. Es importante destacar que el proyecto del estudio fue aprobado por el Comité Ético del centro y fue necesaria la firma del consentimiento informado para participar.

Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. La edad media fue 84 años, la estancia media 9,56 días. El 76,40 % fueron mujeres. Los resultados en valores medios de las variables fueron: T. Barthel (N = 89) puntuación 78,30 ($\sigma = 22,20$). Lawton (N = 25) puntuación 7,28. Pfeiffer 2,35 (N = 79). T. Lobo (N = 8) 13,50. Test Informador (N = 10) 77,0. MNA (N = 85) 9,95. CONUT (N = 76) 5,45. Gijón (N = 34) 7,12. Zarit (N = 42) 34,43.

Conclusiones: Este estudio inicial sirvió para conocer cómo es la valoración integral de la población que sufre este tipo de fracturas en el momento del ingreso. Los resultados encontrados son similares a los que se describen en la literatura. En cuanto a la esfera funcional, en su mayoría tiene una dependencia leve. La valoración cognitiva global es de ausencia de deterioro en la mayoría de los pacientes. En el cribado de malnutrición 69,42 % pacientes tenían riesgo de malnutrición o la padecían. El riesgo social en la mayoría de pacientes fue bajo. Hemos encontrado como limitación principal la dificultad de recoger entre varios investigadores los datos, lo que ha llevado a un alto número de datos perdidos.

PO 132. COMITÉ DE DOLOR DIFÍCIL EN UN CENTRO MONOGRÁFICO DE CÁNCER: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS

Claudia Cruz Sequeiros¹, Josep Vilaplana i Birba², José Izquierdo-Gómez¹, Antoni Arxer Tarres², Ana Isabel Luque-Blanco¹, Xavier Pericot Mozo², Ana Cáceres Muñoz¹, Josep Porta-Sales¹

¹Institut Català d'Oncologia (ICO), Girona, España.

²Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, Girona, España

Introducción: Globalmente se ha descrito que sobre el 5-10 % de los pacientes (pts.) con cáncer avanzado con dolor pueden precisar técnicas analgésicas invasivas (TAI), mientras que, en servicios de cuidados paliativos oncológicos, esta cifra puede llegar al 20 %. Desconocemos como puede influenciar la puesta en marcha de un comité de dolor oncológico difícil (CDOD) en un centro monográfico de cáncer en la identificación y tratamiento de los pts.

Objetivo: Cuantificar las necesidades de tratamiento intervencionista del dolor oncológico en un centro monográfico de cáncer tras iniciar un CDOD.

Material y método: Se han registrado los casos remitidos al CDOD durante los 2 primeros años de funcionamiento (mayo de 2017-mayo de 2019). El CDOD constituido por médicos, enfermería de los servicios de cuidados paliativos y clínica del dolor se reunían cada 2 semanas, para discutir pts. con dolor difícil, toma de decisiones terapéuticas y seguimiento evolutivo de los pts.

Resultados: Durante el periodo de estudio se han atendido 1097 pacientes, de los cuales se estima que 767 con dolor, de los cuales 39 (5 %) fueron discutidos en el comité. Se indicó una TAI 22 pts. (56 %): [catéter intratecal 15 (68 %), infiltraciones epidurales 7 (32 %)]. Las indicaciones de TAI fueron: plexopatía lumbo-sacra 13 (60 %), plexo celiaco 2 (9 %), infiltración suelo pélvico 2 (9 %), otras causas 5 (22 %). Presentaron beneficio analgésico inicial 21 pts. (95 %). Seis (27 %) presentaron efectos secundarios: náuseas 1, cefalea postpunción 1, somnolencia intensa 2, meningitis 2. Respecto a las neoplasias: colorrectal 6, ginecológico 5, digestivo alto 4, urológico 4, pulmón 2, mama 1.

Conclusiones: La discusión de casos de dolor oncológico difícil en los primeros 2 años de comité de dolor oncológico difícil es un 50 % inferior a lo reportado en la literatura. Creemos que los pacientes que presentan dolor oncológico difícil de tratar se beneficiarían de técnicas analgésicas invasivas, es así que consideramos preciso consolidar el funcionamiento del comité con la implicación de especialidades oncológicas.

PO 133. CUIDANDO A LOS QUE CUIDAN: UNA EXPERIENCIA DE TALLERES DE AUTOCUIDADO PARA PROFESIONALES SANITARIOS

Vanesa Martínez García, Laura Morlan Coarasa, María Pérez-Moreno Conejo, Roció Díaz Marín, Inmaculada Raja Casillas

Fundación Instituto San José. Complejo Hospitalario Toledo, Toledo, España

Introducción: los profesionales sanitarios que trabajan en entornos relacionados con el final de la vida pueden padecer la fatiga por compasión o síntomas derivados del burnout. Maslach (1982) afirmó que los profesionales de la salud son más vulnerables al estrés crónico, desgaste emocional y, finalmente, al desgaste profesional. Periodos prolongados del desgaste profesional tienen consecuencias tanto a nivel individual en el cuidado de los pacientes como en la misma efectividad de la organización. Benito y cols. (2011) afirman que trabajar en este entorno manteniéndose empático, ecuánime y apoyando emocionalmente sin quemarse requiere el desarrollo consciente de actitudes y habilidades específicas. Se propone la aplicación de talleres prácticos dirigidos a profesionales para avanzar en el proceso de enfrentarse a las necesidades de los pacientes.

Objetivos: el principal objetivo es dotar a los profesionales sanitarios de herramientas para promover la gestión del impacto emocional derivado de su propio trabajo. Como objetivo secundario, se procura favorecer el trabajo en equipo potenciando la mejora de la comunicación, la empatía y la consecución de objetivos comunes.

Metodología: El programa consta de 3 talleres de contenidos específicos: introducción a la práctica del mindfull-

ness, entrenamiento en gestión emocional y risoterapia. Cada taller tiene una duración de 3 horas y se imparte de forma cuatrimestral. El programa se está implementando en los Servicios de Neonatología (personal de medicina, enfermería y auxiliares), Oncología Médica (enfermería y auxiliares), Unidad de Cuidados Paliativos (personal médico, enfermería y trabajo social) y, por último, al equipo de enfermería y auxiliares del centro sociosanitario. Los talleres se han organizado en grupos cerrados de 25 asistentes como máximo. Recogida y análisis de datos: se trata de un estudio descriptivo. Se evaluará cualitativamente el grado de satisfacción con la formación y la utilidad percibida por los profesionales al finalizar los talleres, mediante una herramienta cualitativa elaborada *ad hoc*. Asimismo, se calcularán datos sociodemográficos de los grupos de participantes.

Resultados y conclusiones: Se espera que los profesionales describan un adecuado nivel tanto con la satisfacción con los talleres como con el grado de utilidad de los mismos, así como la incorporación de alguna de las técnicas en sus rutinas. Se pretende promover un espacio de apertura y acogida dedicado a los profesionales, en el que incorporen herramientas prácticas en su labor diaria relacionadas con el sentido del humor como afrontamiento, la escucha activa y la actitud de presencia compasiva con uno mismo y con el paciente.

PO 134. CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS

Beatriz Madueño Valencia¹, Jessica Rivera Alviol², Purificación Rodríguez Atanes², Mireia Filip Ayala², Esther López Luna²

¹Pades AC Noche, Mutuam, Barcelona, España. ²Hospital Sociosanitario Mutuam Güell, Barcelona, España

Introducción: En el año 2016 se complementó la atención paliativa domiciliaria en Barcelona ciudad con los equipos de atención continuada que aseguran la asistencia las 24 horas del día 365 días al año. Estos equipos trabajan todos los días de 20 a 8 horas y las 24 horas de fines de semana y festivos. La atención de pacientes con necesidades paliativas conlleva en ocasiones unos cuidados especializados difícilmente asumibles por la familia en el domicilio, lo que provoca derivaciones a servicios de urgencias. La necesidad de ingresos urgentes durante la noche y los fines de semana propició una alianza estratégica entre Pades Atención Continuada y la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Sociosanitari Mutuam Güell. Se definieron los criterios de ingreso y un circuito de acceso rápido con la colaboración de los profesionales de los dos recursos, asegurando de este modo una continuidad asistencial y una asistencia de calidad por equipos expertos en la atención de pacientes con necesidades paliativas.

Objetivos: Analizar los motivos y las características de los pacientes que necesitan un ingreso urgente en la unidad de cuidados paliativos.

Metodología: Estudio descriptivo cuantitativo retrospectivo de los pacientes que han precisado un ingreso urgente durante las noches, fines de semana y festivos desde la creación del servicio (1/1/2016 hasta 31/12/2018).

Resultados: Se han realizado un total de 123 ingresos. El 34 % eran varones y el 66 % mujeres. La media de edad era 64 años, el 35,51 % ingresaron en horario nocturno (20-8 h). La procedencia fue de un 87,58 % de Pades y un 12,42 del servicio de emergencias médicas. Los principales motivos de ingreso fueron: claudicación familia, SUD, síntomas refractarios... El 92,12 % de los pacientes ingresaron en habitaciones individuales. En un 45,62 % de los pacientes la muerte se produjo en menos de 48 horas, en un 52,18 % la supervivencia fue inferior a 21 días y un 2,2 % superior a este periodo.

Conclusión: 1. La colaboración entre recursos expertos en la atención paliativa ha permitido asegurar la continuidad asistencial y la utilización del recurso más adecuado en cada momento del proceso. 2. Se han evitado ingresos urgentes en otros dispositivos menos expertos en atención de paciente con necesidades paliativas. 3. Han mejorado las relaciones y sinergias entre los recursos domiciliarios y la unidad de cuidados paliativos del hospital de atención intermedia. 4. Ha aumentado la satisfacción de pacientes/familias y también de profesionales de otros recursos.

PO 135. RESERVOIRIO VENOSO SUBCUTÁNEO EN CUIDADOS PALIATIVOS

María Victoria Hernández Jiménez, Cristina Sánchez Sánchez, María Dolores López Fernández, Demetrio Sánchez Fuentes, María Pilar Romero Mayoral, María Carmen Román Fernández

Hospital Provincial de Ávila, Complejo Hospitalario de Ávila, Ávila, España

Introducción: Un reservorio de acceso venoso subcutáneo (RVS) es un catéter unido a un puerto de plástico o de metal, que se inserta en una vena central y después se sutura en un bolsillo subcutáneo creado quirúrgicamente, normalmente en el tórax del paciente. El uso de reservorios venosos subcutáneos es mayor en pacientes oncológicos debido a su sencilla manipulación y a sus ventajas sobre otros dispositivos. Su utilización ha permitido aumentar la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en aquellos con enfermedad terminal. La prevalencia del uso de RVS en pacientes en Cuidados Paliativos está poco documentada.

Objetivos: Identificar el porcentaje de dispositivos implantados en los pacientes ingresados en una Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos (UHCP). Determinar la patología oncológica más prevalente en estos pacientes.

Metodología: Se realiza un estudio observacional prospectivo realizado en una UHCP. El periodo estudiado comprende desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2018. Se determinan el número de pacientes con RVS y se recoge la patología oncológica de cada paciente.

Resultados: En el periodo estudiado, ingresaron 145 pacientes en la UHCP. De los cuales tenían enfermedad oncológica terminal 138 (97,18 %) y 7 (4,8 %) enfermedad no oncológica terminal. De los 138 pacientes con patología oncológica, 22 (15,94 %) enfermos tenían implantados RVS. De ellos 13 (59,1 %) eran mujeres y 9 (4,8 %) varones. De los pacientes ingresados por patología no oncológica ninguno tenía insertado un RVS. En cuanto al tipo de tumor: 10 enfermos (45,45 %) con cáncer de páncreas, 3 (13,64 %) de recto, 2 (9,09 %) de colon, 2 (9,09 %) hepatocarcinoma,

1 (4,54 %) miofibrosarcoma, 1 (4,54 %) ovario, 1 (4,54 %) pulmón, 1 (4,54 %) carcinoma adenoide y 1 (4,54 %) cuello uterino. El tiempo promedio de implantación del RVS, antes de su ingreso en la UHCP, fue de año y medio.

Conclusiones: En nuestra serie hemos observado que el porcentaje de pacientes con RVS es relativamente bajo. No siendo portador ninguno de los enfermos con patología no oncológica. El mayor porcentaje de los enfermos oncológicos con RVS tenían cáncer de páncreas. Debería realizarse más estudios en relación con la utilización de este tipo de dispositivos en pacientes con tratamiento paliativo, con el objetivo de cuantificar las ventajas e inconvenientes de disponer del uso de los mismos.

PO 136. "MAMA YA LO SÉ": DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO FAMILIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

María José González Nevado¹, Isabel M. Mañas Álvarez², Rocío Aranda Colubi², Miguel Eusebio García Linares²

¹Ugc Guillena Santa Olalla, Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte, Santa Olalla del Cal A, España. ²Equipo de Soporte Cuidados Paliativos Distrito Sanitario Aljarafe Sevilla Norte, Sevilla, España.

Introducción: La salud familiar y como sus miembros se enfrentan a los acontecimientos y procesos vitales estresantes es conocida como afrontamiento familiar. En caso de familias disfuncionales las estrategias de afrontamiento pueden no ser suficientes o adecuadas, provocando una alteración en la salud familiar. Presentamos el caso de una familia formada por un matrimonio y sus tres hijos, dos mellizos de 12 años y una adolescente de 17 años, donde la madre de 53 años padece Esclerosis Lateral Amiotrofica (ELA). Viven en pueblo de zona rural con nivel socioeconómico medio-bajo. En seguimiento por Médico y Enfermera de Familia, Enfermera Gestora de Casos (EGC) y Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP). Visitas en domicilio periódicas. Malas relaciones entre ellos con graves problemas de conducta de uno de los mellizos, problemas en ámbito escolar, falta de respecto a normas en casa, sufrimiento y ansiedad de todos sus miembros y duelo anticipado. Falta de comunicación entre ellos y desconocimiento a cerca de la enfermedad de la madre y su evolución. La madre enferma de ELA encamada, con disfagia y deterioro de la movilidad física.

Objetivo: Mejorar el afrontamiento familiar ante un caso de ELA.

Metodología: Ante la situación de afrontamiento familiar incapacitante con deterioro de las relaciones de sus miembros se establece plan de intervención conjunta por EGC, ESCP y Psicólogo, en domicilio. En seguimiento por Servicios Sociales Comunitarios de la localidad. En visitas se brinda apoyo emocional y psicológico a los menores, así como al padre, proporcionando información de la enfermedad, identificando factores que contribuyen a aumentar la situación de tensión entre ellos, estableciendo metas y objetivos concretos para superar los problemas en familia, todo ello en su domicilio con desplazamiento del equipo multidisciplinar. La hija adolescente, que había asumido el rol de cuidadora principal por cansancio del rol del cuidador del padre, recibe asesoría individual por parte de EGC en IES en coordinación con dicho centro escolar.

Resultados: “Mama ya lo sé”: después de esta frase y las intervenciones realizadas, ha mejorado el afrontamiento familiar hacia la enfermedad, las relaciones personales entre ellos, han aumentado muestras de afecto entre los menores y sus padres, el rendimiento escolar ha mejorado y el nivel de satisfacción hacia los profesionales sanitarios y las intervenciones realizadas en alto.

Conclusiones: La intervención multidisciplinar con apoyo del psicólogo ha sido fundamental para abordar este caso complejo en domicilio.

PO 137. UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS: EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO EN REGIÓN ULTRAPERIFÉRICA

Isabel Herrera García¹, Inés Esther González Bolaños¹, Sara Giménez Donoso², Yeraldín Padrón Gómez¹, Leidimar Carballo Arzola¹, María Montserrat Álvarez Torres¹

¹Hospital Nuestra Señora de Guadalupe La Gomera, San Sebastián de La Gomera, España. ²Equipo de Atención Psicosocial Cruz Roja Tenerife, Santa Cruz de Tenerife, España

Introducción: Dadas las características geográficas de la región y su altas tasa de envejecimiento y mortalidad, se hace necesaria la ampliación de la Unidad de Cuidados Paliativos de nuestro Hospital con un equipo de soporte domiciliario. Este equipo comienza con una médica, una enfermera y una trabajadora social a tiempo parcial, pero a día de hoy contamos con un equipo de dos médicas y dos enfermeras, una trabajadora social a tiempo parcial y una psicóloga clínica a tiempo parcial. Desde la creación del equipo de soporte domiciliario, se inicia la inclusión de pacientes con criterios no solo oncológicos, como las demencias. La cartera de servicios ofertada por la Unidad es: 1.ª visita y visita sucesiva (paciente y familiar), 1.ª visita de duelo, visita sucesiva de duelo y consulta telefónica, todas ellas, excluyendo la consulta telefónica, disponibles para el usuario tanto en domicilio como en consultas externas. El programa para la atención integral a personas con enfermedades avanzadas de La Obra Social “La Caixa” tiene como finalidad contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas en situación de enfermedad avanzada, así como apoyar a los profesionales que las atienden. El programa se desarrolla en colaboración con distintas entidades, en nuestro caso, Cruz Roja, y contempla diferentes áreas temáticas, entre las que cabe destacar el apoyo emocional a pacientes y a sus familiares, la atención al duelo y el apoyo a los equipos de cuidados paliativos.

Objetivos: Definir el funcionamiento de la Unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria.

Material y método: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo, desde el 1 de junio de 2017 hasta el 1 junio de 2019.

Resultados: Durante este periodo de dos años se han atendido un total de 131 pacientes, de los cuales 101 (77,1 %) han sido oncológicos y 30 (22,9 %) no oncológicos, de los cuales han fallecido en domicilio 34 (25,95 %). Se han realizado un total de 108 primeras visitas y 800 visitas sucesivas. Desde el 5 de julio de 2018, el EAPS ha prestado atención psicosocial a 14 pacientes y 29 familiares.

Conclusiones: Ha aumentado el número de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados paliativos, el número de fallecimientos en domicilio y el número de visitas domiciliarias. Se empiezan a incluir pacientes con criterios no oncológicos.

PO 138. TRATAMIENTOS AL FINAL DE VIDA: NECESIDAD O FUTILIDAD

Elisabet López Hellin, Cristina Fuster Aguilera, Pablo Villace Gallego, Joan Duran Bertran, Conchita Magide Hernández

Corporación Sanitaria Universitaria Parc Taulí, Sabadell, España

Introducción: El tratamiento médico fútil se define como aquel tratamiento que no alcanza las metas terapéuticas propuestas. El significado de la futilidad de un tratamiento ha sido motivo de debate durante décadas y existe poco consenso en la definición de este concepto, aunque la mayoría de las definiciones se centran en la probabilidad y el grado de beneficio para un paciente.

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos, pero también por exceso de tecnologías y aplicación de tratamientos que no aportan beneficio. No todo lo que técnicamente es posible resulta beneficioso para el enfermo, sino que además puede añadir sufrimiento “obstinación terapéutica” siendo por tanto un tema ético que nos obliga a replantear el uso de tratamientos fútiles en unidades de hospitalización de agudos. Actualmente existen pocos estudios sobre la administración de fármacos fútiles en el final de vida y hemos planteado un estudio observacional en la Unidad de Oncología/Medicina Interna de nuestro centro que nos permita conocer nuestra realidad para posteriormente plantear una mejora interdisciplinaria cuando una persona llega a la etapa final de vida.

Objetivo: Describir los tipos de tratamiento administrados en las últimas 72 horas de vida de los pacientes ingresados en la Unidad Hospitalización de Oncología y Medicina Interna de la CS Parc Taulí.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo de registro de casos (total 101 pacientes) que han sido éxitos en nuestra unidad desde enero de 2018 a marzo de 2019. Los datos recogidos han sido incluidos en una base de datos de Minitab-18. Las variables cualitativas serán presentadas mediante porcentajes y con la distribución de frecuencias e intervalo confianza 95 %. Las variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar, rango e intervalo confianza 95 %. El estudio ha sido aprobado por el comité de ética de nuestro centro.

Resultados: En estos momentos estamos finalizando el análisis de los datos y a la espera de los Resultados finales destacamos que los enfermos en las últimas 72 h de vida: 1. > del 90 % tienen registro de adecuación del esfuerzo terapéutico (AET). 2. > del 80 % de los pacientes reciben tratamiento antibiótico. 3.> del 70 % se les realiza radiografías y TAC/RMN.

Conclusiones: Aunque la mayoría de los pacientes en los últimos días tienen registro de (AET) estos reciben tratamientos que podríamos considerar fútiles.

PO 139. PACIENTES PALIATIVOS AL FINAL DE LA VIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIA

Joana Rodrigues, Jeanette Silva, Paula Paramés, Carla Menino

Hospital Garcia D'orta, Lisboa, Portugal

Introducción: El envejecimiento poblacional, con la consecuente cronicidad de las patologías y el incremento de las enfermedades oncológicas resultó en un aumento de las idas al servicio de urgencia (SU) en situaciones de fin de vida. Esta situación es desafiante para el equipo que los atiende en el SU. La solicitud de apoyo a través de la referencia al equipo de cuidados paliativos (EIHSCP) busca colmar esta dificultad.

Objetivos: Caracterizar a los enfermos referenciados al equipo de cuidados paliativos por la urgencia.

Metodología: Análisis retrospectivo de los procesos clínicos de los pacientes referenciados al equipo de cuidados paliativos del Hospital García de Orta por el Servicio de Urgencia de enero de 2016 a mayo de 2019.

Resultados: De los 181 pacientes referenciados al equipo de cuidados paliativos (EIHSCP) por la urgencia, 45 se encontraban en el área de observación (AO) y 136 internados en la unidad de internamiento médico-quirúrgico (UIMC). El número de días desde la admisión hasta la referencia a la EIHSCP fue 1,92 días (min 0, máx 13 días). Se evaluaron 67,9 % de pacientes con diagnósticos de etiología oncológica, siendo las neoplasias más prevalentes la neoplasia del pulmón y la neoplasia del intestino, ambas con el 15 % de los pacientes. De los diagnósticos no oncológicos (32,1 % de los pacientes) se verificó que el diagnóstico más prevalente fue la demencia (24,1 %), la insuficiencia cardiaca (17,2 %) y la enfermedad renal crónica (15,5 %). El fallecimiento ocurrió en el 63,5 % (115), siendo el local del óbito más frecuente el hospital (63,5 %), en particular en la UIMC (28,7 %) y en la AO (7,8 %). Sin embargo, con la intervención del equipo, fue posible que un tercio de los enfermos a morir en el domicilio/hogar. El plan de intervención acentuó en el control sintomático, apoyo psicológico a los pacientes y familias y planificación de alta/acompañamiento en el domicilio.

Conclusión: Este análisis refuerza el hecho de que la sociedad portuguesa actual utiliza muy a menudo a los EE. UU. en los últimos días de vida. La alteración de este paradigma pasa por el seguimiento precoz por los cuidados paliativos, tanto a nivel hospitalario como en el domicilio, así como en el aumento del número de unidades de cuidados paliativos y de equipos de cuidados paliativos comunitarios.

PO 140. CONTROL DE GLUCEMIA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Elena Abascal Ortega, Alberto Meléndez Gracia, Arantza Pinedo Asarta, María José Almaraz Ruiz de Eguilaz, Iñaki Saralegui Reta, Luisa Vega Giménez
Unidad de Medicina Paliativa. Osi Araba, Vitoria-Gasteiz, España

Introducción: El manejo de la hiperglucemia en pacientes con enfermedad avanzada, oncológica o no, es compleja debido a la falta de recomendaciones científicas con respecto a la frecuencia de los controles, la intensidad del

tratamiento y los objetivos glucémicos. La importancia del tema supone un esfuerzo de revisión de la situación para los profesionales de cuidados paliativos con el fin de llegar a un consenso basado en los beneficios para el paciente.

Objetivos: Se plantea como objetivo fundamental la reducción de controles de glucemia según un protocolo que garantice de forma adecuada la prevención de los episodios de hipoglucemia y la reducción de los posibles efectos agudos de la hiperglucemia (deshidratación y efectos osmóticos), adaptando el número de controles a los estrictamente necesarios, según la expectativa y calidad de vida del paciente.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed sobre diabetes mellitus y cuidados paliativos. Se seleccionaron 3 artículos de revisión y una guía inglesa. Tras obtener esta información se planteó un protocolo basado en las recomendaciones de dichos artículos. Se realizaron dos reuniones del equipo específico de medicina paliativa para consensuar el protocolo y otra reunión más con las profesionales de enfermería/auxiliares de la unidad de hospitalización.

Resultados: Se consideran niveles glucémicos aceptables entre 110 y 270 mg/ml. Es necesario reconocer e identificar la clínica de las complicaciones agudas directamente relacionadas con la hiperglucemia (cetoacidosis diabética y síndrome hiperosmolar hiperglucémico) y la hipoglucemia para complementar los controles básicos. En pacientes con expectativa de vida larga se propone realizar un perfil glucémico 3 veces al día durante los 3 primeros días y luego solo si síntomas; en las etapas finales de la enfermedad un control capilar diario puede ser suficiente. En caso de tratamiento con corticoides el control se realiza antes de la cena y si aparecen síntomas. La dieta se adaptará a las necesidades del paciente.

Conclusiones: El protocolo ayuda a uniformizar la actuación basada en la expectativa y la calidad de vida de cada paciente. Hubo consenso entre todos los participantes sobre la necesidad de simplificar los controles glucémicos, siendo los síntomas de las posibles complicaciones agudas los que determinan los controles complementarios.

PO 141. GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

María José Mas Llull, María Elodia Dominguis Ivars, Verónica Pérez García, Marta Gisbert Ortiz, Natalia Casado Valentin
Hospital de Denia, Denia, España

Introducción: En la estrategia para la cronicidad, aprobada por el Ministerio de Sanidad, se pretende potenciar el papel de los cuidados enfermeros para realizar un seguimiento específico de los pacientes. La enfermera gestora de casos es la pieza fundamental para coordinar e integrar los recursos asistenciales disponibles, con la finalidad de garantizar la prestación de los cuidados y la calidad de vida de los pacientes.

En nuestro Departamento desde 2016, de manera coordinada Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE), desarrollamos un programa para pacientes crónicos complejos (PPC), liderado por enfermería. Los pacientes se

estratifican por categorías según la necesidad de cuidados que precisen: la enfermera gestora hospitalaria realiza el seguimiento de los pacientes estratificados como monitorizados, y la enfermera referente de Atención Primaria a los pacientes estándar.

Objetivos: Describir la actividad del PCC desde enero a mayo de 2019.

Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Recogida de datos: herramienta Power BI, se han incluido en el estudio todos los pacientes incluidos en PCC, en el intervalo de tiempo descrito con una muestra de 510 pacientes.

Resultados: 129 pacientes monitorizados y 381 estándar. Los pacientes han recibido una media de 8,6 seguimientos presenciales y telefónicos desde el PCC. 53 pacientes se derivan del programa PCC al programa de paliativos del Departamento por cambios en el estadio clínico. 24 pacientes han sido éxitos. 281 pacientes han sido atendidos por urgencias hospitalarias, de estos 125 han precisado ingreso hospitalario y 24 ingreso en Hospitalización a Domicilio (HaD). Se han gestionado 42 ingresos directamente a hospitalización desde la consulta, y HaD 15. 181 pacientes han sido atendidos ambulatoriamente en Hospital de Día. Se han realizado 4 interconsultas a psicóloga y 15 a trabajadora social. Se han derivado 2 pacientes al HACLE. Se han formado 8 enfermeras gestoras y 11 enfermeras referentes en AP.

Conclusiones: Existe la necesidad de utilizar todos los recursos disponibles en el departamento de salud para gestionar las necesidades de los pacientes y la enfermera gestora es el eje coordinador entre ellos por lo que hay que fomentar su figura. Alto índice de ingresos y asistencia a urgencias debido al perfil del paciente incluido. Es necesario estratificar a los pacientes del PCC para dirigir nuestra intervención según la necesidad específica de cuidados. Mejorar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales, potenciando el trabajo multidisciplinar. Promover la autonomía del paciente para su recuperación funcional mejorando la calidad de vida.

PO 142. DESARROLLO DEL PROYECTO SALUD COMUNITARIA AL FINAL DE LA VIDA: COMUNIDADES COMPASIVAS

Mónica Jiménez García¹, Gonzalo Plaza Bedmar¹,
Silvia Diana Jens², Paula Herrerin García¹,
Elisa Lillo López³, Eduardo Martínez Doncel¹

¹CMSC Carabanchel, Madrid, España. ²UTE Redes Sociedad Cooperativa-Plan Comunitario, Madrid, España. ³Madrid Salud, Madrid, España

Introducción: El proyecto piloto Salud Comunitaria al Final de la Vida: Comunidades Compasivas, puesto en marcha por el Ayuntamiento de Madrid y enmarcado en el plan Madrid Ciudad de los Cuidados, se enfoca en 3 grandes áreas: atención directa a personas en duelo o final de vida; pedagógica y comunitaria. El proyecto está orientado a fortalecer las capacidades de la comunidad para el cuidado colectivo de las personas al final de su vida y la de sus familiares, personas cuidadoras y personas allegadas que se enfrentan al duelo. Trata de crear una red de recursos en el barrio de Puerta Bonita y Vista Alegre, del distrito de Carabanchel, para ofrecer un cuidado integral a la persona. complementándose con otros

recursos, facilitando la información y asesoramiento sobre el final de la vida y prevención del duelo complicado.

Objetivos: 1. Prevenir el duelo complicado. 2. Sensibilizar sobre el final de la vida, muerte y duelo. 3. Formar e informar sobre dichos temas. 4. Facilitar la elaboración del duelo en aquellas personas que presenten dificultades en el proceso. 5. Constituir una red cohesionada e informal que favorezca el cuidado de las personas en estas situaciones.

Metodología: La intervención se focaliza en: personas al final de la vida (independientemente de la edad), familias y/o personas cuidadoras, profesionales de los ámbitos social, educativo, asociativo y salud, vecindad y la comunidad que está y/o influye en este territorio. La evaluación general del proyecto se desarrolla a través de herramientas específicas dentro de cada área.

Resultados: en los años 2018-2019 se han desarrollado 45 acciones educativas y 224 acciones comunitarias. En cuanto a la atención directa, se acogieron a 86 personas y se atendieron de forma individual y grupal a un total de 74 personas. Se observa como a lo largo del tiempo de vida del proyecto, las actividades de las tres categorías han ido aumentando. Esto se debe a que tras las acciones de difusión y presentación del proyecto han sido efectivas y el proyecto tiene buena acogida en la comunidad, es percibido como necesario y útil para el crecimiento y fortalecimiento de la misma.

PO 143. EFICACIA DEL TRATAMIENTO FENTANILO INTRANASAL DE DISNEA IRRUPTIVA EN PACIENTE EPOC TERMINAL. A PROPÓSITO UN CASO

Esther Pérez Lledo, José Luis Giménez Tebar,
Jaime Alcober Pérez, David Patiño Muñoz,
Alicia Padilla Saez, Rocio Box Davo

UHD, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad respiratoria incurable y progresiva. Los síntomas en las etapas finales son a menudo peores que en los pacientes con cáncer de pulmón avanzado y muchos presentan disnea de muy difícil control. Además de la disnea basal, estos pacientes presentan episodios de disnea irruptiva (DI), no existiendo unas recomendaciones precisas para su tratamiento.

Objetivos: Evaluar las estrategias para mejorar el manejo de la DI, teniendo en cuenta que las intervenciones van más allá de los enfoques convencionales para el tratamiento de la EPOC. El objetivo del estudio fue analizar las pautas de tratamiento de la DI en la práctica clínica habitual con fentanilo intranasal en paciente con EPOC terminal ingresado en régimen de hospitalización a domicilio.

Caso clínico: Paciente varón 80 años ingresado desde Neumología con EPOC grave tipo enfisema fenotipo agudizador, cardiopatía isquémica crónica y FA de reciente inicio en tratamiento con triple terapia, teofilina y corticoide. Además, Ca-antagonista y HBPM. Vive con su hermana y no sale de casa por disnea incapacitante (EVA 9/10). Se inicia tratamiento con fentanilo TD 12 subiendo a las 72 horas a fentanilo 25 TD con mejoría de disnea basal (EVA 3/10). Aun así, el paciente presenta 3-4 episodios (muchos de ellos

predecibles) de DI al día con importante limitación funcional. Se informa al paciente y se inicia fentanilo intranasal 100 en cada episodio de DI, produciéndose notable mejoría sintomática y escasos efectos secundarios.

Discusión: A pesar de que la disnea irruptiva (DI) es un síntoma muy frecuente en los pacientes EPOC terminales, no existen unas recomendaciones precisas para su tratamiento.

El fentanilo intranasal constituye una buena opción para la DI en la práctica clínica habitual, sin embargo, el grado de evidencia científica que justifique su uso es escasa.

Conclusión: Los opioides son una herramienta importante para el tratamiento de la disnea en el paciente con EPOC avanzado. Además de la disnea basal debemos tratar la DI, presente en la mayoría de esos pacientes, siendo el fentanilo intranasal ideal por su rápido inicio de acción.

La terapia con opioides debe utilizarse no sólo en situaciones de final de la vida, sino también para los pacientes estables con EPOC cuando la disnea es grave.

PO 144. INTERVENCIONES QUE MEJORAN LA XEROSTOMÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO

Marta Sánchez Sánchez, Javier Godoy Álvaro, Sandra Martín Aguado, Cristina Cuadrado Martín, José Miguel Abad del Campo, María Begoña Crespo García
Compejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

Introducción: La xerostomía se define la percepción subjetiva de sequedad de boca y se manifiesta como dolor, sensación urente y quemazón, dificultad para deglutir, comer, hablar, así como la distorsión del gusto y el sueño. Entre los pacientes paliativos la xerostomía es un síntoma que presenta una prevalencia de entre el 60-70 %, siendo una causa muy importante de disminución de la calidad de vida.

Objetivo: Determinar que tratamientos e intervenciones demuestran mejores evidencias en el tratamiento de la xerostomía en el paciente paliativo.

Metodología: Procedimiento sistemático de revisión de la literatura publicada en inglés y español en el periodo del 2009 al 2019 sobre la efectividad de las intervenciones para el tratamiento de las xerostomías en el paciente paliativo. Estrategia de búsqueda con la pregunta de investigación siguiendo el formato PICO Conversión a DEC y MeSH. Búsqueda en bases de datos online (BVS, Medline, Cochrane, JBI, Cuiden, CINAHL), búsqueda referencial y revisión de GPC y documentos de sociedades científicas en el ámbito de los cuidados paliativos.

Discusión y conclusiones: Según estudios recientes el uso de saborizante o saborizante más spilanhol han demostrado su eficacia en la mejora de la sequedad bucal inducida por opioides han demostrado su eficacia en la mejora de la sequedad bucal inducida por opioides. Se han encontrado intervenciones con diferentes grados de recomendación: la utilización de colutorios sin contenido de alcohol, el cepillado de la lengua y el uso de saliva artificial, masticar chicles o comer caramelos de contenido ácido sin azúcar, ingerir líquidos con frecuencia a pequeños sorbos incluso de agua y zumos de fruta ácida (limón, naranja, piña). Mantener húmedo el ambiente. Evitar alimentos secos, tabaco y alcohol. La pilocarpina y la saliva artificial junto al tratamien-

to específico, siguen siendo las principales alternativas de tratamiento farmacológico. A pesar de su alta prevalencia, la xerostomía no ha ocupado un puesto importante en la investigación dada su consideración de efecto o síntoma secundario. Sin embargo, la merma en la calidad de vida de los pacientes que la padecen hace necesario el desarrollo de investigaciones primarias que garanticen el beneficio de las intervenciones antes mencionadas.

PO 145. SATISFACCIÓN CON EL DESCANSO NOCTURNO ANTES DEL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP)

Álvaro Fernández, Mónica Camacho, Elena Ávila, Marta Villaceros, Equipo de investigación UCP San Camilo, Enfermería UCP San Camilo
Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

Objetivo: Analizar la satisfacción con el descanso nocturno de los pacientes al ingreso en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo retrospectivo para el que se tomaron de la historia clínica variables sociodemográficas, tipo de enfermedad, fecha de ingreso, procedencia (derivación de hospital o domicilio), fecha de valoración por enfermería, y los datos de la entrevista inicial de ingreso: satisfacción del descanso nocturno en días previos (valorado del 1 al 10 por el paciente o el cuidador principal) y existencia o no de tratamiento para dormir. Participantes: se recogieron datos de las 5 semanas previas al estudio, periodo en el que ingresaron 45 pacientes, de los cuales se excluyeron 11 porque no constaba el dato de satisfacción.

Resultados: La muestra final fue de 34 pacientes, con una edad media de 79 años (DT = 13,2; mín. = 42 y máx. = 98). De ellos, el 47 % (16) eran mujeres y el 53 % (18) hombres. El 73,5 % (25) con enfermedad oncológica y el 26,5 % (9) no oncológica. En todos ellos se recogió la información el mismo día del ingreso. La satisfacción del descanso nocturno previo al ingreso fue de media 6,3 (mediana = 7, DT = 2,8, mín. = 1 y máx. = 10). El 50 % (17) fueron derivados desde hospital (14 de ellos con equipo de soporte de paliativos) y el resto (50 %) de domicilio (ESAD-AECC). El 62 % (21) tomaban fármaco para dormir, el 35 % (12) no y en uno de ellos (3 %) no constaba el dato. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción en función de la procedencia, del tratamiento, del sexo, ni del tipo de enfermedad. Pero, al dividir en tres niveles la satisfacción se observó que, de los 10 pacientes con descanso malo (de 1 a 4), el 80 % (8) tomaban fármaco para dormir, de los 8 que clasificaban su descanso como moderado (del 5 al 7), el 50 % (4) tomaban fármaco y, de los 15 que clasificaban su descanso como bueno (del 8 al 10), el 60 % (9), también estaban en tratamiento.

Conclusiones: La satisfacción del descanso nocturno de los pacientes al ingreso en la UCP es moderada (6,3), recibiendo la mayor parte de los pacientes tratamiento con fármacos para dormir. Se destaca la importancia de atender la satisfacción con el descanso nocturno de los ingresados, profundizando, entre otras variables implicadas, en la eficacia del tratamiento y en la existencia de equipos de soporte en el ámbito del que son derivados.

PO 146. METADONA Y EL DOLOR DE DIFÍCIL CONTROL. DESCRIPCIÓN DE UN CASO. REFLEXIONES SOBRE SU USO

Pedro García Mas, Irene García Cuartero, José Javier de Arriba Méndez, María José Blanquer García, Silvestre Beltrán Beltrán, Cristina Nerín Sánchez, Francisca Molina Quiles, Virtudes Luján García, Mónica Rodríguez Galeano, M.^a Carmen Ortiz Martínez, Marina García Sánchez

Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro, Albacete, España

Introducción: Numerosos pacientes que utilizan opioides para el dolor oncológico presentan efectos adversos o no se consigue un adecuado control analgésico por lo que una práctica habitual es la rotación de opioides (RO). La metadona (MTD), por su potencia, actuación sobre el dolor tanto nociceptivo como neuropático, excelente absorción oral y rectal, vida media larga, efecto antagonista sobre el receptor NMDA y su bajo costo, constituye una excelente alternativa.

Objetivos: Mostrar el éxito terapéutico obtenido con MTD oral a través de la presentación de un caso clínico y hacer una reflexión acerca de su uso.

Metodología: Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Varón de 62 años diagnosticado carcinoma epidermoide pulmonar izquierdo con afectación pleural y de prácticamente todos los arcos costales posteriores izquierdos. Ingresó con un síndrome doloroso somático-neuropático y mal control analgésico (EVA máxima de 9 con 6 o más rescates de fentanilo oral al día) con 460 mg de MFNo/d, primer escalón analgésico y coadyuvantes. Presentaba frecuentes mioclonías y tendencia a la somnolencia. Tras transición inicial a MFN s.c. en ICSC para control del dolor, la cual produjo una importante inflamación en la inserción del catéter, se procedió a RO a fentanilo TTD en dosis equianalgésicas, que se retiró por somnolencia excesiva y por fracaso analgésico. Tras transición a morfina en ICEV para el control del dolor, se procedió a la RO a MTD oral de acuerdo con el método de Ripamonti, iniciándose con una dosis de 2,5 mg/8 h, ajustándose cada 72 horas para al cabo de 7 días ser dado de alta con dosis de 10 mg/12 horas. Se consiguió un completo control analgésico, sin necesidad de rescates con morfina oral y con ausencia de efectos secundarios tanto al alta como de forma sostenida en las semanas posteriores.

Conclusiones: La rotación a MTD debe ser considerada por las inherentes cualidades analgésicas del fármaco, su eficacia, que ha sido demostrada ampliamente en la literatura, y su bajo costo, como fármaco de primera elección a la hora de efectuar una RO, pudiendo considerarse incluso como un opioide de primera línea en países en vías de desarrollo. Su uso, no obstante, se ha visto limitado por su particular farmacocinética y la frecuente necesidad de su introducción en la hospitalización, aconsejándose su uso por expertos en cuidados paliativos.

PO 147. FRACTURA DE CADERA: RELACIÓN ENTRE NECPAL POSITIVO Y ANEMIA

Marina Macías i Jiménez, María García-Fayos de Diego, Jennifer Pick Martin, María Lara Moyano, Emilio Garijo Gómez, Carmen Borraz Ordás

Hospital Universitario Dr Peset, Valencia, España

Introducción: La fractura de cadera es una patología frecuente en el anciano y responsable del declive funcional del mismo. Habitualmente estos pacientes presentan otras comorbilidades y tratamientos farmacológicos (antiagregantes, anticoagulantes orales...) que influyen en la evolución y mortalidad.

Objetivo: El objetivo de este estudio es conocer la incidencia de anemia y necesidad de transfusión de los pacientes con fractura de cadera, tanto antes como después de la intervención y su relación con el instrumento NECPAL.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, cuya población de estudio son los pacientes mayores de 65 años que ingresan en el Hospital Dr. Peset de Valencia con el diagnóstico de fractura de cadera. Se recogieron los datos de siete meses, tras el consentimiento informado de los pacientes y mediante el programa informático de historia clínica "Orion Clinic" y la entrevista clínica. Se recogieron las variables siguientes: edad, sexo, NECPAL, hemoglobina al ingreso, hemoglobina a las 24 horas y 72 horas tras intervención, tratamiento antiagregante y anticoagulante. Además, se recogieron otras variables (valoración integral del paciente) no incluidas en este análisis.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 89 pacientes. La edad media fue de 84 años y 76,4 % fueron mujeres. El 22,47 % tomaban tratamiento antiagregante (14,61 % AAS 100 mg; 1,12 % AAS 300 mg; 3,37 % clopidogrel; 1,12 % trifusal; 2,25 % doble antiagregación) y el 20,22 % tratamiento anticoagulante (15,73 % acenocumarol; 3,37 % anticoagulantes directos; 1,12 % HBPM). El 48,31 % tenían un NECPAL negativo y se realizó transfusión al 37,31 %. El 40,45 % el NECPAL era positivo y se realizó transfusión al 61,11 %. El 22,22 % de los NECPAL positivo fallecieron durante el ingreso, el 14 % a los 3 meses y el 4,65 % de los NECPAL negativo fallecieron durante el ingreso. La hemoglobina media al ingreso fue de 12,23 mg/dl (valor mínimo 6,4 mg/dl; máximo 15,6 mg/dl) y el 4,49 % presentaban una hemoglobina menor de 11 mg/dl. La hemoglobina media 24 horas tras intervención fue de 9,77 mg/dl y el 30,34 % presentaba una hemoglobina menor de 9 mg/dl. A las 72 horas la hemoglobina media fue de 9,62 mg/dl, el 19,10 % presentaba una hemoglobina menor a 9 mg/dl. En el 47,19 % de los pacientes se indicó transfusión de concentrados de hematíes tras la intervención quirúrgica y el 56 % de los pacientes recibieron hierro endovenoso.

Conclusiones: Observamos que las fracturas de caderas en nuestro hospital presentan una alta necesidad de transfusión de concentrados hematopoyéticos, principalmente en pacientes NECPAL positivo. Sería importante revisar los protocolos de transfusión en este tipo de pacientes, valorando proporcionalidad y calidad de vida aportada.

PO 148. NIVEL DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES EN UN SERVICIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Susana Abreu, María Elisabete Ferreira, Soraia Ferreira, Vera Pires

Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., Guarda, Portugal

Introducción: Teniendo en cuenta los desafíos y necesidades de adaptación constantes a que están sujetos los profesionales que desempeñan funciones en los servicios de salud, particularmente en equipos de cuidados paliativos (CP), es sugestivo que puedan estar también sujetos a un nivel de desgaste.

Con la institución del Equipo de Apoyo Psicosocial (EAPS), en noviembre de 2018, el bienestar y la calidad de vida de los profesionales de un servicio de CP pasaron a ser objeto de mayor atención, de donde emergió la necesidad de esta investigación.

Objetivo: Evaluar el nivel de calidad de vida profesional de los diferentes equipos constituyentes (EIHSCP, ECSCP, UCP) de un servicio de CP. Fue utilizado un cuestionario socio-profesional y la Escala de Calidad de Vida Profesional (ProQOL). Esta escala se basa en la premisa según la cual en la prestación de cuidados se entra en contacto directo con varios aspectos de la vida humana, por lo cual, los sentimientos y experiencias de compasión son naturales y frecuentes. Pero estas vivencias tan profundas y directas con el sufrimiento del otro también pueden afectar a los profesionales.

Metodología: La recolección de datos se realizó a través de la disponibilidad de los instrumentos online, a los profesionales del servicio, garantizando el anonimato y confidencialidad.

Resultados: Se obtuvieron 28 respuestas de 57 posibles, representando cerca del 49 % del total de la muestra. Los resultados nos permitieron analizar tres parámetros (satisfacción de la compasión [1], burnout [2], fatiga de la compasión [3]), de los cuales los dos últimos parecen apuntar hacia un bajo riesgo y un nivel de calidad de vida profesional medio, en la totalidad de los profesionales. En relación al parámetro (1), los resultados generales apuntan a bajos niveles de satisfacción.

Conclusiones: A pesar de los resultados obtenidos mediante los instrumentos, de la observación y atención dirigida por la EAPS, parecen evidentes signos de desgaste de los profesionales del servicio. Para los resultados obtenidos, dada su inconsistencia con lo esperado de la interacción y observación realizada a lo largo de los últimos 8 meses, podrá el número de respuestas obtenidas ser factor inductor de sesgo en los resultados, así como, asociado al número reducido de respuestas, puede no haberse producido la adhesión de los elementos del equipo con mayores signos de desgaste y fatiga. Con respecto al parámetro (1) parece que los profesionales no tienen la realización y la satisfacción deseadas en el desempeño de sus funciones.

PO 149. CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO DE CUIDADOS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS A DOMICILIO AL FINAL DE VIDA

María Soledad Giménez Campos¹, Pablo Flors Villaverde², Elisa Soriano Melchor³, Amparo Bahamontes Mulió³, Bernardo Valdivieso Martínez³, Pilar Barreto Martín¹

¹Universitat de València, València, España. ²Hospital Comarcal de Llíria, Llíria, València. ³Hospital Universitari I Politècnic La Fe, València, España

Introducción: El estudio de la figura del cuidador familiar, y de los cuidados informales en general, se ha centrado principalmente en el contexto de personas con larga dependencia (enfermedad neurodegenerativa, déficits cognitivos, enfermedad mental) mientras que los escenarios de final de vida siguen siendo un aspecto pendiente en la agenda de la investigación en cuidados paliativos.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas de los cuidadores familiares de personas que reciben cuidados paliativos en el domicilio por enfermedad oncológica y las características del entorno en el que se desarrollan los cuidados.

Método: Diseño: Estudio descriptivo, transversal. Muestra: cuidadores familiares de personas en seguimiento en el programa de atención domiciliaria en el Área de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Periodo: julio de 2015 a diciembre de 2016. Variables: sociodemográficas, características del rol de cuidador como experiencia previa cuidando, motivos de cuidar, convivencia, cuidado simultáneo de otras personas, preferencias entorno de cuidados, percepción de la relación, tiempo y horas asumiendo los cuidados.

Resultados: La muestra la integraron un total de 80 familiares, 56 (70 %) eran mujeres y 24 (30 %) hombres, con una media de edad de 61,75 años (DE = 12,98). El 55,7 % de ellos tenían estudios primarios, el 45 % era pensionista seguido de un 23,8 % que declaró estar en activo. El grado de parentesco fue cónyuge/pareja (48,8 %) seguido de hijo/a (42,5 %). El 92,5 % de los cuidadores se identificaban como cuidadores principales mientras que en un 7,5 % eran cuidadores únicos. En un 76,3 % de los casos cuidador y familiar residían en el mismo domicilio. En un 30 % de los casos los cuidadores atendían también de otras personas dependientes además del paciente. Los familiares refirieron asumir los cuidados por iniciativa propia (47,5 %) y por sentir obligación (36,3 %). Para un 40 % de cuidadores era la primera experiencia de cuidar. El promedio de tiempo cuidando fue de 12,98 meses (DE = 21,41) y una media de 38,29 horas a la semana (DE = 20,66). La mayor parte de los cuidadores preferían el entorno domiciliario (60,0 %) para los últimos días de vida. El 53,8 % de cuidadores describieron su relación con el paciente como de gran intimidad, un 25 % identificó que la relación había empeorado.

Conclusiones: La valoración de las características sociodemográficas y del entorno de cuidados permite identificar factores relevantes en la atención de los pacientes en el domicilio y el bienestar de quien cuida.

PO 150. LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO (LET) EN PACIENTES INGRESADOS EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Victoria Lechuga Flores, Alejandra Camacho Molina, Eulogio Manuel Galán Caro, Ramón Corzo Gilabert, Paula Martín Peral

Hospital de San Carlos Del SAS, San Fernando, España.
²Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España

Objetivos: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes fallecidos en un servicio de medicina interna (MI), así como la aplicación de LET y sedación.

Metodología: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se recogieron datos demográficos, comorbilidad (I. Charlson), causas de ingreso y de fallecimiento, así como las órdenes de LET y sedación claramente detallados en la historia clínica de pacientes fallecidos durante 3 meses en el servicio de MI.

Resultados: Se analizaron 52 pacientes, con edad media de 81 años; 31 pacientes (59,6 %) fueron mujeres. La mayoría (43 pacientes, 82,7 %) procedían de su domicilio. Un 46,1 % tenía demencia moderada-grave y la comorbilidad fue al menos moderada en 46,1 % de los pacientes. Las causas principales de ingreso fueron: infección respiratoria/neumonía (11 pacientes, 21,1 %), EAP/ICC descompensada (7 pacientes, 13,5 %), sepsis urinaria (7 pacientes, 13,5 %), neoplasia avanzada (7 pacientes, 13,5 %), ACV isquémico/hemorrágico (3 pacientes, 5,7 %), deshidratación/FRA/ERC agudizada (3 pacientes, 5,7 %). Otras causas como sepsis abdominal, sepsis de piel y partes blandas y obstrucción intestinal en 2 pacientes cada una (3,8 %). Otras causas menos frecuentes fueron SCA-CEST, isquemia arterial, hemorragia digestiva, fibrilación auricular.

Las causas principales de fallecimiento fueron: infección respiratoria (12 pacientes, 23,07 %), neoplasia con síntomas mal contrados (10 pacientes, 19,2 %), EAP/ICC descompensada (9 pacientes, 17,03 %), sepsis urinaria (4 pacientes, 7,7 %), deshidratación/FRA (4 pacientes, 7,7 %), sepsis abdominal (3 pacientes, 5,7 %), ACV (3 pacientes 5,7%), otras causas de fallecimiento menos frecuentes en 7 pacientes (13,5 %).

Un total de 49 pacientes (94,2 %) tienen reflejados en su historia expresiones como “no realizar medidas agresivas” o LET, siendo las órdenes específicas de LET más frecuentes: no intervención quirúrgica (6 pacientes, 11,5 %), no SNG o nutrición parenteral 3 pacientes, 5,7 %), no UCI (3 pacientes, 5,7 %), no realización de pruebas complementarias (2 pacientes, 3,84 %). Otras como no VMN y no diálisis aparecen en 1 paciente cada una. El tiempo transcurrido desde el ingreso hasta la orden de LET fue de 3,6 días. La sedación fue pautaada en 40 pacientes (76,9 %), con tiempo de inicio de esta desde el ingreso de 7 días y de la sedación al fallecimiento de 2 días.

Conclusiones: La gran mayoría de nuestros pacientes fallecidos en MI recibieron alguna medida de LET y precisaron sedación. Podemos decir en general, que se tratan de sujetos de edad avanzada con comorbilidad y habitualmente con deterioro cognitivo. El tiempo desde el ingreso hasta el inicio del LET es similar a lo descrito en la literatura.

PO 151. FACILITAR EL ENTORNO JURÍDICO EN LA FASE DE CUIDADOS PALIATIVOS UTILIZANDO HERRAMIENTAS INNOVADORAS

Ana María Castro Martínez

UNED, Vilagarcía de Arousa Pontevedra, España

Objetivo: La propuesta analiza cómo la utilización de herramientas facilitadoras de la comprensión en la fase de cuidados paliativos beneficia a estas personas en la toma de decisiones en el ámbito jurídico. El objetivo principal es demostrar que en esta etapa se necesitan de apoyos para el entendimiento tanto oral como de textos y cómo este tipo de herramientas mejoran las decisiones jurídicas en los últimos momentos de la vida. Si se introducen técnicas que mejoren la comprensión (Art. 2 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006) estamos haciendo efectivo y real el derecho a entender que tiene todo individuo, así como el derecho a ser participe de su propia vida con dignidad. En el ámbito jurídico, es primordial la comprensión en la toma de decisiones. Lo contrario, provoca la nulidad del acto jurídico.

Metodología: Se exponen tres casos reales en los que la que suscribe ha actuado como letrada de la persona que se encontraba en cuidados paliativos en centros hospitalarios de la sanidad pública habiendo utilizado herramientas facilitadoras de la comprensión antes de la toma de decisiones jurídicas. La letrada es experta en discapacidad y dependencia con dominio de las distintas técnicas. Se analizan los asuntos en el sentido de si ha sido beneficioso utilizar estas herramientas, así como el grado de satisfacción del participante.

Resultados: La muestra está compuesta por tres personas en cuidados paliativos que demandan la presencia de profesional de la abogacía para tomar decisiones jurídicas. Dos de los asuntos tratan de modificación de testamento y uno de agregar una donación. Las tres están en posesión de sus facultades mentales. A dos se les aplica la herramienta lectura fácil sobre texto que no comprenden. A uno es suficiente con aplicar lenguaje sencillo. En los tres casos los participantes han expresado tanto su satisfacción al haber comprendido el texto como por haber tomado decisiones en plena libertad.

Conclusiones: Se extrae que las personas en la fase de cuidados paliativos tienen serias dificultades de comprensión en el ámbito jurídico. Necesitan herramientas de apoyo que les ayuden a comprender textos si desean tomar una decisión jurídica. Una solución para facilitar estas dificultades es utilizar técnicas como la lectura fácil o el lenguaje sencillo adaptando textos a un lenguaje comprensible con el fin de que la toma de decisiones se realice en libertad, con pleno conocimiento de las consecuencias jurídicas, con autonomía y respetando sus deseos.

PO 152. FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS EN INTERNOS DEL ÁREA DE LA SALUD EN CHILE

Ximena Farfán Zúñiga, Constanza Sanhueza Rodríguez
 Universidad de Los Andes, Santiago, Chile

Introducción: En la medida en que las poblaciones envejecen, la demanda de cuidados paliativos aumenta, tanto de

servicios que brinden ese cuidado, como en acceso a terapias y atención de calidad. Una de las estrategias fundamentales para lograrlo es la enseñanza de cuidados paliativos a todos los estudiantes del área de la salud. La formación de estos futuros profesionales otorga habilidades y competencias específicas de alto nivel, dejándolos preparados para otorgar una atención integral de la persona al final de vida y a sus familias, jugando un rol fundamental la comunicación efectiva, la empatía y la actitud ante la muerte. Chile tiene una gran necesidad de atención paliativa, de acuerdo con el perfil demográfico actual. El presente estudio busca conocer la preparación de los futuros profesionales chilenos de la salud en esta área.

Objetivos: Explorar el nivel de formación y práctica que tienen los internos del área de la salud de una Universidad de Chile, en relación con los cuidados que se deben brindar al final de la vida.

Metodología: Estudio exploratorio de tipo mixto. El 2018 se encuestó a 325 estudiantes que cursaban su último año formación de carreras del área de la salud: enfermería, medicina, terapia ocupacional, psicología, kinesiología y nutrición, antes de iniciar el internado intra o extrahospitalario. Fue aprobado por el comité de ética. Las variables cuantitativas se analizaron con el programa STATA 12, las cualitativas con análisis de cada respuesta, extrayendo conceptos claves, agrupándose en diferentes categorías.

Resultados: Los internos de las distintas carreras no se sienten preparados en conocimiento y habilidades para otorgar cuidados al final de la vida al paciente y su familia. Enfermería evalúa mejor su preparación. En su formación no tienen cursos formales de cuidados paliativos, solo clases aisladas y las prácticas clínicas son esporádicas o inexistentes. Los internos declaran tener un gran interés en formarse en esta área ya que reconocen su importancia.

Conclusiones: Cuidar y acompañar al final de la vida debería ser reconocido como una capacidad clínica esencial de todos los profesionales de la salud, integrando la experiencia técnica, con una orientación humanística y ética, sin embargo, los estudiantes chilenos comparten la misma sensación de falta de preparación, que muchos profesionales de la salud del mundo. Una de las estrategias y políticas que impulsan los países para satisfacer esta necesidad, es la formación formal universitaria de pre-grado de todos los profesionales del área de la salud.

PO 153. ENCUESTA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA (Realizado por Comité Paliativos)

Teresa Salcedo Peris¹, Miguel Ángel Monescillo Rodríguez², Guadalupe Serrano Pradas¹, Ana M.^a Pérez-Serrano Ruiz¹, Concepción Lázaro Bermejo¹, Antonio Alberto León Martín³

¹Unidad Cuidados Paliativos, Hospital Gral. Universitario Ciudad Real, Ciudad Real, España. ²Atención Primaria, Gerencia Atención Integrada Ciudad Real, Ciudad Real, España. ³Unidad de Calidad, Gerencia Atención Integrada Ciudad Real, Ciudad Real, España

Objetivos: Conocer las demandas profesionales en cuidados paliativos (CP) y la opinión y grado de conocimiento de

los médicos de Atención Primaria (MAP) sobre la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de un área de salud.

Metodología: Encuesta de opinión *ad hoc*, autocumplimentada, a todos los médicos de AP del área de salud de Ciudad Real, mediante un estudio descriptivo transversal. N = 189.

Resultados: Hemos obtenido una tasa de respuesta del 24,33 %. La mayoría de los encuestados tenían más de 50 años (52,17 %), más de 25 años de ejercicio profesional (45,65 %), formación MIR (54,35 %) y trabajan en ámbito urbano (47,83 %). Solo algo más de la mitad de los MAP (52,17 %), tienen formación específica en CP, a pesar de que el 84,78 % ha tenido en el último año algún paciente con necesidades en CP. La patología oncológica atendida con más frecuencia (58,70 %) fue pulmonar y la no oncológica (39,13 %) la cardiaca. El dolor fue el síntoma predominante (67,39 %), manejándose con opioides el 84,78 %. Solamente el 54,35 % de los MAP se consideran preparados para comunicar las malas noticias. La inmensa mayoría de los MAP (89,13 %) conocen la existencia de la UCP, la consideran de gran utilidad (97,83 %), un recurso ampliamente utilizado (93,48 %) y accesible (84,78 %). El 69,57 % manejan la vía subcutánea en la situación de "últimos días". El 52,17 % tenían conocimientos de bioética. Al 100 % de los encuestados les gustaría realizar una rotación por la UCP.

Conclusiones: Destacamos el importante papel de la UCP en la faceta asistencial y docente. Todavía hay un porcentaje elevado de MAP que no tienen una formación específica en CP. Detectamos áreas de mejora formativas: formación general en CP, comunicación de malas noticias, manejo de la vía subcutánea y bioética. Los médicos de AP opinan que una rotación entre 2 y 3 semanas en la UCP, prioritariamente con sustitución en la consulta de AP, ayudaría a conseguir estos objetivos.

PO 154. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES ENFERMERAS EN PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS

Evelyn Martínez Escabias¹, Mercè Prat Martínez², Silvia Bleda García², Anna Pujol García³, Vanessa González Sequero³, Andrea Valdés Castiello¹

¹*Consorti Sanitari de Terrassa, Terrassa, España.* ²*Escola Universitaria d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, España.* ³*Consorti Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España*

Introducción: La toma de decisiones en enfermería está condicionada por factores internos de quien decide y por factores externos relacionados con amenazas y oportunidades del contexto en el que se toma la decisión. La toma de decisiones en el marco de atención a los pacientes crónicos con necesidades complejas es cada vez más complicada ya que para entender sus necesidades es fundamental tener presente su multimorbilidad, la incertidumbre clínica, su pronóstico y gravedad. Todo ello predispone la existencia de respuestas diversas en función del profesional que tome la decisión.

Objetivos:

- Identificar debilidades y fortalezas de enfermería que condicionan la toma de decisiones en pacientes crónicos de alta complejidad.

- Identificar amenazas y oportunidades del entorno que se relacionan con la toma de decisiones en este contexto.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo observacional y transversal. Ámbito de estudio: Hospital Comarcal del Vendrell y Consorci Sanitari Parc Taulí (CSPT). Muestra: 50 profesionales de enfermería (20 Hospital del Vendrell y 40 del CSPT). La selección de la muestra fue intencionada y por conveniencia. Recogida de datos: mediante un análisis DAFO (Identificación de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) se realizó un diagnóstico de la situación actual en la que trabaja enfermería en relación a la toma de decisiones de su práctica asistencial. Se llevó a cabo en febrero de 2019.

Resultados: Del análisis del DAFO se obtuvo que las debilidades más prevalentes que tiene enfermería son asertir las decisiones médicas, la indecisión, la falta de formación en la valoración geriátrica integral y la dificultad del manejo ante situaciones difíciles. De las fortalezas resaltaron la experiencia profesional, la capacidad de motivar, la escucha activa y el ser consecuente con las decisiones tomadas. De las amenazas del entorno remarcaron la falta de objetivos definidos en los planes de cuidados, alta carga asistencial y pacientes/familiares exigentes. En cuanto a las oportunidades resaltaron la buena comunicación entre equipos, paciente y familiares, conocer los circuitos internos y externos de atención a estos pacientes y la formación continuada.

Conclusiones: La toma de decisiones en los profesionales de enfermería tiende a mostrar una “práctica conformista” a menudo poco adecuada a las necesidades de este tipo de pacientes. Esto es debido a la adhesión de prácticas rutinarias que perjudican el juicio clínico del profesional y no facilitan la reflexión de la práctica diaria.

PO 155. TRATAMIENTO DE LESIONES CUTÁNEAS INFECTADAS EN PACIENTES PALIATIVOS

José Luis Giménez Tebar, David Patiño Muñoz, Jaime Alcober Pérez, María Jesús Mas Pla, Leandro Miguel Martínez Soriano, Montserrat Morales Lite
Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Introducción: Las características de la herida indicarán que producto se debe utilizar. Si nos encontramos con una herida cavitada y tunelizada, donde el producto utilizado deba de adaptarse a cualquier recoveco, debemos utilizar una pasta amorfa y homogénea que se adapte íntimamente al lecho de la herida, ayudando a evitar cualquier “espacio muerto” donde puedan prosperar las bacterias.

Objetivos: Nos planteamos los siguientes objetivos:

- Valorar la eficacia antimicrobiana de una matriz de alginato e iones de plata.
- Reducir los signos de infección local en aquellas heridas que los presentan y que han sido tratadas con múltiples productos, sin mejorar en su evolución.

Metodología: Se diseñó un estudio longitudinal prospectivo y se combinó con una investigación cualitativa con diseño de observación participante, que duró 8 meses, aplicando este producto, que contiene una concentración de plata iónica promedio de 180 mg por cada tubo de aplicación de 15 g, a todo paciente que ingresaba con heridas con signos

locales de infección: inflamación, eritema, exudado, dolor, olor. Y que no respondiese al tratamiento con otros productos. Para valorar la evolución en la cicatrización de las heridas se utilizó la escala PUSH 3.0. Como criterios de inclusión debían cumplir:

- Presentar signos locales de infección.
- Poder realizarle curas en nuestra unidad, al menos durante 10 semanas.
- Aceptar la inclusión en el estudio.

Criterio de exclusión: No aceptar la inclusión en el estudio. Completaron el estudio 19 pacientes.

Resultados: La evolución de la cicatrización pasa de un valor de $12 \pm 2,8$ al inicio, a $0 + 0,6$ al final en la escala PUSH 3.0. Al finalizar el estudio, todos los pacientes, presentaban antibiograma negativo. Se evitó el consumo de antibióticos sistémicos. Total adaptabilidad a la superficie y forma de la herida. Se usó menos del 50 % de tiempo para la cura que con otros agentes tópicos. Disminuyó el exceso de exudado y la inflamación, acelerando la cicatrización. Todas las heridas cicatrizaron en una media de $9 \pm 3,6$ semanas.

Discusión: Como conclusión se consiguió eliminar la carga bacteriana en heridas infectadas y/o colonizadas respetando el tejido de granulación gracias a su retirada mediante la limpieza por arrastre por irrigación, por lo que se aceleró la cicatrización de todas las heridas tratadas.

PO 156. TRABAJO EN EQUIPO: UN INDICADOR DE CALIDAD

Paula Sapeta^{1,2}, Joana Marinho Alves²

¹Instituto Politécnico de Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal. ²Observatório Português de Cuidados Paliativos, Lisboa, Portugal

Introducción: El trabajo en equipo es influenciado por su composición, diversidad, organización, estilo de liderazgo y las competencias individuales de cada elemento, presentándose como un reto constante. El estudio forma parte de un conjunto más amplio de varios indicadores de calidad.

Objetivos: Identificar la existencia de organigrama del equipo: identificación de los líderes y responsables de los enfermos, el lugar de publicación; plan de prevención de burnout; plan anual de formación; caracterizar el funcionamiento del equipo: periodicidad de reuniones, identificación, del gestor de caso, áreas profesionales participantes en las reuniones; periodicidad con que los objetivos son abordados (enfermo, familia y equipo); caracterizar los registros, si son efectuados, quién los elabora y en qué plataforma/local son efectuados.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal, reportándose a equipos de CP de Portugal, a datos del 31 de diciembre de 2017, mediante llenado de formulario Excel con las variables contenidas en los objetivos.

Resultados: De los 103 equipos de CP se obtuvieron datos de 76 (73,7 %). La mayoría presenta un organigrama, identificación de líderes y responsables (82,9 %). Más de la mitad no tiene plan de prevención de burnout (69,7 %), pero tienen un plan anual de formación (68,4 %). De los equipos que identificaron a los líderes/responsables, la mayoría son médicos (65,8 %), o médicos y enfermeros (13,2 %). Se identifica el gestor de caso en el 48,7 %. El 80 % de los equipos efectúa

registros de las reuniones, la mayoría de los profesionales que participan en las mismas son médicos (98,7%), enfermeros (98,7%), psicólogos (89,5%) y trabajador social (93,4%). Las reuniones se realizan mayoritariamente una vez por semana (69,8%), quincenalmente (9,2%), 3,9% no tienen reuniones. Los demás se refieren a reuniones diarias (7,9%), bisemanales (6,6%) y mensuales (2,6%). Los asuntos más tratados, semanalmente, se relacionan con el paciente y la familia. De los 61 equipos que efectúan registros, lo hacen en papel o en archivos electrónicos (Word, Excel, Access...), usan proceso clínico como GestCare, Sclínico.

Conclusiones: Encontramos un buen nivel de organización y funcionamiento, con observancia de la mayoría de los indicadores de estructura. En la mayoría se identificó la existencia de organigrama (82,9%), identificación de los líderes (100%), gestor de caso, el lugar de publicación y registros. La observancia de indicadores de calidad es crucial para la mejora de los cuidados, al mismo tiempo para garantizar la "salud" del propio equipo, siendo las reuniones momentos clave para repensar su actuación.

PO 157. RELACIÓN ENTRE SOBRECARGA SUBJETIVA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN CUIDADORAS/ES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD AVANZADA

María Isabel García Sanjiao, Rebeca Deus Fernández, Carlos José Losada López, Sabela Maceda García, Ana Amado Mera, Anabel Vidal de Azpiazu
EAPS A Coruña, A Coruña, España

Introducción: Hoy sabemos que la sobrecarga produce en quien cuida consecuencias físicas, psíquicas y económicas, e incluso es un factor de riesgo de mortalidad. Y cada vez es más evidente que, desde el punto de vista de su relación con la salud, el apoyo social percibido es más relevante que el apoyo social real. Asimismo, existen hallazgos que sugieren que el apoyo social percibido se relaciona con la sobrecarga subjetiva del cuidador y que puede ser un buen predictor de la misma.

Objetivos: Determinar el nivel de sobrecarga subjetiva y del apoyo social percibido y, por otra parte, valorar si existe relación entre ambas variables en una muestra de cuidadoras/es principales de personas con enfermedad avanzada.

Metodología: Se trata de un estudio con metodología selectiva y un diseño analítico-descriptivo y transversal. La muestra la componen todas/os las/os cuidadoras/es principales de personas con enfermedad avanzada atendidas/os en abril de 2019. La valoración psicométrica se realizó mediante la "Escala de Zarit abreviada para CP" y el cuestionario Duke-UNC adaptado para Atención Primaria. Para el análisis de la relación entre variables se usó la Prueba χ^2 de Pearson con corrección de Yates y la Prueba exacta de Fisher.

Resultados: Aceptaron todas las personas a las que se les ofreció participar. El número de participantes fue de nueve ($n = 9$), ocho eran mujeres (88,8%). El rango de edad fue de 44-77 años. Cinco personas (55,5%) obtuvieron puntuaciones indicativas de sobrecarga intensa. Y tres participantes (33,3%) puntuaciones que indican un apoyo social percibido bajo. Los resultados de aplicar la Prueba χ^2 indican que las variables sobrecarga y apoyo social percibidos son independientes entre sí ($\chi^2 = 0,06$; $p = 0,6353$). El

valor estadístico de la Prueba exacta de Fisher ($p = 1,0000$) indica que la asociación entre las variables no es estadísticamente significativa.

Conclusiones: En consonancia con la literatura, encontramos que las encargadas de cuidar a las personas con enfermedad avanzada son mayoritariamente mujeres (8/9). Un porcentaje muy elevado (> 55%) de participantes obtienen puntuaciones indicativas de sobrecarga intensa. Esto sugiere que sería necesaria una valoración e intervención específica al respecto. A diferencia de otros estudios, no se encuentra asociación entre la sobrecarga subjetiva y el apoyo social percibido de las personas cuidadoras atendidas. Debemos ser cautelosos con la generalización de los Resultados debido a las limitaciones del diseño.

PO 158. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Joaquina Rodríguez Sánchez, Ester María Ramírez Ortiz, Tomás Camacho Pizarro, Demetrio Mariano Aguayo Canela, Resfa María García Font
Hospital Vázquez Díaz. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez, Huelva, España

Introducción: El control de síntomas es básico en los pacientes que reciben cuidados paliativos y en la fase final de la enfermedad, donde los síntomas son intensos y cambiante y provocan un gran impacto emocional en los pacientes y sus familiares. Aunque el lugar más adecuado para la atención de estos pacientes es el domicilio, hay situaciones, como las deficiencias en el soporte social, la presencia de síntomas difíciles o la complejidad en el abordaje terapéutico, que hacen necesario la hospitalización, con el fin de garantizar el máximo confort del paciente.

Objetivos: Describir las características sociodemográficas de los pacientes ingresados en nuestra Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) durante el año 2018, así como sus neoplasias más frecuentes.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestra UCP desde el 1 de enero de 2018 al 31 de diciembre de 2018.

Resultados: El total de pacientes que ingresaron en ese período fue 389, de los que 243 fueron hombres (62,5%) y 146 mujeres (37,5%). La edad media de los pacientes fue 71,25 años. Entre ellos los tumores primarios por orden de frecuencia fueron: Neo. de Pulmón (22,3%), Neo. colorrectal (19,3%), Neo. de mama (6,5%), Neo. de páncreas (4,4%), Neo. de hígado y vía biliar (3,3%), Neo. de próstata (3,3%), Neo. de riñón (3,1%) y Neo. de ovarios (3,1%); otras localizaciones (34,7%). Durante su hospitalización fallecieron 304 pacientes (78,1%). Fueron dados de alta 75 (19,3%). 1 paciente fue dado trasladado a otro servicio (0,3%) y 1 paciente solicitó alta voluntaria (0,3%).

Conclusiones: Los pacientes que requirieron ingreso fueron en su mayoría varones y la neoplasia más frecuente fue la de pulmón. La mayor parte de los pacientes hospitalizados fallecieron durante su hospitalización, en probable relación con el desarrollo de la atención domiciliaria, que permite su tratamiento ambulatorio hasta fases muy avanzadas de la enfermedad.

PO 159. USO DE CLASES INVERTIDAS PARA DOCENCIA EN COMPETENCIAS DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PREGRADO DE MEDICINA

Armando Maldonado Morgado, Alfredo Rodríguez, Pedro Pérez, Luciana Crispino, Ofelia Leiva, Carolina Jaña
Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Introducción: Existe una necesidad creciente de formación en competencias en CP en las distintas carreras de la salud. Medicina UC ha modificado su currículum y plan de estudio, considerando competencias en CP dentro de la nueva malla curricular, pero las actividades propuestas son insuficientes. Nosotros definimos las competencias que debe desarrollar un alumno de pregrado de medicina en el área de cuidados paliativos. Diseñamos y ejecutamos un curso basado en seminarios BLENDED para entregar los contenidos teóricos de dichas competencias.

Objetivo: Diseñar y desarrollar un curso teórico-práctico con seminarios en modalidad de “clase invertida” sobre competencias en medicina paliativa para alumnos de pregrado de medicina, acorde a las metas de aprendizaje descritas por la Escuela de Medicina UC. Objetivos específicos: definir los contenidos para dichas competencias para alumnos de pregrado; desarrollar las actividades docentes para obtener dichas competencias. En el marco del curso teórico práctico de cuidados paliativos del séptimo semestre se ha realizado un curso con seminarios en la modalidad de “clase invertida”. Se planificaron 9 sesiones, con un total de 16 vídeos con los contenidos teóricos para el curso. Los seminarios realizados fueron: a) definición de cuidados paliativos, y trabajo en equipo; b) olor: fisiopatología, evaluación; c) dolor: manejo; d) manejo de síntomas en cuidados paliativos: náuseas, disnea, obstrucción intestinal, tos; e) manejo y evaluación de pacientes en fin de vida, pronóstico en cuidados paliativos. Sedación paliativa; f) taller de manejo de vía subcutánea; g) psicología: comunicación de malas noticias y conspiración del silencio; h) espiritualidad, aspectos éticos en cuidados paliativos.

Resultados: El 100 % de los alumnos accedió a los videos a través de la plataforma de WEBCURSOS. La aprobación del curso en la evaluación sumativa fue del 100 %. La nota global del curso por los alumnos fue de 6,6 (en escala de 1 a 7). El porcentaje de logro de objetivos referido por los alumnos fue de un 87,1 %.

Conclusión: La realización de un curso BLENDED para el curso de competencias en medicina paliativa nos permitió poder entregar los contenidos de una manera más dinámica, con una gran aceptación y participación de los alumnos, además de ser muy motivadora para el equipo docente. Esta es una manera efectiva de poder acercar los conceptos en medicina paliativa que necesitan y necesitarán los alumnos en su desarrollo y futuro quehacer laboral, dada la transversalidad del manejo paliativo en la medicina.

PO 160. PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CRUCES
Ana María Castañares Pérez de Heredia, Elena Pérez Zabala, José Antonio Pardo Miguel, Susana Fernández

Santamaría, Josu Gotzon Irurzun Zuazabal, Andima Basterretxea Ozamiz
OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces, Baracaldo, España

Introducción: La realización de transfusión de hemoderivados, incluida en la cartera de servicios de Hospitalización a Domicilio (HAD) desde hace más de 15 años, es una práctica en ascenso, que previsiblemente seguirá en aumento en los próximos años. Durante el 2018 ingresaron en HAD 432 pacientes paliativos oncológicos y no oncológicos, algunos diagnosticados de anemia crónica que precisaron esta terapia. La realización de transfusión en el domicilio requiere de una serie de procedimientos que aseguren la factibilidad y la seguridad de los pacientes a los que se realiza este procedimiento. Ha sido necesaria la creación de un protocolo de actuación que organice y unifique estos criterios. Además, se ha establecido como condicionante que los pacientes incluidos en la prestación, o están ingresados en nuestro servicio o han sido transfundidos previamente y necesitan nuestro apoyo en previsión de futuras transfusiones.

Objetivo: Describir el protocolo de actuación para la realización de transfusión de hemoderivados en el domicilio.

Metodología: En colaboración con el servicio de Hematología se realizan varias reuniones, donde se consensua un protocolo de actuación para la administración de hemoderivados en el domicilio. Este proceso se inicia con la solicitud de transfusión por parte del médico/a responsable y utilizando el sistema GRICODE para realizar la trazabilidad de todo el procedimiento, desde la extracción de la muestra de sangre para pruebas cruzadas hasta la administración del producto. Antes de iniciar la transfusión, confirmamos la identificación del paciente y realizamos la comprobación de grupo y Rh en el propio domicilio para verificar nuevamente la correspondencia entre el producto y el paciente. Se monitorizan las constantes durante la transfusión y la presencia del personal sanitario, asignando tiempos para cada bolsa administrada. Es un requisito obligatorio la presencia durante la administración, de un cuidador al que se le instruye sobre signos de alarma y cómo contactar con el equipo en caso de precisarlo. En el protocolo se contemplan las posibles complicaciones y el modo de resolverlas. Además, queda establecido el material que debemos trasladar al domicilio para garantizar la correcta administración y actuar ante posibles complicaciones.

Resultados: Implementación del protocolo de actuación para la realización de transfusión de hemoderivados. Se han realizado en 17 meses 509 transfusiones. No se ha notificado ninguna complicación.

Conclusiones: La realización de este protocolo, nos ha permitido realizar transfusiones de hemoderivados en el ámbito domiciliario, unificando criterios y formas de actuación, mejorando la seguridad del paciente.

PO 161. SESIONES CON FAMILIARES COMO INDICADOR DE CALIDAD DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Júlia Maria Sousa Alves¹, Joana Alexandra Baptista Rente², Joana Filipa Salgado Mirra¹, Margarida Fátima Santos¹, Isabel Cristina Oliveira Barbedo¹, Elga René Freire¹
¹Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Centro Hospitalar Universitário do Porto,

PORTO, Portugal. ²Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Hospital Dr. Francisco Zagalo, Ovar, Portugal

Introducción: En cuidados paliativos el paciente y su familia son el foco principal, y deben ser integrados por el equipo en la planificación de los cuidados. De ahí surge la necesidad de apoyo, información, educación, de gestión de las emociones y las expectativas de vida, para que puedan comprender, aceptar y colaborar en el proceso de la enfermedad. En este ámbito, las sesiones con la familia promueven la comunicación entre el equipo, el paciente y familia.

Objetivo: Describir la actividad del equipo de soporte hospitalario en cuidados paliativos en la realización de sesiones con familias, y analizar su efectividad.

Metodología: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se realizó el análisis de los datos recogidos en los registros informáticos de las sesiones realizadas, entre los años 2014 y 2018.

Resultados: en este periodo el equipo tuvo 2153 casos, correspondientes a 2039 pacientes. Fueron realizadas 980 sesiones, 85,6 % programadas. El 93 % tuvo una duración entre 30 y 60 minutos. Los pacientes estuvieron presentes en 98 (10 %). La mayor representación fueron los hijos (57 %) y los cónyuges (38,6 %). En el 74,8 % estuvo presente al menos un integrante del equipo (médico, enfermero y/o trabajador social). En cuanto al Equipo de Soporte Hospitalario en Cuidados Paliativos siempre estuvo presente el médico o el enfermero. Los motivos para la realización fueron, preparación del alta (57 %), necesidades de la familia (49 %), empeoramiento clínico el paciente (44 %) y discusión del plan terapéutico (39 %). Fueron abordados los siguientes temas: orientación tras el alta (81 %), aclarar los objetivos de los cuidados (68 %), expectativas sobre la enfermedad, tratamiento y evolución (60 %), control sintomático (49 %), confirmación de la información sobre diagnóstico y pronóstico (44 %), preguntas relacionadas con la alimentación e hidratación (16 %), necesidades de la familia (21 %). En cuanto a las enseñanzas a los cuidadores, se incidió en terapéutica (oral, sublingual, subcutánea y transdérmica), autocuidado, manejo y optimización de dispositivos y técnicas de alimentación enteral. En el 99,11 % de los casos, hubo consenso en los aspectos abordados. En 75 casos (7,7 %), fue preciso repetir las sesiones con la familia.

Conclusión: Consideramos que las sesiones con la familia es un método que potencia la relación profesional entre salud/paciente/familia y contribuye a optimizar la calidad de los cuidados prestados.

PO 162. CUIDADOS PALIATIVOS EN LA RESIDENCIA. DOCUMENTO “DESPEDIDA DE LA RESIDENCIA”

Joan H. Catena Mir¹, Cristobal Ortega García², Olga Sabartés Fortuny², Marcia Iparraguirre Azcona², Mireia Naval Marcos², Dolores Fitó Selva¹

¹Residencia Sant Andreu-Fundació Sant Andreu Salut, Manresa, España. ²Hospital Sant Andreu-Fundació Sant Andreu Salut, Manresa, España

Introducción: En la mayoría de los usuarios de una residencia, el proceso final de vida se inicia en un momento en el que la evolución de las enfermedades que padece le

origina una dependencia extrema y un potencial sufrimiento. En este punto, el tratamiento activo ya no aporta ningún beneficio y lo necesario es proporcionar medidas de confort.

Objetivo: Análisis retrospectivo de implementación del documento “Despedida de la residencia” ante la necesidad de cuidados paliativos de los usuarios ingresados, atendiendo al nivel de intensidad terapéutica requerida.

Metodología: Aplicación del documento en aquellos pacientes que se encuentran en situación final de vida, con objetivo de proporcionar las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales que se han pactado al ingreso del residente (o con sus familiares si no es posible con usuario).

Se recogen preferencias de la persona sobre cómo vivir esta etapa. Variables: valores de la persona ante la vida y muerte; preferencias religiosas o espirituales; en atención sanitaria (Documento de Voluntades Anticipadas); sobre a quién y cómo informar de su situación. Variables después la muerte: entierro, esquelera; existencia de documentos legales escritos; facilitar la resolución de aspectos pendientes.

Se registra en “Observaciones. Plan de Cuidados”, programa informático Resiplus.

Resultados: nº de residentes 2018: 162. Presentación del documento “Despedida de la Residencia”: todos los usuarios, 162. Fallecidos: 30 (18,5 %). Edad media: 89 años (h: 87 a; m: 91 a). Diagnósticos principales más prevalentes: demencias (60 %); cardiopatías (17 %); patologías psiquiátricas (13 %). Localización defunción: a) residencia: 23 (76,7 %). Con cuidados paliativos 16 (53,3 %); sin cuidados paliativos 7 (23,3 %), siendo la causa de su no aplicación la progresión rápida del fallecimiento, pero sí aplicación del documento. b) Unidad de Cuidados Paliativos de referencia: 3 (10 %); con cuidados paliativos 3 (100 %). c) Traslado a hospital de agudos de referencia, falleciendo por proceso agudo: 4 (13,3 %). Aplicación de un plan de cuidados paliativos en la residencia en 16 usuarios, excepto en 7 residentes que fallecieron de forma súbita.

Síntomas y signos principalmente controlados: dolor, disnea, ansiedad, raquera. Por existir una patología aguda tratable se derivaron a Hospital de agudos.

Conclusión:

- Con el documento se garantiza la atención integral al final de la vida ayudando a los residentes y sus familias.
- Se realiza una planificación del nivel de intensidad terapéutica requerida en cada momento del usuario durante la residencia.
- Se dignifica, garantiza y centran los cuidados en la persona, y la calidad profesional y humana.

PO 163. ACTIVIDAD DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS EXTRAHOSPITALARIO DE ÁMBITO RURAL

Rocío Aranda Colubi¹, M.^a José González Nevado², Miguel Eusebio García Linares¹, Isabel M.^a Mañas Álvarez¹

¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla, España. ²Unidad de Gestión Clínica Guillena- Santa Olalla, Sevilla, España

Introducción: El Equipo Soporte Cuidados Paliativos (ESCP) se crea con el objetivo de dar soporte a los equipos

básicos de atención primaria (EBAP) para cubrir las necesidades físicas/psicológicas/sociales/espirituales de pacientes paliativos (PP). El distrito al que pertenece presenta gran extensión geográfica, por lo que un solo ESCP no puede atender todas las demandas generadas, siendo necesario crear equipos básicos (médico/enfermero), referentes en cuidados paliativos (CP) en Zonas Básicas de Salud (ZBS).

Objetivos:

- Coordinar recursos avanzados y convencionales de CP, fortaleciendo la atención al PP basándonos en el Modelo de Atención Compartida (MAC) según nivel de complejidad.
- Fomentar la autonomía entre profesionales AP para garantizar una asistencia de calidad a PP.
- Reorganizar flujos y circuitos de pacientes y comunicación interniveles.
- Prestar asistencia a PP de alta complejidad.

Metodología: 1. Creación de Equipos Referentes CP en ZBS. 2. Creación del Programa "Formación CP" para profesionales de Atención Primaria (AP). 3. Asistencia al PP según el MAC. 4. Creación de Comisión de Área CP y Coordinación Interniveles. 5. Pilotaje del protocolo "Inicio y Continuidad Asistencial de la sedación paliativa en AP". 6. Registro de pacientes por Índice de Complejidad e inclusión en Plataforma Telepaliativos (PTP). 7. Coordinación con ESCP Pediátrico.

Resultados: 1. Realización de 29 sesiones de formación en las diferentes ZBS, incluyendo dos sesiones a pediatras por parte del ESCP Pediátrico, una formación básica en ética clínica e investigación y unas Jornadas y Curso Básico CP. 2. El ESCP ha valorado en 2018 a 540 pacientes (de un registro de 662 PP del área). De estos 540, más de la mitad presentaban alta complejidad y 176 están incluidos en la PTP. 3. El número total de asistencias ha sido 2549 (visitas domiciliarias, consultas telefónicas a profesionales/pacientes y demandas administrativas). La mayoría eran pacientes oncológicos. 4. Se implantó el Protocolo "Inicio y Continuidad de la Sedación Paliativa en AP" (inclusión de 56 pacientes). 5. Los miembros del ESCP participan en la elaboración de tres Planes Integrales Operativos, forman parte del Comité de Ética Asistencial, tres Grupos de Trabajo y tres Comisiones Interniveles. 6. Han rotado por nuestro servicio alumnos de Medicina, Enfermería y Máster de CP, así como MIR de Medicina de Familia.

Conclusiones:

- El ESCP dependiente de un Distrito de Atención Primaria lidera, atiende y da soporte a los profesionales de EBAP.
- Se garantiza la asistencia de los pacientes de alta complejidad.

PO 164. ¿ES EFICAZ LA HIDRATACIÓN ARTIFICIAL EN MEJORAR SÍNTOMAS/CONFORT EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA?: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Álvaro Fernández Rial¹, Pablo López Pais², Arantza García Martínez³, Catalina Caamaño Isorna⁴, Marcelino Mosquera Peña⁵, Paula Cantero Muñoz⁶, Rosendo Bugarín González⁷

¹Hospital Lucus Augusti, Lugo, España. ²Hospital Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ³Hospital Lucus Augusti, Lugo,

España. ⁴Centro de Salud Burela, Burela, España.

⁵Hospital universitario Ferrol, Ferrol, España. ⁶Axencia de Coñecemento en Saúde (ACIS). Servizo Galego de Saúde, Santiago de Compostela, España. ⁷Centro Salud Monforte de Lemos, Monforte de Lemos, Lugo

Introducción: Las decisiones relacionadas con el mantenimiento de la hidratación en los últimos días de vida continúan siendo un reto desde el punto de vista clínico y tienen un importante impacto psicoemocional en pacientes y familiares. La revisión fue realizada por el grupo de trabajo que elabora la GPC de atención paliativa al paciente adulto en situación de últimos días (SUD) del SNS.

Objetivos: Actualizar la evidencia científica sobre la efectividad de la hidratación artificial en la situación de últimos días en la mejora de síntomas y el confort.

Metodología: Se actualizó la búsqueda bibliográfica realizada por la guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en las principales bases de datos biomédicas (Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library y Cinalh). Se incluyeron revisiones sistemáticas, ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y estudios controlados prospectivos. La calidad de la evidencia se evaluó con el método GRADE.

Resultados: se identificó una revisión sistemática Cochrane (6 estudios: 3 ECA y 3 estudios controlados prospectivos) incluida en la guía del NICE, y un nuevo estudio primario (ensayo clínico aleatorizado). Los estudios compararon la hidratación artificial frente al placebo y frente a los cuidados habituales. La variabilidad en los estudios no permitió realizar un análisis agregado, y calidad global de la evidencia fue baja. Los estudios incluidos no mostraron una mejora en el bienestar o el control de síntomas en los pacientes que recibieron hidratación artificial en comparación con los controles, tampoco se encontraron diferencias en la supervivencia entre ambos grupos, y la hidratación no se asoció con la aparición de eventos adversos. Teniendo en cuenta las incertidumbres, el grupo de trabajo emitió 8 recomendaciones de práctica clínica, teniendo en cuenta el balance riesgo/beneficio, la aceptabilidad de los pacientes y familiares y aspectos éticos. La principal la exponemos en conclusiones.

Conclusiones: Con carácter general no se recomienda la hidratación artificial en la SUD, excepcionalmente podría considerarse si:

- Existe mal control de síntomas que pueden estar relacionados con la deshidratación (delirium, sed) y han fracasado otras medidas de control.
- Existe un malestar o inquietud emocional en paciente-familia a pesar de un adecuado proceso de comunicación con el equipo de atención.

PO 165. ENFERMERÍA Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDA

Angélica Lijó Fernández, María del Carmen Rua Mareque, Josefina García González¹, M.^a Luisa Andaluz Corujo

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

Introducción: La toma de decisiones compartida es un tema de actualidad en la intervención de enfermería con

pacientes al final de la vida. Con este estudio nos proponemos reflejar la opinión del personal de enfermería con más de 2 años de experiencia en la unidad de cuidados paliativos del CHUAC. En una revisión bibliográfica previa observamos que existen pocos estudios relacionados con la toma de decisiones y la intervención de la enfermería en este aspecto.

Metodología: Se realiza una encuesta anónima de 13 preguntas, de elaboración propia, que se entrega a 15 enfermeras de la UCP con más de 2 años de experiencia.

Objetivos: Demostrar el conocimiento del personal de enfermería en relación con la toma de decisiones compartida. Crear una inquietud en el personal de enfermería de la unidad de paliativos del CHUAC.

Resultados: La mayor parte del personal de la unidad sí conoce el concepto de toma de decisiones compartida. El personal encuestado considera que en la toma de decisiones compartida debe intervenir todo el equipo multidisciplinar. El total del personal cree que el paciente debe conocer el pronóstico de su enfermedad desde el principio, ya que a menudo la familia no respeta las decisiones del mismo. Es frecuente que el paciente manifieste sus dudas al personal de enfermería. El total del personal encuestado cree que es necesaria la formación para establecer un clima de empatía y confianza con el paciente, que consideran imprescindible para el desarrollo del plan de cuidados. Mayoritariamente, el personal de enfermería considera que el documento de instrucciones previas es complementario a una toma de decisiones compartida, entendiéndola como la más importante.

Conclusiones: El aspecto de la toma de decisiones compartidas es considerado como una parte fundamental de la intervención para el que es imprescindible la formación. El personal de enfermería está, y así se considera, muy implicado en el proceso ya que es el profesional al que el paciente manifiesta con mayor frecuencia sus emociones y preocupaciones. Existen barreras de comunicación culturales, por todas las partes implicadas, que impiden que este proceso se desarrolle con normalidad. El personal manifiesta que la carga asistencial del personal de enfermería con frecuencia impide la realización de este tipo de intervenciones. La introducción de este tipo de intervenciones en la actividad diaria de las unidades de paliativos podría prevenir el burnout en el personal de las UCP.

PO 166. Y SI PUDIERA ELEGIR... MANUAL IDEAL MALAS NOTICIAS

Martín Boyero San Blas, Eide Dilla Velarde,
Carmen Galache Grandes, Belén López Díaz,
Laura Oreja Hernández, Candelas Pascual Santamaria
Centro Regional de Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor, Salamanca, España

Uno de los grandes problemas del trabajo diario en enfermería es la comunicación, especialmente la de las malas noticias. Estar delante de otro ser humano y que nos pregunte qué es lo que tiene o si le queda poco de vida, es tal vez, el mayor reto al que nos enfrentamos a diario. La falta de información sigue siendo habitual en estos pacientes, más de lo que se desea... Sin duda, la búsqueda de un manual ideal para comunicar las malas noticias y así poder

difundirlo a los futuros profesionales es lo que nos lleva a esta iniciativa. Plantearnos tener cáncer empieza a ser más habitual de lo normal. Enfrentar a futuros profesionales de enfermería a estas preguntas tan incómodas puede ser un buen comienzo para llegar al mismo. La muestra elegida fue de 62 alumnos de 4 curso de Enfermería. Se les preguntó qué cáncer elegirían si tuvieran que padecer uno, quién elegirían para que se le dijera, dónde les gustaría oír la mala noticia, cuándo desearían escucharla y lo más importante, cómo querrían oírla. El resultado de esta última configurará su propio manual, el que deben explorar y explotar... Expresiones como: directo y sin rodeos, con abrazo incluido, claro y realista, con calma, suavidad tranquilidad, explicándolo todo, viendo opciones de tratamiento, con la familia, normal, cercano, empatizando, con tacto, a solas con mi madre, con respeto y sin ver cara de pena en el sanitario, son las que eligieron para ellos. Formarse y prepararse para este momento tan difícil es la clave, pero sin olvidar que dentro de nosotros albergamos un manual por descubrir y asumir que es tal vez, el mejor.

PO 167. FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO Y NIVELES DE VITAMINA D

María Lara Moyano, Marina Macías Jiménez,
María García-Fayos de Diego, Jennifer Pick Martín,
Carmen Borraz Ordás, Emilio Garijo Gómez
Hospital Dr. Peset, Valencia, España

Introducción: La fractura de cadera se ha convertido progresivamente en una patología de elevada prevalencia en nuestro medio lo que conlleva una gran carga tanto social como económica que se prevé que aumente en los próximos años. La vitamina D, estimada mediante la determinación de 25(OH)D, juega un importante papel en la fisiología ósea, sin embargo, la relación entre los niveles de vitamina D y el riesgo de fractura de cadera ha mostrado resultados controvertidos en diferentes estudios.

Objetivo: Conocer los niveles de vitamina D, así como la presencia de tratamiento con esta hormona en los pacientes mayores de 65 años ingresados por fractura de cadera.

Metodología: se realizó un registro, en el que se incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron por fractura de cadera en nuestro hospital entre noviembre de 2017 y junio de 2018. Todos los pacientes reclutados firmaron el consentimiento informado. Durante su hospitalización se recogieron diferentes parámetros analíticos (entre los que se encontraban los niveles de 25-hidroxivitamina D) así como variables sociodemográficas y diferentes escalas de funcionalidad, nutrición y deterioro cognitivo. Estas variables también se recogieron a los 3 meses y a los 6 meses post cirugía.

Resultados: en el estudio se incluyeron 89 pacientes de los cuales 68 (76,4 %) fueron mujeres y 21 (23,6 %) hombres. La edad media fue de 84,11 años. La concentración media de vitamina D determinada por nuestro laboratorio fue de 14,20 (desviación estándar de 14,32). Se encontró que el 80,9 % de los pacientes no llevaba tratamiento previo con vitamina D mientras que 17 (19,1 %) llevaba tratamiento con esta hormona.

Conclusiones: Este estudio muestra que los pacientes intervenidos de fractura de cadera en nuestro hospital

tenían una concentración media de vitamina D de 14.20, lo que está por debajo de los niveles normales. Por otra parte, la mayoría de estos pacientes no llevaba tratamiento previo con vitamina D y sólo el 19,1 % habían estado en tratamiento previo con vitamina D. Estos datos están en concordancia con los encontrados en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera.

PO 168. MANEJO PALIATIVO DE PACIENTES CON DEMENCIA EN SEGUIMIENTO POR EQUIPOS DE SOPORTE A DOMICILIO

Fernando Moreno Alonso, María González Ascarza, Amaia Campo Nuñez

Hospital San Juan de Dios Pamplona, Pamplona, España

Objetivos: Analizar las variables demográficas, clínicas, pronósticas y de evolución de pacientes en seguimiento por demencia avanzada.

Metodología: Estudio retrospectivo de 12 meses de duración, que incluye a pacientes derivados para manejo paliativo, en Navarra. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes (en su mayoría derivados por Equipos de Atención Primaria), que cumplieran criterios NECPAL para insuficiencia de órgano, un 52,8 % varones. La mediana de edad se sitúa en 87,3 años. La mayor parte de pacientes presentaban un GDS mayor de 6, siendo un 24 % los que presentaban un grado inferior, pero en los que se añadía un deterioro funcional asociado a una enfermedad de Parkinson avanzada o ICTUS extensos. Destaca un índice de Charlson 2-3. Solo en un 10 % de los casos se había realizado una planificación anticipada antes de entrar en programa. En este periodo de tiempo se redujeron las reagudizaciones, la polifarmacia, la atención en Urgencias hospitalarias, y los ingresos con un resultado estadísticamente significativo.

Discusión: La identificación de los pacientes con enfermedades crónicas en fase avanzada y pronóstico de vida limitado es fundamental para que los profesionales sanitarios cambien su actitud hacia una mirada paliativa. Esta identificación debe llevar asociadas una serie de acciones: registro, evaluación de las necesidades del paciente y su familia, planificación anticipada de las decisiones y elaboración de un plan de cuidados. La actitud paliativa debe iniciarse precozmente e ir aumentando en intensidad e importancia conforme progresa la patología neurológica. La participación del paciente en la toma de decisiones al final de su vida es importante para la atención médica, para cuestiones legales o para determinar el lugar donde prefiere ser cuidado y donde prefiere fallecer. En una revisión bibliográfica se demuestra que una intervención paliativa adecuada sobre estos pacientes mejora la calidad de vida, evita reingresos e incluso es coste-efectiva.

Conclusiones: La mayoría de los enfermos incluidos tenían datos de demencia avanzada terminal, siendo la enfermedad de Alzheimer y la demencia mixta las más prevalentes. De acuerdo con otros estudios la intervención paliativa de estos enfermos, evita reingresos y mejora calidad de vida, además de reducir significativamente la polifarmacia y la nutrición artificial. El seguimiento por Equipos de Soporte

a Domicilio consigue evitar intervenciones farmacológicas intensivas, nutriciones innecesarias, siendo el domicilio el lugar elegido para el fallecimiento, asegurando un buen control sintomático.

PO 169. ESTILOS DE MANEJAR INCERTIDUMBRE PRONÓSTICA, EMOCIONES Y USO DE RECURSOS AL FINAL DE LA VIDA

Filipa Gonçalves Tavares

Unidade de Medicina Paliativa, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa, Portugal

Introducción: Es desconocido hasta qué punto las conversaciones sobre el pronóstico (CPn) dan forma a las decisiones de tratamiento de los pacientes, incluyendo el uso de atención médica al final de la vida.

Objetivos: 1) Evaluar cómo estructuran los médicos la incertidumbre pronóstica y cómo reaccionan pacientes y sus familias a la información recibida; 2) explorar la interacción del estilo de comunicación médico (ECM) con el uso de cuidados agudos y atención especializada paliativa (PC) durante el último mes de vida (UMV).

Métodos: Cohorte observacional, prospectivo; pacientes consecutivos de programa hospitalario (PHCP); durante 30 días se llenó un control de comunicación, incluyendo señales y emociones debido a CPn; ECM categorizado en optimista, pesimista o neutral; datos demográficos, clínicos [incluyendo fase y estatus funcional (PPS)] y administrativos recuperados 9 meses tras la última inclusión; análisis estadístico: descriptivo, testes no paramétricos y curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: evaluadas 153 CPn y 94 (96 %) de los elegibles (51 % mujeres, mediana 71 años, 81 % cáncer, 64 % en deterioración, mediana PPS 50 %, mediana supervivencia 113 días, 65 % fallecidos). El médico inició 69 %, fijó un marco condicional (56 %) y valoró un poco más el individual frente a la población. Fueron cubiertos "calidad de vida y control de los síntomas" (28 %), "supervivencia" (16 %) y "pérdida de autotomía" (15 %). Al redor del 40 % se etiquetó cómo "facilitación de nuevos objetivos", el 25 % "preparando el final". Se utilizó más señales pesimistas (84 %, optimistas 71 %). El neutral fue el estilo más común (56 %) excepto en primeras visitas, hospitalizados y aquellos con PPS más bajo por los cuales el más probable fue optimista ($p < 0,05$). Las CPn provocaron emociones negativas (27 % enfermos y cuidadores frente al 14 % pacientes por separado con el médico). La aceptación (19 %) y la preocupación (25 %) fueron, respectivamente, las reacciones más frecuentes, de pacientes y familias. El EMC se asoció estadísticamente a la supervivencia (neutral se usó sobre todo en los más enfermos y pesimista empleado más en riesgo intermedio). En UMV solo el número de visitas del PHCP se relacionó con el EMC (mediana 1,5 visitas con optimista frente al 1,0 visitas con otros, $p < 0,05$).

Conclusión: La CPn típico es iniciado por el médico y combina señales positivas y negativas, mientras la condicionalidad. Tras provocar emociones inmediatas, con posible molestia para los involucrados, los distintos ECM no incrementaron el uso de recursos agudos en UMV. Diseños cualita-

tivos y abarcando diferentes puntos de la trayectoria deben seguir explorando el tema.

PO 170. LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA Y NUTRICIÓN ENTERAL ATENDIDOS EN UN ÁREA SANITARIA

Fernando Miguel Gamboa Antiñolo, Belén Cristino Agudo, Lidia González Campos

H El Tomillar, AGS Sur de Sevilla, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Objetivos: La demencia es un síndrome que implica un deterioro de las funciones y capacidades del individuo provocando un impacto en el paciente y en la sociedad en general. Uno de los problemas asociados más importantes son los trastornos de alimentación, lo que da lugar a una frecuente utilización de la nutrición enteral. En este trabajo analizamos la morbilidad y supervivencia en pacientes diagnosticados de demencia avanzada (FAST 7) con nutrición enteral en un Área Sanitaria del Sur de España.

Metodología: Estudio prospectivo, observacional, descriptivo. Se obtuvo una muestra de 110 pacientes que revisados entre enero y junio de 2017 en un Área de Gestión Sanitaria, estaban diagnosticados de demencia avanzada y que recibían nutrición enteral. Se analiza la supervivencia, complicaciones y morbilidad durante el tiempo de seguimiento. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS.

Resultados: En la población de este estudio, la supervivencia es mayor que la publicada; los pacientes que superan una primera fase sobreviven largos periodos de tiempo. Las complicaciones están presentes en menos del 40 % de los pacientes. No obstante, el proceso de toma de decisiones con respecto a la implementación de la nutrición enteral no deja de ser un conflicto ético, debiendo realizar un análisis individualizado del paciente y su familia, además de la colaboración de diferentes profesionales para llevar a cabo la mejor atención clínica.

Conclusiones: En la población estudiada, la supervivencia es mayor que lo descrito en pacientes con demencia avanzada en programas de nutrición enteral domiciliaria y el número de complicaciones inferior.

PO 171. VOLUNTARIOS EXPERTOS PARA EL ACOMPAÑAMIENTO EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD AVANZADA Y FINAL DE VIDA

Danilo Moggia, Amparo Menéndex, Lluïsa Salvanyàs, Ismael Carbajo

Fundació Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena, Mataró, España

Introducción: En el 2008, se puso en marcha el Programa de Acompañamiento al Duelo y Pérdidas (PADP) de la Fundación Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró (FH), el que contempla la atención al duelo por muertes relacionadas con enfermedad. En el contexto del Programa de Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas (PAIPEA) de la Fundación Bancaria La Caixa, desde 2011 la FH provee grupos terapéuticos de atención al duelo que cuentan con la

presencia de un psicólogo y un Paciente Experto Voluntario (PEV).

Objetivos: 1. Explorar la frecuentación de pacientes que han sido atendidos a lo largo del PADP en el marco del PAIPEA y describir su perfil sociodemográfico. 2. Describir el perfil sociodemográfico de los pacientes que asisten actualmente a los grupos terapéuticos, el funcionamiento de estos grupos y explorar los aspectos de los grupos que los pacientes valoran como relevantes para su proceso de recuperación.

Metodología: Diseño: estudio observacional, descriptivo, transversal. Muestra y recogida de datos: Se describe el perfil sociodemográfico y la frecuentación, tanto de los pacientes del PADP atendidos en el marco del PAIPEA desde 2008 hasta el primer semestre de 2019, como de los pacientes que participan actualmente de los grupos terapéuticos de atención al duelo con PEV. A estos últimos, se les administró el Inventario de Duelo Complicado (IDC) y el Clinical Outcome in Routine Evaluation - Outcome Measure (CORE-OM) al momento de ingresar al programa. Al cabo de 10 semanas, se les administró una encuesta donde se les preguntó si recomendarían los grupos terapéuticos y por qué.

Resultados y conclusiones: Desde 2008, el PADP ha atendido a 1687 pacientes. La mayoría de ellos (76,17 %) son mujeres de entre 45 y 65 años que han perdido a uno de sus padres o a su pareja. En relación con los grupos terapéuticos de atención al duelo con PEV, las características sociodemográficas de sus participantes son equivalentes a las de los pacientes que se han sido atendidos en el PADP. Los grupos han tenido una excelente acogida por parte de sus participantes (100 % lo recomendarían). La puntuación media inicial de los participantes es de 48,44 (DT: 14,77) en el IDC, y de 1,70 (DT: 0,50) en el CORE-OM. Los aspectos que los pacientes destacan como relevantes para su proceso de recuperación son recibir ayuda y apoyo, contar con un grupo de pares en la misma situación que ofrece comprensión, y el alivio emocional.

PO 172. EL ABORDAJE DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

Anda Magdalena Ciocea¹, Daniel Ramos Pollo², Viorel Ciocea³

¹Centro de Salud Piedrahita, Piedrahita, España. ²Gerencia Valladolid Oeste, Valladolid, España. ³Centro de Salud Burgohondo, Burgohondo, España

Introducción: El término espiritualidad se define como: “la dimensión dinámica de la vida humana que se relaciona con la manera en que la persona (individuo o comunidad) experimenta, expresa y/o busca el significado, el propósito y la trascendencia, y la manera en que estos conectan con el momento, con uno mismo, con los demás, con la naturaleza, con lo significativo y/o lo sagrado”. Es importante no esperar hasta la fase final para considerar el proceso espiritual y dedicar atención al acompañamiento espiritual tan pronto como el diagnóstico indique que se trata de una enfermedad terminal.

Objetivos: Conocer el estado de conocimientos e interés actual de los profesionales de atención primaria (médicos, enfermeros/as, trabajadores sociales) sobre la espiritualidad asociada a los procesos de enfermedad terminal. Identificar

necesidades e intereses formativos. Diseño del estudio: estudio descriptivo transversal realizado entre los profesionales de atención primaria entre el 1 de marzo de 2019 y el 1 de mayo de 2019. Se ha diseñado una encuesta de 11 ítems autoadministrada y anónima. Para la recolección de datos se ha utilizado un cuaderno de recogida de datos en Excel® y para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SSPS.

Resultados: De los 180 profesionales que han contestado: El 92 % de los profesionales reconocen que no realizan una detección activa de necesidades espirituales; porque les resulta difícil abordar este tema y porque priorizan otros aspectos. El 48 % reconocen que ha recibido preguntas sobre retos existenciales. Solo a un 23 % se les han planteado cuestiones sobre la fe y la relación con Dios. Más de 80 % consideran importante prestar atención al proceso espiritual del paciente desde el inicio de la fase paliativa y también en un porcentaje de 75 % valoran la importancia de la formación.

Conclusiones: Nuestra formación es deficitaria en conocimientos sobre las necesidades espirituales que conlleva una enfermedad terminal. Los profesionales que trabajan en atención primaria son los que más acompañan a los pacientes y a los familiares durante el proceso de la enfermedad, siendo de suma importancia saber detectar las necesidades espirituales del enfermo y dar respuesta a ello, con el objetivo común de una atención completa, que permita disminuir el sufrimiento al final de la vida. Los cuidados paliativos fomentan la formación de los profesionales para poder acercarnos al paciente sin miedo a las preguntas difíciles, dando lo mejor de nosotros mismos, como una oportunidad de crecimiento para ambos: pacientes y profesionales.

PO 173. ANÁLISIS DE LOS FALLECIMIENTOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE HELLÍN

Ruth del Valle Apastegui¹, Bárbara Rodríguez Martín¹, Rubén Cordero Bernabé¹, David Callado Pérez²

¹Médico Adjunto de Medicina Interna-UCP. Hospital de Hellín, Albacete, España. ²Enfermero de Medicina familiar y comunitaria-UCP. Hospital de Hellín, Albacete, España

En el Área de Hellín realizábamos un seguimiento de los pacientes paliativos oncológicos, en la consulta externa, así como en la hospitalización. Recientemente hemos ampliado nuestra cartera y damos así cobertura al ámbito domiciliario, añadiendo además a los pacientes paliativos no oncológicos. El objetivo fue analizar el porcentaje de fallecimientos en domicilio, si precisaron medicación por infusor, si presentaron buen control sintomático, y en caso de mal control, cual fue el síntoma mal controlado. Así como valorar la población del área en el que trabajamos. Se trata de un estudio descriptivo, realizado en el Hospital de Hellín. Se recopiló información de 30 pacientes, de los cuales 3 estaban en seguimiento en consulta externa y 27 en domicilio. 13 pacientes vivían en Hellín y el resto en pueblos del área. La edad media de los pacientes fue 73 años, el más joven con 51 años y el más anciano con 92 años. El 63,33 % eran oncológicos; de origen cerebral 3, pulmón 5, recto 2, gástrico 1, neuroendocrino

1, vesical 1, suelo de boca 1, esófago 1, mama 1, colon 1, carcinomatosis peritoneal 1. El 36,67 % no oncológicos; de estos 6 pacientes padecían demencia, 2 ICC, 1 EPOC, 1 ELA, 1 cirrosis hepática. Estuvieron en programa una media de 48 días, Mínimo 1 día y máximo 1093. El 36 % de los pacientes estuvieron en programa menos de 30 días y de estos el 64 % menos de una semana. El 83 % fallecieron en su domicilio-residencia habitual y el 17 % en el hospital. Los pacientes que fallecieron en el hospital, 2 fueron a petición del paciente y su familia y 3 por cuadros infecciosos. Solo no se consiguió control sintomático en 2 pacientes, el síntoma fue; una hemoptisis no esperada y dolor abdominal por perforación gástrica. 8 pacientes de los 30 llevaban infusor en domicilio y 22 medicación de rescate. Llama la atención la derivación tardía a la unidad. Es importante un acceso temprano a la misma, con el objetivo de realizar un buen control sintomático temprano. También destacar el bajo número de pacientes que precisaron medicación en infusor, manteniendo en el resto, con medicación de rescate, buen control sintomático. No obstante, los datos analizados son en un corto periodo de tiempo, por lo que será necesario continuar recopilando información.

PO 174. VENTAJAS DE UN CIRCUITO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA AVANZADA

Santiago González de Etxabari Otsoa¹, María Ángeles Campo Artola¹, María José Arrizabalaga Arnaiz¹, Miren Begoñe Salinas Lasa¹, Itziar Garmendia Antia¹, June Garai Landa¹

Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), especialmente la fibrosis pulmonar idiopática (FPI) tienen alta morbimortalidad, breve supervivencia y gran impacto en la calidad de vida, siendo subsidiarias de cuidados paliativos precoces, falleciendo la mayoría en medio hospitalario. Los cuidados paliativos contribuyen a aliviar la carga sintomática en EPID.

Objetivo: Describir cómo realizamos los cuidados en estos pacientes.

Metodología: Desde octubre de 2015 a mayo de 2019, los pacientes con EPID sintomática o con escala de disnea MRC 3-4 se remiten al equipo de soporte de Cuidados Paliativos (ESCP). Revisión retrospectiva de las historias clínicas analizando el control sintomático, tiempo de seguimiento, tratamiento utilizado, necesidades de hospitalización y lugar de la muerte.

Resultados: 74 pacientes (41 hombres-33 mujeres), sintomáticos o MRC 2(5), MRC 3 (8), MRC 4 (61). Edad media 79 años (62-95). FPI 32 (22 tratamiento antifibrótico). Utilizamos: opioides para la disnea basal en 71 pacientes (96 %), para la disnea episódica en 70 (95 %). Corticoides en 55 (74 %), benzodiacepinas en 43 (58 %), broncodilatadores en 29 (39 %), antidepresivos en 12 (16 %), 10 seguían tratamiento controlado por Psiquiatra-Psicólogo, en 9 (14 %) suplementos nutricionales. Los pacientes y sus familias recibieron información sobre su enfermedad, diagnóstica, pronóstica y se les realizó una valoración integral sintomática, familiar, funcional, existencia de últimas voluntades y preferencias

al final de la vida en las 191 consultas del ESCP realizadas. Se han realizado 1140 llamadas de control sintomático y se han recibido 253 llamadas de pacientes (en el 47 % y en el 87 % sirvieron para cambio de tratamiento o de ubicación). Reingresaron en 178 ocasiones, 111 en Hospitalización a Domicilio (HDOM), 32 en Hospital de agudos, 21 en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) y 14 en Hospital de Crónicos (HC). Seguimiento 1-31 meses en pacientes vivos (mediana 10) y 1-26 meses en fallecidos (mediana 7). 50 han fallecido, 42 por progresión. 19 lo han hecho en UCP, 18 en su domicilio (16 con HDOM y 2 con su Médico de Atención Primaria y ESCP), 12 en el Servicio de Respiratorio (3 estaban esperando traslado a UCP), 1 en HC.

Conclusiones: Los cuidados paliativos en EPID deben ser instaurados precozmente y se continuarán hasta el fallecimiento. Una valoración integral y el control sintomático estrecho adecúa los cuidados, la planificación anticipada de los mismos y favorece el alivio sintomático. Disminuye las hospitalizaciones facilitando el fallecimiento en el domicilio, en unidades específicas de cuidados paliativos o en el lugar de preferencia del paciente.

PO 175. MANEJO DE LOS EFECTOS ADVERSOS RELACIONADOS CON LA INMUNOTERAPIA EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO

Alba González-Haba Martínez, Estefanía Casaut Lora, Verónica Serrano Pecos, María Fernanda Martínez Barragán, Jacobo Alejandro Gómez-Ulla Astray
Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España

Introducción: La inmunoterapia estimula al sistema inmune para hacer frente al cáncer y ha demostrado un beneficio en diversos tipos de tumores, aumentando la supervivencia global de nuestros pacientes. Sin embargo, los efectos adversos son de índole autoinmune (irAE), pudiendo afectar a cualquier órgano de la economía y de manera grave a la calidad de vida. Actualmente no hay estudios prospectivos que definan un adecuado tratamiento de los mismos, por lo que es imprescindible un manejo multidisciplinar.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia con los eventos adversos inmunorrelacionados y su manejo.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes tratados con nivolumab, ipilimumab y pembrolizumab entre julio de 2011 y abril de 2018 en el Hospital Universitario de Badajoz. Analizamos características sociodemográficas, incidencia y tipología de los irAEs y su relación con los diferentes agentes inmunoterápicos y tumores.

Resultados: Analizamos 91 pacientes en tratamiento con inmunoterapia, con una media de edad de 64,6 años (37-85), siendo más frecuente en hombres (75,8 %). El tumor más frecuente fue pulmón (59,3 %), melanoma (18,7 %) y vejiga (9,9 %). El 74,7 % fueron tratados con nivolumab, seguido de pembrolizumab (13,2 %). Se presentaron irAE en un 26,2 % de los pacientes, principalmente grado II (13,2 %), más frecuente de tipo digestivo (7,7 %) tipo colitis con diarrea como manifestación, seguidos de endocrinos y cutáneos (6,6 %), principalmente hipotiroidismo, hiperglucemias y rash cutáneo. Los eventos más graves fueron diarreas, neumonitis, derrame pericárdico. Sí hubo relación estadísticamente significativa entre el número de ciclos

recibidos y la aparición de irAEs ($p = 0,03$). En un el 45 % de los pacientes que interrumpieron tratamiento, no pudo reintroducirse y precisaron de soporte domiciliario para su control. Solo un 10 % de los pacientes recibían atención por la Unidad de Cuidados Paliativos, pero ascendió a un 25 % tras la presentación del irAE.

Conclusiones: La inmunoterapia es un tratamiento contra el cáncer en auge, con mejor tolerancia que la quimioterapia pero no exento de toxicidades. Con frecuencia estos tratamientos cronifican la enfermedad, por lo que debemos desarrollar protocolos multidisciplinares de actuación local, haciendo partícipes a distintos especialistas para mejorar el manejo de los mismos. Por ello, es imprescindible que los especialistas en Cuidados Paliativos conozcan de la existencia de los irAE, su manejo y, entre todos colaboremos en un abordaje integral de aquellos pacientes con irAE complicados es vital para mejorar, no solo el tiempo de supervivencia, sino también la calidad de vida de nuestros pacientes.

PO 176. ESTRATEGIAS DE IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO DE LA SOLEDAD EN FINAL DE VIDA

Silvia Santiago Sacristán, Antia Fariñas Amado, Olga Pérez Zarco, Lydia Polo García, Mónica Monedo Navazo, Gema Sierra Triviño, Lorena Grande Pizarro
Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital San Rafael, Madrid, España

Introducción: Ante el reto de poner en marcha un nuevo proyecto que debe contar con la colaboración de terceros se hace imprescindible crear una estrategia comunicativa de marketing que adecúe la realidad del proyecto a la necesidad de la entidad colaboradora, haciendo posible que esta se identifique con el objetivo del mismo.

Objetivos: Validar la estrategia de marketing emocional sanitario para la inclusión de entidades en un proyecto innovador de acompañamiento a personas con enfermedades crónicas avanzadas.

Metodología: se realiza una estrategia comunicativa de marketing emocional (detallada punto por punto en el poster) para la presentación, implantación y desarrollo de un programa de acompañamiento de la soledad en personas al final de la vida o con enfermedad crónica avanzada y se realiza un cuestionario a las entidades a las que se les presentó el proyecto para conocer la motivación y las emociones que han surgido de la propuesta.

Resultados: se detallan en el póster obteniendo datos significativos en cuanto a impacto emocional (emociones generadas en la presentación del proyecto) y vinculación al proyecto (motivación por la que se decide participar).

Conclusiones: Las emociones impactan directamente en la motivación por paliar el sufrimiento de personas al final de la vida debido a la identificación emocional con el programa y/o con la labor sociosanitaria de las personas que trabajan en él. El uso de estrategias emocionales y motivaciones es efectivo a la hora de implicar a los profesionales a realizar acciones de ayuda en una población vulnerable y, por tanto, generan un mayor impacto social en la comunidad donde se desarrolla.

PO 177. AUTONOMÍA Y LIBERTAD: VALORES EN EL CUIDAR DE SÍ DEL PACIENTE EN DIÁLISIS PERITONEAL

Haidy Rocío Oviedo Córdoba¹, Ani Josefina Evies Ojeda²
¹Haidy Rocío Oviedo Córdoba Universidad del Magdalena,
 Ani Josefina Evies Ojeda Universidad de Carabobo, Santa
 Marta, Colombia. ²Universidad de Carabobo, Valencia,
 Venezuela

La enfermedad renal crónica (ERC) es una enfermedad silenciosa que no presenta signos y síntomas previos; generalmente su manifestación surge una vez la patología ya está instalada en el organismo y en fases avanzadas que someten a la persona a tratamientos que definitivamente exige cambios en sus hábitos cotidianos, entre restricciones hídricas y alimenticias se adicionan los cambios de roles, la tolerancia a medicamentos, horarios para su terapia de reemplazo renal, la asistencia a entrenamientos y controles. Aparece de esta manera una serie de sentimientos, emociones, valores que, junto con el auto conocimiento, la responsabilidad, la libertad y las acciones protectoras de salud, van definiendo lo que para los pacientes en diálisis peritoneal representa el cuidar de sí. Este trabajo tiene como objetivo describir cómo la persona con enfermedad renal con diálisis peritoneal percibe el cuidar de sí. Con un abordaje cualitativo, fenomenológico y apoyado en el método de Spiegelberg, se busca entender las aproximaciones al concepto y estudio del cuidar de sí. Los informantes fueron seis pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento de diálisis peritoneal, quienes a través de una entrevista semi estructurada participaron en la construcción del significado del cuidar de sí desde su vivencia. En la matriz de análisis se ha podido develar de manera preliminar varias categorías temáticas y subcategorías dentro de la construcción del concepto de cuidar de sí, a los sentimientos y emociones en el diagnóstico y tratamiento, acciones protectoras de salud y valores personales relacionados con el cuidado.

PO 178. TERAPIA DE LA DIGNIDAD: A PROPÓSITO DE UN CASO

Lydia Polo García¹, Juan Luis Rodríguez Calderón¹,
 Lorena Grande Pizarro², Antía Fariñas Amado³,
 Olga Pérez Zarco⁴, Mónica Monedo Navazo³,
 Gema Sierra Triviño¹, Silvia Santiago Sacristán¹
¹Unidad de Cuidados Paliativos Hospital San Rafael,
 Madrid, España. ²Equipo de Soporte Hospitalario Cuidados
 Paliativos Hospital de La Princesa, Madrid, España.
³Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa,
 Madrid, España. ⁴UCA Hospital Clínico San Carlos,
 Madrid, España

Introducción: A partir del caso de A.A.A. paciente varón 60 años, con diagnóstico en enero 2018 de adenocarcinoma de pulmón estadio IV, metástasis cerebrales, tratado con radiocirugía en lesión cerebral, tras progresión de lesiones cerebrales se realiza RT y recibe tratamiento con 3 líneas de QT, último ciclo el 5/2/2019 desestimado por Oncología para tratamientos activos por progresión de la enfermedad, e ingresado el 04/03/2019 para control de síntomas, se decide, con el objetivo de facilitar la adaptación ante las múltiples pérdidas vividas por el paciente a nivel de salud,

así como favorecer el bienestar emocional en relación al legado y la trascendencia y para facilitar la expresión de pensamientos, sentimientos y recuerdos utilizar el protocolo de Dignity Therapy del Dr. Harvey Max Chochinov.

Metodología: Para ello se grabó la entrevista en audio y se transcribió, posteriormente se creó un documento que el paciente revisó y en el que añadió fotografías, dando su visto bueno final.

Resultados: En cuanto a los resultados no podemos inferir que las mejorías experimentadas se deben única y exclusivamente a la terapia de la dignidad, pero sí se puede confirmar que el paciente ha experimentado una mejoría a nivel emocional en relación al afrontamiento de su enfermedad y muerte, esto lo inferimos de una manera cualitativa a partir de sus verbalizaciones y de su vivencia del final de vida. Además, se midió la sensación de Paz antes y después de la TD aumentando esta de 5 a 9 tras la intervención.

Conclusiones: Por lo que se confirma la eficacia de la TD para mejorar vivencia en relación con la sensación de paz en situación de final de vida. AAA mejoró su vivencia emocional en relación con la muerte y finalizó su vida sintiendo que había dejado un legado lo que consideraba muy positivo para él y su familia. Trabajar el sentido de la vida en cuidados paliativos puede ayudar al paciente a sentir mayor bienestar, menor distrés emocional y mejorar su afrontamiento ante la muerte.

PO 179. ESPIRITUALIDAD, DE LA CONFESIÓN A LA BÚSQUEDA DE SENTIDO

Tamara Fernández¹, Sara Barbas Abad², Celia Ibáñez del Prado³, Gema Resa Ortiz², Alexia Zamora Barrio²
¹Asociación Española contra el Cáncer, Guadalajara,
 España. ²Hospital Niño Jesús, Madrid, España. ³Hospital
 Virgen de la Poveda, Madrid, España

Introducción: En el abordaje psicológico en el campo de cuidados paliativos se considera la espiritualidad como un elemento protector frente al sufrimiento derivado de la situación de final de vida, de hecho, las personas que tienen cubiertas sus necesidades espirituales en este momento presentan puntuaciones más bajas en depresión y ansiedad, ya que se supone que la espiritualidad es un elemento facilitador de bienestar psicológico para los pacientes paliativos. Tradicionalmente, se ha confundido espiritualidad con religiosidad, siendo esta última solo parte de la primera, la dimensión transpersonal, que junto a la vertiente más intrapersonal (búsqueda de sentido) e interpersonal (sentirse en paz y amado por los demás) conformarían la espiritualidad de una manera más global.

Objetivos:

- Estudiar si hay diferencias en la puntuación total de bienestar en función de espiritualidad intrapersonal, interpersonal y transpersonal.
- Examinar las diferencias en las diferentes categorías del bienestar (autoaceptación, relaciones positivas, crecimiento personal, dominio del entorno, autonomía y propósito de vida) en función de la espiritualidad transpersonal.

Metodología: Estudio descriptivo correlacional, en pacientes en fase final de vida ingresados en una Unidad

de Cuidados Paliativos. Variables analizadas: bienestar psicológico (Escala de Bienestar de Ryff) y espiritualidad (Cuestionario GES).

Resultados: N = 191, media edad = 69,05 años, 50,5 % son hombres, 45,3 % tienen pareja, 52,6% nivel cultural bajo y 82,8 % con diagnóstico de enfermedad oncológica. Bienestar total se relaciona con las 3 categorías espirituales de manera significativa con la intrapersonal (0,671; p = 0,000); interpersonal (0,520; p = 0,000) y transpersonal (0,173; p = 0,016). Encontramos que espiritualidad transpersonal solo muestra una relación significativa con autoaceptación (0,181; p = 0,012); crecimiento personal (0,205; p = 0,004) y propósito de vida (0,201; p = 0,005).

Conclusión: Históricamente se ha creído que ante la muerte predominantemente aparece la necesidad de conexión con un ser superior, Dios. Sin embargo, aunque dicha parte necesita ser cubierta, se revela más necesario dotar de sentido la vida ante su inminente final, al mismo que se busca conectar con los demás para poder trascender y ahí es donde el psicólogo debe dirigir su intervención y de esta forma favorecer el bienestar emocional y reducir el sufrimiento asociado a la situación de final de vida.

PO 180. NECESIDAD PRIORITARIA DE PACIENTE Y CUIDADOR PRINCIPAL AL INGRESO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Pablo Sastre, Elena Ávila, Mónica Camacho, Álvaro Fernández, José Carlos Bermejo, Equipo médico de guardia y enfermería de la UCP, Marta Villaceros Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España

Objetivo: Detectar la necesidad prioritaria o urgente de paciente y cuidador principal (CP) al ingreso en la UCP, diferenciando las respuestas registradas por médicos y enfermeros.

Método: Participantes: todos los pacientes que ingresaron en UCP (capaces de responder) y sus CP, hasta cumplimentar al menos una respuesta de 20 ingresos (2 semanas). Instrumento: tras la entrevista inicial habitual, se registraron variables sociodemográficas, de ingreso y, en opinión del entrevistador (médico o enfermero), grupo de necesidad expresada tras las preguntas ¿qué es lo más importante para Ud. ahora? ¿lo que más le preocupa?, ¿qué necesita para conseguir eso?

Resultados: Ingresaron 22 pacientes (de los cuales 1 fue excluido) y se cumplimentaron un total de 37 entrevistas (19 por médicos y 18 por enfermeros, en las que ambos (paciente y CP) contestaron en 27 ocasiones, solo paciente en 6 ocasiones y solo CP en 4 ocasiones). En 27 ocasiones paciente y CP contestaron al menos a uno de los dos roles (médico o enfermero). El CP acompañó el ingreso en 15 ocasiones y solamente 1 paciente ingresó sin CP. Pacientes; del total de 38 necesidades registradas, el 58 % (22) las recoge un médico y el 42 % (16) un enfermero. La mayor parte (71 %; 27) son físicas (calidad de vida y control de síntomas, específicamente dolor), 13 % (5) sociales, 8 % (3) espirituales, 5 % (2) psicoemocionales y 3 % (1) de información. CP: de 41 necesidades, 59 % (24) fueron recogidas por un médico y 41 % (17) por un enfermero, la mayor parte (73 %; 30) físicas (calidad de vida y control de síntomas, específicamente

dolor), a continuación, 12 % (5) espirituales, 10 % (4) psicoemocionales, 2 % (1) sociales y 2 % (1) de información.

Conclusiones: Médicos y enfermeros coinciden en que, tanto para pacientes como para CP, la necesidad prioritaria al ingreso es de tipo físico (calidad de vida, control del dolor y síntomas) y en que, el segundo tipo de necesidades de pacientes, son sociales y de CP psicoemocionales. Enfermería, además, registra para CP, y a partes iguales con las psicoemocionales, las espirituales y las sociales. Sin embargo, los médicos recogen un mayor número de necesidades, siendo el número de entrevistas realizadas muy similar. Ya que médicos y enfermeros registran información equivalente respecto a necesidades de los pacientes, se podría reorganizar el ingreso de tal forma que el equipo de enfermería se centre en CP, profundizando en sus necesidades y evitando duplicidades en la información recabada.

PO 181. PREVALENCIA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL MALIGNA EN UNA UCP DE RECIENTE CREACIÓN. PERFILES FUNCIONALES Y PRONÓSTICOS

Pedro García Mas¹, Esther Balibrea Sancha², Ana Belén Martínez Motos³, Miguel Fernández Sánchez³, Ana Belén Sánchez López³, Gregoria Blázquez Navarro³

¹Hospital Ntra. Sra. del Perpetuo Socorro, Unidad de Cuidados Paliativos, Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Albacete, España. ²Centro de Salud de Casas Ibáñez, Gerencia de Atención Integrada de Albacete, Casas Ibáñez, España. ³Hospital General de Almansa, Unidad de Cuidados Paliativos, Gerencia de Atención Integrada de Almansa, Almansa, España

Introducción: la oclusión intestinal maligna (OIM) es una complicación frecuente en los pacientes con cáncer avanzado, especialmente en los de origen digestivo o ginecológico. Consiste en cualquier oclusión mecánica o funcional del intestino que impide el tránsito digestivo fisiológico.

Objetivos: determinar la prevalencia de OIM entre los pacientes ingresados, comparación de los datos con la literatura y describir su situación funcional y pronóstica al ingreso.

Metodología: estudio retrospectivo en el que se contabilizan el número de pacientes con neoplasias avanzadas que mostraron una OIM en la planta de hospitalización de nuestra unidad en entre enero de 2016 y febrero de 2018. Se analiza la prevalencia real (PR), el sexo, la edad, el número de fallecidos, la neoplasia subyacente, el estatus funcional mediante la determinación de la escala ECOG, y las medianas del índice de Karnofsky (IK) y el PPS. El pronóstico se determina mediante las escalas PaPscore y PPI mediante el cálculo de sus medianas.

Resultados: se produjeron 156 ingresos de los que 149 pertenecían a pacientes con cáncer. El número de pacientes con OIM fue de 10, siendo la PR del 6,71 % con intervalo de confianza 95 % (5,86-7,56). La mayoría fueron mujeres (9) y fallecieron 4 durante el ingreso con una mediana de edad global de 61 años, siendo 67,5 años para los supervivientes vs 60,5 en los fallecidos. El tumor más frecuentemente asociado fue el de ovario (3 casos), seguidos por cáncer de páncreas, colon y gástrico (2 cada uno) y vejiga (1 caso). Todos los pacientes fallecidos presentaban un ECOG IV, mientras que los que fueron alta, 3 poseían un ECOG IV, 2 ECOG II

y 1 ECOG I. La situación funcional y pronóstica entre los pacientes fallecidos vs supervivientes fue: -IK 30 % (20-40) vs. 50 (30-80). -PPS fue 20 (20-30) vs. 60 (20-90). -PaPs 12 (7-15) vs. 8 (1,5-13,5). -PPI 6,75 (3,5-7,5) vs. 2,5 (0-6,5).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones del estudio por el reducido número de casos reportados, la prevalencia obtenida se encuentra dentro de los márgenes recogidos en la literatura, los cuales oscilan entre el 3 al 15 % según las series. Del mismo modo, se repite el patrón de causa neoplásica subyacente recogido en los estudios, así como la edad media de aparición y el predominio del sexo femenino. Por otro lado, se aprecia una diferencia clara tanto funcional como pronóstica entre los pacientes que fallecen durante el ingreso como aquellos que sobreviven.

PO 182. ¿REALIZAMOS LAS ENFERMERAS ATENCIÓN AL DUELO?

Isidro García Salvador, Marisa de la Rica Escuin², Encarna Chisbert Alapont¹

¹Hospital Dr. Peset, Valencia, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Hospital Clínico Lozano Blesa. Zaragoza, Zaragoza, España

Introducción: Las competencias enfermeras contemplan la atención al duelo. Deben detectar las situaciones relacionadas con el afrontamiento y adaptación, una correcta atención del paciente y su familia en el proceso final, además de un seguimiento y apoyo posterior, puede facilitar la adaptación a la pérdida del ser querido. Además, identificar situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención, ya que la intervención enfermera contribuye, a la detención precoz de duelos complicados. Se estima que entre el 8-10 % pueden desarrollar duelo patológico.

Objetivo: Describir la atención enfermera al duelo. Analizar los motivos de no atención.

Metodología: Estudio cuantitativo, descriptivo no probabilístico. Se realizaron encuesta on-line a través del formulario google docs, se accedía mediante un link genérico. Instrumento previamente validado. Del 28 de noviembre al 31 de enero del 2018. Variables: sociodemográficos, lugar de trabajo, si realizan visitas de duelo y tienen formación, motivos por los que no realizan visitas. Análisis descriptivo e inferencial de los datos a través de SPSS17. Como criterio de incluso enfermeras españolas cuyo ámbito de trabajo incluya domicilios.

Resultados: 316 encuestas, 149 cumplen criterios inclusión. Media de edad 46,96 años, 24 años de experiencia profesional y 8 experiencia en paliativos. Mayoritariamente diplomados 76,5 %. 54,4 % pertenecen a primaria, 28,2 % pertenecen a recursos específico de cuidados paliativos. 12,1 % sin formación en paliativos, sin formación específica duelo 35,6 %. No hacen visitas 20,8 %, ocasionalmente 51 %, habitualmente 28,2 %. Hacen visitas de duelo 23,5 % tienen formación en duelo. No realizan visita no tienen formación específica un 40,9 %, Chi cuadrado 0,003. Motivos por los que no hacen visitas: presión asistencial 24,8 %, falta de protocolo 10,7 % no identifica como competencia 2,7 %. 6,7 % necesidad de formación.

Conclusiones: Las enfermeras encuestadas mayoritariamente tienen formación en duelo, pero solo 1 de cada 4 lo

hace de forma habitual. La formación en duelo es un condicionante para realizar visitas. La principal causa, por la cual las enfermeras no hacen visita de duelo, es la presión asistencial.

PO 183. ¿QUÉ MEJORAS PODEMOS ENCONTRAR AL TRANSFUNDIR HEMODERIVADOS A UN GRUPO DE PACIENTES EN ESTADO TERMINAL?

Estela Hernández Bello

Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Introducción: Aproximadamente, un 5-18 % de los/las pacientes terminales reciben transfusiones, no teniendo los mismos criterios para transfundir que la población general, primando la sintomatología y las cifras de hemoglobina y hematocrito. Es fundamental el consenso paciente-familia-sanitarios para evitar plantear si se debería ofrecer un recurso limitado a pacientes sin probabilidad de supervivencia o existen alternativas.

Objetivos: Conocer las características de transfusión de un grupo heterogéneo de pacientes terminales.

Metodología: Estudio descriptivo transversal con pacientes mayores de 18 años ingresados/as en un hospital de Zaragoza durante 2017, que fallecieron por enfermedad crónica terminal, y recibieron transfusión de hemoderivados durante el último ingreso, excluyéndose pacientes ingresados/as en urgencias, obstetricia y unidad de cuidados intensivos. Se obtuvieron los datos de historias clínicas, y el programa Gacela Care.

Resultados: 140 pacientes, 76 (54,3 %) hombres y 64 (45,7 %) mujeres, con una edad media de 78,51 años. El 31,4 % oncológicos/as, el 15 % hematológicos/as, y el 53,5 % generales. Los síntomas más frecuentes fueron: disnea (47,9 %), dolor (36,4 %) y fatiga (31,4 %). La supervivencia media desde la última transfusión hasta el éxitus fue 20,53 días. Se transfundieron 474 concentrados de hematíes; 168 bolsas de plaquetas; y 5 de plasma fresco. 2 pacientes refieren mejoría tras la transfusión respecto al cansancio, y 1 respecto a la disnea. La hemoglobina media pre-transfusión fue 8,1 g/dl; y postransfusión 9,7 g/dl. El hematocrito medio pretransfusión fue 24,33 %, y el post 28,6%. La cifra media de leucocitos fue 10,95x10⁹/L pre-transfusión y de 12,44x10⁹/L postransfusión. El nivel medio de plaquetas fue 156,45 ml/mm³ pretransfusión y 152,84 ml/mm³ postransfusión. Se encontró relación entre tener 81-90 años (p 0,017), ser considerado LET (p 0,059) y No-RCP (p 0,031) con el tipo de componente sanguíneo transfundido. Se obtuvo relación entre la patología y el hemoderivado (p 0), destacando la transfusión de hematíes a los/las pacientes con insuficiencia cardíaca (12,9 %). Medicina interna estuvo a la cabeza de las transfusiones de hematíes (35 %; p 0). En hematología, neurocirugía y oncología transfundieron plaquetas en un 0,7 %. La combinación de hematíes y plaquetas se transfundió más en hematología (10 %); y la de hematíes y plasma, en digestivo y traumatología (0,7 %). Se encontró relación entre la fiebre (p 0,001), la debilidad y cansancio (p 0,001) y la ortopnea (p 0,002) para transfundir.

Conclusiones: La analítica prepost transfusión mejora excepto en las plaquetas. Existe poco registro de mejoría de signos y síntomas que indiquen una mejor calidad de vida tras la terapia, siendo también escasa la supervivencia.

PO 184. MALNUTRICIÓN EN PACIENTES DOMICILIARIOS NO ONCOLÓGICOS CON ENFERMEDAD AVANZADA O AL FINAL DE LA VIDA

Nieves Moreno Lizanda, Manel Esteban Pérez, Trini Martínez Serrano, Gisela Castells Trilla, Laura Royo Ramírez

Pades, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

Introducción: La malnutrición proteico-calórica (MPC) se asocia frecuentemente a las enfermedades crónicas y especialmente a las fases avanzadas de las mismas.

Objetivo: Conocer el impacto de MPC en pacientes no oncológicos domiciliarios con enfermedad avanzada (EA) o al final de la vida (FV) y los probables factores asociados.

Metodología: Estudio: descriptivo retrospectivo. Datos: Historias clínicas de 2018. Variables: sexo, edad, tipología clínica de los pacientes y fase evolutiva de enfermedad. Método diagnóstico (test, antropometría, bioquímica, exploración), existencia de detección previa de riesgo o MPC establecida y plan nutricional propuesto.

Resultados: De un total de 448, resultan 243 pacientes no oncológicos: 95 (39 %) geriátricos pluripatológicos, 85 (35 %) con insuficiencia orgánica avanzada y 63 (26 %) con enfermedad neurodegenerativa. El 51 %, hombres con edad media de 86 años. Presentan MPC moderada o grave 117 (48, 1 %) casos (Escala de Lipschitz > 6 y albúmina <3 g/dl o adelgazamiento ≥ 5 % /mes). En 68 casos (úlceras 22 casos, disfagia 22, gastrostomía 9, sonda nasogástrica 1, ostomía 14) existe plan y seguimiento nutricional adaptado y en el 41,8 % (49/117) no existe plan nutricional previo. En 57 (48 %) casos con MPC se diagnostica anorexia por candidiasis orofaríngea (antibioticoterapia 45 %, corticoterapia 32 % y mixta 23 %), solamente detectada en 25 casos y formalmente tratada en 18.

Conclusiones:

- La prevalencia de MPC es alta y semejante a la hospitalaria en pacientes con enfermedad avanzada o en final de vida, seguramente asociada a cronicidad y complejidad.
- La MPC está gravemente infradiagnosticada e infratratada en estos pacientes. Resultaría imprescindible implementar protocolos de detección precoz sistematizados.
- La candidiasis orofaríngea es una yatrogenia frecuente, también infradetecteda e infratratada, lo que agrava la MPC (anorexia, disgeusia, disfagia, náusea).

PO 185. RESIDENCIA Y HOSPITAL: COMPARATIVA DEL GRADO DE SATISFACCIÓN EN EL VOLUNTARIADO

Isabel M.^a Hernández Muriel¹, José Manuel Marín Alba¹, Beatriz Cano Fuentes¹, Concepción Capilla Díaz²

¹Asociación Española contra el Cáncer, Ceuta, España.

²Universidad de Granada, Ceuta, España

Introducción: Con el fin de detectar posibles áreas de mejora e identificar las claves para hacerlo el voluntariado más accesible e interesante, es importante analizar la satisfacción de la actividad realizada por el voluntario. Asimismo, este análisis es significativo para mejorar la coordinación con las organizaciones colaboradoras que contribuyen con

la puesta en marcha y mantenimiento de las acciones y consoliden el voluntariado en las instituciones.

Objetivo: Visualizar el grado de satisfacción del voluntariado y su relación con el lugar donde desempeña sus funciones; es decir se comparan los resultados obtenidos entre el voluntariado destinado en el Hospital Universitario de Ceuta y el voluntariado destinado en la Residencia de mayores de la Fundación Gerón.

Metodología: Estudio descriptivo y comparativo de la satisfacción de dos grupos de voluntarios y voluntarias, que llevan su labor, un grupo en el Hospital Universitario de Ceuta con pacientes y familiares derivados de los equipos de atención psicosocial de la AECC, mientras que el otro grupo realiza su actividad en la Residencia de mayores de la Fundación Gerón con pacientes crónicos, avanzados. La herramienta utilizada es un cuestionario elaborado por la AECC, con preguntas abiertas y preguntas de respuesta tipo Likert, donde 1 es poco o nada y 5 o 10 mucho. Se recogen datos demográficos, organizativos y satisfacción, mejora y efecto personal de la acción voluntaria.

Resultados: El resultado más característico son las horas de dedicación a la actividad voluntaria, siendo casi el doble en el hospital (4,25 en Hospitales, 2 en la residencia). Respecto al ítem: “¿qué te aporta la actividad voluntaria?”, ambos grupos inciden en la posibilidad de ser solidario y el desarrollo personal que el voluntariado les aporta. El lugar donde se realiza la actividad también obtiene puntuaciones muy elevadas respecto a la recomendación a otras personas sobre la actividad voluntaria que desarrollan, siendo de un 10 para Hospital y 9,37 para Residencia. En cuanto a la satisfacción, ambos grupos puntúan por encima de 8 la valoración de la misma. Sin embargo, el grupo de Hospital destaca por encima con un 9,75 comparándolo con el 8,37 del grupo de Residencia.

Conclusiones: El lugar no es determinante en cuanto a la satisfacción y recomendación de la acción voluntaria, mientras que sí influyen las horas de dedicación en la actividad con respecto a las variables estudiadas, dedicando más tiempo de voluntariado en el Hospital.

PO 186. EL ATENDIMIENTO TELEFÓNICO COMO SUPORTE AL PACIENTE Y SU FAMILIA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UN AÑO

Julie Cação, Mónica Menezes da Silva, Patrícia Agnes, Paula Paramés

Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos, Hospital Garcia D’Orta, EPE, Almada, Portugal

Introducción: El Equipa Intra Hospitalar de Suporte en Cuidados Paliativos (EIHSCP) del Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO) actúa en contexto de internamiento y en consultas ambulatorias. En la primera aproximación se entrega la “Guía de bienvenida” y la tarjeta con los contactos del equipo. El atendimento telefónico tiene como objetivo el contacto rápido y facilitador en el proceso de seguimiento de la persona enferma y su familia. Este servicio funciona hace 5 años, en días laborales entre las 8:00 y 16:00. El servicio telefónico está asegurado por los elementos del equipo de forma rotativa. El recurso fue puesto a disposición por la institución con la cesión de un teléfono móvil. El servicio está registrado en un documento creado para el propósito,

donde se registra el nombre, número de proceso, número de teléfono, nombre de la persona que hace el contacto y la razón del mismo.

Objetivos: Identificar e clasificar los motivos y el género sexual de los utilizadores que recorren a la línea telefónica da EIHSCP.

Metodología: Análisis retrospectivo de los datos recogidos del servicio telefónico del septiembre de 2017 al agosto de 2018 con base en la lectura de los registros telefónicos.

Resultados: De las 376 llamadas analizadas, la mayoría fueron hechas por mujeres y las razones más frecuentes fueron los síntomas/cambios de estado.

Conclusiones: La línea telefónica EIHSCP constituye un valor añadido en el apoyo prestado al paciente paliativo y a su familia, así como a los profesionales con los que se articula el EIHSCP. A partir del análisis realizado, se considera que la línea telefónica puede ser preventiva de los recursos inadecuados para el servicio de urgencia, evitando viajes al hospital y reduciendo los niveles de ansiedad y estrés que la enfermedad y todos los demás factores relacionados implican. Con este recurso aseguramos la continuidad de la atención, aumentando la proximidad, la presencia y fortaleciendo la relación entre equipo, paciente y familia.

PO 187. DESARROLLO DE UN DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA FAMILIARES DE PERSONAS EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS

Ángel López Triguero¹, Luisa Andaluz Corujo², Rocío Basanta Matos³, Sabela Maceda García⁴, José Álvaro Fernández Rial³, María del Carmen Maceira Rozas⁵

¹Hospital Do Salnés, Vilagarcía De Arousa, España.

²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ⁴Cruz Roja-EAPS/CHUAC, A Coruña, España.

⁵Avalia-T, Axencia de Coñecemento en Saúde, SERGAS, Santiago de Compostela, España

Introducción: La comunicación entre los pacientes, las familias y los profesionales es fundamental en la atención al final de la vida, especialmente en los últimos días. Las guías con información para pacientes y familiares pueden servirles de apoyo y favorecer el intercambio de información entre las familias y los profesionales.

Objetivos: Desarrollar un documento de información dirigido a familiares de personas en situación de últimos días que pueda favorecer el cuidado y la toma de decisiones compartida, y ayudar a las familias a afrontar la pérdida de un ser querido.

Metodología: Este documento se realizó como parte de la Guía de Práctica Clínica de Situación de Últimos Días, del Programa de guías del Sistema Nacional de Salud, siguiendo las recomendaciones metodológicas para la elaboración de este tipo de materiales.

Resultados: El grupo de trabajo trasladó las principales evidencias en relación col manejo clínico y toma de decisiones al documento y se tuvieron en cuenta otros trabajos existentes a nivel nacional e internacional, así como las principales cuestiones que suelen plantearse las familias en esta situación. Se incluyó información sobre los siguientes dominios: el reconocimiento de la situación de últimos días,

las recomendaciones prácticas enfocadas a la mejora del confort y del bienestar, los aspectos más relevantes relacionados con el manejo de síntomas y la toma de decisiones sobre tratamientos, la sedación paliativa, el momento de la muerte y el proceso de duelo. También se incluyeron información sobre otros documentos de apoyo y aspectos prácticos a tener en cuenta.

Conclusiones: Acompañar la información e instrucciones aportadas verbalmente por los profesionales con una guía escrita sobre recomendaciones y aspectos a tener en cuenta en relación con el cuidado puede ayudar a mejorar la seguridad de los cuidadores y familiares a la hora de acompañar a un ser querido que afronta los últimos días de su vida, así como facilitar la toma de decisiones compartida. Esto, a su vez, podría mejorar a la larga el proceso de duelo.

PO 188. IMPACTO EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE UNA UNIDAD DE DÍA PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD AVANZADA

Carmen Maldonado Moreno, M. José Villaseñor Muñoz
Hospital Centro de Cuidados Laguna, Madrid, España

Introducción: Cuando a una persona es diagnosticada de una enfermedad terminal, frecuentemente son los familiares los que se ocupan de los cuidados, lo que genera una sobreimplicación que conlleva carga física y emocional. La estancia de los pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos, en ocasiones se prolonga debido a la estabilidad de los síntomas. Los familiares inicialmente se ocupan del cuidado de los pacientes de manera integral y, posteriormente, tienen que retomar sus ocupaciones laborales y familiares. Este proyecto surge del equipo de Terapia del Hospital Centro Cuidados Laguna con el fin de fomentar actividades terapéuticas y recreativas centradas en la creatividad y el cuidado social. Por ello, nos planteamos valorar el nivel de satisfacción del cuidador principal en relación con la participación del paciente en esta Unidad, con el fin de reducir la sobrecarga y facilitar su autocuidado.

Objetivos: Evaluar los beneficios que reporta en el cuidador principal la asistencia del paciente a la Unidad de Día.

Metodología: Análisis de datos recogidos en una muestra de 12 cuidadores de pacientes atendidos en el Hospital de Cuidados Paliativos Laguna en Madrid, durante un periodo de 6 meses (enero-junio 2019). Los criterios de inclusión fueron: a) paciente con enfermedad crónica avanzada en situación paliativa estable; b) PPS (Escala palliative performance status) 40 o más; c) conocedor de diagnóstico; d) sin deterioro cognitivo

Resultados: Para realizar este estudio, hemos incluido el siguiente cuestionario en el que se reflejan las respuestas obtenidas de los 12 cuidadores que han participado. 1. ¿Cuánto tiempo lleva su familiar acudiendo a la Unidad de Día? Media de tres semanas. 2. ¿Cuál cree usted que son los beneficios que aporta la Unidad de Día? Rehabilitación funcional (5); Relacionarse con otras personas (10); Distracción (9); Desarrollar nuevas habilidades (2). 3. ¿Piensa que, a usted, como cuidador/a, le reporta algún beneficio? Sí/ No (10). 4. ¿Podría enumerar alguno? Tiempo respiro (10); Facilitar autocuidado (7); Realización de gestiones (9); Percepción bienestar del familiar (9).

Conclusiones: Diversos estudios han demostrado que la sobrecarga de los cuidadores aumenta proporcionalmente con el nivel de dependencia de los pacientes. Este trabajo nos permite introducir la repercusión de los beneficios en los cuidadores principales de pacientes con enfermedad avanzada, permitiéndonos tener un mapa de la población atendida que nos orienta a intervenciones más eficaces y eficientes en el contexto de cuidados paliativos hospitalarios.

PO 189. CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y COMPLEJIDAD PSICOEMOCIONAL

Gema Sierra Triviño¹, Mónica Monedo Navazo², Antía Fariñas Amado², Lorena Grande Pizarro¹, Lydia Polo García¹, Silvia Santiago Sacristán¹, Olga Pérez Zarco¹

¹Hospital San Rafael, Madrid, España. ²ESADP Sureste, Madrid, España

Introducción: La atención a la complejidad psicoemocional requiere de planes de intervención específicos que deben implementarse y mantenerse en los diferentes Recursos de CP. En el proceso de toma de decisiones de final de vida, preferencia del paciente y/o familia (lugar de cuidados vs. lugar de fallecimiento) y características del cuidador determinan el lugar del fallecimiento. El cambio de ubicación del paciente obstaculiza su atención psicológica, pues obliga a reevaluar y planificar *ex novo* la intervención en momentos de crisis.

Objetivos: a) Revisar la casuística de pacientes ingresados en una UCP en situación de final de vida. - Verificar el impacto de la coordinación de Psicólogos de diferentes niveles asistenciales en los Planes de Intervención de pacientes seguidos en domicilio durante el proceso de cuidados e ingresados en una UCP para fallecimiento. b) Analizar el Procedimiento de Coordinación y Continuidad realizado por psicólogos.

Metodología: Revisamos la casuística de pacientes de alta complejidad psicoemocional que, estando en seguimiento por un profesional específico de atención psicológica en domicilio, ingresaron en UCP en situación de final de vida. A través del análisis cuantitativo, el examen cualitativo de casos tipo y la revisión del procedimiento de coordinación; analizamos los beneficios de trabajar la continuidad asistencial, la información mínima necesaria en la derivación y el plan de actuación, imprescindibles para garantizar la consecución de los objetivos terapéuticos.

Resultados: En 6 meses se produjeron 197 ingresos en UCP. El 43,14 % en situación de final de vida, no siendo posible la intervención psicológica en 20 % por estancia inferior 3 días. Analizamos 68 casos susceptibles de intervención, en 5 se realizó continuidad asistencial ESADP/UCP. En los 5 se completaron los objetivos de Intervención programados pese a la situación clínica del paciente y duración del ingreso (Caso A y Caso B). A partir de esta revisión cualitativa analizamos el procedimiento de coordinación ESADP/UCP.

Conclusiones:

- La continuidad de gestión y de información parecen más relevantes que la de relación en la percepción del usuario de control y eficacia y permite a los profesionales realizar planes de tratamiento específicos. La

coordinación permitió mantener y cumplir objetivos de intervención.

- Vínculo y adherencia terapéutica, resultan de gran relevancia en la intervención psicoemocional, yendo íntimamente unidos a la percepción del paciente de continuidad asistencial.
- El aumento de profesionales de la psicología en los recursos específicos de CP facilitará la continuidad asistencial en la complejidad psicoemocional.

PO 190. PACIENTES CON PATOLOGÍA NEURODEGENERATIVA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Carmen Gómez del Valle, Elena Díaz de Mera Sánchez, Pilar Moya Martínez, Raquel Rodríguez Quintana, Pablo Maradey, Aleix Puiggalí i Morató
Hospital Sant Joan de Déu, Palma de Mallorca, España

Introducción: Uno de los retos más importantes en la última década es extender la atención paliativa integral a los pacientes con patologías no oncológicas. La demencia y otras enfermedades neurodegenerativas son frecuentes entre los pacientes que se pueden beneficiar de una atención paliativa integral. La complejidad multidimensional es el mejor criterio para valorar la necesidad de un recurso específico de cuidados paliativos.

Objetivos: Describir las características de los pacientes con patología neurodegenerativa que ingresan en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se recogen pacientes ingresados en la UCP con diagnóstico principal de patología neurodegenerativa durante un año (2018). Incluimos diagnósticos de demencia (D), enfermedades priónicas (EPr), enfermedad de motoneurona (EMN), enfermedad de Huntington (EH), esclerosis múltiple (EM), atrofia muscular espinal (AME), ataxia espinocerebelosa (AEC) y otras (O). Datos obtenidos tras revisión de historia clínica informatizada.

Resultados: 15 pacientes (14,6 % del total de los ingresos, 45,5 % del total de pacientes no-oncológicos ingresados). Edad media: 65 años (rango 25-95). Sexo: 53,3 % (8) hombres, 46,6 % (6) mujeres. Patología: 53,3 % (8) D, 20 % (3) EMN, 6,6 % (1) EPr, 6,6 % (1) EM, 6,6 % (1) EH, 6,6 % (1) O. NECPAL +: 100 %. IDC-Pal: 46,6 % (7) AC, 46,6 % (7) C, 6,6 % NC (1). 100 % de pacientes con patologías distintas a la demencia tenían alta complejidad. 46,6 % (7) identificados previamente como Paciente Crónico Avanzado (PCA), 6,6 % (1) identificado previamente como Paciente Crónico Complejo (PCC); 33,3 % (5) en seguimiento previo por ESAD.

Complejidad de cuidados: 33,3 % (5) alimentación por sonda gastrostomía, 6,6 % (1) traqueostomía, 26,6 % (4) úlceras decúbito. Dependencia funcional: 80 % (12) total; 13,3 % (2) grave; 6,6 % (1) moderada. Malestar emocional (DME): 20 % (3) moderado-severo; 80 % (12) no valorable. Familiares atendidos: 31. Evolución: 53,3 % (8) éxitus, 46,6 % (7) altas; de ellos, 4 (26,6 %) se derivan a ESAD, todos con alta complejidad. Institucionalización: 26,6 % (4).

Conclusiones:

- La patología neurodegenerativa avanzada conlleva una grave dependencia funcional, con frecuente necesidad

de cuidados complejos, aunque la mayoría de nuestros pacientes volvieron a domicilio al alta.

- La demencia es la patología neurodegenerativa más frecuente en nuestra UCP.
- La identificación precoz de pacientes con enfermedad avanzada y la complejidad como criterio de ingreso en la UCP son objetivos a mejorar en nuestro entorno.
- Observamos menor complejidad en los pacientes afectados de demencia, respecto a los que padecen otro tipo de patología neurodegenerativa. Estos últimos muestran además un malestar emocional moderado-severo (no valorable en los pacientes con demencia avanzada). Sería interesante un nuevo estudio en el futuro ampliando la muestra para valorar si estas diferencias son estadísticamente significativas.

PO 191. DESENLACE DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN NUESTRA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Daniel Ramírez Yesa, Cristina Belén Martín Rojo, Raquel Tinoco Gardón, Belén Domínguez Fuentes
Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: Desde abril de 2019 disponemos en el hospital de Puerto Real de una unidad específica de Cuidados paliativos que gestiona los pacientes que precisan ingreso hospitalario y se encuentran dentro del programa de soporte domiciliario de nuestro equipo.

Objetivos: Nuestro objetivo era comprobar el desenlace o el resultado de los pacientes que han ingresado en estos tres primeros meses de funcionamiento de planta de hospitalización específica.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de los pacientes incluidos en el programa de seguimiento domiciliario del ESCP del Área Sanitaria del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz). Dentro de estos los pacientes que habían sido hospitalizados en los tres primeros meses de funcionamiento de la unidad hospitalario (abril de 2019-junio de 2019). Se recogió el tratamiento habían precisado, el resultado del ingreso y en caso de fallecimiento si habían precisado sedación.

Resultados: De los pacientes incluidos en el programa de ESCP de nuestro hospital en el periodo abril de 2019 a junio de 2019 ingresaron en nuestra unidad 57 pacientes, todos ellos con enfermedad oncológica incurable.

Con una mediana de 7 días de ingreso hospitalario. Dentro de estos pacientes se dieron 39 altas hospitalarias, 1 de ellos se derivó a seguimiento por atención primaria, 38 volvieron a programa de equipo de soporte domiciliario. Durante estos 3 meses no se registraron traslados a otros centros. En este tiempo hubo 18 pacientes fallecidos (31,6 % de los pacientes ingresados), de los cuales todos precisaron sedación. Todos estos pacientes fallecidos estaban en tratamiento con opioides previamente.

Conclusión: La experiencia en estos primeros meses de funcionamiento de la unidad de cuidados paliativos hospitalaria ha sido muy favorable. La mayoría de los pacientes ingresados, no fallecen durante el mismo, y continúan seguimiento domiciliario posterior por nuestro equipo de

soporte. Todos aquellos pacientes que fallecen han precisado sedación paliativa para el control de síntomas.

PO 192. ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN AL DUELO, CARACTERÍSTICAS DE LOS DOLIENTES

Paloma Encinas Martínez¹, José Miguel Jiménez Navarro², María Reyes Alcaide³

¹Hospital de Zafra, Equipo de soporte de cuidados paliativo, Zafra, España. ²Hospital de Badajoz, Equipo de soporte de cuidados paliativos, Badajoz, España. ³Hospital de Navalmoral, Equipo de soporte de cuidados paliativos, Navalmoral, España

Introducción: La vivencia de la enfermedad en situación de terminalidad es un factor estresante en el ámbito familiar y personal. Las experiencias vividas durante la enfermedad y tras la muerte señalan indicadores de riesgo y protección que pueden ser tenidos en cuenta para facilitar la resolución del duelo. Prestar atención al duelo a los familiares que lo precisen es esencial, según indica el Subcomité Europeo de Cuidados Paliativos de la CEE.

Objetivos:

- Analizar y describir las características de los dolientes.
- Comparar diferencias en relación con la atención previa al fallecimiento.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo y retrospectivo de 12 meses de duración. Analizamos datos de tres áreas de Extremadura, obteniéndose una muestra de 86 personas en duelo atendidas por los profesionales de la psicología de los Equipos Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP). Se registran las siguientes variables; variables sociodemográficas (sexo, edad, estado, civil y parentesco), variables asistenciales del duelo (atención previa, derivación, días tras fallecimiento, factores de riesgo y protección e intervenciones realizadas).

Resultados: La muestra es de 86 dolientes, el 61,7 % son mujeres frente al 38,3 % de hombres, la edad promedio es de 49 años. En cuanto al estado civil, un 38,5 % viudas/os, solteros 24,1 %, casado/a 19,8 % y divorciado/a 17,6 %. La relación de parentesco es un 45,8 % cónyuge y un 31,5 % hijo/a, un 17,6 % padre/ madre y un 5,2 % otros. La solicitud de atención al duelo se da entre 31-90 días del fallecimiento en un 58,89 %, 15-30 días en un 20,58 % y 91-180 días en un 16,32 %. Las derivaciones para la atención al duelo provienen en un 64,1 % del ESCP, en un 27,48 % son solicitados por los dolientes y en un 8,42 % desde atención primaria. En cuanto a la atención previa, se realizó en un 66,6 % de los casos, y de estos en un 81,25 % se realizó atención psicológica de paciente y familiar. En un 12,5 % a la familia y 6,25 % al paciente. Teniendo en cuenta los factores de riesgo, se observa que un 84 % presentan factores de riesgos frente al 16 % que no presentan factores de riesgo. Intervenciones realizadas en duelo han sido atención en la consulta del hospital en un 89,9 %, intervención telefónica en duelo en un 5,94 % y en domicilio en un 4,16 %.

Conclusiones: Observamos que las personas que tuvieron atención previa al duelo necesitan menos intervenciones, ya que el trabajo realizado previo favorece la comunicación, la expresión emocional, la despedida y normaliza la vivencia del duelo.

PO 193. IDENTIFICAR EL CONOCIMIENTO ACERCA DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO Y HERRAMIENTAS PARA EVALUARLO EN PACIENTES PALIATIVOS

Francisco José Pascual Pla¹, Salvador Martín Utrilla¹, María José Hervás Lguna², Charo Boscá Mayans³, Antonio Mancheño Álvaro¹, Lola Sanfelix¹, Sonia Peñaranda¹, Gema Llopis¹, Isabel Fuertes¹, Amparo Gómez de la Rubia¹

¹Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España. ²Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España.

³Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

Objetivo: A partir de un estudio europeo realizado en 2016 y que tenía como uno de sus objetivos conocer cómo las enfermeras evalúan el dolor irruptivo oncológico (DIO), y donde se afirmaba que las herramientas de evaluación más utilizadas por las enfermeras fueron la escala visual analógica (EVA), la escala de clasificación numérica (ECN) y la Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) quisimos identificar el conocimiento que tienen las enfermeras de nuestro centro acerca del DIO y las herramientas que emplean para evaluarlo.

Metodología: Se realizó una encuesta a 31 enfermeras del IVO de las unidades de hospitalización, urgencias y reanimación con dos preguntas: 1. ¿Cómo evalúas el dolor irruptivo oncológico? 2. ¿conoces el algoritmo de Davies?

Resultados: Todas respondieron a las dos preguntas. Todas utilizaban la EVA, 14 ECN y 2 Davies. A posteriori se realizó un plan formativo en base a la guía del dolor oncológico irruptivo de la European Oncology Nursing Society (EONS) y una evaluación a las dos y cuatro semanas con mejoría de los conocimientos, mejor respuesta a las demandas de los pacientes sobre su dolor y menor consumo de analgésicos a demanda y más prescritos fijos.

Conclusiones: Se han generado expectativas realistas. Se ha valorado el impacto del dolor. Se han evaluado mejor los antecedentes del tratamiento del dolor y sus efectos secundarios y ha servido para establecer un plan de formación en DIO para las enfermeras de nuestro hospital. A posteriori se realizó un plan formativo en base a la guía del dolor oncológico irruptivo de la EONS y una evaluación a las dos y cuatro semanas con mejoría de los conocimientos, mejor respuesta a las demandas de los pacientes sobre su dolor y menor consumo de analgésicos a demanda y más prescritos fijos.

PO 194. ANÁLISIS DE LOS RECURSOS ASISTENCIALES PRECISADOS POR LOS PACIENTES PALIATIVOS FALLECIDOS EN NUESTRA ÁREA SANITARIA

María Isabel Trouillhet Manso, Victoria Lechuga Flores, Oliva Mera Gallardo, Alejandra Camacho Molina, Elvira Alarcón Manoja, Luis García Villanego

Hospital de San Carlos San Fernando, San Fernando, España

Objetivo: El objetivo es evaluar el perfil clínico, así como los recursos precisados por los pacientes paliativos fallecidos incluidos en el último año en cuidados paliativos en nuestra área. Ofreciendo hospitalización convencional, hospital de día médico y cuidados paliativos domiciliarios.

Metodología: Se realiza un análisis descriptivo de los pacientes incluidos en la UCP fallecidos de nuestra área en el último año.

Resultados: En el último año se incluyeron 47 pacientes en la UCP, fallecieron 28 % (13 pacientes). La edad media fue de 76,53 (56-93), 84,61 % eran varones, 2,15 % eran mujeres. La mayoría eran tumores sólidos, digestivos 46 %, pulmón 23 %, urológicos 13 %, piel 7,6 %. El tiempo medio incluido en la unidad de cuidados paliativos fue de 97,15 días (5-336 días). El seguimiento del paciente por el médico de familia 46,14 % pacientes y la unidad de paliativos de soporte fue en el 23,07 %. Precisaron acudir a urgencias 92,30 %, con una media de asistencias 4,91 veces (2-12). Situación de últimos días fue 84 % (11 pacientes) se les ofreció sedación tras el consentimiento del paciente o la familia. El registro de voluntades anticipadas estaba presente solo en uno de los casos La vía subcutánea se utilizó solamente en el 23,08 %. Fallecieron en el hospital el 76 % de los pacientes y el 24 % de los pacientes en su domicilio. El tiempo de seguimiento hasta el fallecimiento fue de 1,15 días.

Conclusiones: La calidad asistencial de la atención de los pacientes incluidos en UCP precisa de la colaboración estrecha de la atención primaria con los equipos de soporte domiciliarios. El paciente oncológico es situación de últimos días es un paciente complejo en cuanto al control de síntomas y la situación socio familiar que le rodea. Nuestros pacientes precisaron muchas asistencias a urgencias (92,30 %), porcentaje más alto que en otras series publicadas. La mayoría de nuestros pacientes fallecieron en el hospital. Todos estos datos nos indican para optimizar la calidad asistencial de los pacientes oncológicos en los últimos días se deben implementar estrategias de formación y sensibilización de los equipos sanitarios que atienden a estos pacientes.

PO 195. 22 AÑOS DE COORDINACIÓN: UNIDAD FUNCIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE HOSPITAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Juan Romero Cotelo, Yolanda Romero Rodríguez, José Martín de Rosales Martínez, María de los Ángeles Martín Sánchez, Fátima López Tapia, María Dolores Cátedra Herreros

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

Introducción: La atención del enfermo paliativo ha sido dirigida por los distintos Planes de Cuidados paliativos hacia el cuidado por profesionales formados en Medicina Paliativa, Equipos de Soporte Domiciliario (ESCP), que son requeridos por los médicos de familia, MF. Esta situación ha podido ser controvertida porque MF, formados, motivados y guiados por su obligación de atender a estos pacientes pueden sentirse desplazados. Esta Unidad Funcional de Cuidados Paliativos, (UFCP) ha funcionado durante más de 22 años, sin ESCP, coordinando y ofreciendo los recursos existentes a los MF en la atención domiciliaria. La UFCP ofrece los siguientes recursos: 1.º Consulta externa: 1 médico y 1 enfermera (Paciente/familia: entrega Historia Clínica Portátil incluye informe de alta/revisiones posteriores/informe de alta enfermería. Revisiones cada 20 días, contacto telefónico bidireccional, atención urgente y a demanda. Otros: facilitación de prótesis, oxígeno domiciliario, receta directa de alimentación complementaria; 2.º Área de Hospitalización: 10 camas (habitaciones individuales) responsable Medicina Interna; 3.º Guardia Localizada, 24 horas de atención contribuyen a la

continuidad asistencial. A disposición de Atención Primaria, Dispositivos Urgencias y Hospital. Atendida por el médico de la UFCP, 1 anestesiista, 1 médico internista y 1 oncólogo. 4.º Atención Psicológica y Social, Equipo Obra Social de la Caixa (2 psicólogos y 1 trabajador social).

Objetivos: Se describen los Resultados y actuaciones que se realizan desde enero de 1997 hasta mayo de 2019, 22 años y 4 meses, por la UFCP. Atiende hospital de referencia y 4 Distritos Sanitarios. La coordinación está realizada desde el medio hospitalario por un médico especialista en medicina familiar y comunitaria, con formación en medicina paliativa.

Metodología: Estudio retrospectivo de la atención prestada, registros de historia clínicas de base de datos propia de la Unidad y de Diraya (Hospital). Análisis de los principales indicadores.

Resultados: Se describen las diferentes actuaciones realizadas. Pacientes atendidos: 6696. Prevalencia mensual de pacientes: 245. Revisiones: 32,903. Llamadas telefónicas: 28084. Llamadas realizadas Guardia Localizada: más de 40,500. Pacientes fallecidos: domicilio: 60 %, Hospital: camas de la UFCP: 26 %, otros Servicios: 14 %; sedación domicilio: 22 %.

Conclusiones: Se demuestra la importancia de la coordinación y la utilización de los recursos, entre AP-Atención Especializada, el apoyo desde el Hospital por personal especializado, así como la capacidad resolutoria de los MF. Sin embargo, a pesar del creciente conocimiento y capacidad que actualmente tienen los MF, existen situaciones de complejidad que precisan la asistencia directa de profesionales especializados en el domicilio. Esta UFCP le ha faltado completar con un ESCP.

PO 196. PERFIL DEL PACIENTE PALIATIVO DE NUESTRA ÁREA QUE INGRESA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

Victoria Lechuga Flores, Luis García Villanego, Alejandra Camacho Molina, Elvira Alarcón Manoja, Isabel Trouillhet Manso, Oliva Mera Gallardo
Hospital de San Carlos del SAS, San Fernando, España

Objetivo: Identificar el perfil del paciente paliativo que requiere ingreso en un Servicio de Medicina Interna.

Metodología: Se analizó a través de las historias clínicas las distintas variables y se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los pacientes incluidos en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de nuestra área que precisaron ingreso en un Servicio de Medicina Interna, desde enero de 2018 a mayo de 2019.

Resultados: De un total de 47 pacientes paliativos incluidos en UCP, 24 requirieron ingreso. Edad media 73 años (9 mujeres y 15 hombres). El 100 % eran pacientes oncológicos, siendo la neoplasia más frecuente el Ca. de colon, la neoplasia más frecuente en hombres fue el Ca. de colon y en la mujer el Ca. de mama.

Previo a su ingreso, recibieron visita domiciliaria 8 pacientes, 9 fueron valorados en Hospital de Día Médico Polivalente y otro más recibió contacto telefónico. Tienen al menos una asistencia en urgencias: 22 pacientes. La media de fármacos en su tratamiento fue 8, 15 pacientes tenían mórnicos y 6 pacientes neurolépticos. La mayoría de los pacientes

eran Altamente Complejos según IDC-PAL (21 pacientes), I. Charlson medio de 10 y PPI > 4. Fueron 17 pacientes los que ingresaron en una sola ocasión y el máximo de ingresos lo tuvo un paciente con 7. El motivo principal del ingreso fue: dolor mal controlado (8 pacientes), sangrado (4 pacientes), proceso infeccioso (4 pacientes), disnea (2 pacientes), vómitos (2 pacientes), situación de últimos días (2 pacientes), otros (2 pacientes). La duración media de los ingresos fue de 9,5 días, siendo 2 días la duración más frecuente y 25 días la duración máxima. La vía subcutánea se utilizó en solo 2 pacientes; ninguno tenía registro de voluntades anticipadas. El síntoma refractario más frecuente fue: dolor (8 pacientes), disnea (3 pacientes), delirium (2 pacientes), náuseas y vómitos (1 paciente). Fallecieron y precisaron durante su ingreso sedación paliativa: 10 pacientes, estando todos ellos descritos como en situación de últimos días.

Conclusiones: El paciente paliativo suele tener una dependencia elevada, altamente complejo y con alta mortalidad a corto plazo, esto unido al mal control de síntomas hace que sea frecuente el ingreso de este tipo de pacientes, tal y como se refleja en nuestro estudio. Una atención integral del paciente paliativo y su familia es necesaria para evitar parte de estos ingresos e incluso favorecer la asistencia en situación de últimos días en domicilio.

PO 197. ABORDAJE PALIATIVO EN CUIDADOS INTENSIVOS: ¿INFLUYE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS?

Tamara Raquel Velasco Sanz¹, Ana María Cabrejas Casero², Jesús Sánchez Martín³, Álvaro Ortega Guerrero⁴, Miriam del Barrio Linares⁵, Daniel Gómez Pérez⁶, José Manuel Velasco Bueno⁷, Fernando Lozano García¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Hospital Fuenlabrada, Fuenlabrada, España. ³Hospital General de la Palma, La Palma, España. ⁴Hospital Quirón Salud de Málaga, Málaga, España. ⁵Clínica Universitaria de Navarra, Navarra, España. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España. ⁷Hospital Virgen de la Victoria, Málaga, España

Introducción: Aunque actualmente más del 80% de los pacientes ingresados en cuidados intensivos sobreviven, también hay un alto porcentaje que fallece en dichas unidades, por lo que la capacitación de los profesionales sanitarios en el abordaje del proceso de muerte se hace indispensable para dar una atención de calidad.

Objetivos: Analizar si la formación en cuidados paliativos de los profesionales de intensivos influye en el abordaje paliativo de los pacientes e identificar el tipo de formación que tienen.

Metodología: Estudio observacional, transversal realizado durante los meses de diciembre 2018 y enero de 2019, a todos los profesionales (médicos, enfermeras, técnicos auxiliares de cuidados de enfermería) que trabajan en cuidados intensivos en España. Se diseñó un cuestionario ad hoc, cuya validación se realizó a través de una prueba delphi, y una prueba piloto. Para su distribución se empleó la plataforma web de la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). El análisis esta-

dístico de datos se realizó a través del programa estadístico SPSS ver 18.0.

Resultados: Se obtuvieron un total de 283 cuestionarios. Además de las variables sociodemográficas, destaca que el 80,9 % eran enfermeras, el 9,9 % médicos, el 3,2 % MIR y el 5,7 % TCAE. Con respecto a la formación en paliativos, el 49,3 % tuvo formación durante la carrera, el 28,7 % cursos de posgrado, el 2,5 % máster y el 19,5 % ninguna. El 57,1 % de los profesionales con formación máster, sabe cómo consultar si un paciente que está ingresado en UCI tiene documento de instrucciones previas, frente al 36,4% los que no tienen ninguna formación. $P = 0,05$. Al 12,7 % de los profesionales que no tienen formación le supone un conflicto ético la retirada de la ventilación mecánica, frente al 7,4 % de los que tienen formación posgrado. El 72,8 % profesionales con formación posgrado, señala que la familia participa en el proceso de LTSV, frente al 60 % de los profesionales sin formación. El 92,7 % de los profesionales con formación posgrado cree que los cuidados paliativos se pueden aplicar en UCI, frente al 89,1 % sin formación. Al 12,7 % de los profesionales sin formación, considera que la sedación paliativa es una forma de aplicar eutanasia, frente al 6,2 % con formación posgrado.

Conclusiones: la mayoría de los profesionales que trabajan en intensivos, han tenido formación en paliativos, especialmente durante la carrera. Los profesionales que tienen una formación de posgrado muestran mejores conocimientos, habilidades y actitudes en el abordaje paliativo, siendo clave que se incluya para todos los profesionales.

PO 198. COMUNICACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS: SATISFACCIÓN Y EFICACIA DE LA CONFERENCIA FAMILIAR PARA LOS PARTICIPANTES

Ana María Neves Rocha, Marília Dourado,
Manuel Luis Capelas

Instituto Português de Oncologia, Coimbra, Portugal

Introducción: La CF integra uno de los indicadores que confiere calidad a la prestación de CP asociando en su práctica, el carácter multidisciplinario de prestar apoyo, dar información, discutir la situación clínica y los objetivos de cuidados y delinear el plan terapéutico. Tiene en su base un proceso comunicacional y relacional de gestión de emociones y voluntades del paciente, familia y equipo de salud.

Objetivos: Evaluar la satisfacción de los actores, con la resolución de los objetivos trazados en la CF (eficacia de la CF). Evaluar la satisfacción general de los familiares de referencia, profesionales de salud (gestor de la CF) y enfermos, para con la CF y cuáles las variables que la influyen.

Se aplicó el cuestionario de "Evaluación de la Satisfacción con la CF" sometido a validación facial por expertos en CF y CP y la pre-test. Instrumento con $\text{Alpha de Cronbach} > 0,75$. Utilizó las pruebas de prueba Mann-Whitney (U) y de prueba Kruskal-Wallis (H).

Resultados: La CF como método de trabajo y de apoyo en la prestación de cuidados mostró ser eficaz, en cuanto a los objetivos, en todas las tipologías de CP; promueve gran satisfacción en el paciente, familia y profesionales de salud en cualquier tipología de CP; la satisfacción de los actores en la CF sufre la influencia de la estructura y proceso de la CF, de la tipología de cuidados de CP, de la categoría del pro-

fesional gestor de la CF, del local de la CF, del planeamiento de la CF y de la presencia del enfermo; el enfermero fue el principal gestor de la CF estando asociados con altos niveles de satisfacción, lo que le legitima potencial en la función de gestor de la CF; la CF en el domicilio promovió mayor satisfacción en los actores, en relación a la CF en el hospital.

Conclusión: Se recomienda la utilización de la CF como herramienta de calidad para el proceso comunicacional en CP, siendo ampliamente eficaz en la resolución de sus objetivos y muy satisfactoria para todos los participantes.

PO 199. BASES BIOQUÍMICAS DEL DOLOR NEUROPÁTICO Y SU TRATAMIENTO CON LIDOCAÍNA COMO COADYUVANTE DE OPIOIDES

Ruth Stefany Yanes Bengoa, Esmeralda Guadalupe Cardoza Martínez, José Antonio Caballero Servellón, Fátima Astrid Cárcamo Torres

Universidad Salvadoreña Alberto Masferrer, San Salvador, El Salvador

Introducción: El dolor es la causa más frecuente de consulta médica en el mundo. El dolor neuropático es causado por una lesión primaria o una disfunción del sistema nervioso central o periférico. Se considera de difícil manejo debido a la coexistencia de diferentes mecanismos fisiopatológicos, que puede generar confusión en la causa morfológica, neurofisiológica y bioquímica del dolor neuropático. Su tratamiento, basado en la escalera analgésica de la Organización Mundial para la Salud (OMS), abarca tanto opioides como coadyuvantes. Los anestésicos locales han sido exitosamente utilizados como coadyuvantes en el tratamiento del dolor neuropático. Este trabajo tiene como objetivo estudiar las bases bioquímicas del dolor neuropático y su alternativa terapéutica con lidocaína mediante una revisión bibliográfica.

Metodología: Revisión bibliográfica. Se consultó los sitios PubMed y Scielo, se utilizaron artículos originales y de revisión de no más de 12 años de publicación.

Desarrollo: El dolor neuropático es común en la práctica clínica ya que está presente en el 15 % de pacientes con dolor, sin embargo, se considera de difícil manejo, solo el 50 % presenta algún tipo de mejoría. Su cronicidad está relacionada a receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) localizados en el asta dorsal de la medula espinal, que se activan por medio de dos neurotransmisores, glutamato y glicina (co-agonista obligatorio). La lidocaína es un anestésico local de tipo amida, con propiedades analgésicas, que ha sido utilizado como coadyuvante de opioides para el tratamiento del dolor neuropático. Al metabolizarse en el hígado produce 3 metabolitos con una estructura similar a la glicina. Estos actúan como antagonistas de los receptores muscarínicos, y como inhibidor de glicina que aumenta la liberación de opioides endógenos y ATP, disminuyendo la producción de aminoácidos, neurocinina y tromboxano A2 excitatorio.

Conclusión: La lidocaína es un coadyuvante de opioides útil en el tratamiento del dolor neuropático, debido a la acción de sus metabolitos, que por su similitud al neurotransmisor glicina, actúa inhibiendo los transportadores de glicina a nivel de la hendidura sináptica, evitando el transporte de glicina hasta la membrana postsináptica y la activa-

ción de los receptores NMDA, debido a esto hay disminución de la despolarización de membrana y por ende disminución en la transmisión del impulso doloroso.

PO 200. EXPRESIÓN ARTÍSTICA DE UNA PÉRDIDA

Nuria García Martínez, Melda Muñoz Rodríguez, María del Pilar Vázquez Beltrán, María José Vicente García
Equipo de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos, Zamora, España

Objetivo: Presentar el trabajo psicoterapéutico realizado con la hermana melliza de una paciente adolescente con enfermedad crónica avanzada y pronóstico de vida limitado.

Método: Estudio de caso único. Paciente de 12 años. Múltiples diagnósticos: parálisis cerebral infantil, estatus epiléptico refractario en paciente con patología neurológica crónica, encefalopatía de origen no filiado, epilepsia farmacorresistente, retraso psicomotor. Dada la evolución de la enfermedad, se inicia seguimiento por el Equipo de Cuidados Paliativos Domiciliarios. Estructura familiar: padres divorciados y una hermana melliza. El padre duerme en el domicilio, pero apenas está, siendo la madre la cuidadora principal. Su hermana melliza, a pesar de su corta edad, participa de manera activa en los cuidados de la paciente (aseo, tomas... e incluso reanimaciones); presentando sentimientos de abandono y falta de atención, sintomatología ansiosa, hermetismo en su estilo de expresión y miedos.

Se inicia seguimiento individual con la hermana melliza de la paciente, con los objetivos específicos de facilitar una buena alianza terapéutica y trabajar los vínculos afectivos, diseñar conjuntamente vías alternativas de expresión emocional (dibujos), favorecer la adaptación a la situación (avance de la enfermedad de su hermana), crear un significado de la experiencia que está viviendo, facilitar la despedida y prevenir el duelo complicado.

Resultados: Evolución positiva de la expresión emocional a través de los dibujos. Disminución de la sintomatología ansiosa y miedos. Manejo adecuado de la pérdida, con mejora en el rendimiento académico.

Conclusiones: La familia adquiere una relevancia especial en la atención domiciliaria, por lo que es importante incluir a los distintos miembros implicados en dicha atención. Los adolescentes entienden perfectamente todos los elementos que constituyen la muerte: irreversible, definitiva y universal. Un acompañamiento empático y adaptado a los códigos de comunicación de cada persona facilita la expresión emocional, evitando la represión de las emociones dolorosas y favoreciendo un afrontamiento eficaz ante la situación que está viviendo, así como una adecuada elaboración de la pérdida.

PO 201. EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LOS GRUPOS DE APOYO AL DUELO

Roser Grau Ribera, Marta Juanola Angelats
EAPS Mutuam Girona, Girona, España

Introducción: Los grupos de duelo son un espacio de soporte emocional donde cada persona puede expresar sus sentimientos libremente. Compartir experiencias simila-

res reduce la sensación de aislamiento, normaliza y valida la vivencia. El Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) de Mutuam Girona realizamos grupos de apoyo al duelo para acompañar a familiares que han perdido un ser querido. Estos están dirigidos por una psicóloga. Tienen formato psicoeducativo de 5 sesiones, con una periodicidad semanal y dos horas de duración.

Objetivos: Valorar la satisfacción de los participantes en los grupos. Y evaluar el formato del grupo utilizado.

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo. Encuesta administrada al final de las 5 sesiones. El formato son 9 ítems escala likert donde se valoran aspectos relacionados con el terapeuta, la dinámica del grupo, la utilidad, los aspectos organizativos (espacio, horario) y una puntuación general. Una pregunta dicotómica y dos preguntas cualitativas abiertas. Se han calculado las puntuaciones medias de los ítems de la escala likert, la distribución de las respuestas a la pregunta dicotómica y una valoración cualitativa de las preguntas abiertas para describir las respuestas más frecuentes.

Resultados: Desde setiembre de 2015 hasta marzo de 2019 se han realizado 9 grupos y se han administrado 53 encuestas. La valoración media de la valoración general del grupo fue de 9,77; relación con los terapeutas 9,83; conocimiento de los terapeutas 9,77; actitud de los terapeutas 9,74; relación con los compañeros 9,68; utilidad de los temas trabajados 9,47; horario 9,4 y el espacio 9,25. Solo el 47 % de los participantes respondieron adecuadamente a la pregunta dicotómica: 19 lo valoran como corto y 6 suficiente. Referente a la primera pregunta abierta, un 44,4 % de los usuarios que contestaron hacen referencia a la duración corta del curso. Sobre la segunda pregunta cualitativa, un 75,47 % recalca sobre todo aspectos relacionados con poder compartir emociones y aliviar el sentimiento de soledad.

Conclusiones: Los grupos han sido valorados muy positivamente por sus participantes. El grupo ofrece herramientas y experiencias que los participantes valoran como provechosas, pero puntualizan la necesidad de más sesiones. Un aspecto a mejorar, pues, en nuestro programa es añadir más sesiones. Más de la mitad de los que contestaron el cuestionario no respondieron a la pregunta dicotómica, porque no la entendieron. La formulación puede dar a la confusión. Por lo que nos planteamos reformular la pregunta para poder obtener más información.

PO 202. COMORBILIDADES MÁS FRECUENTES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS CON SEPSIS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ezequiel Barranco Moreno¹, Lucía Fernández Rendón¹, Belén Gutiérrez Gutiérrez²

¹Hospital San Lázaro, Sevilla, España. ²Hospital Virgen Macarena. Servicio Enfermedades infecciosas, Sevilla, España

Introducción: Los pacientes oncológicos en situación muy avanzada, pueden presentar comorbilidades asociadas que contribuyan a las infecciones o sepsis con una alta incidencia, generando esta situación un empeoramiento importante de su pronóstico de vida.

Objetivos: Conocer la gravedad de la enfermedad de base y las comorbilidades que se asociaron a este grupo de pacientes con cáncer avanzado y sepsis.

Metodología: Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo sobre una cohorte de 47 pacientes que ingresaron durante 24 meses consecutivos en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos con criterios de cáncer avanzado y sepsis. Como variables de la gravedad de la enfermedad de base y comorbilidad se aplicó el Índice de Comorbilidad Charlson y Mc Cabe. Para la tabulación y análisis de datos, se empleó la hoja de cálculo Excel y programa estadístico IBM-SPSS.

Resultados: De un total de 47 pacientes con sepsis, el 68 % eran varones y 34 % mujeres. Los tumores más frecuentes, pulmón (21 %) y próstata-vejiga (19 %). El 59,5 % de los pacientes presentaron sepsis al ingreso y el 40,4 % presentaron sepsis al menos dos días después del ingreso. El delirium se presentó en el 68 % de los pacientes. La mayoría de las infecciones fueron comunitarias en el 55,3 % de los casos y dentro de estas el 65 % estaban relacionadas con los cuidados sanitarios. Las infecciones nosocomiales fueron del 44,6 % de los casos. La mortalidad a los treinta días fue del 78,7 %. Las enfermedades asociadas con mayor incidencia fueron la diabetes mellitus (38,2 %), broncopatía crónica (34,04 %) y la enfermedad renal (27,6 %) seguidas de cerca por la insuficiencia cardiaca y la enfermedad hepática ambas con un 19,1 % cada una. El resto representa un 25,6 % y en orden de frecuencia se representa por arteriopatía periférica, demencia, ictus, conectivopatía, infección VIH y enfermedad ulcerosa. El índice de comorbilidad de Charlson demostró que el 85,1 % de los pacientes asociaban más de una enfermedad, además del cáncer y de estos casi el 30 % asocian entre dos y cuatro enfermedades distintas. En cuanto a la clasificación de Mc Cabe todos los pacientes se englobaron en el grupo de enfermedad rápidamente mortal donde la muerte es muy probable en el plazo de los dos meses siguientes.

Conclusiones: En este grupo de pacientes con sepsis y cáncer avanzado vemos como las comorbilidades asociadas son importantes en un buen porcentaje de los casos lo que puede empeorarnos el pronóstico, aumentar la mortalidad y facilitar la sepsis.

PO 203. INTEGRACIÓN DE LA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA EN UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE DOLOR

Yolanda López Sánchez, Dulce Rodríguez Mesa, David Bottaro Parra, Miguel Arquez Pianetta, Susana Bella Romera, Carolina López Navarro
HU Sant Joan de Reus, Reus, España

Objetivos: En nuestro hospital se ha creado un grupo multidisciplinar para valorar pacientes con dolor de difícil control. Está integrado por un especialista en anestesia, cuidados paliativos, traumatología, reumatología, oncología radioterápica, una psicóloga y una enfermera que realiza la función de gestora de casos. La intención es integral a todos los especialistas y dar una respuesta global a los pacientes. Este estudio se realiza para analizar el papel de la radioterapia dentro de este equipo.

Metodología: En una reunión semanal se presentan 15 casos de pacientes con dolor difícil que pueden ser oncológicos como de otra patología no oncológica. Se toman deci-

siones conjuntas para actuar sobre cada caso y se indica la secuencia de las mismas para beneficiar y no retrasar los procedimientos. Desde enero 2019 hasta abril 2019 se ha realizado radioterapia en 16 pacientes, 11 de ellos oncológicos, 1 afecto de un hemangioma agresivo y 4 con artrosis severa. En 4 casos se ha tratado de reirradiaciones. En todos los pacientes se recoge el EVA (escala visual análoga) en primera visita, el último día de tratamiento, al mes y a los tres meses de fin de la radioterapia. También se recoge la necesidad de analgesia, valorando especialmente fármacos opioides, al inicio, final, al mes y tres meses de fin de la radioterapia.

Resultados: En espera de seguimiento más largo, la satisfacción de los pacientes ha sido muy bien valorada por la rapidez del tratamiento, y en casos de necesidad de maniobras por parte de anestesia previas a la radioterapia, la coordinación ha sido más efectiva (3 de los 16 casos). En 8 de los 16 pacientes se ha conseguido reducir dosis de fármacos, en 2 se ha retirado totalmente la analgesia y en 6 se ha mantenido misma pauta analgésica en espera de seguimiento. La escala EVA del dolor al finalizar la radioterapia se ha mejorado en más de 5 puntos en 6 pacientes, 4 puntos en 4 pacientes, 3 puntos en 3 pacientes y en 3 pacientes no se ha conseguido mejora.

Conclusiones: La integración de la radioterapia dentro de un grupo multidisciplinar de dolor es necesaria. La creación de un equipo multidisciplinar favorece la coordinación entre especialistas. La realización de la radioterapia ha mejorado el dolor, escala EVA, en la mayoría de los casos con disminución de los requerimientos de analgesia.

PO 204. DELIRIUM EN UNA UCP: ESTUDIO DE LA INCIDENCIA Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Lucía Sáenz de Santa María Benedit¹, Gloria Ordoñez Estebáñez¹, Rocío García Ronderos¹, Margarita García Rodríguez¹, María Jiménez Alonso¹, José Gutiérrez Rodríguez²

¹Equipo de Atención Psicosocial Hospital Monte Naranco, Oviedo, España. ²Área de Gestión Clínica de Geriatria. Hospital Monte Naranco, Oviedo, España

Introducción: El delirium o síndrome confusional agudo, es un problema especialmente frecuente en pacientes oncológicos, puede aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad y es más frecuente en personas hospitalizadas, con enfermedades graves y en estadios avanzados.

Está relacionado con un incremento de la morbilidad y mortalidad y una pérdida de calidad de vida y sufrimiento añadido para pacientes y familiares.

Objetivos: Estudiar la incidencia de delirium en una población de pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Paliativos (UCP); analizar los posibles factores sociodemográficos, clínicos, funcionales y mentales que pudieran asociarse al riesgo de delirium.

Metodología: Estudio epidemiológico longitudinal sobre una población de pacientes hospitalizados en la UCP entre el 13 de marzo y el 13 de abril de 2019. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas (historia clínica informatizada), funcionales (índices de Barthel y Karnofsky) y mentales

(“Global Deterioration Scale”). El diagnóstico y valoración de delirium se realizó en base al “Confusional Assessment Method” (CAM).

Resultados: 35 sujetos fueron incluidos en el estudio (77,69 ± 11,66 años; 51,4 % mujeres; Barthel 35,14 ± 31,54 y Karnofsky 30 ± 19,40). Se detectó una incidencia de delirium del 65,7 %. Se objetivó asociación estadística con delirium de: puntuación en el Barthel (21,52 ± 23,91 en sujetos con delirium vs. 61,25 ± 28,29 en sujetos sin delirium; $p < 0,001$) y Karnofsky (20,87 ± 12,76 en sujetos con delirium vs. 47,5 ± 18,15 en sujetos sin delirium; $p > 0,001$), presencia de metástasis cerebrales (OR 1,44 [1,10-1,89]) y tratamiento con antidepresivos (OR 1,53 [1,14-2,07]).

Conclusiones: Para nuestra población de estudio, el 65,7 % de los sujetos ingresados en la UCP desarrolla un delirium. Según los resultados obtenidos, la puntuación en la escala Barthel y el índice de Karnofsky así como la existencia de metástasis cerebrales y la prescripción de antidepresivos son factores que se asocian a un aumento del riesgo de sufrir delirium.

PO 205. DIFERENCIAS POR GÉNERO EN EL CONTROL DE SÍNTOMAS DE PACIENTES CON CÁNCER Y DOLOR IRRUPTIVO

Antonio Iglesias Rey¹, Miguel Ángel Núñez Viejo², M.^a Carmen Areses Manrique², Leticia Iglesias Rey², Antonio Javier Jiménez López³, Begoña Soler López⁴

¹Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Unidad de hospitalización domiciliaria, Ourense, España.

²Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Servicio de oncología médica y cuidados paliativos, Ourense, España. ³Kyowa Kirin Farmacéutica, S.L.U., Madrid, España. ⁴E-C-BIO, S.L., Las Rozas, España

Introducción y objetivos: Los pacientes con cáncer y dolor irruptivo (DI) tienen peor pronóstico. En estos pacientes se observan síntomas asociados que repercuten en su calidad de vida (CDV). El objetivo de este estudio fue analizar si existían diferencias por género en el patrón de los síntomas y en su control durante el seguimiento en una unidad de cuidados paliativos.

Metodología: Se realizó un estudio observacional de seguimiento prospectivo durante cuatro semanas, en pacientes: mayores de 18 años, con cáncer, DI y Karnofsky mayor de 30. Los síntomas se evaluaron utilizando la escala ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale), considerando que un síntoma estaba controlado si su puntuación era ≤ 4 . Al inicio y final del estudio se completó la escala HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) y el cuestionario de CDV EuroQoL-5D-5L.

Resultados: Participaron 80 pacientes, siendo el 78,8 % hombres y el 21,3 % mujeres, con edad media de 69,9 años. Al ingreso en la unidad: las mujeres presentaban más intensidad en las náuseas, depresión y ansiedad ($p < 0,001$) y menos intensidad en la disnea ($p = 0,025$); la proporción de mujeres con el síntoma controlado era menor en la depresión, ansiedad y bienestar ($p < 0,01$) y tenían peor CDV ($p = 0,004$; la ansiedad ($p = 0,007$) y la depresión ($p = 0,001$) determinadas mediante la HAD resultaron peores en las mujeres. Al finalizar las 4 semanas de seguimiento: la intensidad del dolor (p

$= 0,025$), náuseas ($p = 0,006$), depresión ($p = 0,007$), ansiedad ($p = 0,008$), falta de apetito ($p = 0,015$), malestar ($p = 0,017$), y dificultad para dormir ($p = 0,034$), resultó mayor en las mujeres; la proporción de mujeres con el cansancio, depresión, apetito, bienestar y dificultad para dormir controlados era significativamente menor ($p < 0,01$); la puntuación de ansiedad y depresión según la HAD y la de la CDV no difirió entre sexos. La proporción de pacientes con todos los síntomas ESAS controlados mejoró desde un 2,5 % ($n = 2$) al 52,6 % ($n = 40$) al final del estudio. Sin embargo, en las mujeres se consiguió este control en solo el 23,5 % *versus* el 61 % observado en los hombres ($p = 0,006$).

Conclusión: A pesar de que tras nuestra intervención se consiguieron mejoras significativas en la intensidad y el control de los síntomas de los pacientes con cáncer y DI, dadas las diferencias observadas en base al género de los pacientes, podemos concluir que, para conseguir igualdad en los resultados clínicos de los síntomas asociados al cáncer, el tratamiento debe ser más exhaustivo en las mujeres.

Financiación: Kyowa Kirin Farmacéutica.

PO 207. DECISIONES AL FINAL DE VIDA: EXPERIENCIAS DE FAMILIAS DE NIÑOS CON CÁNCER (ESTUDIO BICÉNTRICO)

Regina Aparecida García de Lima¹, Bárbara Machado Barbosa da Silva¹, Cristina Pedrinazzi de la Hoz², Asociado Lucila Castanheira Nascimento¹, Manuel Ángel Calvo Calvo²

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brazil. ²Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología da Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Introducción: Aunque la oncología pediátrica y hebiátrica ha conseguido aumentar las tasas de supervivencia y curación de muchas patologías, sin embargo, lo cierto es, que algunos mueren y sus familiares deben afrontar el momento.

Objetivo: Comprender las experiencias de familias de niños y adolescentes con cáncer, durante los cuidados al final de la vida.

Metodología: Estudio fundamentado en los presupuestos de la antropología médica, con recogida de los datos en dos momentos: hospital 1 y hospital 2. Los criterios de inclusión de los participantes fueron padres de niños y adolescentes con cáncer cuya muerte hubiera ocurrido seis meses antes del inicio de la recogida de datos. La entrevista complementada con datos secundarios de las historias clínicas fueron los instrumentos de recogida de datos.

Resultados: En el hospital 1 (España), de los 12 familiares entrevistados, ocho mujeres, de 39 a 54 años de edad. Entre los 10 niños y adolescentes, seis eran niños; siete recibieron el diagnóstico de cuidados paliativos; ocho muertes ocurrieron en planta de oncología y dos en Unidad de Cuidados Intensivos; todos realizaron como ritual el velorio, con seis acompañados de la sepultura y cuatro la incineración. En el hospital 2 (Brasil), de los 16 familiares, 13 eran mujeres, 12 madres, de 30 a 63 años. Entre los 13 niños y adolescentes, siete eran niños. Cuatro recibieron el diagnóstico de cuidados paliativos; 11 muertes ocurrieron en la en planta de oncología y dos en Unidad de Cuidados Intensivos; todos

realizaron como ritual el velatorio y el entierro. El material empírico producido con las entrevistas fue organizado alrededor de dos unidades de sentido: a) rituales y celebraciones, definida como los cuidados y homenajes realizados al fallecimiento, y b) vida después de la muerte, definida como el enfrentamiento para vivir la ausencia y la adaptación frente a ella.

Conclusiones: Comprender las experiencias de familias con niños y adolescentes con cáncer, que pasaron por el proceso de muerte y morir y enfrentaron el luto, desde la perspectiva de la antropología, permite que se conozcan sus creencias y modos de actuar y pensar, teniendo en cuenta la cultura y el medio en que viven. A partir de este contexto, los profesionales de la salud pueden prestar apoyo a los padres en ese momento, respetando la individualidad de cada familia y ofreciendo los recursos disponibles, en base a sus reales necesidades culturales. Vinculado a beca de investigación/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico-CNPq y CAPES/Estancia Sênior.

PO 208. POLIFARMACIA EN EL ÚLTIMO EPISODIO DE URGENCIAS ¿INFLUYE EL ADMÍTASE EN EL MANEJO? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Victoria Garay Airaghi¹, Lidia Gagliardi Alarcón², Amaya Capón Sáez¹, Irene Serrano García¹, Aurora Viloria Jiménez¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: La polifarmacia supone un reto terapéutico relacionado con prescripciones potencialmente inapropiadas, interacciones medicamentosas, eventos adversos y mortalidad; ampliamente presente al final de la vida.

Objetivo: Describir la polifarmacia e hiperpolifarmacia en el ámbito de urgencias en pacientes que fallecen intrahospitalariamente en Unidad de Agudos de Geriátrica (UGA) y Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) en dos centros sociosanitarios de primer (1N) y tercer nivel (3N) respectivamente. Estudiar los factores que influyen en la presencia de hiperpolifarmacia.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Fallecidos en UGA y UCP de los dos hospitales. Periodo 7 meses (octubre de 2018-abril de 2019). Variables demográficas: edad, género, antecedente oncológico, contacto previo con especialista, comorbilidades (Pluripatología alta > 5 entidades), funcionalidad, demencia, domicilio/residencia, admítase UGA/UCP, oligofarmacia (< 5 prescripciones), polifarmacia (5-10 prescripciones), hiperpolifarmacia (≥10 prescripciones). T de Student, chi cuadrado. Significancia estadística p < 0,005. Statics SPSS 22.0.

Resultados: 389 pacientes (edad media 83,85 (DS 11,55) años, 55,1 % mujeres), ICM 5 (RI 3-8), 37,2 % oncológicos, 51,8 % contacto especialista, 56,4 %/43,6 % UGA/UCP, T0: Prescripciones: Mediana 10 (RIC 7-12). HiperpolifarmaciaT0 50,5 % (49,3 % UGA vs. 52% UCP). PolifarmaciaT0 39 %. OligofarmaciaT0 10,5 % (9,5 % UGA vs. 11,7 % UCP). Turg: Prescripciones: Mediana 8 (RIC 6-10). HiperpolifarmaciaTurg 34,2 % (UGA 40,2 % vs. UCP 26,5 %). PolifarmaciaTurg 56,3 %. OligofarmaciaTurg 9,5 % (UGA 4,1 % vs. UCP 16,5 %). Modelo univariante: HiperpolifarmaciaTurg asociado con contacto

especialista (p = 0,001), hiperpolifarmaciaT0 (p = 0,000), pluripatología alta (p = 0,003), admítase UGA (p = 0,005), no relacionado con edad, antecedente oncológico, demencia ni procedencia. Modelo multivariante: Tras ajuste, la hiperpolifarmacia Turg mantiene relación estadísticamente significativa con los factores enumerados.

Conclusiones:

- La polifarmacia es un fenómeno ampliamente instaurado a nivel ambulatorio y a nivel de Urgencias en pacientes que fallecen intrahospitalariamente en estos dos centros.
- La Urgencia es un escenario de patología aguda que dificulta la reducción de la polifarmacia e hiperpolifarmacia.
- Aun así, la hiperpolifarmacia está relacionada con contacto previo con especialista, ser hiperpolimedcado en domicilio, alta comorbilidad y admítase en Geriátrica.
- Los pacientes con un admítase a UCP muestran mayores porcentajes de oligofarmacia en detrimento de la hiperpolifarmacia.

PO 209. CRITERIOS DE SEDACIÓN EN PACIENTES ANCIANOS CON DEMENCIA AVANZADA EN UN HOSPITAL DE CUIDADOS INTERMEDIOS

Sergio Alexandre Alfonso Silguero, Petra Teresa Pena Labour, Arlovia Teresa Herasme Grullón, Yadira Bardales Mas, María Cruz Larrañaga, Nerea Ibáñez Oyarzabal, Jesica Tito

Hospital Ricardo Bermingham, San Sebastián, España

Introducción: La demencia, como toda enfermedad degenerativa, en su evolución natural, presenta diferentes estadios. En la fase severa el 80 % está acompañado de trastornos conductuales y declinar global. Estudios de pronóstico y supervivencia, en estadios avanzados de la demencia tienen cada vez más claro que el objetivo en este estadio debe estar encaminados a priorizar el confort y el control sintomático del paciente. El objetivo de este trabajo es estudiar, con carácter descriptivo, las características de los pacientes con demencia fallecidos en una Hospital de cuidados intermedios/media estancia y describir las condiciones que determinaron los criterios de sedación.

Metodología: Se recogieron mediante la revisión de las historias clínica el sexo, edad, motivos del ingreso, tipo de demencia, estadio de la demencia utilizando escala Frágil VIG, (demencia moderada-demencia severa), situación funcional previa y en el momento del ingreso utilizando el índice de Barthel modificado. Se utilizaron las herramientas Frágil-VIG y la pregunta sorpresa del cuestionario NECPAL. Se definió los acontecimientos que determinaron el manejo paliativo con sedación, definido como cualquier proceso médico que condicione un cambio clínico significativo y refractario a tratamiento, y declive del paciente que condicione sintomatología o sufrimiento sin clara etiología.

Resultados: Se seleccionaron 29 pacientes. La mayoría de los sujetos eran mujeres con demencia moderada-severa, con edad avanzada, importante dependencia en ABVDs, todos con un NECPAL positivo y con valores por encima de 0,5 en la escala Frágil-VIG, alta comorbilidad, con predominio de las enfermedades cardiológicas y respiratorias, y una estancia media de aproximadamente 17 días hasta el

fallecimiento en esta muestra. Los principales motivos de sedación fueron declive del paciente que condicione sintomatología de difícil control y sufrimiento en un 55,17 % (16) y refractariedad al tratamiento 44,82 % (13).

Conclusión: Pacientes mujeres con demencia severa, NECPAL positivo e índice Frágil-VIG mayor a 0,5 son características de afectos adversos y mortalidad a corto plazo en esta muestra estudiada.

PO 210. CAUSAS DE ÉXITOS EN PACIENTES CON DEMENCIA EN UN HOSPITAL SOCIOSANITARIO

Anna Cortiella Masdeu, Mireia Alquezar Artieda, Jordi Pi Sánchez, Rocío Martínez Ripol, Montserrat Guardia Faci, Elena Moltó Llarena¹
HSS Francolí, Tarragona, España

Introducción: El Hospital Sociosanitario Francolí tiene 156 camas de: subagudos (SA), convalecencia (CV), cuidados paliativos (PAL) y larga estancia (LE). Muchos de nuestros pacientes presentan algún grado de deterioro cognitivo. Revisiones sistemáticas sobre estudios epidemiológicos europeos concluyen una prevalencia de demencia entre el 5-10 % de la población de más de 65 años. Las principales causas de éxitos en estos pacientes son la neumonía por aspiración, la pielonefritis, la septicemia, las UPP y la caquexia.

Objetivos: 1. Realizar un análisis de los éxitos de pacientes con demencia ingresados en un hospital sociosanitario. 2. Determinar causa inmediata de muerte. 3. Valorar si recibieron tratamiento paliativo y medidas de confort en sus últimos días.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con demencia ingresados entre enero del 2018 a mayo de 2019. Se valora: tipo de demencia, edad, sexo y destino al alta. De las demencias se profundiza en los pacientes que han sido éxitos: causa inmediata de muerte y tratamiento paliativo en los últimos días.

Resultados: El total de pacientes ingresados en nuestro centro en estos 17 meses, con diagnóstico de demencia son 115 pacientes (4,6 %). Edad media 85. Mujeres 72 (62,61 %); hombres 43 (37,39 %). Tipo de demencia: alzheimer: 68 (59,1 %); vascular: 22 (19,1 %); cuerpos de Lewy: 15 (13,1 %); asociada a otras enfermedades: 10 (8,7 %). Destino al alta: domicilio: 67 (58,3 %); continuidad en el centro: 3 (2,6 %); éxitos: 19 (17,4 %); residencia social: 25 (21,7 %).

De los 19 pacientes éxitos durante el ingreso: edad media 87. Mujeres 13 (68,42 %); hombres 9 (31,58 %). Unidad: CV: 1 (5 %); LE: 1 (5 %); SA: 5 (25 %); PAL: 13 (65 %). Tipo de demencia: alzheimer: 11 (55 %); cuerpos de Lewy: 6 (30 %); vascular: 3 (15 %). Causa de muerte: Deshidratación 3 (15,79 %); infección respiratoria 7 (36,84 %); insuficiencia renal 1 (5,26 %); ictus 1 (5,26 %); fase terminal de la demencia 4 (21,05 %); neoplasia 1 (5,26 %); insuficiencia cardiaca 1 (5,26 %); broncoaspiración 1 (5,26 %). Han recibido tratamiento paliativo y medidas de confort 17 (89,47 %).

Conclusiones: 1. No hay relación en cuanto a edad y sexo y mayor mortalidad en demencias. 2. El perfil de paciente ingresado en nuestro centro con diagnóstico de demencia es mujer de 85 años. 3. Un 50 % de los pacientes ingresados con diagnóstico de demencia por cuerpos de Lewy son éxitos, en alzheimer solo 16 %. 4. Las causas principales de muerte en

nuestros pacientes son la evolución de la enfermedad (58 %) y la causa respiratoria (42 %). 5. El 90 % de los pacientes con demencia que son éxitos en nuestro centro tienen prescrito tratamiento paliativo y medidas de confort los últimos días de vida.

PO 211. COMUNICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS AL FINAL DE LA VIDA

Sabela Maceda García¹, Ángel López Triguero², Rocío Basanta Matos³, Luisa Andaluz Corujo⁴, Francisco Barón Duarte⁴, Yolanda Triñanes Pego⁵

¹Cruz Roja-Equipo de Atención Psicosocial/Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, A Coruña, España. ²Hospital do Salnés-Servicio Gallego de Salud, Vilagarcía de Arousa, España. ³Hospital Universitario Lucus Augusti, Servicio Gallego de Salud, Lugo, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Servicio Gallego de Salud, A Coruña, España. ⁵Avalia-t, Santiago de Compostela, España

Introducción: La comunicación juega un papel importante en toda la trayectoria de las enfermedades incurables favoreciendo la adaptación a la realidad, la toma de decisiones, la elaboración del plan de cuidados y la calidad de la atención.

Objetivos: revisión sistemática de estudios cualitativos sobre comunicación y toma de decisiones compartida.

Metodología: Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos biomédicas (Medline, Embase, PsycInfo, Cochrane Library y Cinahl) para actualizar la evidencia considerada en la GPC del National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Se incluyeron estudios cualitativos (entrevistas, grupos focales) y cuestionarios. La evidencia se evaluó con el método GRADE- CerQUAL.

Resultados y conclusiones: Se ha tenido en cuenta evidencia derivada de 7 estudios cualitativos y 4 cuestionarios retrospectivos (6 estudios considerados en la GPC del NICE y 5 estudios nuevos) para comunicación. Para toma de decisiones compartidas se han considerado 31 estudios (19 incluidos en la guía de NICE y 12 nuevos). La evidencia señala diferentes factores relacionados con los pacientes, las familias, los profesionales sanitarios y los recursos disponibles que pueden actuar como barreras o facilitadores de la comunicación y toma de decisiones, y por lo tanto deben ser tenidos en cuenta para que estos procesos sean efectivos. Desde el punto de vista de todos ellos, tanto la comunicación como la toma de decisiones son cruciales para mejorar los cuidados al final de la vida, y por tanto es importante reconocer los factores que pueden influir en el proceso.

PO 212. ¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN LOS PACIENTES PALIATIVOS CON INSUFICIENCIA CARDIACA?

Esther Luna Chaves Rodríguez, Enrique Sánchez Relinque, María Luisa Amaya González, Pedro Díaz de Souza
Hospital de la Línea, Los Barrios, España

Objetivo: Conocer las características de los pacientes que tenemos en consulta con Fe < 30 % y valorar la necesidad de verlos en la consulta de paliativos.

Metodología: El tipo de estudio fue observacional retrospectivo basado en el Registro de la Consulta de cribaje de Medicina Interna del Hospital de La Línea entre los meses de noviembre y junio del 2019. La población de estudio la constituyen las consultas con diagnóstico principal de IC con FE < 30 %.

Resultados: Incluimos en el estudio a 23 pacientes (65 % varones, edad media 72 años), presentaban gran comorbilidad (82 % hipertensos, 73 % diabéticos, 65 % dislipémicos, 73 % exfumadores). La causa más prevalente fue la isquémica (43 %). El 21 % era portador de algún dispositivo (marcapasos, DAI o resincronizador). Están tratados el 91 % con betabloqueante, 69 % con sacubitrilo-valsartan, 12 % con IECA, 8 % ARAI. El 34 % estaba anticoagulado, el 39 % tenía espirolactona, el 82 % furosemida.

Conclusión: La insuficiencia cardiaca tiene una muy alta prevalencia. Se trata de la causa más frecuente de ingreso en mayores de 65. En este estudio hemos descrito como son nuestros pacientes paliativos por Insuficiencia Cardiaca reflejando que se trata de pacientes con muchas comorbilidades. Es necesario que el paliativista preste atención a esta patología compleja que es una de las que más está aumentando tanto en ingresos como en consulta.

PO 213. UNA SOCIEDAD COMPROMETIDA: CONOCER PARA PLANIFICAR

María Belén Martínez Cruz¹, Coro Pérez Aznar¹, Beatriz García García², Yolanda López Pérez³, Juan Tejero González⁴

¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España. ³Centro Asistencial Los Camilos, Tres Cantos, España. ⁴ESAD Dirección Asistencial Norte, Madrid, España

Introducción: Las organizaciones precisan del conocimiento de las necesidades de sus clientes para conseguir proporcionar los mejores servicios. Una sociedad científica debe conocer las necesidades de los socios para poder elaborar los Objetivos estratégicos. La Asociación Madrileña de Cuidados Paliativos (AMCP) es una asociación de profesionales de distintas disciplinas que se dedican al desarrollo de los cuidados paliativos (CP) de la Comunidad de Madrid. Entre los propósitos planteados por la AMCP está el de ser capaces de dar respuesta a las inquietudes y necesidades de los socios.

Objetivo: Conocer las necesidades de los socios de la AMCP.

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Se elaboró un cuestionario basado en el utilizado por la Sociedad Valenciana de Medicina Paliativa. Se envió a los socios por correo electrónico. Plazo de cumplimentación 2 meses.

Resultados: Cumplimentaron el cuestionario el 14,81 %, el 45 % médicos, el 40 % enfermeras, 5 % trabajo social y 5 % de psicólogos y de otras profesiones. El 67 % tenían formación avanzada (Máster) y el 17 % formación avanzada (Diploma), el 8 % intermedia, el 5 % básica y el 3 % sin formación. En cuanto a las necesidades: el 27 % espera de la sociedad científica que le ofrezca aspectos relacionados con formación e investigación y la participación en grupos de trabajo. Al 47 % les resultaba útil los contenidos de la web y destacan la facilidad de acceso y su formato visual y sencillo. Respecto

a la relación con otras sociedades indican como importante establecer relaciones. Respecto a los grupos de trabajo sugieren la creación de un grupo de atención domiciliaria 24 horas o el de Políticas sanitarias y Acreditación Profesional. Respecto a la implicación de la administración sanitaria mayoritariamente consideran que se debe implicar más en la formación y en el reconocimiento de la capacitación. Un 90 % consideran que los recursos de CP son insuficientes incidiendo en aumentar la atención domiciliaria. El 65 % opina que si se aprobara la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia esto influiría en su trabajo. A nivel autonómico, nacional e internacional les preocupa la falta de recursos, la capacitación profesional y el reconocimiento, la inequidad en la atención, la invisibilidad de los CP y la Ley de eutanasia.

Conclusión: Conocer las necesidades de los socios hace que la sociedad se implique en la formación de nuevos grupos de trabajo, así como en elaborar estrategias de colaboración con la administración para la mejora de los CP en la Comunidad de Madrid.

PO 214. LUGAR DE FALLECIMIENTO DE LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO SEGÚN EL TIPO DE TUMOR Y EDAD

Daniel Ramírez Yesa, María Eugenia de la Hoz Adame, María Antonia González Quiñones, Belén Domínguez Fuentes

Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El Hospital de Puerto Real dispone de un equipo de soporte de cuidados paliativos domiciliarios que abarca la zona de la bahía de Cádiz-La Janda.

Objetivos: Nuestro objetivo fue verificar el lugar de fallecimiento de nuestros pacientes en seguimiento por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) en función del tipo de tumor primario y la edad.

Metodología: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de los pacientes incluidos en el programa de seguimiento domiciliario del ESCP del Área Sanitaria del Hospital Universitario de Puerto Real (Cádiz) que fallecieron entre enero de 2018 a abril de 2019. Revisamos las historias del total de dichos pacientes y valoramos el lugar de fallecimiento según la edad y tipo de tumor.

Resultados: De los pacientes incluidos en nuestro programa de seguimiento en el periodo enero de 2018 a abril de 2019, fallecieron un total de 391 pacientes. El 65,47 % (256 pacientes) fallecieron en domicilio, el 34,53 % (135 pacientes) fallecieron en centro hospitalario. De los pacientes mayores de 70 años (242 pacientes), el 66,11 % (160 pacientes) fallecieron en domicilio, 33,88 % (82 pacientes) fallecieron en el hospital. De los pacientes con una edad menor o igual a 70 años (149 pacientes), 64,43 % (96 pacientes) fallecieron en domicilio y el 35,57 % (53 pacientes) fallecieron en el hospital. Del total de los pacientes fallecidos en domicilio (256 pacientes), tomando como referencia exclusivamente los cuatro tipos de enfermedad primaria más prevalente: el 23,83 % tenían cáncer de pulmón (61 pacientes), el 10,16 % cáncer de colon (26 pacientes), el 7,81 % cáncer de mama (20 pacientes), 7,03 % cáncer de resto (18 pacientes), seguido del resto de tumores menos frecuentes.

Del total de los pacientes fallecidos en el hospital (135 pacientes), tomando como referencia exclusivamente los cuatro tipos de enfermedad primaria más prevalente: el 16,3 % tenían cáncer de pulmón (22 pacientes), el 11,11 % cáncer de colon, al igual que cáncer de mama (15 pacientes cada uno de ellos), 6,67 % cáncer de recto (9 pacientes).

Conclusión: Si observamos los números registrados anteriormente, comprobamos que la mayoría de nuestros pacientes fallecen en domicilio. Dividiendo estos pacientes por edad no hay gran diferencia siendo en ambos casos mayor los que fallecen en domicilio. Llama la atención, si a priori interpretamos que aquellos pacientes más jóvenes, tienden a morir en hospital por sus condiciones familiares o sociales. Igualmente es notable que no existen un porcentaje diferencial dividiendo según el tumor primaria.

PO 215. PERFIL DEL PACIENTE PALIATIVO Y LA IMPORTANCIA DE SU PRONTA DERIVACIÓN AL EQUIPO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Fátima López Tapia, María Ángeles Martín Sánchez, María Dolores Cátedra Herreros, José Martín de Rosales Martínez, Coralie Maire, Rafael Gálvez Mateos
Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

Introducción: La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) cuenta con un Equipo de Apoyo Psicosocial (EAPS) del Programa para la Atención Integral a Pacientes con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social La Caixa, que atiende a pacientes con enfermedades avanzadas desde 2008.

Objetivo: Analizar el perfil del paciente atendido por el EAPS, así como su estancia media en el programa desde el momento de la derivación a la UCP, hasta su fallecimiento.

Método: Estudio transversal y descriptivo, en el que se han incluido 313 pacientes atendidos por el EAPS durante 2018 y primer semestre del 2019. El cribado se ha realizado analizando los datos de los pacientes que se han incluido en este periodo hasta su éxito. Los datos se han recogido de las diferentes entrevistas y seguimientos realizados por el EAPS durante el proceso. El análisis de datos está realizado con el programa SPSS 15.0.

Resultados: Respecto al sexo, el 60,06 % son hombres y el 39,93 % mujeres. El 89,77 % son pacientes oncológicos avanzados, frente al 10,22 % de no oncológicos, siendo el diagnóstico más común el de cáncer de pulmón (15,65 %), seguido del cáncer colorrectal (14,37 %) y cáncer de mama (9,92 %). Entre los pacientes no oncológicos el dato más alto es el de pacientes con ELA o con insuficiencia renal con un 2,87 % cada uno.

En cuanto a su situación en el momento de la derivación, el 47,28 % están considerados como pacientes crónicos complejos; 34,18 % crónicos avanzados y 18,53 % en situación de final de vida. La media de días desde la inclusión del paciente en UCP hasta su fallecimiento fue inferior a 10 días en un 30,67 %; entre 10-30 días un 22,25 %; de 30 a 90 días un 25,87 %, siendo superior a 90 días el 19,80 %.

Conclusiones: En la actualidad se atiende un porcentaje elevado de pacientes oncológicos en esta UCP. El perfil de nuestro paciente es varón y con enfermedad oncológica, donde predomina el cáncer de pulmón, seguido por el colorrectal. Un alto porcentaje de los pacientes se derivan en

situación de fin de vida, siendo la supervivencia inferior al mes en más de la mitad de los casos, lo que hace muy difícil el seguimiento psicológico de los pacientes y de igual manera dificulta la gestión de recursos en el ámbito social, por lo que una derivación más temprana beneficiaría a nivel psicosocial a pacientes y familiares, favoreciendo la intervención del EAPS.

PO 216. ENFERMEDAD NO ONCOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Cristóbal Ortega García, Marcia Iparraguirre Azcona, Mireia Naval Marcos, Sonia Barrios, Juan Catena Mir, Olga Sabartes Fortuny
Fundación Sant Andreu Salut. Hospital de Sant Andreu, Manresa, España

Objetivos: Analizar las características de los enfermos no oncológicos con el resto de la población usuaria de la unidad en cuanto al diagnóstico principal, circunstancias del alta y estancia media como parámetro de la utilización del recurso.

Metodología: Revisión de las historias de los enfermos no oncológicos ingresados durante los años 2009 y 2018 ingresados en una UCP de 12 camas.

Resultados: Tablas I a IV.

Tabla I.

Hombres	Mujeres	Total
162	210	372
1192	748	1940
1354	958	2312

Tabla II.

	Hombres	Mujeres	Total
Diagnósticos no oncológicos	13	24	37
E. Neurodegenerativa	26	41	47
Demencia	64	25	89
E. Respiratoria	24	14	38
Insuficiencia hepato-biliar	12	11	23
Insuficiencia renal	8	17	25
Insuficiencia cardíaca	16	20	36
Accidente vascular cerebral	8	43	51
Otras	162	210	372

Tabla III. Estancia

No oncológicos	Oncológicos
23,03 días	17,6 días

Tabla IV.

Alta	Oncológicos	No oncológicos
Éxitus	60,7 %	79 %
Domicilio	27,3 %	12 %
Residencia/SS	7 %	8 %
Hospital Agudos	5 %	1 %

Conclusión: Encontramos una gran diferencia en nuestra serie respecto a la tipología de enfermos que ingresan en nuestra unidad siendo únicamente el 16 % del total los enfermos con diagnósticos de enfermedad no oncológica. Destacan entre ellos los procesos respiratorios y las demencias. Hay diferencia estadística significativa en el número de días de estancia media (más alargado en los no oncológicos) y en las circunstancias del alta, apreciando un mayor número de éxitus, debido a las situaciones más avanzadas de la enfermedad no oncológica en la que se nos pide nuestra intervención.

PO 217. SUPERVIVENCIA EN MUJERES INGRESADAS CON CÁNCER DE MAMA Y METÁSTASIS CEREBRALES

Cecilia Escuin Troncho, Cristina García Aguilera, Arantxa Campos Bonel, Anabela Miranda Burgos, José Miguel Ponce Ortega, María Reyes Ibáñez Carreras
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción: El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en las mujeres, siendo la progresión en sistema nervioso central común en casos avanzados. La radioterapia tiene un papel esencial en el tratamiento de esta afectación, presentando diversas opciones terapéuticas según las características de las pacientes. Siendo el objetivo del tratamiento el control sintomático y en muy contadas ocasiones se realiza el tratamiento con un fin radical. El objetivo de este estudio es conocer la supervivencia de aquellas mujeres con diagnóstico de metástasis cerebral e indicación de tratamiento local con radioterapia y describir las características tumorales.

Métodos: Estudiamos una serie de casos de 113 mujeres, incluidas en el análisis 88, con cáncer de mama que desarrollan metástasis cerebrales. Permanecieron hospitalizadas por diagnóstico y tratamiento posterior en nuestro hospital entre 2006 y 2015. El 60,2 % recibió tratamiento con radioterapia holocraneal con fines de control sintomático, en el 2,3 % se realizó radiocirugía con fin radical y el 27,3 % no recibió ningún tratamiento local de las metástasis por importante deterioro del estado general. Calculamos la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier desde la fecha del diagnóstico de metástasis hasta la muerte.

Resultados: La mediana de supervivencia fue de 5,5 meses. Teniendo en cuenta el análisis según subtipos tumorales, la supervivencia en aquellos luminal A fue de 11,33, en el luminal B 2,53, en el triple negativo 4,76 y en el Her 2 positivo de 6,60 meses, sin encontrarse significación estadística. En cuanto a la supervivencia dependiendo de la variable tratamiento, las pacientes que recibieron tratamiento presentaron

una mediana de supervivencia de 7,5 (3,2-11,8), las que no lo recibieron o estaba indicado, pero ante rápido deterioro del estado general finalmente no se administró se obtuvo una mediana de supervivencia de 2,1 (0,8-3,4).

Conclusión: La supervivencia después del diagnóstico de metástasis cerebrales en pacientes con cáncer de mama ingresadas para el mismo es baja a pesar de recibir un tratamiento estándar para ellas, siendo el objetivo final el control sintomático. El subtipo tumoral no otorga diferencias en supervivencia una vez producida la afectación cerebral. Es necesario estudiar más casos para confirmar estos resultados.

PO 218. SIGNIFICADO DE LA EXPERIENCIA DE REALIZAR EL INTERNADO INTRAHOSPITALARIO DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Ximena Farfán Zúñiga¹, Paula Jaman Mewes¹

¹Universidad de los Andes, Santiago, Chile, ²Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) trascienden al modelo tradicional biomédico, caracterizándose por ser holístico, interdisciplinario y humanizado. La formación de enfermería en CP cambia la actitud y el enfrentamiento al paciente terminal y su familia, logrando habilidades en el manejo y control de síntomas, de las necesidades espirituales y psicosociales al final de la vida, donde la comunicación efectiva, la empatía y la actitud ante la muerte, juegan un rol fundamental. Sin embargo, existe poca formación en CP en la escuela de enfermería.

Objetivo: Explorar la contribución que tiene para el desarrollo profesional de enfermería, la experiencia de realizar el internado intrahospitalario en una unidad de CP.

Material y método: Estudio fenomenológico descriptivo, obteniéndose una muestra por conveniencia de 9 internas de enfermería de una universidad en Chile, que realizaron su internado intrahospitalario en un servicio de CP entre los años 2016-2018. Se recolectó la información a través de entrevistas en profundidad, grabadas. Las respuestas obtenidas se analizaron de acuerdo con el despliegue de los relatos de las participantes. Su análisis, fue el método de Streubert y Carpenter y se trianguló con un investigador con experiencia en estudios cualitativos. Se consideraron los aspectos éticos, y los principios básicos del informe Belmont.

Resultados: El análisis mostró tres categorías, con diversas unidades de significado: "Una experiencia de múltiples aprendizajes", describe lo más relevantes aprendido durante el internado, con siete unidades de significados: la espiritualidad; el encuentro con la muerte; el cuidado integral; desarrollo de habilidades personales y profesionales en el manejo del paciente y su familia; "vivir momentos de dificultad para mejorar", explica lo complicado que tuvo la experiencia con tres unidades de significado; falta de recursos humanos y materiales, falta de preparación en temas como: espiritualidad, muerte y comunicación; soledad del paciente. Finalmente comparan y evalúan "internado en cuidados paliativos v/s otros centros hospitalarios": futuro laboral; el valor de la espiritualidad en la enfermería, oportunidades técnicas y formación continua.

Conclusiones: Realizar el internado en CP aporta múltiples beneficios a los internos en lo personal y profesional,

otorgando herramientas que lo capacitan en temas que durante su preparación de pregrado no ha tenido la oportunidad de desarrollar, como son el enfrentamiento a la muerte, practicar la comunicación efectiva y la relación de ayuda, lo que favorece el proceso de atención al enfermo terminal. Adoptar un programa que incluya pasantías en unidades de CP sería muy útil en la formación de los futuros enfermeros.

PO 219. BENEFICIO E IMPACTO DE LA RADIOTERAPIA HOLOCRAEAL PALIATIVA SOBRE PACIENTES CON METÁSTASIS CEREBRALES. ANÁLISIS RESTROSPECTIVO

Javier Baena Espinar¹, Andrea Terrón Sanchez¹, Mónica López García³, África Fernández Forne¹, Andrés Mesas Ruiz¹, Ismael Herruzo Cabrera², Emilio Alba Conejo¹

¹Hospital Clínico Universitario Málaga, Málaga, España.

²Hospital Regional de Málaga. ³Málaga, España, Instituto de investigación biomédica de Málaga. IBIMA

Introducción y objetivos: Las metástasis cerebrales (MC) suponen una enorme causa de morbimortalidad, siendo los tumores intracraneales más frecuentes. Además, entre un 10-20 % de los pacientes con cáncer desarrollarán las mismas. De lo anterior deriva la necesidad de establecer un tratamiento personalizado para cada paciente, determinado por factores propios y la disponibilidad de recursos. Nuestro estudio pretende por una parte describir cómo es la población de pacientes con MC que recibe radioterapia holocraneal (RTH) en nuestro centro, así como comprobar si la supervivencia predicha por los índices pronósticos Radiation Therapy Oncology Group's Recursive Partitioning Analysis (RTOG RPA) y Diagnosis-Specific Graded Prognostic Assessment (DS GPA) son buenos estimadores de la supervivencia global. RTOG RPA establece tres categorías siendo la tercera la de peor pronóstico (2,3 meses). Por otra parte, DS GPA establece una puntuación de 0 (peor pronóstico) a 4 (mejor pronóstico) a partir de los factores pronósticos más importantes en cada tipo de neoplasia.

Metodología: Se incluyeron los 118 pacientes diagnósticos de metástasis cerebrales entre enero de 2015 y diciembre de 2016 en nuestro centro. Con el programa SPSS se realizó el análisis estadístico de las diferentes variables y los análisis de supervivencia.

Resultados: La mediana de edad fue 61 años, siendo 35,6 % mujeres y teniendo enfermedad a distancia el 81,4 %. La supervivencia mediana 3,55 meses IC 95 % (2,9-4,2), permaneciendo vivos en la actualidad el 3,4 % de los pacientes. El 96,6 % era clase 2 RTOG RPA o superior. Solo el 16,3 % tenía una puntuación GS RPA superior a 2. La supervivencia fue estadísticamente significativa para el sexo a favor de la mujer (p 0,01), el Karnosky (p 0,42), el diagnóstico RTOG RPA (p 0,02) la puntuación GS RPA (p 0,009). No lo fue ni para el número de MC, ni la presencia de enfermedad a distancia ni si esta estaba o no controlada p > 0,05. La correlación entre el tiempo de supervivencia dado por la puntuación RTOG RPA y nuestra muestra fue del 30 %. El tiempo entre el diagnóstico de MC y la RTH alcanzó una mediana de 17 días.

Conclusión: La puntuación pronóstica en DS-RPA o RTOG-RPA es predictiva para supervivencia de forma estadística-

mente significativa, aunque la concordancia entre los índices pronósticos fue débil.

PO 220. CARACTERÍSTICAS DE LA SEPSIS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS AVANZADOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

Lucía Fernández Rendón¹, Belén Gutiérrez Gutiérrez²

¹Hospital San Lázaro, Sevilla, España. ²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Los pacientes oncológicos en situación muy avanzada, presentan infecciones y cuadros graves de sepsis con una alta incidencia, generando esta situación un empeoramiento importante de su pronóstico de vida.

Objetivos: Conocer cuáles son las características generales de la infección, los gérmenes y los antibióticos utilizados en pacientes con cáncer avanzado y sepsis.

Metodología: Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo sobre una cohorte de 47 pacientes que ingresaron durante 24 meses consecutivos en una unidad hospitalaria específica de cuidados paliativos con criterios de cáncer avanzado y sepsis. Todos los pacientes recibían antibiótico empírico exceptuando aquellos que habían expresado sus voluntades anticipadas. Se cumplieron los criterios de sepsis según la Guía clínica de antibioterapia de nuestro hospital. Se incluyen tanto pacientes con cultivos, como sin ellos y se mantiene un mínimo de 48 horas el mismo antibacteriano. Para la tabulación y análisis de datos, se empleó la hoja de cálculo Excel y programa estadístico IBM-SPSS.

Resultados: De un total de 47 pacientes, eran varones (68 %) y mujeres (34 %), con un promedio de edad de 66 años. Los tumores con mayor incidencia fueron los de pulmón (21 %) y próstata-vejiga (19 %). Los pacientes procedían mayoritariamente de domicilio (44 %). El 59,5 % presentaron sepsis al ingreso y el 40,4 % la presentaron al menos dos días después del ingreso. De ellos el 65,9 % presentaron sepsis, el 25,5 % sepsis severa y 8,5 % shock séptico. La infección más frecuente se localizó en el tracto urinario (44,6 %), seguido por las infecciones respiratorias (27,6 %), infecciones de partes blandas (8,5 %), infecciones de origen intrabdominal (8,5 %). La mayoría de las infecciones fueron comunitarias (55,3 %) y dentro de estas relacionadas con los cuidados sanitarios (65 %), infecciones nosocomiales (44,6 %). De los 17 cultivos positivos, hemocultivos (2), cultivos de orina (13), exudado de herida (1), cultivo reservorio (1). Los gérmenes más frecuentes fueron los Gram negativos entre ellos, *Escherichia coli* (41,1 %), *klebsiella pneumoniae* (17,6 %), 2 de ellos multirresistente, *Enterococo faecium* (5,8 %), *Enterobacter cloacae* (5,8 %) y *Morganella* (5,8 %) *Clostridium difciles* (5,8 %), el resto presentó flora microbiana mixta (11,76) 6,7. Los antibióticos más utilizados de forma empírica fueron Piperacilina-Tazobactan (40,4 %) y amoxicilina-clavulánico (38,2 %).

Conclusiones: Gran variabilidad en el uso de antibióticos y escasez de estudios y Resultados, la mayoría de ellos, son retrospectivos. No hemos encontrado estudios específicos sobre la sepsis al final de la vida. Parece que las infecciones de orina y los gérmenes Gram negativos siguen siendo los más frecuentes, entre ellos *Escherichia coli*.

PO 221. LA TOMA DE DECISIONES ENFERMERAS EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO CON NECESIDADES COMPLEJAS

Mercè Prat Martínez¹, Silvia Bleda García¹, Evelyn Martínez Escabias², Anna Pujol García³, Vanessa González Sequero³, Pilar Pineda Herrero⁴

¹Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès, España. ²Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, España. ³Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, España. ⁴Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

Introducción: Las competencias enfermeras asociadas a la toma de decisiones están explicadas de forma clara en el programa curricular, sin embargo, son poco concretas en el contexto de atención al paciente crónico con necesidades complejas dado que sus resultados de aprendizaje no están previamente definidos ni contextualizados para el cuidado de este tipo de pacientes.

Objetivos: General: definir los resultados de aprendizaje de las competencias asociadas a la toma de decisiones de enfermería en el contexto de atención a pacientes crónicos con necesidades complejas.

Específicos: Consensuar el concepto de paciente crónico con necesidades complejas desde la visión enfermera. Asignar cada resultado de aprendizaje a las dimensiones que tiene una competencia, conocimiento, habilidad y actitud.

Metodología: Diseño: estudio cualitativo exploratorio secuencial que bajo el paradigma socioconstructivista utiliza las narrativas de los participantes para aportar conocimiento en cada una de las dos fases consecutivas establecidas. Muestra: en la primera fase, 83 enfermeras definieron el concepto de paciente crónico con necesidades complejas, se generó una nube de palabras con los conceptos más utilizados y 15 profesionales expertos en cronicidad analizaron dicha nube para construir la definición definitiva. En la segunda fase, se realizó un grupo nominal, que, a partir de la definición consensuada del paciente crónico con necesidades complejas, priorizó y consensuó los resultados de aprendizaje asociados a las 6 competencias relacionadas con la toma de decisiones enfermeras descritas por ANECA.

Resultados: Primera fase: un paciente crónico con necesidades complejas es aquel paciente vulnerable con multimorbilidad, con difícil control de síntomas, alta probabilidad de agudizaciones y polimedicado. Requieren cuidados integrales y humanizados para mejorar su calidad de vida, priorizando sus valores ante cualquier decisión. También precisan de muchos recursos asistenciales, alto soporte familiar y acompañamiento de un equipo multidisciplinar para evitar el sufrimiento que les genera la enfermedad y el contexto sanitario en el que se ven inmersos. Segunda fase: de las 6 competencias se describieron 244 resultados de aprendizaje que pasaron a 139 después de ser sometidos a consenso. Cada resultado de aprendizaje se asignó a una o varias dimensiones de la competencia obteniendo 66 resultados relacionados con la dimensión del conocimiento, 97 con la de habilidad y 42 con la de actitud.

Conclusión: Definir los resultados de aprendizaje que configuran las competencias asociadas a la toma de decisiones es indispensable para identificar comportamientos que los profesionales de enfermería desarrollan en su práctica profesional facilitando de este modo su evaluación.

PO 222. UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO NECPAL CCOMS-ICO® (3.0) EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS, ¿ES ÚTIL?

Ana González Sánchez, Jorge Sanchís Muñoz
Consortio Hospital General Universitario de Valencia,
Valencia, España

Introducción: La demanda de atención de los pacientes crónicos a todo nivel sanitario incrementa la utilización de los recursos asistenciales de agudos. Lo que implica la necesidad de conocer a esta sociedad de que precisa de cuidados continuos desde la atención especializada hasta primaria. El instrumento NECPAL CCOMS-ICO® (3.0) no fue pensado específicamente para este de asistencia urgente, pero una adaptación del mismo nos ayuda a la identificación de los enfermos que precisan de un circuito asistencial diferente.

Objetivo: Describir el perfil de los pacientes complejos que consultan en los servicios de urgencias de un hospital de agudos.

Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo de pacientes con necesidades de atención compleja que fueron valorados por un mismo facultativo durante un año en los servicios de urgencias de un hospital de agudos.

Resultados: Se analizaron 758 casos, mayores de 60 años, que consultaron entre agosto 2017-2018. Identificados como NECPAL + el 44,38 %, (de estos fueron mujeres 52,8 %) con edad media 81 años, de los cuales consultaron en más de una ocasión un 82 %. Las patologías más prevalentes fueron las relacionadas con sistema cardiovascular y respiratorio, en las mujeres el diagnóstico de demencia se encontró en 51 % de las pacientes a diferencia de los hombres con un 35 %. Identificamos déficit nutricional en el 64 % y funcional 67 %, con una media de 2 patologías crónicas y considerados como grandes complejos el 70 %, solamente estaban identificados como tratamiento paliativo el 1 %.

Conclusiones: Los pacientes mayores de 60 años atendidos en los servicios de urgencias, presentaron una alta comorbilidad, con síndromes geriátricos y necesidades de atención complejas y de final de vida, a los que se precisa un circuito alternativo como recurso asistencial en urgencias, donde participamos como puerta de entrada a los servicios hospitalarios. Concluimos que, aunque esta escala no fue creada para urgencias, nos ayuda a identificar rápidamente a pacientes con necesidades paliativas, si bien, precisamos de más tiempo en la consulta para identificar las distintas variables, la experiencia del encuestador facilita su implantación.

PO 224. PREVENCIÓN DEL BURNOUT Y HABILIDADES COMUNICATIVAS EN PROFESIONALES DE ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDADES AVANZADAS

Jorge Hernández González, Begoña Amaro Lois,
Pablo Braña López, María Elisa Alonso Rodríguez,
Penélope Sanjurjo Álvarez, Tamara Redondo Elvira
Equipo de Soporte de Atención Paliativa Asociación
Española contra el Cáncer Pontevedra, Vigo, España

Introducción: Dentro del ámbito de los profesionales sanitarios, aquellos que tratan con pacientes con enfermedad avanzada deben mantener encuentros comunicativos de gran

impacto emocional, al tratar aspectos como la muerte, el dolor, las malas noticias, la fragilidad ajena y los límites de la medicina. Si el profesional no cuenta con las habilidades comunicativas apropiadas, dichos encuentros pueden convertirse en una fuente de tensión y estrés constantes que deriven en síntomas compatibles con el síndrome burnout.

Objetivo: El objetivo del presente estudio es el de analizar la relación de las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con enfermedad avanzada y el síndrome burnout de dichos profesionales. Esta relación podría contribuir a al diseño de protocolos de prevención del síndrome mediante la formación de habilidades comunicativas.

Metodología: Estudio transversal, descriptivo realizado a través de las reuniones en la práctica clínica habitual. Participantes: 55 profesionales sanitarios, médicos y enfermeros, que estén trabajando en activo en servicios que atienden a pacientes con enfermedades avanzadas y que hayan trabajado un mínimo de 6 meses en estos servicios. Instrumentos: escala de Habilidades de Comunicación en Profesionales de la Salud y el inventario de Burnout de Maslach. Análisis: se realizaron análisis descriptivos y correlacionales de las variables estudiadas mediante el programa SPSS.

Resultados: Se observa una correlación negativa entre tres de las habilidades comunicativas (empatía, respeto y comunicación informativa) y la variable del burnout de despersonalización. También existe una correlación positiva entre las tres habilidades comunicativas mencionadas y la variable realización personal del burnout. No se ha encontrado correlación estadísticamente significativa en la variable habilidades sociales del cuestionario de habilidades de comunicación ni en la variable agotamiento emocional del cuestionario de burnout.

Conclusión: A pesar de no haber encontrado correlaciones significativas en todas las variables estudiadas, los Resultados van en la línea de otros estudios previos* que plantean que unas adecuadas habilidades de comunicación en el ámbito sanitario es un factor preventivo del síndrome burnout. En el contexto de las enfermedades avanzadas, nuestro estudio viene a subrayar, no solo la importancia de que una buena formación de dichas habilidades aumenta la satisfacción y reduce el estrés y sufrimiento de los pacientes*, sino, además, que ayudaría a mejorar la salud laboral de los trabajadores. Se destaca la necesidad de implementar protocolos formativos a través de, por ejemplo, el programa de equipos de atención psico social (EAPS) de la Obra Social de La Caixa.

PO 225. PACIENTES CON INSUFICIENCIAS AVANZADAS: ¿CÓMO ASEGURAR CUIDADOS PALIATIVOS PRECOSES?

Isaura Jesús Saias Canhoto¹, Diana Viera Pirra¹, Marta Cristina Pinheiro Rodrigues¹, María Joaquina Calisto Rosado¹, Francine Mascarenhas Morais¹, Aida Cordero Botejara¹

¹Ulsna, HSLE, Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, Elvas, Portugal. ²Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos, Elvas, Portugal

Introducción: Es reconocido el beneficio de iniciar de forma precoz Cuidados Paliativos (CP) en pacientes oncológicos.

Gran parte de pacientes con insuficiencia de órgano avanzada beneficiaria de CP. Actualmente su acceso a CP es difícil y muchas veces en fases tardías. El acceso a consulta de CP en fases precoces menos sintomáticas puede facilitar un mejor reconocimiento de las necesidades, transmisión de información al paciente y entorno, así como la elaboración de un plano de cuidados y de testamento vital si el paciente así lo decide.

Objetivos: Mejorar el acceso de pacientes no oncológicos con insuficiencias avanzadas a la consulta de CP e integración de los cuidados a estos pacientes, creando un modelo de identificación y referenciación precoz en conjunto con los profesionales que los acompañan.

Metodología: Fue realizada formaciones sobre identificación de necesidades paliativas en pacientes no oncológicos a profesionales de cuidados de salud primarios, hospitalarios y de recursos específicos de CP, seguido de discusión sobre cómo mejorar la identificación de los pacientes articulación en el cuidado de estos pacientes, para garantizar el acceso y la individualización de cuidados adaptados a cada fase. De esta formación se seleccionó un grupo de trabajo para definir el instrumento a usar en pacientes no oncológicos que beneficiarían de evaluación en una consulta multidisciplinar de CPNO precoces, con el objetivo de identificación temprana de necesidades y de información sobre la enfermedad y el pronóstico al paciente y su entorno, así como elaboración de plano de cuidados, definiendo tipo de seguimiento y criterios de intervención de cada profesional implicado (cuidados de salud primarios u hospitalarios).

Resultados: Diseñado el “Modelo de identificação e referenciação a consulta de CP precoce de doentes não oncológicos” por el grupo de trabajo y divulgado el centro de salud y servicios hospitalarios para uso de los profesionales. Fue revisada la bibliografía existente y seleccionados instrumentos de identificación de pacientes (PALIAR, NECPAL, SPICT-ES) que fue modificado para garantizar acceso en fases precoces menos sintomáticas, divulgado en los centros de salud y en servicios hospitalarios.

Conclusiones: La colaboración entre profesionales de diferentes niveles asistenciales es fundamental para garantizar el acceso y seguimiento eficaz a pacientes con necesidades paliativas, profesionales de equipos de CP pueden desempeñar un papel importante en la definición de modelos de identificación y seguimiento compartido entre diferentes niveles de cuidados, fundamental para mejorar la calidad de vida en pacientes con insuficiencia en órgano avanzada.

PO 226. ACTIVIDAD DE UN EQUIPO COMPLETO DE CUIDADOS PALIATIVOS. INCIDENCIA SOBRE LAS ESTANCIAS Y URGENCIAS

Feliciano Sánchez Domínguez, María Paulina Pérez Yuste, Francisco José Vara Hernando, Nerea Sánchez Sánchez, María Purificación Sánchez Chaves, Verónica Vara Sancho

Hospital de los Montalvos, Unidad de Cuidados Paliativos, Salamanca, España

Introducción: El Hospital de los Montalvos consta de una Unidad de Cuidados paliativos con 16 camas, 4 médicos, 2 psicólogos y un trabajador social, con formación específica y

a tiempo completo, y 2 equipos de cuidados de soporte domiciliarios (2 médicos y dos enfermeras con formación específica y a tiempo completo, y dos psicólogos y un asistente social con dedicación al 50% y con formación específica).

Objetivo: Valorar si la Unificación de Atención hospitalaria y domiciliaria, en el mismo servicio, disminuye el número de urgencias y estancias hospitalarias.

Metodología: Se ha diseñado un estudio retrospectivo, observacional, del número de urgencias y estancias hospitalarias en los últimos 6 meses previos al fallecimiento, de los pacientes fallecidos por cáncer, en la provincia de Salamanca, desde el 1 de enero al 31 de mayo del 2019. Para la comparación de medias se ha utilizado la T de Student con varianzas iguales y el test de la razón de las varianzas para varianzas desiguales.

Resultados: Fallecieron 347 pacientes (62 % varones y 38 % mujeres). El 44,1 % fue atendido por un Equipo de soporte domiciliario. La media de estancias, en los últimos 6 meses, 14,55 (\pm 13,2) para los pacientes asistidos por un ESCPD y de 18,44 (\pm 18,4) para los pacientes sin esta atención ($p < 0,05$). Si separamos las estancias en los primeros 4 meses observamos que la media de estancias en los pacientes atendidos por el ESCPD es de 6,91 (\pm 9,16), y de 4,87 (\pm 11,25) en los no atendidos, sin observar significación estadística ($p > 0,05$). Por el contrario, en los últimos 2 meses, se observa una estancia media de 7,64 (\pm 9,35) en los pacientes atendidos por un ESCPD, y de 13,57 (\pm 13,1) en los pacientes no atendidos, y una significación estadística de $p = 0,000$. En cuanto a número de urgencias hospitalarias, en los 6 meses, se observa una media de 2,58 (\pm 2,41) en los pacientes atendidos por un ESCPD, y de 2,68 (\pm 1,94), en los pacientes no atendidos, sin observarse significación estadística ($p > 0,05$). Cuando dividimos en los primeros cuatro meses, tampoco se observa significación estadística ($p > 0,05$). Sin embargo, en los dos últimos meses, se observa una media de 1,02 (\pm 1,29) en pacientes atendidos por un ESCPD, frente a 1,57 (\pm 1,22) en los pacientes no atendidos ($p = 0,000$).

Conclusión: Se observan una disminución en el número de estancias y urgencias hospitalarias, en los dos últimos meses de vida, en los pacientes atendidos por un Equipo completo de cuidados paliativos.

PO 227. COMPLICACIONES AL FINAL DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA QUE FALLECEN EN GERIATRÍA

Noelia Pérez Abascal¹, Jesús Mateos del Nozal¹,

Lorena García Cabrera², Lourdes Rexach Cano¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

²Fundación Vianorte-Laguna, Madrid, España

Introducción: Los pacientes con demencia avanzada presentan muchas complicaciones, como los trastornos alimentarios, neumonía, sepsis urinarias y úlceras por presión, que con frecuencia derivan en consultas e ingresos urgentes y causan un sufrimiento adicional a estos pacientes. La mayoría de los estudios se han hecho en residencias y sistemas sanitarios diferentes al nuestro, por lo que es necesario mejorar la información sobre estas complicaciones en nuestro entorno.

Objetivo: Describir las complicaciones que presentan en el último año de vida, los pacientes con demencia avanzada

que fallecen durante su ingreso en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

Metodología: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes con demencia avanzada (estadios GDS 6-7), que fallecieron durante 2017 y 2018 en una UGA. Se registraron características sociodemográficas, funcionales, síndromes geriátricos y antecedentes médicos relevantes. Se revisó su trayectoria en el año previo al fallecimiento, registrando el motivo de las visitas a Urgencias, ingresos, causa de la muerte y síntomas en el último ingreso.

Resultados: Se incluyeron 112 pacientes, edad media 92,8 \pm 4,3, 76 % mujeres. El 36,6 % procedían de residencias. En el 28,6 % no se había determinado la causa de la demencia. El 67 % estaban en estadio GDS 7. La prevalencia de síndromes geriátricos fue: delirium (89,3 %), polifarmacia (80,4 %, con una media de 7,2 \pm 2,9 fármacos), disfagia (79,5 %), malnutrición (62,5 %), UPP (44,6 %). La mitad tenía antecedentes de neumonía o infecciones respiratorias. Un 76 % habían acudido a Urgencias en el último año de vida, por las siguientes causas: infecciones respiratorias (46 %), infecciones urinarias (14,2 %), infecciones de UPP (5,8 %), deshidratación (5,8 %) y otros motivos (21,7 %). Los síntomas en el último ingreso fueron: respiratorios (76,8 %), cambios mentales (56,3 %), fiebre/febrecula (32,1 %), problemas de alimentación (46,4 %), complicaciones de UPP (5,2 %), dolor (8,6 %) y otros síntomas (45,5 %). En el 68 % la causa de la muerte fue la neumonía o infección respiratoria, con una asociación significativa entre esta etiología y la presencia de disfagia (OR 2,9, $p = 0,021$) o el antecedente de neumonía (OR 4,6, $p < 0,001$).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes con demencia avanzada que fallecen en el hospital tienen marcadores de gravedad que definen el final de vida en la demencia. Sus necesidades clínicas y de control sintomático son muy elevadas. La principal causa de muerte es la infección respiratoria, y el antecedente de disfagia y neumonía puede ayudar a detectar a los pacientes con mayor riesgo.

PO 228. PARACETAMOL POR VÍA SUBCUTÁNEA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Marta P. Muniesa Zaragoza, Lucía Gil Guerrero

Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

Introducción y objetivos: El control de síntomas es el objetivo de la mayoría de los tratamientos farmacológicos utilizados en cuidados paliativos. La principal vía de administración es la oral. Cuando no está disponible, la subcutánea es la más elegida. La frecuente presencia de HTA, insuficiencia renal o cardiaca desaconsejan los AINE por lo que, ante dolor o fiebre, el paracetamol es una opción razonable. En su ficha técnica no se hace referencia al uso subcutáneo. Recientes publicaciones plantean el uso subcutáneo del paracetamol por lo planteamos una búsqueda bibliográfica sistemática que apoye o desaconseje esta vía.

Metodología: Revisión sistemática de la literatura sobre el uso subcutáneo de paracetamol intravenoso en cuidados paliativos. Se recogen los textos con referencia explícita y recomendación como adecuado o inadecuado. Partiendo de la bibliografía de la monografía SECPAL, se revisan las publicaciones de PubMed, Cochrane, UpToDate, CSIC,

TESEO, SIEGLE, TripDatabase, SAGE, DialnetPlus, OVID, Scopus, ProQuest, Springer y Web of Science con la combinación de palabras clave “paracetamol or acetaminophen”, “subcutaneous “y “palliative” o equivalentes en español, siendo elegibles los textos que explícitamente aconsejan o desaconsejan el uso de paracetamol por vía subcutánea.

Resultados: De un total de 1413 referencias, 3 mencionan explícitamente el uso de paracetamol por vía subcutánea y 3 son ensayos clínicos: Aconsejan su uso: Leheup y cols. Estudio observacional, indica que fue bien tolerado. Se basa en el estudio EnPasc. Muestra los resultados de una encuesta a unidades de cuidados paliativos francesas acerca de la experiencia en el uso del paracetamol por vía subcutánea. Recoge el porcentaje de médicos que lo usan y los que no, así como el motivo para no hacerlo. En la conclusión se aconsejan más estudios acerca de la eficacia por esta vía. Desaconsejan su uso: Matoses y cols. Guía farmacológica, en la que se describe como no administrable por vía subcutánea en base a la búsqueda bibliográfica realizada hasta 2013 según se deduce de las fechas de la bibliografía. Estudios pendientes de publicación de resultados: APAPSubQ y TEPASC.

Conclusión: Con los datos obtenidos no es posible aconsejar ni tampoco desaconsejar el uso de paracetamol por vía subcutánea.

PO 229. ACTUALIZACIÓN DEL ABORDAJE DEL PACIENTE EN ESTADO VEGETATIVO PERSISTENTE CON CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Arcos Atienzar, Carmen Monroy Gómez, Teresa Salcedo Peris, Agustín Santamaría Marín
Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción: El estado vegetativo persistente es una entidad poco estudiada dada la escasa y variada incidencia en el ámbito de los cuidados paliativos, además de la dificultad diagnóstica.

Objetivo: El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la evidencia disponible en los últimos años con respecto al abordaje y manejo del paciente en estado vegetativo persistente desde el ámbito de los cuidados paliativos.

Metodología: Se ha realizado una revisión bibliográfica del estado vegetativo persistente y sus cuidados paliativos mediante una búsqueda en la literatura científica en inglés y español utilizando los términos de búsqueda MeSH “vegetative state” OR “permanent vegetative state”.

Resultados y discusión: El estado vegetativo persistente (EVP) se define como entidad clínica caracterizada por la ausencia de conciencia propia y del entorno con preservación total o parcial de funciones del tallo e hipotálamo, como las funciones cardiovasculares, respiratorias, renales, termorreguladoras y endocrinas, así como la alternancia sueño-vigilia, pero no presentan contacto con el medio externo ni actividad voluntaria. La etiología de esta entidad es muy variada, siendo las causas más frecuentes los traumatismos craneoencefálicos (TCE), las enfermedades cerebrovasculares y la hipoxia. La Multisociety Task Force on Permanent Vegetative State expresa que el diagnóstico debe realizarse según los siguientes criterios: a) no evidencia de concien-

cia de sí mismo o del medio e incapacidad de interactuar con otros; b) vigilia; c) intermitente; d) no evidencia de comprensión o expresión del lenguaje; e) funciones hipotálamicas y autonómicas del tallo encefálico preservadas; f) incontinencia vesical y rectal; g) preservación variable de los reflejos del tallo encefálico y reflejos espinales. El diagnóstico requiere una observación detallada del paciente, ya que la aparición de cualquier actividad voluntaria o contacto con el medio, puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial con otras entidades similares, como son el coma, muerte encefálica, síndrome de enclaustramiento, mutismo acinético y demencia. En relación con el tratamiento, en primer lugar, se llevará a cabo un soporte cardiorrespiratorio y posteriormente el tratamiento de la etiología del mismo, como puede ser el manejo quirúrgico o farmacológico. Una vez que el paciente no precise de soporte vital se dará paso a la planta de hospitalización realizando una valoración conjunta con la familia, para saber qué medidas y decisiones se llevarán a cabo. Es en esta última etapa, donde los cuidados paliativos presentan gran labor, priorizando el confort y el bienestar del paciente, aliviando toda sintomatología, general o específica de esta entidad, que pueda aparecer.

PO 230. CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA AVANZADA, LLEGAMOS TARDE

Esther Luna Chaves Rodríguez, Enrique Sánchez Relinque, María Luisa Amaya González
Hospital Comarcal de la Línea de la Concepción, La Línea de la Concepción, España

Introducción: Clásicamente, en nuestro país, la EPOC, se diagnostica de forma tardía. Actualmente, se observa un cambio en este sentido, probablemente en relación con una mayor información de la población general y un mayor *screening* por parte de los profesionales, a pesar de ello se sigue diagnosticando de forma tardía en un alto porcentaje.

Objetivo: Analizar la proporción de pacientes que se diagnostican de EPOC de manera tardía.

Metodología: Diseño: estudio retrospectivo. Muestra: pacientes diagnosticados de EPOC en el Hospital Quironsalud en los 3 años anteriores al estudio. Variables de estudio. 1) Epidemiológicas: Sexo, edad, índice de consumo anual de tabaco (ICAT) 2) Función pulmonar al diagnóstico 3) Clínica.

Resultados: Nuevos diagnósticos: 110 pacientes. Edad media: 52 años + 10, siendo en el 72 % hombres En el 60 % se establece diagnóstico tardío (EPOC moderada-severa) con un ICAT medio de 15, siendo un 43 % mujeres. Presentando criterios clínicos de bronquitis crónica un 88 % y una media de 3 exacerbaciones al año.

Conclusión: El diagnóstico de la EPOC sigue siendo de forma muy frecuente de manera tardía. Actualmente, se observa un cambio en este sentido, probablemente en relación con una mayor información de la población general y un mayor *screening* por parte de los profesionales, a pesar de ello se sigue diagnosticando de forma tardía en un alto porcentaje, esto conlleva un mayor número de pacientes EPOC que requerirán soporte paliativo dada la imposibilidad de realizar un tratamiento que controle la enfermedad dada la tardanza en el diagnóstico.

PO 231. OPINIÓN DE PROFESIONALES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO

M.^a José Cereijo Quinteiro¹, Marina Iglesias Gallego², Josu Irúrzun Zuazábal³, Eulalia Villegas Bruguera⁴, Manuel Hernández⁵, Marta Sancho Arbiol⁶

¹Hospital Lucus Augusti, Lugo, España. ²Hospital de Barbanza, Riveira, España. ³Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo, España. ⁴Hospital de Dos de Maig, Barcelona, España. ⁵Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, España. ⁶Hospital de Denia, Denia, España

Introducción: No existe una ley estatal sobre cuidados paliativos (CP). Existe además un debate social respecto a la eutanasia y el suicidio asistido ante el cual no podemos ser ajenos los profesionales sanitarios.

Objetivo: Conocer qué opinan los profesionales de HADO sobre las posibilidades legislativas a este respecto.

Metodología: Encuesta online elaborada por el grupo de trabajo de CP de SEHAD.

Resultados: Respondieron 91 (26 %) de los 350 socios, 76 médicos/as y 15 enfermeros/as, 64,8 % mujeres.

26 respuestas corresponden al País Vasco, 19 C. Valenciana, 15 Cataluña, 13 Galicia, 4 Castilla-León, y 12 de otras. El 43 % de las unidades lleva más de 20 años de actividad. El 83,5 % tiene en su cartera de servicios la Atención a la complejidad en cuidados paliativos. El 26,6 % atiende 200-500 pacientes paliativos/año y el 22,8 % más de 500. Ello supone una actividad de CP respecto al total del 25-50 % en el 33 % y más del 50 % en el 22 % de las unidades. El 66 % de los profesionales tienen 5-20 años de antigüedad y el 18,6 % más de 20. Respecto a formación, 37,4 % poseen máster-especialista universitario y 31,9 % formación de rango intermedio. Se asoció el mayor nivel de formación a que la cartera de servicios incluya atención a la complejidad ($p = 0,0058$) y a atender a más de 200 pacientes/año ($p = 0,0001$). Respecto a posibilidades legislativas:

- El 90,1 % creen necesaria una ley estatal de CP con presupuesto asignado.
- El 72,5 % están a favor de regular la despenalización de la eutanasia. El 100 % de las enfermeras están a favor de su despenalización.
- Los profesionales con más formación están más frecuentemente en contra de la regulación ($p 0,0003$).
- El 63,7 % están a favor de regular el suicidio asistido. No hay diferencias respecto a profesión o nivel de formación.
- El 86,8 % consideran compatibles el desarrollo de la atención paliativa de calidad con la despenalización de la eutanasia y/o el suicidio asistido.
- El 72,5 % considera que, si la eutanasia estuviera despenalizada, sería un acto médico.

Conclusiones:

1. Profesionales de SEHAD, con amplia experiencia y formación en CP, consideran necesaria:
 - Una ley nacional de cuidados paliativos con presupuesto asignado.
 - La regulación de la eutanasia y con menor consenso, del suicidio asistido.
2. No se considera que ambas cuestiones sean incompatibles.

3. Aunque una mayoría cree que la eutanasia es un acto médico, casi una tercera parte está en desacuerdo o no lo tiene claro.

PO 232. INTEGRACIÓN DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN UNA UNIDAD FUNCIONAL DE CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO

María Labori Trias, Miren Taberna Sanz, Jesús González-Barboteo, Sílvia Llorens-Torromé, Jordi Trelis Navarro, Gala Serrano-Bermúdez

Ico Hospitalet, L' Hospitalet de Llobregat, España

Introducción: Los pacientes con tumores de cabeza y cuello presentan una importante carga sintomática y frecuentemente, un contexto social frágil. Las recomendaciones actuales de las sociedades científicas promueven la intervención precoz y el seguimiento por un equipo de cuidados paliativos.

Objetivos: Describir las características de los pacientes atendidos por primera vez en la consulta externa de cuidados paliativos integrada en la unidad funcional de cáncer de cabeza y cuello.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes atendidos en esta consulta monográfica (enero de 2018-abril de 2019). Análisis de las principales variables demográficas, clínicas y terapéuticas.

Resultados: Se analizaron 55 pacientes: 71 % varones, 82 % afectos de carcinomas escamosos, 78,2 % con enfermedad recurrente-metastásica y 21,8 % localmente avanzada. Presentaban antecedentes de: enolismo (63,6 %), tabaquismo (76,4 %), psiquiátricos (11 %) y un elevado porcentaje de instrumentalización (45,5 % portadores de traqueostomía y/o gastrostomía). Los motivos de derivación más frecuentes fueron: seguimiento conjunto y mal control del dolor. En el momento de la derivación, el 49 % de los pacientes eran candidatos a tratamiento oncoespecífico, el 13 % estaban pendientes de decisión terapéutica, un 3,5 % no tenían evidencia de enfermedad activa y se había descartado tratamiento oncoespecífico en un 34,5 %.

La práctica totalidad había recibido tratamiento previamente para enfermedad localmente avanzada: cirugía ± quimio ± radioterapia (45,5 %), radioterapia ± quimioterapia (40 %). El 78 % de los pacientes referían dolor (42 % moderado-severo): 50 % con componente neuropático, 65 % incidental, 35 % con malestar emocional, 46 % con antecedentes de conducta adictiva y 3,6 % con deterioro cognitivo. De los pacientes con dolor (65 % en tratamiento previo con opioides mayores), un 63 % requirió ajuste analgésico.

Otros síntomas de intensidad moderada-severa fueron: astenia (56,4 %), xerostomía (47,3 %), anorexia (43,6 %), insomnio (34,5 %), estreñimiento (22 %); el 67,3 % presentaban disfagia. El 25,5 % de los pacientes presentaban ansiedad moderada-severa y el 43,6 % tristeza moderada-severa. De 31 pacientes interrogados, un 29 % manifestó preocupación por la imagen corporal. El 6 % fueron derivados a psico-oncología y el 23,6 % requirieron ajuste de psicofármacos. El 60 % cumplían criterios de fragilidad familiar: la mitad estaban en seguimiento por trabajo social y el 24 % fueron derivados de novo.

Conclusiones: Los pacientes con tumores de cabeza y cuello presentan una complejidad particular especialmente por

los tratamientos, la instrumentalización recibida, la elevada carga sintomática, la alteración de la imagen corporal y el contexto social. La intervención precoz y el seguimiento de estos pacientes por un equipo de cuidados paliativos puede mejorar el control sintomático y contribuye al abordaje de sus necesidades.

PO 233. CONSPIRACIÓN DE SILENCIO: DIFERENCIAS EN LA INFORMACIÓN AL ANCIANO FRENTE AL PACIENTE JOVEN

Iago Villamil Cajoto, Lucía Balea Vázquez, Carmen Martínez Lamas, Alicia Álvarez Pérez, Belén Fra Pérez
Hospital da Costa, Burela, España

Introducción: La conspiración de silencio (CS) es un tipo de alianza o pacto ilícito entre dos que daña a un tercero, en un contexto médico, que ocurre cuando la familia del paciente actúa con los sanitarios ocultando una enfermedad potencialmente mortal o grave al paciente. La CS puede ser total (se oculta diagnóstico y pronóstico) o parcial (existe ocultación del pronóstico y de actitud terapéutica). Hay poca información sobre la CS parcial en cuidados paliativos (CP) y ninguna de las diferencias en grupos de edad de estos pacientes.

Metodología: Estudio retrospectivo de los pacientes seguidos en CP entre septiembre de 2017 y septiembre de 2018 en nuestro centro. Se agruparon en mayores y menores de 65 años, considerando CS parcial como la ausencia de información pronóstica (por no haber sido informado de progresión de la enfermedad o de la limitación del tratamiento activo).

Resultados: Se revisaron 261 pacientes mayores de edad. En 9 pacientes no pudo precisarse la existencia o no de CS. Los 252 pacientes estudiados comprendían edades de 23 a 97 años, 57 pacientes en el grupo de menores de 65 años y 195 en el de mayores de 65 años. Existe CS parcial en 95 pacientes (38 %) en total. Existe CS en el grupo de menores de 65a en 14 casos (24 %) y en el grupo de mayores de 65 a en 81 casos (41 %).

Conclusión: La CS se produce generalmente a petición de la familia y también tiene que ver con la dificultad de los profesionales en dar malas noticias, comunicar una situación difícil o para afrontar las propias emociones intensas. En CP la CS viene determinada por la ausencia de información del plan terapéutico y pronóstico. Documentamos una diferencia significativa en la CS del grupo de mayores de 65 años. Consideramos que este hecho compromete la toma de decisiones en la población anciana. La pérdida de capacidad en un paciente que queda sin información de patología grave compromete la realización de una adecuada praxis. En una situación de fragilidad extrema como en situación de CP, existe una tendencia en nuestra opinión "discapacitadora" mayoritariamente entre la población anciana. Esto, unido a la tendencia a ocultar información de terminalidad, complica el manejo. Tras mejorar la información a los pacientes oncológicos parece existir una segunda barrera que limita la información de progresión, especialmente en el anciano.

PO 234. UNA HERRAMIENTA PARA ALCANZAR UNA COMUNICACIÓN EFICIENTE EN NUESTRA PRÁCTICA DIARIA DEL PASE DE PARTE

Raquel Colmena Recobeni, Mónica Pelegrín García, Ana Cabello Pérez
Clínica Nuestra Señora de Guadalupe, Esplugues de Llobregat, España

Introducción: En Enfermería la comunicación y la escucha activa son pilares fundamentales en la atención con los pacientes y las familias, siendo igual de importante entre el equipo interdisciplinar. En la comunicación pueden existir diversas dificultades, una de ellas es que, al transmitir un mensaje, el receptor capte ese mensaje dándole otro significado, y otra es que, la información aportada sea incorrecta o inadecuada, pudiendo ser causa de errores clínicos u organizativos. Con este proyecto hemos querido elaborar una herramienta que ayude al profesional de Enfermería a realizar un correcto pase de parte.

Objetivos:

- Definir las características, junto con los puntos fuertes y débiles, de una buena comunicación entre profesionales.
- Crear una herramienta para ayudarnos a que haya una comunicación eficiente entre el equipo.

Metodología: Mediante una revisión bibliográfica hemos creado una tabla donde se definen y exponen las características que debe tener una buena comunicación entre profesionales: 1. Actitudes en la comunicación (interés, motivación, respeto, sin interrupciones...). 2. Elementos de la comunicación paralingüística (voz, entonación, insinuaciones, cansancio...). 3. Elementos de la comunicación no verbal (contacto visual, gesticulación, expresión facial y corporal...). Gracias también a la revisión bibliográfica y a la información que precisa Enfermería en el pase de parte, hemos elaborado la herramienta AICE (*ad hoc*), para mejorar la calidad en la comunicación y ayudarnos a que la información sea justa, clara, completa y suficiente. Nuestra herramienta AICE que conforma las palabras, antecedentes, intervenciones, cambios y emociones, la desglosaremos en forma de esquema.

Resultados: 1. Tabla descriptiva de las características de una buena comunicación (puntos fuertes y débiles). 2. Esquema de la herramienta AICE.

Conclusiones: Un pase de parte de calidad es aquel que proporciona al receptor toda la información relevante y necesaria para la continuidad de cuidados, evitando las malas interpretaciones, las omisiones de información y la disminución del rendimiento laboral. El tiempo que se dedica al pase de parte es variable, y en nuestras unidades de cuidados paliativos dedicamos más tiempo para poder tratar las emociones del paciente y familia. En ocasiones el profesional de enfermería prescinde de esta información por no estar habituado o no creerlo relevante, por esta razón hemos elaborado esta herramienta que nos ayude a no olvidarlo.

PO 235. RECAMBIO DE SONDAS DE GASTROSTOMÍA EN DOMICILIO. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA EN HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Javier Ortiz Rambla, Irene Pino Bonet, Mar Rahona Navarro, Fernando Ortiz Soler, Carmen Porcar Molina, Eugenio Figols Ibañez

Hospital Universitario de La Plana, Vila-real, España

Objetivos: Realizar un análisis de las características de los pacientes y las complicaciones en el recambio de sondas de gastrostomía (PEG) en el domicilio.

Metodología: Estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo de los cambios de PEG en domicilio desde 2009 a 2018, analizando variables demográficas, indicaciones de la técnica, evolución y complicaciones.

Tras recibir en HaD la interconsulta de su médico de familia o del médico de centro socio sanitario, se acude a domicilio para su sustitución. Para las nuevas solicitudes gestionamos valoración previa del paciente en domicilio, revisión farmacológica, un desplazamiento al hospital (para valoración por medicina digestiva y anestesiología) y posterior educación sanitaria para el manejo de la misma.

Resultados: Se han realizado 394 cambios de PEG (39,4 al año de los cuales 4 son primeras colocaciones). La edad media de la muestra ha sido de 84,4 años (49,29 % hombres y 50,70 % mujeres). En relación con los diagnósticos que indicaron la colocación de la PEG, el 46,47 % sufrían algún tipo de demencia, el 0,98 % ictus isquémicos con disfagia como secuela, 7,04 % parálisis cerebral infantil, 7,04 % tumores de la esfera ORL, 5,03 % ictus hemorrágicos y 2,81 % daño cerebral sobrevenido. La frecuencia media con que se realizan los recambios se sitúa en 5,46 meses, oscilando entre 3 y 12 meses según paciente y marca de la sonda. Las complicaciones son escasas a destacar: el arrancamiento accidental, que no hemos cuantificado por tratarse de una de las indicaciones para recambio, la fuga del contenido gástrico, atribuible en nuestro medio domiciliario a un inadecuado manejo por parte de los cuidadores principales, y la aparición de granuloma a nivel de la ostomía que solo se presentó en 3 pacientes.

Conclusión:

- Realizamos en domicilio una técnica que antes de esta iniciativa obligaba al paciente a desplazarse al hospital, en muchas ocasiones al servicio de urgencias.
- Coordinando los recursos y realizando visita previa a domicilio se reduce la estancia hospitalaria con la consiguiente comodidad para el paciente y la familia y el ahorro para el sistema sanitario.
- La educación sanitaria posterior aporta seguridad y confianza en el manejo de la sonda por parte de la familia. Consideramos que es un indicador de calidad la satisfacción percibida de la atención, dando continuidad en los cuidados.

PO 236. UNA VERSIÓN REDUCIDA DEL CUESTIONARIO DEL SENTIDO EN LA VIDA EN PACIENTES PALIATIVOS

M.^a Dolores Fernández-Pascual¹, Ana M.^a Santos-Ruiz¹, María Angélica Giordano², Abilio Reig-Ferrer¹

¹Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, España.

²Clínica HLA Vistahermosa, San Vicente del Raspeig, España

Introducción: La versión española del Cuestionario del Sentido en la Vida (Meaning in Life Scale, MiLS) es una medida de bienestar espiritual que evalúa un concepto único y coherente, la espiritualidad como sentido de vida, a través de 21 ítems integrados en 4 dimensiones o escalas de espiritualidad. A pesar de haber demostrado ser un instrumento viable, fiable y válido para evaluar el bienestar espiritual en distintos contextos y grupos de interés (Reig-Ferrer y cols., 2012; Reig-Ferrer y cols., 2015; Reig-Ferrer y cols., 2019), su extensión y tiempo de administración puede presentar cierta limitación en su implementación en la práctica clínica.

Objetivo: Disponer de una versión reducida del Cuestionario de Sentido en la Vida (CSV) y proporcionar nueva evidencia sobre la validez y fiabilidad de este instrumento como herramienta específica de medida de la espiritualidad en cuidados paliativos.

Metodología: Estudio psicométrico en dos fases. Fase 1: análisis cuantitativo y cualitativo de los 21 ítems del CSV, reducción de ítems redundantes y con poca claridad conceptual y propuesta de la versión reducida. Fase 2: aplicación de la versión reducida a una muestra disponible y significativa de pacientes en situación paliativa atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos de la Clínica HLA Vistahermosa (Alicante), sus familiares y los profesionales que trabajan en dicha Unidad; análisis de las propiedades psicométricas de la versión reducida para su uso en la práctica clínica. Los datos resultantes se han analizado con el paquete estadístico de IBM SPSS versión 25.

Resultados: Fase 1: acorde a la metodología expuesta y sin perjuicio de su validez de contenido se eliminaron 14 ítems del cuestionario original consiguiendo una versión reducida compuesta por 7 ítems referentes a las 4 dimensiones o escalas de espiritualidad: Propósito (ítems 1, 11), Significado (ítems 2, 4), Paz interior (ítems 15, 17) y Beneficios de la espiritualidad (ítem 16, 19). Fase 2: el análisis de fiabilidad informa de una buena consistencia del instrumento; el análisis factorial de la versión reducida confirma la estructura unidimensional del cuestionario. El sumatorio de los ítems permite extraer un índice global de sentido en la vida.

Conclusión: Se aporta un índice global de sentido en la vida con garantías métricas de calidad, pudiendo ser utilizado por su brevedad e interpretabilidad para evaluar empíricamente la dimensión espiritual en diversos grupos de pacientes en atención paliativa.

PO 237. ANÁLISIS DE LOS PACIENTES QUE FALLECEN ATENDIDOS POR UN EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO

José Ignacio Ferradal García¹, Sofía Gago Rodríguez², Andrea Weiga Barrientos¹, José Andrés García Martín¹, Asunción Manuela Pérez García¹, María José Huerga Pesquera¹

¹ESDCP, León, España. ²Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, León, España

Introducción: Longevidad y multimorbilidad son factores que incrementan la necesidad de cuidados paliativos, sobre todo en las etapas finales de la vida. En general, los pacientes prefieren permanecer en su domicilio y los equipos de soporte domiciliario brindan cuidados para mejorar la calidad de vida hasta el final de la misma.

Objetivos: Conocer el perfil de los pacientes atendidos por un equipo de soporte domiciliario a partir de los datos sobre su actividad.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional sobre pacientes en programa fallecidos entre mayo de 2018 y 2019. Los datos se obtienen a partir de la base de datos donde se vuelca la actividad cotidiana del equipo domiciliario, formado por médico y enfermera, que se desarrolla en municipios urbanos y rurales. Los datos fueron tratados con el programa estadístico EPI-INFO versión 7.2.2.6 de uso libre.

Resultados: Entre mayo de 2018 y 2019, atendidos por un equipo de soporte domiciliario, fallecieron 177 personas de las que 73 eran mujeres. Los procesos oncológicos estuvieron presentes en el 89,3 % de las causas. El promedio global de edad fue de $77,3 \pm 12,8$ años sin diferencias entre hombres y mujeres. El tiempo de seguimiento fue de 66,7 días, 60 en el caso de las mujeres y 76 entre los varones, pero sin encontrarse diferencias significativas ($p = 0,2$). Entre las causas destacan el 21,4 % atribuidas al cáncer de pulmón y 19,7 % a tumores originados en el tubo digestivo. Un 57,9 % fallecieron en su domicilio habitual y un 34,5 % en la Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos hospitalarios. Menos de un 10 % acontece en el hospital o en un centro concertado. De los fallecidos en su domicilio, a un 81 % se les aplicó perfusión continua subcutánea en los últimos días frente al 45,4 % de los atendidos en residencias de mayores.

Conclusiones: La casuística y la frecuencia de las causas de muerte atendidas coinciden en nuestra serie con las de estudios similares. Destaca que uno de cada 5 fallecimientos de cáncer de pulmón sucede en mujeres.

PO 238. FATIGA DE COMPASIÓN. SITUACIÓN ACTUAL DE PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

María Sánchez Isac^{1*}, Ana García García^{1*}, Coro Pérez Aznar^{1*}, Cristina de Miguel Sánchez^{2*}, María Isabel Carreras Barba^{3*}, Cristina Morán Tiesta^{4*}, Lara Sanz Ventureira^{5*}, Miriam Bravo Prados^{6*}, Carmen Molina Cara^{7*}, Pilar Aira Ferrer^{8*}, José Manuel Cano González^{9*}, Miguel Ángel Ferreri San Juan^{10*}, María Consuelo Fernández Gómez^{11*}, Roberto Vargas^{12*}, Carla Núñez Fernández^{13*}, Beatriz García García^{14*}, María Antonia Lacasta Reverte^{15*}, Teresa Tojar Grisolia^{16*}, Mónica Ruiz Ruiz^{17*}, Gema Flox Benítez^{18*}, Montserrat Sanchez Pellitero^{19*}, Mario de la Iglesia Gómez^{20*}, Concepción Díaz Tordable^{21*}, Manuel Rigal^{22*}, Nuria Fernández Rodríguez^{23*}, María Elviro^{24*}, Javier Rocafort^{25*}, Paula Jiménez Domene^{25*}, Elena Ávila^{26*}, Javier Pertíñez Moreno^{27*}, Elías Díaz Albo^{28*}, Magdalena Sánchez Sobrino^{29*}

¹UCP Agudos Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios Espronceda, Madrid, España.

³Coordinación Regional de CP de la CM, Madrid, España.

⁴ESAPD DA Norte. ⁵ESAPD Espronceda DA Centro. ⁶ESAPD Goya. ⁷ESAPD Legazpi. ⁸ESAPD DA Oeste. ⁹ESAPD Sureste.

¹⁰ESAPD Jazmín. ¹¹ESAPD-Sur, Getafe. ¹²ESH Móstoles.

¹³ESH 12 de Octubre. ¹⁴ESH Getafe. ¹⁵UCP Agudos y ESH La Paz. ¹⁶ESH Puerta de Hierro. ¹⁷ESH Ramón y Cajal. ¹⁸ESH

Severo Ochoa. ¹⁹ESH Severo Ochoa. ²⁰H. Fuenlabrada. ²¹Pal24. ²²UAIPP Niño Jesús. ²³UCPME FISJ. ²⁴UCPME Laguna. ²⁵UCPME Poveda. ²⁶UCPME San Camilo. ²⁷UCP Hospital Santa Cristina. ²⁸UCPME La Beata María Ana. ²⁹CRCP. *Grupo FCEA InvestPaL Madrid

Introducción: Los profesionales de Cuidados Paliativos (CP) al estar expuestos al sufrimiento humano son un colectivo vulnerable a la aparición de fatiga de compasión (FC). Es importante conocer su situación actual, así como la presencia de factores relacionados con este constructo.

Objetivos: Describir factores laborales, personales y de autocuidado, predictores o protectores de la presencia de FC, en profesionales de CP de la Comunidad de Madrid (CM).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Recogida de datos: Participaron de manera voluntaria profesionales en activo de las unidades de CP públicas y concertadas de la CM. Se recogieron variables sociodemográficas, laborales, personales y de actividades de autocuidado. Análisis: Estadística descriptiva y analítica. Test estadísticos: prueba de Kruskal-Wallis.

Resultados: Participaron 269 sujetos, 49 % del total de profesionales de CP de CM. 84 % Mujeres y 53 % con edades entre 36-53 años. La muestra está constituida por enfermeras (37 %), médicos (26 %), auxiliares enfermería (22 %), administrativos (AA, 6 %), psicólogos (PS, 5 %) y trabajadores sociales (TS, 4 %). El 61 % con 2-11 años de experiencia en CP. Trabaja en CP por decisión propia el 84 % y el 91 % participa en actividades formación continuada. El 24 % afirman experimentar FC y el 58 % siente que su salud está afectada por su trabajo. El 27 % ha pensado alguna vez cambiar o dejar su trabajo, el 24 % se siente aislado/incomprendido en su vida social y el 48 % no se siente reconocido por compañeros de otras especialidades. Los aspectos del trabajo que consideran más estresantes por orden de importancia fueron aspectos relacionados con las familias, el sufrimiento y las condiciones de trabajo. Los elementos que les ayudan a sentirse mejor en el trabajo fueron por orden de importancia la satisfacción de ayudar a los pacientes/familias y sentir que hago mi trabajo con eficacia. En cuanto a actividades de autocuidado: 87 % pasa tiempo con familia/amigos, 67 % realiza actividad física para relajarse y mantenerse sano, 64 % se dedica tiempo a sí mismo, 34 % realiza actividades espirituales y el 2 % no realiza ninguna. El 39 % practican actividades de mejora de habilidades de trabajo en equipo y el 37 % de habilidades de comunicación.

Conclusiones: Uno de cada 4 profesionales de CP experimenta FC, y la mitad no se siente reconocido por sus compañeros. Los factores laborales más estresantes fueron las familias y el sufrimiento. Aun así, la satisfacción de ayudar a los pacientes/familias les hace sentirse mejor. La mayoría practican actividades de autocuidado.

PO 239. PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE FATIGA DE COMPASIÓN EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS. FACTORES ASOCIADOS

Coro Pérez Aznar^{1*}, Ana García García^{1*}, María Sánchez Isac^{1*}, Cristina de Miguel Sánchez^{2*}, María Isabel Carreras Barba^{3*}, Cristina Morán Tiesta^{4*}, Lara Sanz Ventureira^{5*}, Miriam Bravo Prados^{6*}, Carmen Molina Cara^{7*}, Pilar Aira

Ferrer^{8*}, José Manuel Cano González^{9*}, Miguel Ángel Ferreri San Juan^{10*}, María Consuelo Fernández Gómez^{11*}, Roberto Vargas^{12*}, Carla Núñez Fernández^{13*}, Beatriz García García^{14*}, María Antonia Lacasta Revete^{15*}, Teresa Tojar Grisolia^{16*}, Mónica Ruiz Ruiz^{17*}, Gema Flox Benítez^{18*}, Montserrat Sanchez Pellitero^{18*}, Mario de la Iglesia Gómez^{19*}, Concepción Díaz Tordable^{20*}, Manuel Rigal^{21*}, Nuria Fernández Rodríguez^{22*}, María Elviro^{23*}, Javier Rocafort^{23*}, Paula Jiménez Domene^{24*}, Elena Ávila^{25*}, Javier Pertíñez Moreno^{26*}, Elías Díaz Albo^{27*}, Magdalena Sánchez Sobrino^{28*}

¹UCP HGU Gregorio Marañón, Madrid, España, ²ESAPD Espronceda, Madrid, España, ³Coordinación Regional de CP de la CM, Madrid, España. ⁴ESAPD DA Norte, ⁵ESAPD Espronceda DA Centro, ⁶ESAPD Goya, ⁷ESAPD Legazpi, ⁸ESAPD DA Oeste, ⁹ESAPD Sureste, ¹⁰ESAPD Jazmín, ¹¹ESAPD-Sur (Getafe), ¹²ESH Móstoles, ¹³ESH 12 de Octubre, ¹⁴ESH Getafe, ¹⁵UCP Agudos y ESH La Paz, ¹⁶ESH Puerta de Hierro, ¹⁷ESH Ramón y Cajal, ¹⁸ESH Severo Ochoa, ¹⁹H. Fuenlabrada, ²⁰Pal24, ²¹UAIPP Niño Jesús, ²²UCPME FISJ, ²³UCPME Laguna, ²⁴UCPME Poveda, ²⁵UCPME San Camilo, ²⁶UCP Hospital Santa Cristina, ²⁷UCPME La Beata María Ana, ²⁸CRCP. Grupo FCEA, *Grupo FCEA InvestPaL Madrid

Introducción: Los trabajadores expuestos al sufrimiento humano pueden ser más vulnerables a la aparición de fatiga de compasión. Es importante conocer en qué medida la atención a los pacientes en las fases finales de su vida y a sus familiares está impactando sobre los profesionales de cuidados paliativos (CP).

Objetivos: Describir la prevalencia y los factores asociados a la percepción subjetiva de fatiga de compasión en los profesionales de CP de la Comunidad de Madrid (CM).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Recogida de datos: participaron de manera voluntaria profesionales en activo de las unidades de CP públicas y concertadas de la CM. Se recogieron variables sociodemográficas, laborales, personales y de actividades de autocuidado. Análisis: t-student, prueba Levene, ANOVA, Bonferroni y correlación de Spearman.

Resultados: Cumplimentaron el cuestionario 269 profesionales, 49 % del total de profesionales de CP de CM. El 84 % fueron mujeres. El 53 % de los sujetos con edades comprendidas entre 36-53 años.

El 24 % afirmaron tener percepción subjetiva de FC, 76 % hombres, y el 30 % entre 45 y 53 años. Entre ellos se encontraron diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$, respecto a las distintas profesiones: 38 % auxiliar enfermería, 24 % enfermera, 18 % trabajador social, 17 % auxiliar administrativo, 15 % psicólogos y 14 % médicos, el lugar de trabajo: 37 % UCP Agudos vs. ESAPD 18 % y Unidad Atención Integral Paliativa Pediátrica 16 % y el tamaño del equipo, si es de 2-4 profesionales 34 % vs. más 10 profesionales 15 %. Otros factores que se asociaron con significación estadística $p < 0,05$ a la percepción de FC fueron: no tener formación específica previa en CP, vivencia de que su salud se ve afectada por el trabajo, automedicarse, consumir alcohol u otras sustancias para disminuir el estrés, haber pensado alguna vez dejar o cambiar de trabajo por estrés, no haber experimentado situaciones emocionalmente impactantes antes de trabajar en CP, sentirse incomprendido/aislado en su vida familiar/social debido a su trabajo en CP, sentir que

su trabajo es poco reconocido por compañeros de otras especialidades y no practicar actividades de cohesión grupal. El 96 % de los participantes consideraron que la institución les debería facilitar actividades de autocuidado.

Conclusiones: Uno de cada 4 profesionales de CP identifica que sufre fatiga de compasión. El perfil profesional más representativo correspondería a personal de enfermería, de UCP de agudos y en equipos pequeños. La institución debería promover actividades favorecedoras de autocuidado.

PO 240. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES ATENDIDOS O NO POR EQUIPO DE SOPORTE DOMICILIARIO DE PALIATIVOS TRAS HOSPITALIZACIÓN

Gema Flox Benítez, Montserrat Sánchez Pellitero, Juan Martín Torres, Susana Plaza Canteli
Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España

Objetivos: Describir las características clínicas de pacientes ingresados o valorados como interconsultas en la Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria (UCPH) que, al alta, son derivados al Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD) frente a aquellos que no se derivan (NO ESAD).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en UCPH del hospital universitario de 2º nivel desde 1 de enero de 2002 hasta 31 de diciembre de 2018. Se analizaron variables epidemiológicas y evolución.

Resultados: Pacientes atendidos 4472, se derivaron a ESAD 1217 (27,2 %). 64,7 % hombres. La media de edad fue de 71,8 años (DE 12). El 93,7 % eran oncológicos. En el grupo NO ESAD, el 42,2 % eran hombres, con edad media de 72,3 años (DE 12) y un 84,4 % oncológicos. Los pacientes ESAD ingresaban de forma urgente en el 71,3 % de los casos, programados el 9,3 % y por traslado de otros servicios el 4,7 %, frente al 72,3 %, 7,6 % y el 9 % respectivamente los NO ESAD. La estancia media hospitalaria fue 7,2 días en grupo ESAD (8,3 en NO ESAD). El alta en el grupo ESAD fue a domicilio en el 75,4 %, a Hospital de media larga estancia de Paliativos (HPMLE) en el 6,9 % y por éxitus en 17,5 % frente al 42,2 %, 13,4 % y 42 % respectivamente en los NO ESAD. La mediana de tiempo en programa en pacientes ESAD fue 98 días (37 días en los NO ESAD). El lugar de éxitus en el grupo ESAD fue en UCPH en 34,7 %, en otros servicios hospitalarios en 4,7 %, en domicilio en 31,5 % y en HPMLE 25,8 %. La mediana de días de enfermedad fue 555 días con tiempo medio desde alta-fallecimiento de 127,9 días. El lugar de éxitus en los NO ESAD fue en UCPH en 56,9 %, otros servicios hospitalarios en 6,5 %, domicilio en 9,2 % y en HPMLE 21,9 %. La mediana de días de enfermedad fue 425 días y tiempo medio alta-fallecimiento de 84,2 días.

Discusión: Los pacientes con ESAD con más frecuencia son oncológicos y varones, tienen menor estancia hospitalaria y más altas a domicilio. Tienen además mayor porcentaje de fallecimientos en domicilio y en HPMLE. El tiempo medio en programa, mediana de días de enfermedad y tiempo medio desde alta-fallecimiento fue también más prolongado en este grupo.

Conclusión: La atención por ESAD tiene un claro impacto positivo, no solo en favorecer alta a domicilio y permitir el fallecimiento en casa, sino que es beneficioso en términos de supervivencia.

PO 241. MEJORA FUNCIONAL Y DE CALIDAD DE VIDA TRAS PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Manuel Pereira Domínguez, Laura Merinero Casado, Francisca Sierra García, Lara Asensio Bordonaba, José María Cabral García

Equipo de Atención Psicosocial, Hospital Virgen del Rocío/ Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: La atención fisioterapéutica aumenta significativamente su importancia dentro de los equipos de cuidados paliativos, existiendo más atención física y funcional sobre el paciente. Cuando existe una mejoría funcional en estos pacientes, mejora su percepción de calidad de vida, reforzando otros valores como su dignidad o autoestima.

Objetivo: Valorar la relación entre la mejoría funcional del paciente que se objetiva a través de distintas exploraciones físicas, y las variaciones obtenidas en la calidad de vida percibida por los pacientes, tras la intervención del fisioterapeuta.

Metodología: Estudio cuasiexperimental. Cohorte prospectiva. Tipo antes-después. Se realizaron 4 visitas por parte del fisioterapeuta: primer día de inclusión, a los 7, 15 y 30 días. Se obtuvieron mediciones mediante la escala de calidad de vida percibida (WHOQOL-BREF) y otras variables exploratorias (control de tronco, voleto, etc.) Se realizó un análisis inferencial nivel de confianza 95 %. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0. Dintel significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes (58,9 % Hospitalización Domiciliaria, 21,7 % Cuidados Paliativos, 19,3 % Medicina Interna), 59,9 % varones. El 26,2 % fallecieron antes de finalizar la intervención (N = 50), un 20,4 % de pérdidas en seguimiento por otros motivos (N = 39) (ingreso hospitalario u abandono). En las variables exploratorias, se mantienen sin cambios las variables de control de tronco, tanto en cama a 45°, como en sedestación. Mejora el volteo en cama (de 75,7 % a 82,7 %), la elevación de glúteos (de 73 % a 84,3 %), marcha independiente (de 13 % a 30,5 %), sedestación (N = 82, de 85,4 % a 89 %) y bipedestación (N = 80, de 60 % a 70 %). Las puntuaciones de calidad de vida percibida (WHOQOL-BREF) antes y después de la intervención (antes N = 88, después N = 64) en las diferentes variables fueron: salud física 8,31 a 9,38; salud emocional 10,89 a 11,43; relaciones interpersonales 11,75 a 12,19; relaciones con el entorno 12,27 a 12,86.

Conclusiones: El análisis antes-después de la intervención mostró mejoría en la calidad de vida percibida (WHOQOL-BREF). Este adelanto puede estar asociado al progreso en las variables exploratorias, aunque tampoco habría que descartar que este hecho se debiese a otras variables no controladas.

PO 242. SITUACIÓN INTERNACIONAL DE LA EUTANASIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Antonio Miguel Cano Tébar¹, María Ángeles Herrera Carrera¹, Constanza Sancho Calatrava¹, Rosario Melero Cañadas², Carlos Pereda Ugarte¹

¹Hospital Santa Bárbara, Puertollano, España. ²Hospital General de Valdepeñas, Valdepeñas, España

Se define eutanasia como la “conducta (por acción u omisión), intencional o dirigida a terminar con la vida de una

persona que padece una enfermedad grave e irreversible, a petición expresa y reiterada de esta por razones compasivas en un contexto médico” (SECPAL, 2002). En los últimos años, la regulación y sus repercusiones a nivel ético, político y legal han suscitado un renovado interés y un profundo debate en nuestro país. El objetivo del presente trabajo es precisamente entrar en ese debate aportando una visión internacional para tratar de comprender mejor la situación actual de la eutanasia y la asistencia al suicidio en el ámbito sanitario y legal. Se realizó una revisión sistemática utilizando las principales bases de datos científicas. Como resultado, se obtuvieron un total de 21 artículos. Para ello, se seleccionaron aquellos que han sido realizados en los últimos 5 años utilizando la metodología Sandelowski: búsqueda, evaluación, clasificación y síntesis. En todos se analizan los diferentes escenarios legales de la eutanasia de varios países europeos, así como en Canadá, Estados Unidos, América Latina y Oceanía. Finalmente, se obtuvo un modelo con el que comparar y analizar los supuestos legales recogidos en los artículos seleccionados. De este análisis se deduce que, si bien existe cierto consenso internacional hacia la regulación de este tipo de prácticas, estas no están exentas de polémica y, en cierto grado, de desconocimiento a la hora de la aplicación de los protocolos establecidos. Por tanto, es necesario reconocer que la legislación no es perfecta. Además, es importante enfatizar que si el objetivo de la búsqueda es un marco legal que abarque el concepto de la “muerte digna”, se requieren de unos cuidados paliativos integrales, donde la eutanasia sea solo un aspecto más a tener en cuenta a la hora de salvaguardar los derechos de las personas que se encuentran en la fase final de su vida.

PO 243. SÍNDROME DE DESMORALIZACIÓN: UNA APROXIMACIÓN A LA VALORACIÓN DEL SUFRIMIENTO EXISTENCIAL

Carlos Ibars Terés¹, Priscila Muñoz San Juan², Vanesa Aresté Vilanova¹, María Camats Gabernet¹, Mateu Ubach Mezcuá¹, Meritxell Enrich Grifol²

¹Eaps Domusvi Lleida, Lleida, España. ²Pades Hospital Comarcal del Pallars, Tremp, España

Introducción: El estado de vulnerabilidad de las personas en situación de enfermedad avanzada provoca reacciones específicas en su estado de ánimo y en la dimensión espiritual, observándose rasgos diferenciales entre los síntomas clásicos de depresión (DSM IV-TR) y las características del malestar emocional y espiritual en pacientes paliativos. El síndrome de desmoralización (SD) se describe como un estado caracterizado por la presencia de desánimo, desamparo, abatimiento, pérdida de sentido y fracaso, y ha sido desarrollado por autores como Frank (1993) y operativizado posteriormente por Kissane (2017). Esta entidad clínica responde a la necesidad observada de especificidad en la descripción e intervención sobre el malestar emocional y espiritual de los pacientes con enfermedades amenazantes para su vida.

Objetivos:

- Detectar SD en pacientes atendidos por un equipo de atención psicosocial (EAPS).
- Valorar diferencias significativas entre pacientes crónicos geriátricos y pacientes paliativos.

- Valorar la especificidad del instrumento New Demoralization Scale Spanish Adaptation - II (DS II) para detectar sufrimiento existencial.

Metodología: Estudio descriptivo transversal en pacientes atendidos por el EAPS, en hospital o domicilio. Para la recogida de datos (marzo-junio de 2019), inicialmente se realizó una entrevista semiestructurada de valoración clínica; en caso de detección de malestar emocional, se valoraron criterios de exclusión (deterioro cognitivo, síntomas psicoemocionales y/o clínicos que dificultan respuesta, diagnóstico previo trastorno mental severo). Para la identificación del SD, se administró el DS - II, pudiéndose obtener una gradación de intensidad del mismo (ausente, moderado, severo).

Resultados: Muestra total pacientes: N = 25; resultados globales: SD ausente= 40 %; SD moderada = 60 %; severa = 0 %. Resultados por tipo de pacientes: paliativos: SD ausente = 30 %; SD moderada = 70 %; SD severa = 0 %; geriátricos: SD Ausente = 50 %; SD moderada = 50 %; SD severa= 0 %. El 60 % de muestra presenta SD moderado. En pacientes paliativos, el SD moderado asciende al 70 %, siendo inexistente SD severo, en todos los pacientes valorados. No existe diferencia significativa entre ambos grupos, probablemente debido al tamaño de la muestra.

Conclusiones: El incremento de vulnerabilidad de los pacientes geriátricos y paliativos provoca síntomas relacionados con SD. En los paliativos, estos signos son mucho más habituales, apoyando la tesis de la importancia de diagnóstico diferencial para el ajuste de la intervención sobre el malestar emocional y espiritual. Respecto al DS-II, favorece la conexión del paciente con la vivencia íntima de su situación vital, demandando para su uso en clínica, de alto grado de introspección y vinculación segura entre paciente y terapeuta.

PO 244. EL DUELO EN LAS REDES SOCIALES

María López-Aragón¹, Salvador Martín Utrilla¹, Francisco J Pascual-Plá², Charo Boscá Mayans³

¹Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos.

Universidad Católica de Valencia, Valencia, España.

²Fundación Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España.

³Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

Introducción: La pérdida de un ser querido es uno de los sucesos vitales más traumáticos que pueden afectar a una persona de forma física, mental, emocional y espiritual. Ahora en el siglo XXI, el duelo ha evolucionado haciendo que se introduzca unos nuevos comportamientos en la sociedad que aún se están asentando poco a poco, es el introducir nuestros sentimientos de tristeza en las redes sociales haciendo que pueda introducirse en un futuro dentro de alguna de las fases del duelo.

Objetivos: Analizar y recopilar los diferentes textos que han hablado sobre el duelo usando las redes sociales.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de la literatura de los años 2010 a 2019, usando como bases de datos: EBSCO, CINAHL y algunos sitios web. Tras aplicar los filtros y las estrategias de búsqueda se obtuvo un total de 292 documentos, de los cuales se eligió 12 para su análisis.

Resultados: Tras la búsqueda con las palabras clave definidas, se obtuvieron 292 artículos. 12 de ellos cumplían los criterios de inclusión. Entre los temas tratados destaca el uso de las redes sociales como lugares donde se conmemora al fallecido y donde se responde al duelo de los familiares, especialmente en poblaciones vulnerables como los menores.

Conclusiones: La literatura científica revisada es escasa para el enorme uso de las redes sociales y es conveniente definir los objetivos de las investigaciones para obtener mayor evidencia científica.

PO 245. TIEMPO DE SEGUIMIENTO POR UN EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS, ¿VARÍA SEGÚN LA EDAD?

Raquel Tinoco Gardón, María Eugenia de la Hoz Adame, Antonia González Quiñones¹, Belén Domínguez Fuentes Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: El tiempo de seguimiento de los pacientes en programa domiciliario por un equipo de soporte de cuidados paliativos es diverso según diversas circunstancias, entre ellas, la edad. Durante dicho periodo ofreceremos al paciente el mayor confort y calidad de vida posible.

Objetivos: Nuestro objetivo fue determinar el tiempo de seguimiento de los pacientes derivados al Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) en función de la edad.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de los pacientes incluidos en el programa de seguimiento domiciliario del ESCP que fallecieron entre enero de 2018 a abril de 2019. Se revisaron las historias recogiendo los datos referentes a la edad y el periodo de tiempo transcurrido entre su inclusión en programa y su fallecimiento expresado en días.

Resultados: De los pacientes incluidos en el programa de ESCP de nuestro hospital en el periodo de enero de 2018 a abril de 2019, fallecieron un total de 391 pacientes. El 6,9 % (27 pacientes) tenían 50 años o menos, el 43,2 % (169 pacientes) tenían entre 51 a 74 años y el 49,9 % (197 pacientes) tenían 75 años o más. El tiempo medio de seguimiento por el ESCP de nuestro centro fue de 65,8 días en el primer grupo, de 88,3 días en el segundo y de 100,3 días en el tercero.

Conclusión: Podemos concluir con los datos obtenidos en nuestro estudio que, a pesar de la mayor edad, los pacientes mayores de 75 años permanecen más tiempo en nuestro programa. En este grupo de pacientes es más frecuente que no se inicie o se rechace tratamiento activo y se considere antes un abordaje paliativo. Los pacientes más jóvenes reciben tratamientos activos hasta fases más avanzadas, y se derivan más tarde al ESCP, cuando el pronóstico vital corto.

PO 246. COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE DOLOR PARA EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DOLOR DE DIFÍCIL MANEJO

David Bottaro Parra, Dulce Rodríguez Mesa, Susana Bella, Carolina Lopez, Yolanda López Sanchez, DUI María Bono Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Reus, España

Introducción: El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en los pacientes con enfermedades oncológicas. Entre un

70-80 % de pacientes experimentan dolor desde las fases más iniciales de la enfermedad. La supervivencia y complejidad en pacientes con enfermedades oncológicas ha incrementado debido a la detección precoz y la aparición de nuevas líneas de tratamiento oncológico. A pesar de que los equipos sanitarios son conscientes del aumento de la complejidad, la incidencia del dolor mal controlado persiste. De aquí la necesidad de crear un comité multidisciplinar de dolor en el que participan médicos de cuidados paliativos integrado al servicio de oncología, oncología radioterápica, anestesiología, traumatología, reumatología, psicología y enfermería.

Metodología: Se ha creado una agenda virtual en la cual se citan 15 pacientes cada semana para acceder a su historial médico y pruebas complementarias durante cada sesión y poder ofrecer el mejor plan terapéutico posible. Entre los planes terapéuticos están la valoración médica especializada, técnicas infiltrativas, colocación de parches de capsaisina 8 %, radioterapia, intervenciones quirúrgicas, etc.

Resultados: Tras 6 meses de haber iniciado el comité, los Resultados obtenidos son positivos. En los primeros dos meses fueron valorados 107 casos de los cuales el 40 % eran pacientes oncológicos. El 100 % de los pacientes ya tenían una pauta analgésica con opioides, coanalgésicos y neuro-moduladores. Al 37 % se les indicó alguna técnica infiltrativa que se realizó en un tiempo medio de 2 semanas y con una mejoría del dolor > 50 %. El 12,5 % fue valorado y tratado con radioterapia en una media de 1 semana con una mejoría del dolor > 75 %. Otro 12,5 % fue valorado por alguno de los especialistas que conforman el comité para valoración y/o ajuste de la pauta de tratamiento. Fueron citados en una media de 2 semanas, logrando mejoría del dolor > 50 %. Al 3 % se le realizó intervención quirúrgica en una media de 3 semanas con una mejoría del dolor de 50 %. Al 100 % de los pacientes se les pudo reducir la pauta de morfínicos que tenía de base.

Conclusiones: El comité multidisciplinar del dolor nos ayuda a dar respuesta rápida y efectiva a pacientes con enfermedades oncológicas que presentan dolor complejo de difícil manejo. Los datos preliminares nos alientan para seguir trabajando de forma multidisciplinar para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

PO 247. RESPUESTA ANTIÁLGICA AGUDA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UNA DOSIS ÚNICA DE RADIOTERAPIA EN METÁSTASIS ÓSEAS

Cristina García Aguilera, Reyes Ibáñez Carreras, Anabela Miranda Burgos, Cecilia Escuin Troncho, Martín Tejedor Gutiérrez

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Introducción: Las metástasis óseas pueden tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada por la aparición de dolor. La radioterapia juega un papel importante en el control sintomático. Se ha demostrado que no hay diferencias significativas en cuanto al control del dolor utilizando una única sesión de 800 cGy frente a otros esquemas de fraccionamiento. Se estima que hasta un 80 % de los pacientes que reciben una dosis única disminuyen en un 80 % el dolor, y de estos la mitad responden en los primeros 10 días tras el tratamiento.

Objetivo: Valorar la respuesta antiálgica aguda al tratamiento tras una única sesión de radioterapia en metástasis óseas sintomáticas.

Metodología: Desde enero del 2014 hasta diciembre del 2018 hemos tratado a 712 pacientes con dosis únicas de 800 cGy sobre metástasis óseas con intención paliativa antiálgica. Seleccionamos aquellos que tuvieran una puntuación EVA > 5 de base (90 % de los pacientes). Registramos el dolor máximo y el consumo de analgésicos previo al tratamiento radioterápico. Además, evaluamos la respuesta antiálgica de forma aguda (al mes tras el fin del tratamiento).

Resultados: Analizamos 641 pacientes con una media de edad de 59,2 años (rango, 34-82). Los tumores de mama y próstata constituían el 65 % de los pacientes con metástasis óseas. Aquellos pacientes que respondieron de manera aguda tuvieron una media de reducción de la puntuación EVA de 3,66 puntos. Además, la dosis de analgésicos consumidos se redujo en 499 pacientes (78 %).

Un total de 526 pacientes (82 %) respondieron al tratamiento al mes de finalizarlo y en 115 pacientes (18 %) el dolor no se había modificado.

Conclusiones: La administración de una dosis única de radioterapia con 800cGy sobre las metástasis óseas sintomáticas supone un alivio importante del dolor en un alto porcentaje de pacientes, por lo que deberíamos de ofrecerlo, incluso a aquellos con una expectativa de vida reducida, dada la rapidez de la respuesta antiálgica.

PO 248. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE UN VOLUNTARIADO EN CUIDADOS PALIATIVOS

Laura Parra Ortega, Lucía Pérez Caro, Trinidad Martínez Fernández, Ana María Almansa Sáez, Pablo Mellado Cruz Cruz Roja Almería, Almería, España

Introducción: Los datos nacionales revelan la actual tendencia creciente del voluntariado. Se han observado dos grupos de edad predominantes: menores de 35 y mayores de 50; feminización en el ámbito social; el doble de personas con estudios universitarios que primarios, mayor índice de personas ocupadas y la actuación en acciones puntuales o breves periodos de tiempo. En el marco de los cuidados paliativos, se ha promovido su incorporación como ejemplo de acción integrada de humanización del sistema sanitario y como vía que mejora la calidad atencional complementando el cuidado y apoyo de pacientes y familiares. No obstante, son escasos los datos existentes relativos al perfil de voluntarios que realizan este tipo de actividad.

Objetivo: Identificar las variables sociodemográficas del voluntariado de una unidad de cuidados paliativos.

Metodología: Estudio descriptivo longitudinal de 10 años en una muestra de 108 personas que solicitaron ser voluntarias de una Unidad de Cuidados Paliativos. El 37 % eran varones y el 63 % mujeres de 22-70 años.

Resultados: La edad media fue 41 años: el 30,6 % tenían 25-34 años, el 42,6 % entre 35-49 y el 19,4 % entre 50-65. El 80,6 % nacieron en España y el 19,4 % eran extranjeros: 61,9 % procedentes de Sudamérica, 28,6 de Europa y 9,5 % de África. El 55,6 % eran universitarios, el 33,3 % tenían estudios medios y el 11,1 % básicos. El 32,4 % estaban desempleados, el 37 % activos, el 10,2 % jubilados, el 4,6 %

eran estudiantes, el 2,8 % en situación de invalidez y el 13 % restante respondían a otras situaciones. El 2,8 % solicitaron realizar gestiones administrativas y el 97,2 % actividades de acompañamiento, de los que el 46,7 % deseaban realizarlo en ámbito hospitalario, el 29,9 % domiciliario y al 25 % les resultaba indistinto. El 45,9 % tenían otras experiencias previas de acompañamiento, el 39,4 % no tenían experiencia, el 9,2 % habían estado más de 1 año en otro Equipo de Cuidados Paliativos y el 5,6 % habían estado menos de un año. Del total de la muestra el 14,8 % no se incorporó al proyecto. Los datos medios de los incorporados son de 24 meses de permanencia: 15,7 % permanece de 0-6 meses, 24,1 % de 6-12 meses, 31,5 % de 1-2 años, 25 % de 2-5 años; 2,8 % de 5-8 años y el 0,9 % más de 8 años.

Conclusiones: Existen diferencias a nivel sociodemográfico de este tipo de voluntariado respecto a la tendencia general. Sería interesante conocer cómo correlacionan las diferentes variables identificadas, con objeto de explorar la posibilidad de realizar un perfil de mayor exhaustividad.

PO 249. FUNDACIÓN AMBULANCIA DEL DESEO

Manuel Pardo Ríos, José Manuel Salas Rodríguez, Laura Juguera Rodríguez, Carolina Cánovas Martínez, Sandra Martínez Madrigal, Mercedes Cánovas Martínez
Fundación Ambulancia del Deseo, Gerencia de Emergencias 061 y Universidad Católica de Murcia, Murcia, España

Introducción: En el año 2006, en Róterdam, Kees Veldboer, un conductor de ambulancias, trasladaba a Mario Estefanuto, un paciente en cuidados paliativos. Kees ayudó a Mario a poder despedirse del mar navegando por última vez, esto provocó un gran impacto emocional en ambos. En ese momento nace la Stichting Ambulance Wens, Fundación Ambulancia del Deseo (FADD), entidad sin ánimo de lucro, cuya finalidad es hacer realidad un deseo vital personal, familiar, profesional y social, de aquellas personas con enfermedades crónicas o de mal pronóstico. La fundación se ha ido extendiendo a más de 11 países y el 20 de abril de 2018, durante el congreso del Foro HURGE, se acuerda con K. Veldboer empezar con la fundación en España. La FADD realiza el acompañamiento sanitario, soporte y cobertura necesaria mediante profesionales sanitarios que acuden como voluntarios y una ambulancia. Es fundamental que las personas tengamos el pleno derecho a gestionar nuestras propias emociones deseos y anhelos como puede ser: volver a espacios de la infancia, visitar a un familiar, ir al mar, escuchar un concierto, etc.

Objetivos: Describir la actividad de la Fundación Ambulancia del Deseo. Analizar la percepción y emociones que tienen los pacientes, familiares y voluntarios.

Metodología: Estudio descriptivo con método mixto (CUAL-cuan) de la actividad de la Fundación Ambulancia del Deseo en su primer año de funcionamiento en España (abril de 2018-abril de 2019), incluyendo n = 25 deseos. Las entrevistas se hicieron a los pacientes, familiares y voluntarios que han participado en los deseos. El análisis estadístico de las variables (edad, sexo, patología, etc.) y un análisis cualitativo mediante en el modelo de Taylor-Bogdan.

Resultados: La FADD ha realizado en un año 25 deseos en pacientes con un rango de edad desde los 5 a los 93 años,

recorriendo más de 21.000 km, con deseos en 8 comunidades autónomas y, hasta incluso a otros países (Francia, Marruecos y Ecuador). El alto grado de satisfacción de los pacientes y familiares queda reflejado en los testimonios: Familiar 12 "... le hice esta promesa a mi padre y pensaba que con lo rápido que iba la enfermedad no podría cumplir. No tengo palabras para agradecer lo que la FADD ha hecho por nuestra familia...".

Conclusiones: La FADD tiene unos grandes beneficios emocionales para el paciente y familiares a los que ayudan mediante su equipo de voluntarios, los cuales también experimenta una gran alegría y satisfacción.

PO 250. OBTENCIÓN DE CÓRNEAS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

María Dolores Álvarez Díaz, Marcelino Mosquera Pena, Sara Rubio, Iñigo Tejada Valle
Hospital Naval, Ferrol, España

Introducción: Existe una demanda creciente de tejido ocular para implante humano debido al aumento de las indicaciones de trasplante corneal, mejora de las técnicas quirúrgicas (trasplante endotelial y lameral superficial), y la incorporación de nuevos elementos como la esclera y el limbo esclerocorneal en el manejo de la patología oftalmológica. El tejido ocular obtenido en las donaciones multiorgánicas es insuficiente para satisfacer la demanda. La detección de posibles donantes procedentes de las plantas de hospitalización de cuidados paliativos y de la consulta externa de dicha unidad, constituye uno de los principales campos de expansión dentro del plan nacional de córneas. Se establece un protocolo de colaboración con la Unidad de Cuidados Paliativos, con el fin de incrementar la donación de tejido corneal y la extracción por el personal de enfermería.

Objetivos:

- Incrementar la donación de tejido ocular.
- Formación del personal de la Unidad en la captación de donantes y extracción de tejido ocular.

Metodología:

- Información y difusión: material impreso y vídeo que se mostrarán en la sala de espera de consulta y planta hospitalaria.
- Formación del personal de la Unidad para la información a pacientes y familiares.
- Donación: establecimiento de los criterios de selección básicos de donantes, elaboración del Consentimiento Informado de Donación que será incorporado al apartado de últimas voluntades en la historia clínica electrónica.
- Para el procesamiento de muestras, el personal de la Unidad de paliativos será entrenado en: a) la extracción del tejido; b) embalaje y conservación; c) envío al Banco de Tejidos Oculares de la Comunidad (donde se procesarán y conservarán hasta ser ofertadas para su implante). Aquellas córneas no aptas para ser trasplantadas, serán utilizadas en formación e investigación clínica en el Servicio de Oftalmología del CHUF

Conclusiones: Ajustándose al plan Nacional de Córneas, se elabora un plan estratégico que permita incrementar el número de tejido corneal humano donado en el CHUF y

mejorara la formación de los residentes de Oftalmología del Área Sanitaria que se puede hacer extensiva a los residentes del resto de la Comunidad.

PO 251. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE ONCOLÓGICO-PALIATIVO QUE ACUDE A UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

M.^a Teresa Navarro Gastón, Mar Neila Iglesias

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: La visita de pacientes oncológicos-paliativos a Urgencias es frecuente, especialmente si están en tratamiento activo y en enfermedad avanzada. También influye la existencia de equipos de cuidados paliativos (ECP) que posibiliten el tratamiento domiciliario. Conocer las características de estos pacientes ayuda a mejorar el manejo de los principales síntomas, así como a identificar las áreas de mejora. La intervención temprana de los ECP mejora la calidad de vida y la eficiencia de la asistencia sanitaria.

Objetivos: Conocer las características del paciente oncológico-paliativo que acude a un Servicio de Urgencias Hospitalarias, identificar los principales motivos de consulta y conocer el porcentaje de pacientes en seguimiento por ECP.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo sobre la población mayor de 18 años con diagnóstico de enfermedad oncológica registrado en su historia clínica, que acudió al Servicio de Urgencias de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen Macarena del 1 de marzo al 31 de mayo de 2019 y clasificados con prioridad 1 o 2, acorde al sistema de clasificación. Se han excluido los pacientes sin diagnóstico oncológico registrado y clasificados en los circuitos de Traumatología, Oftalmología y Ginecología. Se han recogido los datos de manera retrospectiva a través de la Historia Clínica Digital, siendo los días incluidos aquéllos en los que las autoras prestaban servicio en Urgencias. Los datos recogidos fueron anonimizados y se han registrado en una base de datos creada específicamente para ello, realizándose posteriormente un análisis descriptivo.

Resultados: De los 98 casos registrados, el 51 % fueron hombres y el 49 % mujeres, siendo la edad media de 65 años (desviación estándar 12,84). Los principales motivos de consulta fueron fiebre (23,5 %), disnea (16,3 %) y dolor (14,3 %). Las enfermedades oncológicas predominantes fueron cáncer de pulmón (17,3 %), colon (12,2 %) y hematológico (12,2 %). El estadio mayoritario fue el IV no terminal (58,1 %). El 82,6 % estaba en tratamiento activo (41,8 % en estadio IV). Solo el 9,2 % de los pacientes en estadio IV estaban en seguimiento por ECP. El 34,7 % había consultado al menos 4 veces en el último año. Fueron alta domiciliaria el 40,8 %, ingresaron en observación el 11,2 % y en planta 46,9 %.

Conclusiones:

- La mayoría de los pacientes está en tratamiento activo, pudiendo estar relacionado con los efectos secundarios además de con la propia enfermedad.
- Un alto porcentaje de pacientes en estadio IV no se manejan conjuntamente con los ECP.
- El porcentaje de pacientes en "situación de últimos días" que acude es bajo, pudiendo relacionarse con la existencia de ECP.

PO 252. PACIENTES HOSPITALIZADOS CON NECESIDADES PALIATIVAS EN MEDICINA INTERNA: LOS RESULTADOS DE UN PROTOCOLO PILOTO

Fabio Rego Salgueiro¹, José Abreu Fernandes², David Donaire Mejias², Rosa Primavera², José Pereira de Moura²

¹Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Coimbra, Portugal. ²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

Introducción: El número de enfermos admitidos en medicina interna con necesidades paliativas ha aumentado significativamente en los últimos años. La detección precoz de pacientes con estas necesidades se ha convertido en una prioridad para garantizar una mejor terapéutica y calidad de vida.

Objetivos: Evaluar, mediante medición directa, la prevalencia de personas que necesitan cuidados paliativos en pacientes con enfermedades crónicas avanzadas e admitidos en un servicio de medicina interna. Según, resultados clínicos e epidemiológicos, determinar el potencial impacto del NECPAL score en una mejor selección de los enfermos que beneficiarían de cuidados paliativos.

Metodología: Se realizó un estudio de prospectivo observacional en pacientes adultos (≥ 18 años) ingresados en un servicio de medicina interna en un hospital universitario portugués entre 20 de mayo de 2019 y 21 de junio de 2019. Se ha estudiado la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas avanzadas que necesitarían de cuidados paliativos según la herramienta NECPAL CCOMS-ICO®. Se consideró que los pacientes con NECPAL positivo beneficiarían de cuidados paliativos.

Resultados: En este estudio, 66 enfermos fueron evaluados según el protocolo NECPAL a lo largo de 5 semanas, con mediana de edad de 82 años (AIQ 19) y la mayoría fueron mujeres (95,5 %). Identificamos 89,4 % de pacientes crónicos complejos, siendo la mayoría perteneciente al rango de edad superior a 84 años (42,4 %) y 89,8 % tenían edad geriátrica. Seis tenían cáncer. El resultado positivo en el NECPAL se registró en el 45,5 % de los pacientes, siendo más prevalente en pacientes de edad superior a 85 años. Entre los pacientes geriátricos y no geriátricos, el NECPAL fue positivo en aproximadamente el 96,7 % de los pacientes mayores de 65 años ($p < 0,05$). Entre los parámetros NECPAL, el que registró mayor frecuencia fue el Karnofsky superior al 50 % y el de menor fue el Declinación Cognitivo (6,7 %). Entre los 55 y 74 años la puntuación NECPAL tuvo una mediana de 4,5 (AIQ 3), entre 75-84 mediana 6,0 (AIQ 2) y superior a 85 años 5,0 (AIQ 1). Entre la referencia de los pacientes, 9 pacientes fallecieron (7 con NECPAL+ y mediana de parámetros 6,0 y AIQ 2), 7 pacientes fueron referenciados a la Red de Cuidados Continuos Integrados. Ningún paciente integró una Unidad de Cuidados Paliativos.

Conclusiones: El NECPAL permite evaluar objetivamente a los pacientes crónicos complejos con vistas a una planificación de medidas paliativas, al ser aplicado en contexto de internamiento parece auxiliar en la toma de decisión del clínico.

PO 253. UNA EXPERIENCIA DE GRUPO DE APOYO EN EL DUELO DE PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER

Anabel Melguizo-Garín

Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga, España

El presente estudio se plantea como objetivo analizar los beneficios que tiene una experiencia de grupo de apoyo de padres que han pasado por el fallecimiento de un hijo con cáncer. En el duelo el contar con la posibilidad de acudir a un grupo de apoyo con personas que están en una situación parecida puede ayudar a manejar mejor el proceso. El grupo de apoyo ha estado constituido por padres de niños y adolescentes fallecidos por cáncer, la dinámica grupal se llevó a cabo en sesiones quincenales de 2 horas de duración a lo largo de un año. Las variables analizadas han sido la calidad de vida, la percepción de apoyo social, el bienestar emocional y la expresión emocional. Los resultados del análisis del discurso realizado muestran que el trabajo en grupo con estas personas, constituye una herramienta facilitadora de apoyo y que permite desarrollar un mejor manejo de las emociones en un grupo de personas que han pasado por una experiencia parecida. También la participación en el grupo ha mejorado la percepción de apoyo social y la expresión emocional de sus participantes. Estos resultados tienen importantes implicaciones prácticas para atender las necesidades de estas familias que se enfrentan a la situación de pérdida de un hijo/a. Para futuras experiencias nos planteamos la posibilidad de llevar a cabo estudios en los que se profundice en más variables relacionadas con el proceso de duelo para seguir trabajando en este camino y cubrir la necesidad práctica de ayudar a estos familiares.

PO 254. CUESTIONARIO: DECISIONES A TOMAR AL FINAL DE LA VIDA EN LA POBLACIÓN MADRILEÑA

Belén Ortiz Gonçalves¹

Cs Alpes - Área Sanitaria Este CAM, Madrid, España

Introducción: En la población general apenas existen estudios sobre el final de la vida. Por tanto, decidimos investigar esta etapa desde Atención Primaria, teniendo en cuenta: las características culturales, los recursos sanitarios y legales propios de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y del país (España).

Objetivos: Valorar los conocimientos acerca de los cuidados paliativos y del documento de instrucciones previas. Averiguar las actitudes ante: los cuidados psicofísicos, el suicidio médicamente asistido y el acompañamiento espiritual.

Metodología: Diseñamos el cuestionario autoadministrado y se validó por un comité de 7 expertos (profesionales sanitarios de la CAM). Después, realizamos una prueba piloto entre los 46 profesionales del Centro de Salud Jazmín (Área Sanitaria Este-CAM). Posteriormente desarrollamos un estudio transversal (programa estadístico SPSS 22) en una población urbana de 100.000 habitantes. Efectuamos la selección mediante un muestreo sistemático. Obteniéndose una muestra final de 425 personas (tasa de respuesta del 60 %). Finalmente planteamos un estudio de tipologías o grupos homogéneos (programa estadístico SPAD 8). Aplicamos la técnica de análisis de correspondencias múltiples, seguido

de un análisis de clústers o conglomerado ascendente jerárquico (dendograma).

Resultados: Elaboramos un cuestionario con 42 preguntas distribuidas en 6 módulos: 1 (cuidados psicofísicos), 2 (cuidados paliativos), 3 (eutanasia y suicidio asistido), 4 (instrucciones previas), 5 (dimensión espiritual) y 6 (datos sociodemográficos). La población madrileña encuestada estaba integrada por mujeres (61 %), casadas (60 %), de una edad madura (47 %) y con estudios superiores (58 %). Predominaban los partidarios de solicitar la eutanasia (51 %) y legalizarla (73 %) frente a los partidarios de requerir el suicidio asistido (38 %) y legalizarlo (58 %). Prefiriendo decidir sus cuidados al final de la vida (91 %), recibir cuidados paliativos (64 %), realizar las instrucciones previas (63 %) y solicitar acompañamiento espiritual (53 %).

Identificamos 4 tipologías principales (N = 425). Los clústers 2 (40 %) y 4 (16 %) eran partidarios de: recibir cuidados paliativos, la eutanasia (2) y el suicidio asistido (4). Los clústers 3 (15 %) y 5 (24 %) se oponían a la eutanasia y mayormente al suicidio asistido.

Conclusión: Actualmente en España no existe una Ley Básica específica sobre el final de la vida. El cuestionario autoadministrado y las tipologías descritas son útiles y apropiadas para conocer la opinión de la población madrileña ante dicho final. En nuestro estudio, solo incluimos un centro de salud. Determinando: la validez lógica, la de contenido y la viabilidad. No valoramos la fiabilidad, por tanto, los resultados son muy subjetivos. Además, no encontramos publicaciones similares para establecer comparaciones.

PO 255. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL PERFIL, MORTALIDAD Y USO DE PDA EN PACIENTE MACA EN ATENCIÓN RESIDENCIAL

Elena García Fernández, Beatriz Salloum Llergo,

Leticia Ortigosa Aguilar, Marina Riba Villoldo,

Jordi Rebull Barqué, Laura González Díaz

Equipo de Atención Residencial - EAR MUTUAM - Baix Llobregat, Barcelona, España

Introducción y objetivos: El modelo de atención a la cronicidad avanzada (MACA) tiene como objetivo atender personas con condición de complejidad asociada a pronóstico de vida limitado, manejo paliativo y planificación de decisiones anticipadas (PDA). La multimorbilidad es la característica más prevalente en población MACA. Sin embargo, el 40-45 % de la complejidad no se relaciona con gravedad clínica sino con estado de fragilidad, edad avanzada o enfermedades singulares. Merece especial atención MACA con demencia avanzada por trayectoria de enfermedad con entidad propia y que serán el perfil más prevalente de necesidades paliativas. El objetivo del estudio es conocer el perfil clínico y epidemiológico, mortalidad del paciente MACA, valorar uso de PDA y evaluar grado de concordancia del registro y circunstancias de éxitos.

Metodología: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Usamos registro propio del equipo y sistema ECAP. Criterios de selección: paciente identificado MACA fallecido entre enero-diciembre de 2018 en ámbito residencial de un Equipo de Atención Residencial (EAR) del área Baix Llobregat (Barcelona). Se evaluaron variables demográficas,

de morbimortalidad y se realizó análisis de supervivencia y concordancia de lugar de éxitus y registro PDA.

Resultados: Los pacientes MACA en ámbito residencial de nuestro equipo presentaron mediana de edad de 90 años (IQR 93-95) siendo el 80,65 % mujeres. Estos presentaron polifarmacia un 87,10 % y dependencia severa para ABVD: mediana Barthel 15 (IQR 0-40). La mediana del índice de Charlson fue de 9 puntos (0 % probabilidad de supervivencia a 10 años). El 80,65 % presentaron demencia moderada-grave evidenciada por una mediana de Pfeiffer de 10 puntos (IQR 8-10) y proporción de GDS 6/7 del 76,92 %. La mediana de días de seguimiento fue de 61,5 días (IQR 23-290). El análisis Kaplan Meier evidenció una probabilidad de fallecimiento del 50 % a los 49 días y 87 % a 365 días. El EAR proporcionó soporte para adecuar esfuerzo terapéutico al perfil de paciente en trabajo conjunto con el resto de niveles asistenciales; la tasa de uso de PDA trabajada, definida y registrada fue del 80,65 %, con predominio de manejo conservador y adecuación de esfuerzo terapéutico en 70,97 % de pacientes. Un 80,65 % fallecieron en residencia habitual o centro socio-sanitario.

Conclusiones: El paciente MACA en nuestro ámbito se caracteriza por elevada prevalencia de demencia moderada-grave y alta dependencia como principales factores determinantes de condición MACA. Un elevado porcentaje presenta PDA trabajada y registrada que permite ofrecer un manejo en etapas finales de vida acorde con sus deseos.

PO 256. CUANDO LA REALIDAD VIRTUAL NOS PERMITE ALEJARNOS DEL DOLOR EN CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS Y ADULTOS

Ariadna Torres García^{1,2}, Marta Argilès Huguet³, Andrés Morgenstern Isaac¹, Josep Antoni Ramos Quiroga¹, Meritxell Naudeillo Cosp³, Neus Saiz Antón³

¹Hospital Materno infantil Vall D'Hebron, Barcelona, España.

²Fundació Enriqueta Villavecchia, Barcelona, España.

³Hospital del Mar centre Fòrum- Equipos de Atención Psicosocial (EAPS) Mutuam - la Caixa, Barcelona, España

Introducción y objetivos: El objetivo de este trabajo es presentar una propuesta terapéutica basada en exposición con realidad virtual, con la finalidad de mejorar la adherencia terapéutica para disminuir la ansiedad provocada por el dolor causado por los procedimientos médicos en el paciente paliativo pediátrico y adulto. Al finalizar la sesión si el paciente ha obtenido una baja respuesta en ansiedad y su experiencia ha sido positiva, se estará instaurando una técnica terapéutica psicológica de afrontamiento ante futuros procedimientos de intervención médica.

Material y métodos: Se plantea una propuesta terapéutica en la que se ofrecerá al paciente pediátrico y adulto la intervención mediante realidad virtual, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión de los mismos, como los pertinentes consentimientos informados necesarios. La intervención consistirá en una intervención que se establecerán dos fases:

- Fase 1: recorrido virtual. Nos anticipamos al procedimiento médico, para poder aplicar body Scan mediante realidad virtual para que el paciente pueda tomar conciencia de su cuerpo, midiendo el nivel de ansiedad ante la prueba.

- Fase 2: recorrido virtual aplicando un entorno de distracción bajo del mar, con el Objetivo de cambiar el foco atencional del paciente para reducir el impacto del procedimiento médico aplicado, el cual puede suponer alto distrés ante la percepción del dolor. Se evalúa la ansiedad mediante un estudio descriptivo pre y post, durante la sesión virtual. Con este propósito, variables como la ansiedad y estado de ánimo son motivo de análisis en este estudio.

Resultados: Al ser una propuesta que actualmente se está aplicando y recogiendo resultados, queda pendiente presentar los datos finales de la prueba piloto.

Conclusiones: Esta novedosa propuesta terapéutica de intervención, ayudará a identificar los componentes que son más importantes para la futura implementación de la terapia virtual psicológica, como el desarrollo y prueba de la eficacia de nuevos protocolos de intervención en el campo de los cuidados paliativos y enfermedades crónicas.

PO 257. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS EN LA ATENCIÓN A PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

Ana Cabrera del Moral, Aurora Madrid Rodríguez, Guiomar Gutiérrez-Schiaffino, Laura García Hidalgo, María José Peláez Cantero

Hospital Materno Infantil. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

Introducción: Los equipos de Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) asisten a pacientes con patologías muy diversas siendo la neoplásica una de las más frecuentes. Estos pacientes precisan cuidados específicos con necesidades de soporte variables.

Objetivo: Estudiar las características epidemiológicas de los pacientes oncológicos derivados a la unidad CPP en un hospital de tercer nivel, así como las características de los cuidados que precisan.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes oncológicos atendidos por el equipo de CPP de un hospital de tercer nivel entre enero de 2013 y diciembre de 2018.

Resultados: De 144 pacientes atendidos por CPP, 43 (30 %) eran oncohematológicos. 25 tumores de SNC (11 tumores de troncoencéfalo, 5 ependimomas, 3 astrocitomas, 3 meduloblastomas, 1 glioblastoma multiforme, 1 tumor de plexos coroideos y 1 neurocitoma central), 5 rhabdomiomas, 5 leucemias, 3 neuroblastomas, 2 sarcomas de Ewing metastásicos, 1 linfoma, 1 PNET torácico y 1 tumor neuroendocrino pulmonar. Mediana de edad al ingreso en CPP 9,8 años (RIQ 4,75-12,9). Mediana de seguimiento 114 días (RIQ 37 - 280). Media de visitas a urgencias 1,48 (2,85 DE). Media de ingresos urgentes 0,85 (1,45 DE), la mayoría de los casos pacientes en situación de últimos días. Media de ingresos programados 0,6 (1,2 DE), causa más frecuente neuroquirúrgica. Soporte respiratorio 7: 5 oxígeno mediante cánulas nasales; 2 VNI; 2 VM mediante traqueostomía. Soporte nutricional: 16 nutrición enteral; 14 por sonda nasogástrica y 2 por gastrostomía. No se encontró relación entre el tiempo de seguimiento y la necesidad de soporte nutricional o respiratorio. Evolución: 32 éxitus (16/32, 50 % en domicilio); 8 en seguimiento CPP; 2 altas por estabilidad clínica y 1 pérdida de seguimiento.

La probabilidad de fallecimiento en domicilio fue mayor a mayor tiempo de seguimiento por CPP.

Conclusiones: Una elevada proporción de los pacientes atendidos por CPP tienen una enfermedad oncohematológica, siendo los más frecuentes los niños con tumores del SNC. En el momento de la derivación a CPP la mayoría de los pacientes precisan algún tipo de soporte siendo el nutricional el más frecuente seguido del respiratorio. Aunque el tiempo de seguimiento en CPP no determina un aumento en la prestación de soporte si se relaciona con una mayor frecuencia de fallecimiento en domicilio. Posiblemente esto se explica por el vínculo de confianza que se establece entre la familia y el equipo de CPP y el apoyo que este les presta al final de la vida del niño.

PO 258. HACER VISIBLES LOS RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS ENTRE PERSONAS ADULTAS MAYORES: TALLER DE INFORMACIÓN/FORMACIÓN

Ana Isabel López Alonso¹, Emma Bytheway Rubio², Lydia Rodríguez Pérez³, Marta Cabero Fernández⁴, Cristina Liébana Presa⁵, Leticia Sánchez Valdeón⁶
¹Universidad, León, España. ²Estudiante Enfermería, Gijón, España. ³Estudiante Enfermería, León, España, ⁴Estudiante Enfermería, León, España. ⁵Universidad, Ponferrada, España, ⁶Universidad, Ponferrada, España

Introducción: Los cuidados paliativos aportan confort a personas con enfermedades avanzadas, crónicas e incurables, y a sus familias. Son un derecho del que no todo el mundo tiene constancia, y, en muchos casos, no se hace uso de ellos por desconocimiento o prejuicio; por eso es importante darles visibilidad y ofrecer una mayor posibilidad de tener una muerte digna.

Objetivos: Diseñar, implementar y evaluar el efecto de un programa de información sobre Cuidados Paliativos, impartido, con formato taller en un Centro de Acción Social del Ayuntamiento de una ciudad española, y dirigido a las personas adultas, mayores, que acuden a él.

Metodología: Estudio cuasiexperimental, con una muestra de 15 personas de edad adulta avanzada. La recogida de datos, pre y post taller, se realizó por encuesta en soporte papel. El cuestionario, creado exprofeso, incluyó datos sociodemográficos, 9 preguntas de conocimientos, 9 de opinión sobre Cuidados Paliativos y 2 de satisfacción con el taller. Se realizó en tres fases: planificación del taller, ejecución y evaluación. El cuestionario fue validado por un grupo de expertos, tres docentes y tres clínicos, y una persona adulta sin formación específica. Previamente, se realizó una prueba piloto en una pequeña muestra de personas de características similares a la población de estudio. Cumplimentaron los cuestionarios de forma voluntaria y anónima. Antes se informó sobre el motivo del estudio y las características del instrumento de recogida de datos.

Resultados: Diseño: Se creó un tablero y un díptico que planteaba y daba respuesta a: ¿qué son?, ¿para quién?, ¿para qué?, ¿cuándo se aplican?, ¿dónde?, ¿cómo se accede a ellos? y ¿por qué son importantes?

Implementación: Taller activo y participativo. Se construyó el conocimiento sobre las aportaciones de los participantes. **Evaluación y satisfacción:** después del taller, 12 partici-

pantes respondieron adecuadamente a todas las preguntas, 2 de ellos dudaron en una respuesta y 1 en dos respuestas. El 93,4 % mostraron un alto grado de satisfacción.

Conclusiones: El papel activo de los participantes en el taller facilitó la adquisición de conocimientos. Al construirlo sobre sus aportaciones, se desactivaron las creencias, prejuicios y mitos que tenían sobre ellos.

Esta acción formativa dirigida a personas mayores permitió dar visibilidad a los recursos que ofrecen los cuidados paliativos a los enfermos y familias. Los participantes manifestaron su satisfacción con la metodología utilizada y con los conocimientos adquiridos. El límite fue el tamaño reducido de la muestra y el sesgo del género.

PO 259. IMPACTO EMOCIONAL EN PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS

Lydia Polo García¹, Silvia Santiago Sacristán¹, Gema Sierra Triviño¹, Olga Pérez Zarco², Antía Fariñas Amado³, Lorena Grande Pizarro⁴, Mónica Monedo Navazo³
¹Hospital San Rafael (Unidad de Cuidados Paliativos), Madrid, España. ²UCPA Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa, Madrid, España. ⁴Equipo de Soporte Hospitalario Cuidados Paliativos Hospital de La Princesa, Madrid, España

Introducción: Los equipos de cuidados paliativos reciben pacientes de diversas características que en ocasiones son percibidas por los profesionales como complejas. Debido a esto algunos integrantes de los equipos asistenciales nos encontramos con dificultades de gestión emocional durante el cuidado de las personas a las que atendemos. A partir de la observación de las diferentes respuestas emocionales detectadas en los profesionales sanitarios hemos decidido medir las variables que pueden estar influyendo en dichas reacciones. Esta investigación pretende poner de manifiesto algunas variables que podrían estar implicadas en el manejo emocional con los pacientes percibidos como complejos.

Objetivo: Evaluación de las variables que podrían afectar a nivel emocional al profesional sanitario en cuidados paliativos.

Metodología: Se realiza un cuestionario de 5 preguntas de respuesta cerrada:

- Área de intervención.
- El tiempo de trabajo en CP.
- Las características del paciente que generan mayor dificultad a la hora de gestionar las emociones.
- Las emociones experimentadas por el profesional sanitario.
- Estrategias para la prevención del burnout.
- Grado de sensibilidad respecto al sufrimiento de los demás.

Resultados: La muestra ha sido heterogénea en cuanto edad, sexo y profesión, siendo el área de intervención más representativa la enfermería. El 76 % de los encuestados llevan más de 5 años trabajando en equipos de cuidados paliativos. Los resultados reflejan que los profesionales de cuidados paliativos presentan una alta sensibilidad percibida hacia el sufrimiento de los pacientes. Siendo las características familiares de los pacientes (hijos pequeños, progenitores

de avanzada edad...) criterio de impacto emocional en los equipos (76 %), seguida de la percepción de vulnerabilidad social (soledad...) (68 %). Como sensaciones experimentadas se detectan tristeza (56 %) impotencia (44 %) y sobreprotección (44 %). Las estrategias de autocuidado quedan reflejadas de la siguiente manera: equipo, compartir, desahogo, compañeras y sentimientos.

Conclusiones: Los equipos de cuidados paliativos que cuentan en su mayoría con profesionales con amplia trayectoria presentan una alta sensibilidad percibida hacia el sufrimiento del paciente que se ve reflejada en sentimientos de tristeza e impotencia hacia los enfermos, siendo causa de mayor impacto los pacientes con hijos pequeños y/o progenitores de avanzada edad y los casos en los que se percibe al paciente vulnerable (solo y/o con falta de red sociofamiliar). Ante esto detectamos que los profesionales se apoyan en el equipo de manera informal para la gestión emocional en casos de alto impacto y la falta de estrategias y recursos de autocuidado formales en los equipos.

PO 260. NECESIDADES FORMATIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS DE LOS MÉDICOS/AS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Alba García Pérez¹, Inés Marcos Romero¹,
Raquel Seijas Tamayo², Feliciano Sánchez Domínguez²,
Doradía García Rabanal¹

¹Centro de Salud la Alamedilla, Salamanca, España.

²Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

Introducción: La accesibilidad, continuidad, transversalidad y longitudinalidad de la Medicina Familiar y Comunitaria han hecho que las estrategias nacionales y autonómicas de cuidados paliativos (CP) la sitúen en el epicentro de la atención a la unidad paciente/familia-cuidador con necesidad de CP. Es necesario, por tanto, formar a estos especialistas, estableciendo mecanismos de evaluación que permitan conocer el grado de formación específica, implicación y recursos disponibles en los Equipos de Atención Primaria (EAP).

Objetivos:

- Analizar la percepción de los Médicos de Atención Primaria (MAP) sobre sus necesidades formativas en CP, la necesidad de un plan específico y los recursos didácticos más útiles.
- Conocer su implicación en la atención a estos pacientes.
- Cuantificar la disponibilidad de recursos específicos en los Centros de Salud (CS).

Metodología: Diseño: estudio epidemiológico descriptivo y transversal, a través de una encuesta anónima de 18 preguntas. N = 399.

Criterios de inclusión: MAP activos durante el periodo de estudio en un mismo AS, incluyendo Médicos de Área. Exclusión: pediatras, sanitarios no médicos/as.

Recogida de datos: Excel®.

Análisis de datos: SPSS.

Resultados:

- Participación: 39,84 %.
- Formación: 69,8 % menos de 140 horas de formación específica, 17,6 % ninguna. Recursos didácticos utiliza-

dos: 80,5 % material escrito, 53,4 % cursos o talleres, 45,1 % *online*, 22 % sesiones en el CS y 17 % rotación en Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). 100 % ve necesario un plan formativo, prefiriendo cursos presenciales, talleres, sesiones y/o rotación en UCP. Necesitan formación en todas las áreas, especialmente en control de síntomas endocrino-metabólicos y neurológicos, situación de últimos días, medidas generales y comunicación.

- Implicación: 81,8 % los atienden, derivando a la UCP casos complejos, 59,1 % deriva exclusivamente pacientes oncológicos, 57,2 % no asesora sobre el Documento de Instrucciones Previas (DIC).
- Recursos: escasa disponibilidad de sesiones clínicas compartidas con la UCP (21,4 %), Plan de CP de Castilla y León 2017-2020 (50,3 %), material específico (51,6 %) y protocolo de derivación (54,1 %). Considerando como recursos más necesarios: trabajo en equipo medicina-enfermería, fármacos, material, apoyo del resto del EAP y protocolo de derivación.

Conclusiones: Los MAP tienen una formación en CP escasa, demandan un plan formativo específico para AP, prefiriendo recursos formativos presenciales y prácticos. Su implicación con estos pacientes es aceptable. Persiste la asociación de CP con enfermos oncológicos, así como el asesoramiento deficiente acerca del DIC. Existe una deficiente disponibilidad de recursos considerados como necesarios o muy necesarios para el ejercicio de los CP.

PO 261. ¿CÓMO ELIMINAR LAS BARRERAS DE ACCESO A LA RADIOTERAPIA PALIATIVA EN HOSPITALES SIN ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA?

Arantxa Campos Bonel¹, María Reyes Ibañez Carreras¹,
Cecilia Escuin Troncho¹, Germán Valtueña Peydro¹,
Juan Antonio Verdún Aguilar², Jaime Cañellas Martorell³
¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.
²Hospital de Alcañiz, Alcañiz, España. ³Hospital Obispo Polanco, Teruel, España

Introducción: Una tercera parte de los pacientes que acuden a un servicio de Oncología Radioterápica (OR) reciben tratamiento paliativo para aliviar síntomas del tumor primario o metástasis, mejorando la calidad de vida. La radioterapia paliativa (RTP) es infrautilizada, sobre todo en el medio rural, debido a la falta de derivación de los pacientes a los servicios de OR. Los factores que influyen en la decisión del médico para derivar a RTP incluye: esperanza de vida, falta de conocimiento en los resultados y toxicidades esperadas, dificultad para viajar al tratamiento debido a la distancia, problemas socioeconómicos y tiempo de espera por la máquina de radioterapia. Nuestra comunidad dispone de un servicio de OR centralizado en la capital.

Objetivos: Analizar las causas de infrautilización de RTP. Describir el proceso de descentralización llevado a cabo en los diferentes hospitales de la comunidad y conocer el porcentaje de indicaciones de RTP en cada uno de ellos.

Metodología: En mayo de 2018 el servicio de OR inició un proyecto de descentralización de la especialidad, acercando al especialista de OR a los hospitales de la comunidad, con el objetivo de asistir a los comités multidisciplinares de tumores para establecer una correcta indicación de trata-

miento radioterápico y el momento adecuado de inicio del mismo en coordinación con los demás servicios implicados en el tratamiento del paciente oncológico. Se realiza una primera valoración en su hospital de referencia y posterior seguimiento para evitar los máximos desplazamientos posibles. En la selección de los fraccionamientos, se administran aquellos que suponen el menor número de sesiones, como la dosis única o cinco fracciones diarias, con la misma eficacia.

Resultados: En la sede de la especialidad, donde se encuentran los aceleradores lineales, la RTP supone un 26,5 % de los pacientes tratados en OR. En el resto de hospitales que se encuentran a 74 km, 100 km y 170 km de la sede central, los pacientes tratados con RTP descienden a un 19 %, 13 % y 15 % respectivamente. De los pacientes tratados con RTP, el 31 % reciben una única sesión.

Conclusiones: Este proyecto nos permite conocer las necesidades reales del paciente oncológico, objetivando una infratilitación de la RTP en los hospitales que no disponen de servicio de OR. El esfuerzo para mejorar una derivación apropiada incluye la participación del experto en comités multidisciplinares de cuidados paliativos, formación de los profesionales y fraccionamientos de RTP más cortos, para evitar el mayor número de viajes posible al paciente.

PO 262. EL PACIENTE GERIÁTRICO EN ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP)

Gregoria Blázquez Navarro¹, Miguel Fernández Sánchez¹, Ana Belén Sánchez López¹, Ana Belén Martínez Motos¹, Pedro García Más², Miriam Martínez Ramírez³

¹Hospital General de Almansa, Almansa, España. ²Hospital Perpetuo Socorro, Albacete, España. ³C.S. Alcaozo, Alcaozo, España

Introducción: El paciente geriátrico presenta tanto enfermedades oncológicas como no oncológicas, que muchas veces lo llevan a necesitar cuidados paliativos. Se accede a cuidados paliativos domiciliarios en base a unos criterios patológicos; sin embargo, son necesarios muchos más datos sobre características funcionales, sociodemográficas y sintomáticas para conocer al anciano incluido en el programa y orientar la respuesta profesional.

Objetivos: Establecer el perfil del paciente geriátrico en atención domiciliaria en la UCP (Unidad de Cuidados Paliativos) a estudio.

Metodología: Diseño. Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Recogida de datos. Se consultaron los formularios de medicina y enfermería de la historia clínica electrónica de 34 pacientes geriátricos atendidos en domicilio por la UCP durante los meses de agosto y septiembre de 2018. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos (diagnósticos médicos, signos, síntomas, síndromes) y funcionales (nivel de dependencia para ABVD) de los pacientes. Análisis. Se hallaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas, y medias y desviaciones estándar para las cuantitativas. Para el registro y tratamiento de datos se usó la hoja de cálculo "Microsoft Office Excel 2007".

Resultados: Con predominio del sexo masculino y una edad media de 86 años; el paciente geriátrico de la unidad permanecía en domicilio propio en un 79 %, al cuidado de

hijos y cuidadores. La mayor parte de ellos tenían una antigüedad como pacientes de la unidad de 6 a 12 meses. El tipo de patología que llevó al usuario geriátrico a ser paciente domiciliario de UCP por orden de prevalencia fue: cáncer (41 %), enfermedades neurológicas (29 %), enfermedades cardiovasculares (18 %), enfermedades respiratorias (9 %), enfermedades renales (3 %). La mayoría de sujetos mostraron dependencia severa para las ABVD; con un índice de katz F en el 41 % de los casos y un índice de katz G en el 38 %. Los síntomas más registrados fueron astenia (59 %), tristeza (53 %), impotencia funcional (50 %) y dolor (47 %).

Conclusiones: La preferencia por continuar en su entorno habitual puede ser llevada a cabo si se dispone de una red de apoyo adecuada: cuidadores informales y atención profesional. A diferencia de otros estudios, el cáncer es la patología principal del paciente geriátrico atendido en domicilio por este equipo. El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria de ha sido mayor con respecto a otros estudios.

Los síntomas más prevalentes han aparecido en porcentajes menores que en la bibliografía encontrada.

PO 263. COORDINACIÓN ASISTENCIAL Y GESTIÓN DE CASOS COMPLEJOS NO ONCOLÓGICOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA PALIATIVA

Manel Esteban Pérez, Trini Martínez Serrano, Nieves Moreno Lizanda, Gisela Castells Trilla, Laura Royo Ramírez

Pades. Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, España

Introducción: La complejidad asistencial es el eje vertebral de la coordinación entre equipos referentes y específicos en la atención paliativa y el marco de intervención de los equipos paliativos específicos.

Objetivo: Comunicar la eficacia resultante de la gestión de casos complejos mediante la atención compartida entre Atención Primaria de Salud (APS) y un equipo PADES en pacientes domiciliarios en situación de enfermedad avanzada (EA) o final de vida (FV).

Método: Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Inclusión: pacientes en dichas situaciones evolutivas atendidos en 2018. Fuente: historia clínica. Variables: edad, sexo, situación evolutiva, complejidad detectada, intensidad y tipo de intervención, utilización de recursos hospitalarios, lugar del éxitus. Catalogación e instrumentos: Instrumento NECPAL® para determinar situación avanzada o terminal y HEXCOM® (hexágono de la complejidad) para tipo y nivel de complejidad.

Resultados: De un total de 448, resultaron 243 pacientes (39 % pluripatológicos, 35 % insuficiencia de órgano, 26 % enfermedad neurodegenerativa) de 5 Áreas Básicas de Salud, de promedio de edad: 86 años (51 % hombres), 183 con EA y 60 FV. Nivel y grado de complejidad: todos de complejidad media o alta, con 3 áreas de complejidad afectada en el 73,6 % de los casos. Complejidad detectada: clínica el 92,5 %, psicoemocional 81,5 %, social 72 %, ética 22 % y espiritual 15 %. Seguimiento: semanal y con visita conjunta (26,7 %) o alternada con APS y una media de 3,4 visitas por equipo y paciente. Solo 37 pacientes utilizaron urgencias o

ingreso hospitalario generando 133 episodios, con derivación pactada en 67,7 % episodios. Lugar del éxitus: De 60 éxitus, el 78,3 % fueron en el domicilio.

Conclusión: La atención domiciliaria compartida y coordinada entre los recursos implicados resultó idónea para promover:

- La atención de casos de complejidad media o incluso alta, en el domicilio.
- Un uso más racional de los servicios de urgencias e ingresos hospitalarios.
- La atención integral al final de la vida y el éxitus, en su ámbito natural, el domicilio.

PO 264. OPINIÓN DE PROFESIONALES DE SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DE SEDACIÓN PALIATIVA

M.^a Aránzazu García Martínez¹, Rosario Baydal Cardona², Montserrat Gómez Rodríguez de Mendarozqueta³, Salvador Martín Utrilla⁴, Miren Josune Onaindia Ezenarro⁵, Santiago González de Etxábarri Otsoa⁶
¹Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ²Hospital de Denia, Denia, España. ³Hospital Universitario Araba, Vitoria, España. ⁴Instituto Valenciano de Oncología, Valencia, España. ⁵Hospital de Galdakao, Galdakao, España. ⁶Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España

Introducción: La sedación paliativa pretende aliviar el sufrimiento producido por un síntoma refractario (SR); sin embargo, plantea controversias desde la ética clínica.

Objetivos: Conocer qué opinan los profesionales de HADO sobre aspectos éticos de la Sedación Paliativa.

Metodología: Encuesta *online* elaborada por el grupo de trabajo de CP de la Sociedad Española de Hospitalización a Domicilio.

Resultados: Han respondido 91 (26 %) de los 350 socios, 76 médicos/as y 15 enfermeros/as, 64,8 % mujeres.

26 respuestas corresponden al País Vasco, 19 C. Valenciana, 15 Cataluña, 13 Galicia, 4 Castilla-León, y 12 de otras. El 43 % de las unidades lleva más de 20 años de actividad. El 83,5 % tiene en su cartera de servicios la Atención a la complejidad en cuidados paliativos. El 26,6 % atiende 200-500 pacientes paliativos/año y el 22,8 % más de 500. Ello supone que la actividad de CP respecto al total es del 25-50 % en el 33 % y más del 50 % en el 22 % de las unidades. El 66 % de los profesionales tienen 5-20 años de antigüedad y el 18,6 % más de 20. Respecto a formación, 37,4 % poseen máster-especialista universitario y 31,9 % formación de rango intermedio. Se ha asociado el mayor nivel de formación a que la cartera de servicios incluya atención a la complejidad ($p = 0,0058$) y a atender a más de 200 pacientes/año ($p = 0,0001$). Acerca de la Sedación Paliativa:

- El 97,9 % realiza SP en domicilio.
- Un 78 % la considera indicada ante cualquier SR, independientemente de la supervivencia esperada; un 14,3 % ante expectativa de horas-días.
- El 73,6 % consideran el Sufrimiento Existencial como SR.
- Un 52,7 % creen que la SP no adelanta la muerte; el 36,3 % tal vez; 11 % sí. Una mayor experiencia profesional genera más dudas al respecto ($p = 0,0007$).
- Respecto al nivel de sedación, 95,6 % considera que debe ser proporcionado en fármacos y dosis al control del SR,

23,1 % intermitente a veces (sobre todo en Sufrimiento Emocional); 7,7 % considera profunda y continua desde el inicio.

Conclusiones: 1. La mayoría de los encuestados, con amplia experiencia y elevado nivel de formación en CP, considera indicada la SP ante cualquier SR independientemente de la supervivencia esperada. Esta debe ser proporcionada en fármacos y dosis al control del SR. 2. La mayoría considera el Sufrimiento Existencial como un SR. 3. Los profesionales con mayor experiencia profesional tienen más dudas acerca de si la SP podría adelantar la muerte.

PO 265. PREVALENCIA DE PACTO DE SILENCIO EN FAMILIARES DE PACIENTES AL FINAL DE LA VIDA

Miriam Galán Campos¹, María Victoria Hernández Jiménez¹, María Dolores López Fernández¹, Francisco José Vara Hernando², Eva María Tejedor Rodríguez², Juan Manuel Sánchez Fuentes²

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Provincial de Ávila, Ávila, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital "Los Montalvos" Salamanca, Salamanca, España

Introducción: El pacto de silencio (PS) puede definirse como el "acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico, y/o gravedad de la situación". Esta situación dificulta la comunicación con el paciente y supone un desafío para los cuidados paliativos que pretenden dar respuesta a las necesidades integrales de este, ofreciéndole la posibilidad de tomar decisiones respecto a su salud y su propia vida.

Este estudio puede hacer visible esta realidad, aportando más datos a la investigación previa y bibliografía relacionada.

Objetivo: Determinar la prevalencia de PS en cuidadores de pacientes que presentan una enfermedad avanzada.

Metodología: Diseño: Se ha empleado un diseño descriptivo transversal sobre una muestra de 98 familiares cuidadores (FC) de pacientes al final de la vida, atendidos en una Unidad Hospitalaria de Cuidados Paliativos y en el domicilio. El 86,73 % fueron mujeres frente al 13,26 % de hombres, con una media de edad de 60 años. La mayoría de los FC eran cónyuges (41,84 %) e hijos (35,71 %) de los pacientes. Recogida de datos: la recogida de datos se realizó entre el 21 de mayo del 2018 y el 23 de mayo del 2019 a través de una entrevista semiestructurada por parte de una psicóloga. Se indagó los datos sociodemográficos de los FC, el tipo de relación, el conocimiento sobre la enfermedad del paciente, así como la actitud frente al flujo de información (sobre diagnóstico y pronóstico o ambos). Análisis de datos: Se realizó estadística descriptiva para conocer el porcentaje de PS, así como las variables de estudio antes mencionadas.

Resultados: Los resultados obtenidos indican una prevalencia de pacto de silencio en la muestra de familiares estudiada del 47 %, de los cuales un 33,7 % quiere ocultar información sobre pronóstico y/o gravedad de la situación al paciente y un 13,3 % quiere ocultar tanto diagnóstico como pronóstico. El 53,1 %, en cambio, no muestra rechazo a que el paciente sea informado. Todos los FC a excepción de uno conocían tanto diagnóstico como pronóstico.

Conclusiones: La prevalencia de PS detectada plantea un dilema moral y ético para la atención a los pacientes al final de la vida. Desde los cuidados paliativos es primordial una buena comunicación, con el fin de promover la autonomía del paciente y mejorar el afrontamiento de la enfermedad.

PO 266. REINGRESO HOSPITALARIO POR INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES PALIATIVOS

Esther Luna Cheves Rodríguez, Enrique Sánchez Relinque, María Luisa Amaya González, Pedro Díaz de Sousa¹
Hospital de la Línea, Los Barrios, España

Queremos saber si revisar al alta en la consulta de paliativos a los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca pueda disminuir nuestra tasa de reingresos. Para ello realizamos un estudio observacional retrospectivo basado en el Registro de Datos al Alta Hospitalaria del Hospital de La Línea y considerando como Insuficiencia Cardiaca terminal a aquella con fracción de eyección menor al 30 %. La población de estudio la constituyen todas las altas dadas con diagnóstico principal de IC terminal entre los meses de enero a diciembre del 2018. Se identificaron 28 episodios por IC terminal, de los cuales el 16,0 % reingresaron en los 30 días siguientes al alta (8 % por causas cardiovasculares, 4 por infecciones sobre todo respiratorias y el 4 % por el resto de las causas). Si consideramos los primeros 30 días y el valor relativo en base a porcentajes, la Insuficiencia Cardiaca era la causa más frecuente de reingreso, con un 36,2 %. El 7,1 % de los reingresos por Insuficiencia cardiaca fueron ocasionados por entender mal el tratamiento, sobre todo cuando dependía de modificaciones que tenía que hacer el paciente en función de la clínica, por no realizar bien las indicaciones dadas al alta o por complicaciones de la medicación. La insuficiencia cardiaca presenta una alta prevalencia y morbimortalidad con un elevado índice de reingreso, constituyendo la principal causa de reingreso precoz dentro de los primeros 30 días tras el alta hospitalaria. La insuficiencia cardiaca terminal comparte estas características. Hemos detectado causas de reingresos evitables, lo que nos indica la utilidad citar al paciente en los primeros días al alta. La IC afecta al 1-2 % de la población adulta en los países desarrollados. Constituye la primera causa de ingreso hospitalario en las personas mayores de 65 años y representa algo más del 2 % del gasto sanitario nacional. La optimización de los tratamientos y los nuevos tratamientos, como el sacubitrilo-valsartán, han hecho que los pacientes vivan más tiempo y mejor. Esto ha hecho que cada vez se atiendan más pacientes con Insuficiencia cardiaca en las consultas de Paliativos, siendo lo esperado que esta cifra continúe aumentando. Tenemos que estar preparados y enfocar adecuadamente este nuevo reto.

PO 267. EXPERIENCIA DE UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DE UN HOSPITAL RURAL. ¿ESTAMOS EVOLUCIONANDO NUESTRA ATENCIÓN?

Blanca Herrador Fuentes¹, Soledad Gómez Cano¹, María Luisa Fernández Ávila², Marcos Guzmán García¹, Mirian Moreno Conde¹

¹Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Objetivos: Identificar características de interés de los pacientes incluidos en el Programa de seguimiento de un Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de un Hospital comarcal enmarcado en un entorno rural y gran dispersión geográfica. Evaluar el impacto y perfil clínico relacionado con su asistencia y complejidades asociadas en patología paliativa.

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo a partir de los datos obtenidos durante el periodo enero 2014-mayo 2019, incluyéndose datos demográficos y características de interés registradas por parte de aquellos pacientes incluidos en el programa de ESCP. Durante la valoración del registro de ESCP, se seleccionaron aquellos datos clínicos relevantes y de interés. Se procedió a realización de análisis estadístico de los datos a partir de programa estadístico R.

Resultados: Se obtienen información de un total de 1522 pacientes incluidos con edad media de 76,41 (\pm 11,99 años). Distribución entre sexos: Varones: 57,63 %, Mujeres: 42,37 %. Pacientes valorados por patología oncológica: 80,10 % (de los cuales, 12,54 % son relacionados con enfermedad neoplásica hematológica y 69,57 % enfermedad neoplásica metastásica). En relación con derivación de patología no oncológica, destacan patologías como enfermedad cerebrovascular/deterioro cognitivo (24,35 %) insuficiencia cardiaca (23,74 %), patología respiratoria (12,91 %). Derivación por Servicios: Oncología 35,13 %, Medicina Interna 29,5 % [siendo el 56,24 % de las derivaciones del proceso no oncológico(PNO)], Atención Primaria 9,54 % (12,36 % de PNO), Servicios Quirúrgicos 9,87 %.

Discusión: Durante el análisis de datos, se observa como existe una tendencia evidenciada relacionada al incremento paulatino de la valoración de pacientes no oncológicos, siendo más predominantemente pacientes con pluripatología; principalmente cardiológicos y patología respiratoria terminal. También es reseñable que los servicios de índole médica presentan un contacto y/o derivación más ágil que los servicios quirúrgicos para la valoración de estos pacientes.

Conclusión: ESCP es la base fundamental para proveer una atención integral, y son las necesidades de los enfermos y familiares los que deben regir su organización práctica y clínica. Se objetiva como la asistencia por parte de ESCP en nuestra zona está evolucionando su organigrama, capacidad asistencial y en las ampliar las características de los pacientes a valorar.

PO 268. SATISFACCIÓN POR COMPASIÓN, BURNOUT Y SÍNDROME POR ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ana García García¹, María Sánchez Isac¹, Coro Pérez Aznar¹, Cristina de Miguel Sánchez², Maribel Carreras Barba³

¹UCP HGU Gregorio Marañón, Madrid, España. ²ESAPD Espronceda, Madrid, España. ³Coordinación Regional de CP de la CM, Madrid, España

Introducción: Los profesionales que en su trabajo de cuidar a otros se ven expuestos de manera continuada a situaciones de gran demanda emocional relacionadas con el sufrimiento humano, como es el caso de cuidados paliativos (CP), pueden ser más vulnerables a desarrollar reacciones

adversas al estrés, y aunque no necesariamente deriva en un trastorno, es necesario conocer en qué medida afecta al colectivo para poder diseñar estrategias de prevención e intervención futuras. Exploramos varios indicadores relacionados con la Calidad de Vida Profesional tanto en el aspecto positivo definido como el placer de poder hacer bien el trabajo (Satisfacción por Compasión, SC) como en los dos componentes negativos de la Fatiga de Compasión, a saber, Burnout (BO) en relación con las dificultades para hacer con eficacia la tarea de cuidar y Síndrome por Estrés Traumático Secundario (STS), referido al efecto de verse expuesto al sufrimiento de otros.

Objetivos: Describir la prevalencia y los factores asociados a SC, BO y STS valorados con el Cuestionario PROQOL-IV -Professional Quality of Life, Compassion Satisfaction, and Fatigue Subscales-, en los profesionales de CP de la Comunidad de Madrid (CM).

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Participaron profesionales en activo de los equipos de CP públicos y concertados de la CM. Complimentaron el Cuestionario ProQOL-IV y se recogieron variables sociodemográficas, laborales, personales y de actividades de autocuidado para conocer a qué factores se asociaban las escalas del cuestionario. Análisis: estadística descriptiva y analítica. Test estadísticos: t de Student, prueba de Levene, ANOVA, prueba de Bonferroni y correlación de Spearman.

Resultados: En el estudio participaron 269 sujetos, 49 % del total de profesionales de CP en la CM, de manera voluntaria. 53 % Entre 36 y 53 años y 84 % mujeres. Las puntuaciones -media y desviación estándar- obtenidas han sido: SC 39,84 ± 4,84, BO 22,79 ± 4,78 y STS 17,11 ± 5,23 respectivamente, lo que nos indica niveles medio-alto en SC, medio-bajo en BO y bajo en STS. Todas las dimensiones SC, BO y STS se asociaron con la opinión del profesional de que su salud se ve afectada por el trabajo y con haber pensado en cambiar de trabajo: de manera inversa SC y directa BO y STS.

Conclusiones: Los resultados obtenidos por los profesionales de CP de la CM en Calidad de Vida Profesional, sugieren: un nivel medio-alto de SC, medio-bajo de BO y bajo de STS.

PO 269. RED DE CUIDADOS PALIATIVOS DE ANDALUCÍA: INTEGRANTES Y EVALUACIÓN

María José Escudero Carretero¹, Auxiliadora Fernández López², Noelia García Toyos¹, Reyes Sanz Amores³, Begoña Isac Martínez¹, Eugenio Martínez Concepción³, M.^a Carmen Valcárcel Cabrera y Nuria Luque Martín

¹Escuela Andaluza De Salud Pública, Granada, España.

²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

³Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía, Sevilla, España

Introducción: RedPAL es un proyecto del Plan Andaluz de Cuidados Paliativos cuyo objetivo es crear una red de profesionales, ciudadanía y voluntariado de Andalucía. Su finalidad es mejorar la calidad de los cuidados paliativos que se prestan y mejorar el cuidado de las personas que los proveen y los reciben, a través de acciones de comunicación, formación, información e intercambio. En una primera fase de trabajo se ha puesto en marcha la red y se han realizado

una serie de acciones que se han evaluado. En esta comunicación se presentan esos resultados.

Objetivos:

- Describir acciones realizadas para difundir la red y fomentar las inscripciones a la red.
- Analizar el perfil de personas participantes en la red.
- Describir acciones realizadas.
- Analizar resultados de evaluación.

Metodología: Para constituir y difundir la red: d) definición de objetivos; b) creación de grupo motor (GM; c) elección nombre y diseño imagen corporativa; d) plan de comunicación; e) diseño acciones a realizar: cursos, encuentro anual, acciones en redes sociales, creación y mantenimiento web, acciones presentación Red.

Para analizar perfil personas inscritas en la red: análisis estadístico descriptivo.

Para evaluar acciones realizadas: a) cuestionarios de satisfacción; b) evaluación cualitativa grupo motor.

Resultados: Después de un año de funcionamiento la red no solo se ha puesto en marcha, sino que ha desarrollado un nivel de actividad interesante.

- El GM lo integran once personas, profesionales de diversos ámbitos y perfiles y representantes del movimiento asociativo.
- Se desarrolló y publicó la web: www.redpal.es con una parte pública con información variada sobre cuidados paliativos, y un espacio privado de trabajo para las personas inscritas en la Red y los grupos de trabajo que se han generado.
- Hay actividad en redes sociales: twitter, Instagram, youtube y blog.
- El primer año se realizaron dos cursos y un encuentro a nivel autonómico, con buenos Resultados de satisfacción por personas participantes.
- Se han inscrito 100 personas. En su mayoría profesionales sanitarios (de todos los niveles asistenciales y de diferentes perfiles).

Conclusiones: La creación de una red que une profesionales, pacientes-familias y asociaciones/voluntariado permite trabajar conjuntamente, aunar intereses y esfuerzos y visibilizar los cuidados paliativos a la ciudadanía en general. El portal web es la herramienta que permite la interacción y que ofrece información, así como las RRSS. La formación específica y transversal, la comunicación y la difusión son claves en el funcionamiento de la red.

PO 270. ADECUACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA ORGÁNICA AVANZADA INGRESADOS EN UNA UCI

Carme Olagüe Baño, Marina Gandía Herrero, Josefa Gil López, Andrea Carolina Garcés Rodríguez, Ana Nieves Piqueras Martínez, Juana Pinar Sánchez
Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España

Introducción: Los pacientes con enfermedades crónicas avanzadas presentan un pronóstico vital complejo. Conocerlo es fundamental para la toma de decisiones al final de la vida. Su curso clínico es fluctuante, alternando períodos de estabilidad clínica y descompensaciones, las cuales pueden requerir un ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos

(UCI). En España, aproximadamente el 34 % de las muertes en las UCI se preceden de órdenes de adecuación del esfuerzo terapéutico. Se basan en la limitación del inicio de medidas de soporte vital, en la retirada de las mismas, y en la limitación de ingreso o reingreso en dicha unidad.

Objetivos: Describir cuántos de los pacientes que ingresaron en una Unidad de Cuidados Intensivos presentaban una insuficiencia orgánica avanzada. Describir si, sobre estos pacientes, se expresó alguna actuación encaminada a la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre 174 pacientes que ingresaron en una UCI entre el 13 de abril y el 29 de junio de 2018. Se recogió aquellos que cumplían criterios de insuficiencia orgánica avanzada. Se recogieron índices de gravedad para la disfunción multiorgánica. Se describieron las órdenes relacionadas con la adecuación del esfuerzo terapéutico. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS Statistics v24.

Resultados: 19 pacientes (11 %) cumplían criterios de insuficiencia orgánica avanzada (11 por enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo o funcional establecido; 3 por insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal estadio > 3mMRC o similares; 3 pacientes por insuficiencia cardíaca crónica -NYHA III y IV-; 1 por ERC con estadio > 4 de NKF; 1 por hepatopatía crónica con datos de HTP o Child-Pugh > 7 puntos. El valor medio del índice SAPS II fue de 39 (\pm 17) y de 61 (\pm 17) para el SAPS III. La mediana del índice APACHE fue de 19 (14-23). En 9 de los pacientes con enfermedad orgánica avanzada se indicaron medidas de adecuación del esfuerzo terapéutico (47 %). La medida más frecuente fue la limitación del reingreso en UCI. En un paciente se describió la orden de no intubación y en otro la orden de no reintubación.

Conclusiones: Una muestra no menor de los pacientes ingresados en una UCI presentan una insuficiencia orgánica avanzada. En un porcentaje significativo se expresa de forma escrita la orden de no reingreso. La ausencia de otro tipo de órdenes de adecuación escritas es llamativa, por lo que sería recomendable incentivar estas actuaciones en este tipo de pacientes.

PO 271. ESTUDIO DE NECESIDADES Y EXPECTATIVAS DE PACIENTES, FAMILIARES Y PROFESIONALES SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

Alfonso Alonso Fachado, Flor Martínez Varela¹, Jorge Aboal Viñas

Servizo Galego De Saúde, Santiago de Compostela, España

Introducción: Las administraciones sanitarias han ido incorporando progresivamente la gestión de los Planes de Cuidados Paliativos, con el objetivo de establecer también a este nivel un mínimo de garantías en términos de calidad, atendiendo a los principios de eficacia, eficiencia y equidad. Para este desarrollo, es necesario conocer las necesidades y expectativas de pacientes, familiares y profesionales implicados en los cuidados paliativos. Son escasos los estudios en España que implican a estos tres colectivos en un proyecto único.

Objetivos: 1. Conocer las actitudes y percepciones que los agentes implicados tienen sobre la atención paliativa.

2. Incorporar a la gestión el punto de vista de los pacientes, familiares y profesionales implicados en este. 3. Consensuar los aspectos comunes que refieren los tres colectivos implicados.

Metodología: Se realizó una estrategia de investigación cualitativa que consiste en la utilización de la Entrevista en Profundidad (1) y los Grupos Focales (2). Se realizaron 7 entrevistas a diferentes perfiles de profesionales vinculados al Plan de Cuidados Paliativos y, por otro lado, 6 Grupos Focales grupales: dos con profesionales sanitarios (facultativos y no facultativos), dos con familiares y dos con pacientes en fase final de enfermedad (oncológicos y no oncológicos). Participaron en el estudio 44 personas: 11 pacientes, 11 familiares y 22 profesionales. Para conseguir una adecuada estrategia de triangulación, las sesiones fueron moderadas por dos investigadores, quienes analizaron individualmente las transcripciones y categorizaron la información de forma independiente, dotando así de validez concurrente a los temas y subtemas establecidos (3). Las diferencias a nivel de interpretación se discutieron hasta alcanzar el consenso. Se realizó un análisis temático de la información, para lo que se siguieron los pasos habituales descritos por Braun y Clarke (4).

Resultados: Las necesidades comunes a todos los grupos se centraron en las siguientes cuestiones: 1. Establecer una adecuada comunicación pacientes-profesionales e interprofesionales. 2. Definir criterios homogéneos para la identificación de pacientes paliativos. 3. Planificación en equipo con paciente y familia. 4. Ofrecer un buen control de síntomas y evitación de pruebas y tratamientos innecesarios. 5. Buena continuidad asistencial, establecida de forma integral. 6. Identificación precoz del paciente paliativo, con respeto a las decisiones del paciente y familia. 7. Apoyo psicosocial en el duelo.

Conclusiones: Este estudio muestra las necesidades expresadas tanto por pacientes, familiares y profesionales en relación con los cuidados paliativos. Estas deben ser tenidas en cuenta cuando se planteen estrategias de desarrollo de los planes de cuidados paliativos.

PO 272. LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Denise Pergolizzi, Blanca Goñi Fuste, Iris Crespo Martín, Albert Balaguer Santamaría, Josep Porta-Sales, Cristina Monforte-Royo

Universidad Internacional de Cataluña, Barcelona, España

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) tienen como objetivo aliviar y prevenir el sufrimiento mediante el abordaje adecuado de las necesidades de los pacientes. Sin embargo, no existe un proceso sistemático de evaluación de las necesidades que permita su evaluación y consiguiente diseño del plan terapéutico individualizado. Antes de plantear el diseño de una evaluación, es preciso conocer cómo la literatura define la evaluación de estas necesidades en CP.

Objetivos: Sintetizar la literatura en cuánta evaluación del paciente en CP y conocer qué ámbitos se exploran.

Metodología: Se identificaron 4.425 artículos publicados en inglés y español a través de una estrategia de búsqueda en cuatro bases de datos (PubMed, CINAHL, PsycINFO,

Web of Science) que contenía cuatro términos MeSH y cinco palabras clave que describen la evaluación de necesidades de los pacientes en CP. No hubo ninguna restricción en cuanto al año de publicación. Dos revisores independientes llevaron a cabo la eliminación de duplicados y posterior revisión de títulos, obteniendo un total de 684 resúmenes que incluían estudios cualitativos, cuantitativos y mixtos. Finalmente, 66 artículos cumplían criterios de inclusión para revisión de texto completo.

Resultados: Se incluyeron 49 artículos de texto completo publicados entre 1999 y 2018. La mayoría eran de Australia (30 %) o de Norte-América (14 %), mientras que solo había dos estudios de España. Todos los estudios cuantitativos mostraban el uso de una herramienta cuantitativa de evaluación de necesidades. Al integrar los estudios cualitativos y cuantitativos: el 63 % identificó cinco o más esferas de necesidades definidas como psicológica, social, espiritual y física (el 87 %). El 93 % de los estudios sugieren que deberían incorporarse en la práctica clínica. Además de los dominios de evaluación, los estudios comentan en la muerte y el morir (39 %), la relación con el profesional (45 %), autonomía (43 %) y formas de mejorar la calidad de vida (39 %).

Conclusiones: Los diversos estudios muestran una evaluación con enfoque holístico de las necesidades de los pacientes en CP, no obstante, la gran mayoría proponen instrumentos en lugar de un encuentro interactivo y significativo con el profesional de salud para evaluar estas necesidades. A pesar de que un gran número de estudios discuten la importancia de la relación con el profesional, esta se ve obstaculizada por el uso de estas herramientas cuantitativas. Se necesitan más estudios a nivel español para conocer los mejores métodos o matices culturales al evaluar las necesidades en CP.

PO 273. UTILIDAD DEL ÍNDICE PRONÓSTICO PALIATIVO (PPI) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DE RECIENTE CREACIÓN

Ana Belén Martínez Motos¹, Pedro García Más², Miguel Fernández Sánchez¹, Ana Belén Sánchez López¹, Gregoria Blázquez Navarro¹, Pilar Soria Antonio¹
¹Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital General de Almansa, Almansa, España. ²Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Albacete, España

Introducción: La estimación del pronóstico de supervivencia en pacientes con cáncer avanzado es una herramienta útil en la toma de decisiones y en la planificación de la atención del enfermo. Son varias las escalas e índices que se recomienda utilizar de forma sistemática para evaluar a estos pacientes. El PPI recoge 5 variables y estima la supervivencia del enfermo a 3 y 6 semanas.

Objetivo: Valorar la utilidad de la escala pronóstica Índice Pronóstico Paliativo (PPI) para predecir la supervivencia en pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital General de Almansa.

Metodología: Estudio observacional y retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con cáncer avanzado que habían ingresado en la Unidad de Cuidados Paliativos de nuestro centro entre enero de 2016 y febrero de 2018. A todos se les aplicó el Índice Pronóstico Paliativo (PPI) evaluándose

5 variables: PPS, vía oral libre, edemas, disnea de reposo y delirium según los criterios de la DSM-IV. Se establecieron las 2 categorías pronósticas de supervivencia (estimación de supervivencia de 3 semanas y estimación de supervivencia de 6 semanas).

Resultados: Se incluyeron un total de 160 pacientes de los cuales 44 pacientes (27,5 %) presentaron un PPI mayor de 6 y los 116 pacientes restantes (72,5 %) un PPI mayor de 4. El PPI resultó adecuado en el 70 % de los casos (112 pacientes).

Conclusión: El Índice Pronóstico Paliativo (PPI) es una herramienta útil para los profesionales de la salud a la hora de predecir el valor pronóstico de supervivencia de los pacientes con cáncer avanzado. Se trata de un índice sencillo de aplicar y con una adecuada sensibilidad.

PO 274. ESTADO DE SALUD Y SOBRECARGA DE CUIDADOS EN FAMILIARES DE PACIENTES QUE RECIBEN ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA

María Soledad Giménez Campos¹, Pablo Flors Villaverde², Elisa Soriano Melchor¹, Amparo Bahamontes Mulió¹, Bernardo Valdivieso Martínez¹, María Pilar Barreto Martín³

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, València, España.

²Hospital Comarcal de Llíria, Llíria, España. ³Universitat de València, València, España

Introducción: El domicilio es una de las opciones de preferencia de muchas personas y sus familias para recibir cuidados en el periodo final de la vida. A su vez, el domicilio también es un lugar de interés para los cuidados al ser una alternativa a la atención prestada en instituciones u hospitales. Aunque en muchos casos la familia refiere asumir los cuidados por propia iniciativa y voluntariamente esto no evita las consecuencias y repercusiones en la calidad de vida del cuidador familiar.

Objetivo: Conocer las repercusiones asociadas a cuidar en la vida de los cuidadores familiares de personas que reciben cuidados paliativos en el domicilio por enfermedad oncológica a través de la valoración del nivel de autopercepción del estado de salud en el último año, de la presencia de síntomas de ansiedad y depresión y la valoración de sobrecarga de cuidados.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo, transversal. Muestra: cuidadores familiares de personas con enfermedad oncológica en seguimiento en el programa de cuidados paliativos domiciliarios en el Área de Hospitalización a Domicilio y Telemedicina del Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Periodo: julio de 2015 y diciembre de 2016. Análisis: estadística descriptiva. Cuestionarios: Escala de ansiedad y depresión de Goldberg; Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en versión reducida.

Resultados: La muestra la integraron un total de 80 familiares, 56 (70 %) eran mujeres y 24 (30 %) hombres, con una media de edad de 61,75 años (DE = 12,98). El 52,5 % de los familiares cuidadores valoraron negativamente su estado de salud en el último año (regular, malo o muy malo) mientras que un 47,5 % lo valoró positivamente (bueno o muy bueno). 48 cuidadores presentaban síntomas de posible diagnóstico de ansiedad, y 36 cuidadores síntomas de posible diagnóstico de depresión. El riesgo de claudicación asociado a la carga

del cuidador se pudo evaluar en 57 cuidadores. La puntuación media fue de 14,95 en la Escala de Zarit-Reducida. 16 cuidadoras (20 %) presentaba criterios de riesgo de claudicación. Los resultados mostraron una asociación positiva significativa entre la edad ($r = 0,316$; $p = 0,008$), los síntomas de ansiedad ($r = 0,333$; $p = 0,005$), la sobrecarga de cuidados ($r = 0,277$; $p = 0,037$) y la peor percepción del estado de salud.

Conclusiones: En la muestra estudiada, los familiares que asumen los cuidados presentaron peor percepción de su estado de salud, mayores niveles de ansiedad y mayor percepción de sobrecarga de cuidados.

PO 275. MANEJO PALIATIVO EN INSUFICIENCIA RENAL AVANZADA CON SEGUIMIENTO EN EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
Fernando Moreno Alonso, María González Ascarza, Amaia Campo Nuñez
Hospital San Juan de Dios Pamplona, Pamplona, España

Objetivos: Analizar las variables demográficas, clínicas, pronósticas y de evolución de pacientes en seguimiento por insuficiencia renal avanzada.

Metodología: Estudio retrospectivo de 12 meses de duración, que incluye a pacientes derivados para manejo paliativo, en Navarra. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0.

Resultados: Se incluyeron 21 pacientes (en su mayoría derivados por Equipos de Atención Primaria), que cumplían criterios NECPAL para insuficiencia de órgano, un 52,8 % varones. Destaca una comorbilidad elevada con índice de Charlson mayor de 3 y fragilidad intensa con un Vigfrail mayor de 0,55. En este periodo de tiempo se redujeron las reagudizaciones, la atención en Urgencias hospitalarias, y los ingresos con un resultado estadísticamente significativo.

Discusión: El tratamiento renal conservador es una opción de tratamiento más de la enfermedad renal crónica avanzada, sobre todo para pacientes ancianos con factores de mal pronóstico, elevada comorbilidad y deterioro funcional establecido. El papel de los cuidados paliativos se antoja fundamental para asegurar la calidad y la continuidad en los cuidados. También sería abordaje en pacientes en circuito de diálisis con criterios de retirada de terapia renal sustitutiva. Elaborar un plan de actuación y cuidado integral centrado en el paciente, y hacer una planificación compartida con el paciente y la familia son las bases fundamentales de la atención al paciente paliativo renal. Los objetivos fundamentales son valorar qué pacientes se van a beneficiar del tratamiento renal conservador, el tratamiento del dolor y de los síntomas, ofrecer soporte psicológico y social, así como planificar los cuidados al final de vida. La actitud paliativa debe iniciarse precozmente e ir aumentando en intensidad e importancia conforme progresa la patología nefrológica. La participación del paciente en la toma de decisiones al final de su vida es importante para la atención médica, para cuestiones legales o para determinar el lugar donde prefiere ser cuidado y donde prefiere fallecer. En una revisión bibliográfica se demuestra que una intervención paliativa adecuada sobre estos pacientes mejora la calidad de vida, evita reingresos e incluso es coste-efectiva.

Conclusiones: De acuerdo con otros estudios la intervención paliativa de estos enfermos, evita reingresos y mejora calidad de vida. El seguimiento por Equipos de Soporte a Domicilio consigue evitar intervenciones intensivas, siendo el domicilio el lugar elegido para el fallecimiento, asegurando un buen control sintomático. Se antojan fundamentales programas de coordinación con Nefrología para garantizar la continuidad de cuidados tras haber desestimado tratamiento renal sustitutivo.

PO 276. ESTILO DE APEGO Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOLÓGICA AVANZADA

Jorge Hernández González¹, Begoña Amaro Lois¹, Elisa Alonso Rodríguez¹, Penélope Sanjurjo Álvarez¹, Pablo Braña López¹, Tamara Redondo Elvira²
¹AECC Pontevedra, Vigo, España. ²AECC Guadalajara, Guadalajara, España

Introducción: El diagnóstico de una enfermedad oncológica avanzada supone para el paciente una amenaza importante para su integridad psíquica y orgánica. Si el paciente no pone en marcha diversos tipos de afrontamiento, podría elevar su Malestar Emocional (ME) y/o aparecer psicopatología ansioso-depresiva, de forma que aumente la complejidad de cara a la posible intervención psicoterapéutica. La evaluación de los distintos estilos de apego adulto se ha relacionado con el tipo de afrontamiento que realiza el paciente ante sucesos estresantes como lo es una enfermedad oncológica avanzada. Dependiendo de su estilo de apego, será más o menos eficiente la capacidad de autorregulación emocional y de búsqueda de apoyo, modulando de esta forma el grado de ME y la manifestación de sintomatología ansioso-depresiva. En este contexto, entendemos que la evaluación del estilo de apego adulto podría ser una herramienta útil para explicar el grado de ME, psicopatología y el nivel de complejidad que manifiesta el paciente y, por tanto, ser capaces de planificar, individualizar y hacer más eficiente la posible intervención.

Objetivos: 1. Evaluar si el estilo de apego de los pacientes se relaciona con el grado de ME que presentan. 2. Determinar si el tipo de apego se asocia con variables psicopatológicas como la ansiedad y la depresión.

Metodología: Diseño: estudio transversal, descriptivo de práctica clínica habitual. Participantes: 31 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Oncológica Avanzada atendidos por el EAPS de la AECC Pontevedra. Instrumentos: estilo de apego: cuestionario de relación (CR). 1. ME: Cuestionario de Detección de Malestar Emocional (DME). 2. Síntomas Ansioso-Depresivos: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalariab (HADS). 3. Análisis: Se realizaron pruebas estadísticas descriptivas y ANOVA para los Resultados. Se emplearon pruebas *posthoc* para las diferencias significativas.

Resultados: Los estilos temerosos manifiestan significativamente mayor ME que el estilo seguro, $F = 6,13$; $GL = 3$; $p < 0,05$. El estilo de apego seguro manifiesta significativamente menos depresión ($F = 16,074$; $GL = 3$; $p < 0,05$) que el estilo temeroso y menos ansiedad ($F = 4,269$; $GL = 3$; $p < 0,05$) que los estilos temerosos y preocupados.

Conclusión: Los pacientes con estilo de apego seguro se relacionan con una menor puntuación de ME y psicopatología que el resto de estilos. Estos resultados son coherentes con estudios similares previos y nos sugieren la importancia de evaluar los estilos de apego como indicador del ME y la sintomatología manifestada por el paciente oncológico avanzado. Esta relación podría tener relevancia a la hora de la elección y planificación de la intervención tal y como lo están evaluando estudios recientes.

PO 277. CONSENSO MULTIDISCIPLINAR SOBRE EL MANEJO DEL DOLOR IRRUPTIVO ONCOLÓGICO: UNA PERSPECTIVA CENTRADA EN EL PACIENTE

Josep Porta-Sales¹, Francisco J Villegas Estévez², María Dolores López Alarcón³, José Gómez Codina⁴, Carlos Ferrer Albiach⁵

¹Servicio Soporte y Cuidados Paliativos, Institut Català d'Oncologia, Girona, España. ²Unidad de Dolor Consorcio Hospitalario Provincial, Castelló, España. ³Unidad del Dolor Consorcio Hospital General Universitario, València, España. ⁴Sección de Oncología Médica del Hospital La Fe, València, España. ⁵Instituto Oncológico Consorcio Hospitalario Provincial, Castelló, España

Introducción: Son muchas las revisiones centradas en el manejo óptimo del Dolor Irruptivo Oncológico (DIO), aunque son más escasas las centradas en cómo conseguir una mayor implicación y empoderamiento del paciente.

Objetivo: Identificar los indicadores de calidad de gestión en el DIO, especialmente aquellos el Objetivo que permitan una mayor activación del paciente y/o cuidador.

Metodología: Método Delphi modificado de dos rondas para evaluar la opinión sobre el manejo global del DIO (diagnóstico, tratamiento, empoderamiento del paciente y práctica clínica) de 120 expertos españoles representativos de las diferentes especialidades implicadas en el tratamiento del DIO: Clínica del Dolor, Cuidados Paliativos, Oncología Clínica y Oncología Radioterápica. Se utilizó una encuesta de 75 preguntas, de las cuales 11 estaban directamente relacionadas con la implicación y empoderamiento del paciente en la gestión de su tratamiento. Se pasó a una segunda ronda de encuesta los ítems en los que no se consiguió un primer acuerdo. A partir de los ítems consensuados se establecieron aquellos aspectos que se consideran determinantes para optimizar el abordaje del DIO desde la perspectiva del paciente.

Resultados: Un total de 115 (96 %) expertos aceptaron participar en la primera ronda. Solo 14 ítems (18,7 %) requirieron una 2.ª ronda en la que participaron 81 expertos (67,5 %). En aquellos ítems relacionados con la activación y empoderamiento del paciente en su tratamiento hubo un amplio consenso en todas las cuestiones planteadas, siendo unánime en la necesidad de que el paciente conozca y entienda cuales son los posibles efectos adversos del tratamiento, así como en el beneficio de una revisión periódica su terapéutica teniendo en cuenta sus preferencias.

Conclusiones: Existe un consenso generalizado entre los expertos en considerar fundamental la implicación activa del paciente en el manejo y tratamiento del DIO. Sería recomendable que este consenso se reflejara en las guías de práctica clínicas.

Agradecimiento: Ferrer ha financiado este proyecto.

PO 278. CUIDADOS PALIATIVOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PROGRESIVOS

Zeida Rosa Rodríguez Martínez, Mildrey Hernández Piard, Carmen Fernández Arenas

Introducción: Las etapas avanzadas de enfermedades crónicas que pueden llevar al paciente a un estadio terminal son motivo frecuente de admisión en Unidades de Cuidados Progresivos de Atención a Graves (Intermedios e Intensivos), diseñadas para control de situaciones de pacientes críticos agudos y no para cuidados paliativos. Los límites para su atención se hacen confusos desencadenando dilemas bioéticos que requieren juicio clínico, experiencia profesional y preparación bioética para enfrentar tales desafíos.

Objetivo: Establecer el manejo integral de enfermos terminales en Unidades de Cuidados Intermedios Progresivos.

Metodología: Estudio observacional prospectivo en Unidad de Cuidados Intermedios Progresivos en el Hospital Universitario "Cmte. Faustino Pérez Hernández" de Matanzas, Cuba, durante un periodo de 10 años (1997-2017). Universo: Pacientes admitidos en Unidad de Cuidados Intermedios Progresivos en Estadio Terminal desde cualquier enfermedad base. Variables: demográficas, diagnóstico ingreso, enfermedad base, síntomas, medidas de control de síntomas, estadio, estado vital al egreso. Recogida de la información en Planillas de Recolección de Datos, procesadas en SPSS 12. Resultados en tablas y gráficos, reflejándose en medidas de resumen según tipo de variable.

Resultados: Representaron 28,6 % de los ingresos, grupos etáreos más frecuentes 74-84 años, enfermedades base prevalentes: EPOC 42,7 %; Oncológicas 33,3 %; Insuficiencia Renal Crónica 29,7 %; Hepatopatías Crónicas 14,8 %. Síntomas: dolor, disnea, depresión. Estadia 6-11 días. Estado vital al egreso 45,7 % vivos hacia su hogar.

Conclusiones: Es significativo la proporción de pacientes en Estadio Terminal que requieren admisión en Unidades de Atención a Graves, donde se evidencia que las medidas de control de síntomas y Cuidados Paliativos requieren Protocolización para lograr una atención mesurada y humanizada a estos pacientes bajo preceptos bioéticos adecuados. Se implementa Protocolo de Actuación Diagnóstico-Terapéutico desde hace 2 años con enfoque multidisciplinario que ha permitido mejorar la atención a estos pacientes, desarrollar habilidades comunicacionales con pacientes y familiares, implementar limitación de esfuerzo terapéutico consensuado, aplicar cuidados paliativos en control de síntomas, apoyo psicológico, capacitación del personal técnico profesional para una atención médica dirigida a un modelo humanístico personalizado.

PO 279. ¿QUÉ APORTAN LAS ESCALAS PRONÓSTICAS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON SEPSIS Y CÁNCER AVANZADO?

Lucía Fernández Rendón¹, Belén Gutiérrez Gutiérrez², Jesús Rodríguez Baño²

¹Hospital San Lázaro, Sevilla, España. ²Hospital Virgen Macarena, Sevilla, España

Introducción: Los pacientes con sepsis y cáncer avanzado presentan una alta mortalidad y la tendencia actual es a tra-

tar hasta los últimos días de vida. ¿Hemos pensado acerca de la futilidad de nuestras decisiones? y ¿qué podría ayudarnos a que estas sean más acertadas, evitando así el encarnizamiento terapéutico?.

Objetivos: Correlacionar escalas pronósticas y mortalidad a 30 días en pacientes con sepsis y cáncer avanzado con el objetivo de clasificar distintos grupos de pacientes en base a su pronóstico para su manejo en la toma de decisiones.

Metodología: Se realizó un estudio observacional longitudinal prospectivo en una unidad hospitalaria de cuidados paliativos con criterios de cáncer avanzado y sepsis, sepsis grave o shock séptico que ingresaron durante 24 meses consecutivos, obteniéndose una cohorte de 47 pacientes. El 91 % de los pacientes recibieron antimicrobianos empíricos según la guía de antibioterapia del nuestro hospital y en todos se aplicaron las escalas, Palliative Performance Scale (PPS) y Palliative Prognostic Score (Pap score). Se realizó un análisis multivariante por regresión de Cox y se calculó el área bajo la curva ROC(AUROC) para analizar la capacidad predictiva de los modelos obtenidos. Se obtuvieron diversos árboles de clasificación (CART) con objeto de establecer los puntos de corte de las escalas PPS y PAP y su asociación con la mortalidad, así como para confirmar las variables predictoras de mortalidad obtenidas en el multivariante. Se emplearon los programas estadísticos IBM-SPSS y Salford Predictive Modeler 8.2 package.

Resultados: Se obtiene una cohorte de 47 pacientes. En los modelos multivariante obtenidos, las variables sepsis severa o shock (HR, 95 % CI: 3,56; 1,80-7,05, $p < 0,001$; o 3,78; 1,90-7,53, $p < 0,001$), PPS < 40 (HR, 95 % CI: 2,79; 1,25-6,23, $p = 0,01$); PAP score C (HR, 95 % CI: 2,51; 1,19-5,32, $p = 0,02$) se asociaron significativamente con la mortalidad. El AUROC que incluían las variables sepsis y PAP o PPS score fue $> 0,80$.

Conclusiones: Según los resultados de este estudio, la variable sepsis severa o shock y las escalas PPS < 40 y/o PAP score = C fueron predictores de mortalidad a 30 días. Su consideración de forma conjunta ayudaría al manejo clínico de estos pacientes. Así, en el grupo de pacientes con sepsis severa, o con PPS < 40 o Pap C, sería procedente adoptar un manejo más conservador del tratamiento donde predominen las medias de confort y cuidados, evitando así encarnizamiento terapéutico. En cambio, en el grupo con Sepsis y PAP $> 0 = 40$ y/o Pap score A o B se podrían plantear medidas más activas dirigidas a la curación de la infección.

PO 280. NIVEL DE AUTOEFICACIA EN CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMEROS ESPAÑOLES Y FACTORES RELACIONADOS

Raquel Herrero-Hahn¹, Rafael Montoya-Juárez¹, César Hueso-Montoro¹, Diego Salazar-Blandón², Juan Guillermo Rojas², María Paz García-Caro¹

¹Universidad De Granada, Granada, España. ²Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción: Se está produciendo un aumento del número de personas mayores. Este cambio en el envejecimiento de la población va unido a un cambio en los patrones de enfermar. Actualmente la mayoría de las muertes en mayores de 65 años en España se producen a causa de enfermedades

crónicas y cáncer, presentando estas personas en algún momento necesidades paliativas.

La atención paliativa de calidad requiere de la competencia y autoeficacia de los profesionales. Por este motivo es importante conocer la seguridad que sienten los profesionales de salud en su capacidad para proporcionar una atención adecuada a estos pacientes.

Objetivos: Determinar el nivel de autoeficacia en cuidados paliativos de profesionales y estudiantes de enfermería, y los factores que influyen en el mismo.

Metodología: Estudio cuantitativo con diseño descriptivo-analítico y corte transversal. La población estuvo constituida por enfermeros españoles colegiados y estudiantes de enfermería, estando formada la muestra por 440 estudiantes y 552 profesionales seleccionados mediante muestreo intencional. Los datos se recogieron entre enero de 2017 y marzo de 2018. Se administró la versión española de la escala de autoeficacia en cuidados paliativos (SEPC-S) empleando una plataforma virtual. El análisis de datos se realizó evaluando medias, desviaciones estándar, frecuencias, porcentajes y pruebas no paramétricas para determinar la asociación y correlación entre variables (U de Mann-Whitney y coeficiente de correlación Rho de Spearman). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple.

Resultados: El puntaje promedio de la SEPC-S fue de 6,53 (SD $\pm 1,389$) en estudiantes y 6,91 (SD $\pm 1,298$) en profesionales. Se encontró un mayor nivel de autoeficacia en cuidados paliativos en profesionales ($p < 0,001$). Este nivel también fue mayor entre los profesionales que tenían formación y/o experiencia previa relacionada con el fin de vida ($p < 0,05$). Se encontró correlación positiva entre la edad y los años de experiencia previa de los profesionales y la autoeficacia en cuidados paliativos ($< 0,001$). El análisis de regresión lineal múltiple confirma una asociación significativa entre la edad y la formación en fin de vida con la autoeficacia en cuidados paliativos. Se observa una tendencia a la significación del sexo y la experiencia previa en fin de vida.

Conclusiones: El nivel de autoeficacia en cuidados paliativos de los profesionales y estudiantes de enfermería es moderado, siendo este mayor en profesionales. En los profesionales el nivel de seguridad se ve afectado por la edad, el tiempo de experiencia profesional y la formación y experiencia previa en fin de vida.

PO 281. RIESGO-BENEFICIO DE LA RETIRADA DE ESTATINAS EN CUIDADOS PALIATIVOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

Marta Díaz García¹, Luis Renato May Málaga², María Nabal Vicuña³

¹Universidad de Lleida, Lleida, España. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

Introducción: La indicación de estatinas en pacientes con pronóstico limitado no queda clara. El tiempo para obtener beneficio es muchas veces mayor a la supervivencia y presentan efectos adversos e interacciones importantes. Falta información adecuada para la retirada de estatinas.

Objetivo: Buscar evidencia científica del riesgo-beneficio en la retirada de estatinas en pacientes con pronóstico limitado.

Metodología: Diseño: revisión sistemática bibliográfica de artículos en inglés y español publicados entre 2013 y 2018. Bases de datos: Pubmed, Scopus, Cochrane, Google académico, Cercatot de la web de la Biblioteca de la Universitat de Lleida. Recogida de datos y análisis: parámetros analizados: tipo de estudio, tamaño de muestra, esperanza de vida, resultados más significativos y posibles limitaciones. Se realizó la selección de artículos mediante la lectura del título y/o resumen, posterior lectura completa del texto.

Resultados: Encontramos 224 artículos. 13 artículos cumplen los criterios (ensayo clínico: 1; Revisiones sistemáticas de la literatura: 5; estudios observacionales: -. Principal enfermedad: cáncer. Centros paliativos: tres artículos. Beneficio de estatinas en prevención primaria: > 2 años, evento cardiovascular: 6 meses-2 años; eventos cerebrovasculares: 2-3 años. Mayor susceptibilidad a efectos adversos por edad avanzada, caquexia o fragilidad. Eventos desfavorables: gastrointestinales (8 %), dolores musculoesqueléticos (> 7 %). Miopatías, más frecuente en mujeres y en personas con niveles de vitamina D bajos. Interacciones: con amlodipino, fluconazol o ketoconazol, warfarina, verapamilo o eritromicina. Mejor calidad de vida percibida en grupo que discontinuaron estatinas. La deprescripción ocurre habitualmente horas o días antes del fallecimiento. Requiere: comunicación oportuna médico-paciente, revisión farmacológica, y asumir el riesgo que la decisión. American Society of Clinical Oncology, the American Geriatrics Society, and the American Medical Directors Association, recomiendan la retirada de estatinas en pacientes mayores con supervivencia limitada. Medicamentos preventivos: suponen el 20 % del coste en farmacia en el último año de vida.

Conclusiones: La retirada de estatinas podría ofrecer beneficios. Evitaría efectos adversos e interacciones, mejorando la calidad de vida. - Sería útil la estandarización de criterios. El diálogo en torno a la retirada de fármacos puede facilitar conversaciones sobre la enfermedad, pronóstico y planificación anticipada de cuidados.

PO 282. MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA

Ester María Ramírez Ortiz, Resfa María García Font, Tomás Camacho Pizarro, Demetrio Mariano Aguayo Canela, Joaquina Rodríguez Sánchez
Hospital Vázquez Díaz, Huelva, España

Introducción: Actualmente uno de los principales puntos débiles de la Sanidad Española es la baja satisfacción de los usuarios en relación con el servicio recibido. Por lo que es de máxima prioridad dar respuesta a este hecho. Una de las herramientas que mejor puede resolver esta deficiencia es el proceso de Mejora Continua del Sistema de Gestión de la Sanidad Española.

Esta mejora debe ser aplicable a todos los ámbitos de la Sanidad, y en concreto a los Cuidados Paliativos.

Objetivos:

- Comprobar que la aplicación eficaz del proceso de mejora continua repercute en la satisfacción de los usuarios.
- Conseguir una mejor adaptación de los recursos de los que dispone la Sanidad, a lo que la sociedad necesita.

Metodología: 1. Diseño: se aplicó el proceso de Mejora Continua en la gestión de recursos (humanos y materiales) al final de la vida y se analizó el nivel de satisfacción. Se planificó el sistema de gestión, planteándose unos objetivos concretos; se llevó a cabo dicha planificación; se midió el grado de consecución de los objetivos (grado de satisfacción de los usuarios con esta iniciativa); y se pensaron medidas de mejora a dicha planificación. Se realizaron encuestas a 50 usuarios o familiares, donde se analizó el grado de satisfacción del servicio de cuidados paliativos. 2. Recogida de datos: la recogida de datos se realizó entre el 1 de enero de 2018 y el 31 de marzo de 2018. Los recogió el médico responsable en planta de hospitalización. 3. Análisis: Se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: Tras el trabajo de investigación realizado se han obtenido los siguientes resultados:

- El 87 % de los usuarios están satisfechos con la atención recibida por el servicio de cuidados paliativos en general.
- El 88 % de los usuarios lo que más valora es el trato humano y profesional.
- El 90,2 % está satisfecho por el interés mostrado por parte de los profesionales en la mejora del servicio.
- El 75,2 % de los usuarios considera adecuados los recursos empleados.

Conclusiones: Se comprueba que trabajando de forma planificada y medida se consiguen altos niveles de satisfacción, gracias a la atención de calidad instaurada tras la aplicación del proceso de mejora continua.

Además, un factor importante en la consecución de los objetivos es una utilización óptima de los recursos empleados, cosa que se valora positivamente por los usuarios.

PO 283. MEJORA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA MEDIANTE USO SEGURO DE MEDICAMENTOS POR CUIDADORES PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

Beatrice Pop Csog¹, María Teresa Alonso Ruiz², Florencia Bonino Timmermann³, Javier Flores Belmonte⁴, Marcos López García⁵, María Ángele Martín Fuentes de la Rosa², Mercedes Ramos González⁶, Beatriz Rodríguez Pérez⁷, Victoria Romero Gabino⁸, María José Redondo Moralo^{3,7}
¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Navalmoral de la Mata, Navalmoral de la Mata, España. ²Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Mérida, Mérida, España. ³Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Badajoz, Badajoz, España. ⁴Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Zafra-Llerena, Zafra, España. ⁵Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Don Benito-Villanueva, Don Benito, España. ⁶Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Plasencia, Plasencia, España. ⁷Subdirección de salud mental y PPSS. Servicio Extremeño de Salud, Merida, España. ⁸Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Cáceres, Cáceres, España

Introducción: El Proyecto de Uso Seguro de Medicamentos en Cuidados Paliativos nació en el contexto de la Estrategia de Seguridad del Paciente en Cuidados Paliativos. Patrocinado por el Servicio Extremeño de Salud (SES) y en el marco de Planificación de Extremadura en de Cuidados Paliativos y Seguridad del Paciente. Está dirigido a cuidadores de

pacientes con enfermedades en estadio avanzado incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos. En el domicilio, los cuidadores informales son los responsables de la atención a las necesidades de la vida diaria, tanto básicas como instrumentales, además de encargarse de observar la evolución del paciente, identificar los episodios de crisis en el control de los síntomas y administrar la medicación que, la mayoría de ellas, la OMS considera de alto riesgo.

Objetivos: Disminuir los errores relacionados con los medicamentos por parte de los cuidadores de pacientes terminales. Mejorar la adherencia terapéutica de los medicamentos prescritos, para el control de los síntomas en pacientes que reciben cuidados domiciliarios paliativos.

Metodología: El proyecto fue desarrollado por un equipo multidisciplinario de profesionales que constituye el Grupo de Calidad del Programa Regional de Cuidados Paliativos con la guía y supervisión de un experto en el Área de Seguridad del Paciente. Al principio, se realizó un análisis de la situación para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales involucrados en el cuidado al final de la vida. Posteriormente, se realizó un análisis de los temores y prejuicios de los cuidadores relacionados con las necesidades de atención y la administración de medicamentos a los pacientes al final de la vida. La segunda fase fue el diseño de una serie de materiales didácticos, destinados a mejorar la capacitación de los cuidadores para la gestión y administración segura de medicamentos en el domicilio (infografías, videos explicativos a través del canal de Youtube y la web del programa de cuidados paliativos).

Resultados: Se acordó la implementación de una serie de barreras de seguridad que ayudan a minimizar los errores relacionados con los medicamentos y mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes.

Con este fin, se desarrollaron las siguientes acciones: se elaboraron protocolos y listas de verificación dirigidas a profesionales para garantizar el seguimiento telefónico y el cumplimiento del tratamiento prescrito. Se crearon recursos audiovisuales de fácil acceso dirigidos tanto a profesionales como a cuidadores.

PO 284. ACTUALIZACIÓN DEL DELIRIUM EN LA FASE FINAL DE LA VIDA

Carmen Monroy Gómez, Agustín Santamaría Marín,
Ana Arcos Atienzar, Teresa Salcedo Peris,
Nieves Parras García de León, Jacinta Martín Márquez
Hospital General Universitario De Ciudad Real, Ciudad Real, España

Introducción: El delirium es uno de los síndromes neuropsiquiátricos más frecuentes en cuidados paliativos. Sin embargo, está infradiagnosticado, por lo que la prevalencia registrada en los diferentes estudios es muy heterogénea. Resulta de interés realizar una revisión bibliográfica del delirium en pacientes con enfermedad avanzada que reciben cuidados paliativos.

Objetivos: Analizar la evidencia disponible en los últimos 5 años con respecto al diagnóstico y manejo del delirium en el ámbito de los cuidados paliativos.

Metodología: Se ha realizado una búsqueda en la literatura científica a través de Medline/Pubmed empleando los términos

de búsqueda MeSH “delirium” AND “palliative care”. Se ha restringido la búsqueda a los estudios publicados en los últimos 5 años que incluyeran ensayos clínicos y revisiones bibliográficas.

Resultados: El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico agudo que viene definido por una alteración en el estado de alerta y en las funciones cognitivas. Se trata de una entidad infradiagnosticada, de tal forma que la incidencia y prevalencia publicadas en la literatura son heterogéneas y, por tanto, probablemente inferiores a las reales. La mayoría de los estudios presentan debilidades metodológicas en relación con los criterios diagnósticos e instrumentos de cribado empleados. En relación con su manejo, todos los estudios señalan la importancia de identificar los factores desencadenantes para corregirlos en la medida de lo posible, ya que el delirium puede llegar a ser reversible hasta en la mitad de los casos. En el tratamiento, tan importantes son las medidas terapéuticas sintomáticas y sobre las causas potencialmente reversibles, como las intervenciones sobre la conducta del paciente, las medidas ambientales y el apoyo a la familia, debiendo instaurarse de forma simultánea desde el inicio. Actualmente el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico que derive de ensayos clínicos es limitado, por lo que faltan recomendaciones basadas en la evidencia en el ámbito de los cuidados paliativos. La mayoría de estudios coinciden en que a día de hoy los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección. El delirium refractario es la causa más común de sedación paliativa en situación de últimos días.

Conclusión: El delirium constituye una entidad infradiagnosticada, por lo que las prevalencias registradas en la literatura son muy heterogéneas. Un alto índice de sospecha es fundamental para establecer un diagnóstico y tratamiento precoces. Si bien los neurolépticos constituyen el tratamiento de elección, el conocimiento sobre el tratamiento farmacológico del delirium es muy limitado, por lo que se hacen necesarias recomendaciones basadas en la evidencia.

PO 285. “MI MÚSICA, TU SONRISA” ACOMPAÑANDO A PACIENTES Y FAMILIARES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS

José M.^º Cabral García, Francisca Sierra García,
Laura Merinero Casado, Lara Asensio Bordonaba,
Manuel Pereira Domínguez
Equipo de Atención Psicosocial, Hospital Universitario Virgen del Rocío/Virgen Macarena, Sevilla, Sevilla, España

Introducción: Estamos asistiendo a un cambio de paradigma en el que ubicamos a las personas en el centro del sistema sanitario, lo que conlleva procesos de humanización de la atención sanitaria, siguiendo un modelo biopsicosocial. Esto significa apostar por una sanidad humanizada, que implemente una personalización de la asistencia y atienda el sufrimiento físico, psicológico, social y espiritual.

Durante mucho tiempo se ha relacionado de manera directa la música con la expresión emocional (Winner, 1982). Este hecho podría ser beneficioso en contextos de atención paliativa.

Objetivos:

- Abrir espacios de acompañamiento a través de la música a pacientes y familiares en las UCP para la incorporación real de una visión holística en la atención.

- Fomentar la participación comunitaria y voluntariado en los centros hospitalarios.
- Difundir el proyecto para que se pueda replicar en otros centros sanitarios.

Metodología: Desarrollo de la actividad realizada desde enero a mayo de 2019. A partir de una primera toma de contacto con la asociación Juventudes Musicales, se estableció un grupo motor de puesta en marcha del proyecto “Mi música, tu sonrisa”, integrado por profesionales de la UCP, Equipo de Atención Psicosocial y junta directiva de la asociación. Se implementaron tareas de planificación y gestión, que permitieron establecer un calendario de acompañamientos musicales en la UCP, realizado por músicos/as voluntarios de la asociación, cada 15 días. Se realizó un concierto inaugural en el hospital, a cargo de la Joven Orquesta de Guitarras. El inicio de las sesiones en la UCP tuvo lugar el 10 de abril de 2019. Los músicos se han ubicado en el espacio abierto de la planta, lo que ha permitido el disfrute de los pacientes y familiares ingresados en las 16 habitaciones de la planta.

Resultados: Se han realizado un total de 4 sesiones, con una duración de una hora cada una. Han participado 5 músicos, que han interpretado diferentes piezas musicales. N.º de pacientes beneficiarios: 64. Los pacientes y familiares han expresado su agradecimiento verbalmente y, también por escrito. Un ejemplo es “Gracias por traernos un trocito de cielo con el concierto de música que nos disteis. Mi padre fue feliz”.

Conclusiones: Tras dos meses del inicio del proyecto, se ha detectado una demanda verbal por parte de los pacientes, familiares y profesionales pidiendo la continuidad del mismo. Se ha observado una progresiva implicación de profesionales, así como un impacto en las redes sociales.

PO 286. EVOLUCIÓN DEL ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR POR CAMBIOS EN BARTHEL TRAS PROGRAMA DE FISIOTERAPIA

Manuel Pereira Domínguez, Laura Merinero Casado, Francisca Sierra García, José M.^a Cabral García, Lara Asensio Bordonaba

Fisioterapeuta, Equipo de Atención Psicosocial, Hospital Virgen del Rocío/Virgen Macarena, Sevilla, Sevilla, España

Introducción: Con un programa de fisioterapia, se consigue aumentar la autonomía del paciente. Esta mejoría se traduce en beneficios tanto para el paciente como para su familia y cuidadores. Este estudio se mide por el Índice de Esfuerzo del Cuidador (instrumento que calcula la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores). Este índice puede verse modificado cuando se acompaña una mejoría en el paciente medida a través del Índice de Barthel (instrumento utilizado para la valoración funcional de un paciente y su rehabilitación).

Objetivo: Valorar la correlación existente entre la mejoría funcional del paciente (escala de Barthel), y los cambios obtenidos en el índice de esfuerzo de cuidadores.

Metodología: Estudio cuasiexperimental. Cohorte prospectiva. Tipo antes-después. Se realizaron 4 visitas del Fisioterapeuta: primer día de inclusión, a los 7, 15 y 30 días. Se aplicaron técnicas fisioterapéuticas durante ese mes. Se obtuvieron mediciones mediante el índice de esfuerzo del

cuidador, e índice de Barthel. Análisis inferencial nivel de confianza 95 %. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0. Dintel significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes (58,9 % Hospitalización Domiciliaria, 21,7 % Cuidados Paliativos, 19,3 % Medicina Interna), 59,9 % varones. El 26,2 % fallecieron antes de finalizar la intervención (N = 50), un 20,4 % de pérdidas en seguimiento por otros motivos (N = 39) (ingreso hospitalario u abandono). Las puntuaciones medias y medianas en el IB fueron: Basal (N = 138) 53,19 ± 32,08, MED = 50; Inclusión (N = 205) 36,54 ± 25,3, MED = 35; Visita 7 días (N = 158) 41,27 ± 24,95, MED = 40; Visita 15 días (N = 137) 45,15 ± 26,54, MED = 45; Visita 30 días (N = 116) 49,18 ± 28,12, MED = 50. Perfil del cuidador principal (N = 192) fue femenino (81,6 %) con edad media de 59,37, el 71,9 % amas de casa. La familia asumía los cuidados en el 87,2 % (56,4 % cónyuge, 22,3 % Hija, 8,5 % otros familiares, 12,8 % contratado). Las cuidadoras precisaban ayuda suplementaria en el 66,9 % de los casos (N = 109). Recibían ayuda de un familiar en el 76,1 % de los casos y el 23,9 % de persona asalariada. El índice medio de esfuerzo del cuidador fue en el momento de inclusión 8,8 y al final de la intervención 7,93.

Conclusiones: El análisis pre-post de la intervención mostró mejoría en el índice de esfuerzo del cuidador. Esta mejora puede estar asociada a la mejoría funcional del paciente (medida por la mejoría en el índice de Barthel). Se fortalece así la eficacia de la intervención del fisioterapeuta no solo sobre el paciente, sino también de manera indirecta sobre los cuidadores.

PO 287. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Laura Merinero Casado¹, Julia Ollero Ortiz², Máximo Bernabeu Wittel³, Manolo Ollero Baturone³

¹*Psicóloga Clínica. Equipo de Atención Psicosocial, Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Sevilla, España.*

²*Facultad de Medicina de Sevilla, Sevilla, España.* ³*HU.*

Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴*HU. Virgen del Rocío, Sevilla, España*

Introducción: Los profesionales que atienden a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación de final de la vida se desenvuelven en un ambiente laboral de impacto emocional. Favorecer una adecuada calidad de vida profesional debe ser uno de los Objetivos primordiales de cualquier Unidad de Gestión Clínica, entendiendo el concepto de calidad de vida según la definición de Stamm (2005) y sus tres dimensiones, Satisfacción de Compasión (SC), Burnout y/o Fatiga de compasión.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de profesionales sanitarios de una Unidad de Medicina Interna, así como su posible relación con factores sociodemográficos y/o de perfil profesional, y con estrategias de afrontamiento ante la muerte.

Metodología:

- N = 106 (42,9 % médicos; 35,3 % enfermeros y 21,9 % auxiliares de enfermería).
- Estudio transversal observacional unicéntrico exploratorio. Administración de una encuesta autoadministrada a profesionales sanitarios de Medicina Interna que conte-

nía un cuestionario de variables sociodemográficas y de perfil profesional; así como la escala de Calidad de Vida profesional (Pro-QOL) versión V y la escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte; desde el 1 de febrero al 15 de marzo de 2019.

- Posteriormente se realizó un análisis bivariado entre las diferentes variables, estableciendo como dintel de significación estadística una $p < 0,05$.

Resultados: La mayoría tuvo una predisposición Intermedia a desarrollar satisfacción de compasión (64,7 %) y un riesgo medio de sufrir fatiga de compasión (56,3 %) y burnout (52,4 %). No se hallaron correlaciones significativas entre la calidad de vida y las variables sociodemográficas y de perfil profesional analizadas. Excepto en las diferencias de puntuación en Satisfacción de compasión según categoría profesional donde se rozó la significación ($p = 0,05$). Correlación directa significativa entre un buen afrontamiento ante la muerte y la satisfacción de compasión ($R = 0,218$; $P = 0,03$); e indirecta significativa con la fatiga de compasión ($R = -0,15$, $p = 0,04$). No se encontró correlación con el burnout. Correlación inversa significativa entre la Satisfacción de compasión y fatiga de compasión ($R = -0,448$; $p = 0,0001$) y con el burnout ($R = -0,749$; $p = 0,0001$). También existió una correlación directa significativa entre el burnout y fatiga de compasión ($R = 0,623$; $p = 0,0001$).

Conclusiones: Los profesionales obtuvieron puntuaciones en las tres dimensiones de calidad de vida profesional similares a las de otras investigaciones. Se ha comprobado una importante correlación entre las estrategias de afrontamiento ante la muerte y la calidad de vida profesional, lo cual abre una vía para el entrenamiento en estrategias de afrontamiento como forma de mejorar la satisfacción de los profesionales.

PO 288. PERFIL CLÍNICO DEL PACIENTE NO ONCOLÓGICO EN SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS EN UN HOSPITAL RURAL

Soledad Gómez Cano¹, Blanca Herrador Fuentes¹, María Luisa Fernández Ávila², Mirian Moreno Conde¹, D. Marcos Guzmán García¹

¹Hospital San Juan De La Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: La situación de últimos días ofrece dificultad a todos los niveles asistenciales desde su identificación hasta el afrontamiento de duelo tras el fallecimiento del paciente. Se plantea las diferencias significativas en la valoración establecida a los pacientes oncológicos, en los que se asume desde el diagnóstico la planificación de últimos días, y se sugiere la siguiente pregunta: ¿estas diferencias son relevantes con respecto a los pacientes no oncológicos?

Objetivos: Conocer la distribución de pacientes no oncológicos con asistencia hospitalaria en situación de “últimos días”, en los que se decidió entre familiares y profesionales sanitarios en realizar tratamiento paliativo y/o limitación de esfuerzo terapéutico. Conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes no oncológicos en asistencia con criterios de terminalidad. Identificar diferencias significativas con respecto a los pacientes oncológicos en su asistencia

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a través de los datos relacionados con aquellos pacientes no oncológicos certificados como éxitus letalis entre junio de 2015 y mayo de 2019, con criterios establecidos por “National Hospice Organization” y los definidos por SECPAL de situación de últimos días que incluyeran en su Historia Clínica Digital. Se utilizó la prueba t de Student para comparar variables continuas y χ^2 o la prueba exacta de Fisher para comparar variables categóricas a partir de paquete informático R commander®3.5.2.

Resultados: Se incluyó un total de 151 pacientes en el periodo descrito. Dentro de los datos de frecuencias, destacan los siguientes: Varones: 47,3 %; Mujeres: 52,3 %. Edad: $82,42 \pm 11,17$. Días de ingreso: $10,31 \pm 8,33$. Criterios de dependencia para actividades de la vida diaria: 68,9 %. Diagnóstico de enfermedad relacionada con éxitus: > 1 año: 41,1 %, < 1 mes: 47 %. Valoración por Equipo de Soporte Cuidados Paliativos (ESCP): 13,9 %. Servicio responsable durante ingreso: Medicina Interna: 81,3 %, Cirugía General y Digestivo: 15,9 %. Causa fundamental de éxitus: evento cardiovascular: 26,5 %, enfermedad infecciosa: 47,0 %, patología respiratoria (descarte patología infecciosa): 18,7 %. Chi cuadrado relación paciente dependiente: 3,131 (IC 95 % 1,25-6,54) $p < 0,001$.

Conclusiones: Tras la valoración de los datos obtenidos, destacan factores comunes en relación con los pacientes oncológicos. Principalmente, se observan pacientes de larga evolución con gran nivel de dependencia, que se ingresan por complicaciones secundarias a comorbilidades asociadas. Es destacable el bajo número de valoración por parte de ESCP y como esta situación afecta al manejo en situación de últimos días del paciente. Es necesario formar a aquellos Profesionales vinculados a la asistencia de estos pacientes para conseguir una atención más homogeneizada.

PO 289. EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN PACIENTES DE UN DISTRITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Rocío Aranda Colubi¹, María José González Nevado², Miguel García Linares¹, Isabel Mañas Álvarez¹

¹Equipo De Soporte de Cuidados Paliativos, Sevilla, España. ²Unidad de Gestión Clínica Guillena-Santa Olalla, Santa Olalla, España

Introducción: La ley de Autonomía del Paciente recoge los derechos del ciudadano en la toma de decisiones en cualquier acto de salud. La exploración de las voluntades anticipadas (VA), bien mediante el registro oficial de voluntades (RAV), bien mediante la planificación de voluntades anticipadas, es uno de los objetivos más importantes en la atención paliativa. Los recursos avanzados de cuidados paliativos (CP) extrahospitalarios deben incluir en su cartera de servicios la difusión y sensibilización entre los profesionales de atención primaria (AP) para fomentar la recogida de los deseos del paciente en sus últimos días.

Objetivos:

1. Evaluar la recogida de las VA de los pacientes paliativos (PP) de un Distrito de AP.
2. Comparar la recogida de VA entre PP oncológicos y no oncológicos.

3. Estudiar la frecuencia de la recogida de PAV en los pacientes visitados por recursos avanzados de CP.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisó la historia digital de los pacientes de un distrito de AP rural que habían sido incluidos en el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de CP y atendidos por los profesionales del Equipo de Soporte de CP y profesionales de AP. El periodo de estudio fue desde el 1 de enero al 25 junio de 2019. La planificación de VA debió recogerse en una hoja de consulta dentro del PAI de CP.

Resultados: Han sido atendidos 259 pacientes, de los cuales 104 son mujeres. 213 presentan enfermedad oncológica, y de ellos, 83 tenían recogida las VA (39 %). 46 sufrían enfermedades no oncológicas, y en 21 de ellos se habían explorado las VA (46 %). De los 259 pacientes, 122 fueron visitados por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP). El 60 % de los pacientes que recibieron alguna visita del ESCP tienen recogida las VA.

Conclusiones:

- Más de la mitad de los pacientes paliativos de un Distrito de AP no tienen recogida las VA.
- Existen escasas diferencias entre pacientes oncológicos y no oncológicos en la recogida de VA.
- La PAV es más frecuente en los pacientes que han sido visitados por ESCP.

PO 290. COMUNIDADES COMPASIVAS: DESARROLLANDO UNA COMUNIDAD QUE CUIDA Y SE CUIDA DE PRINCIPIO A FIN

Gonzalo Plaza Bedmar¹, Mónica Jiménez García¹, Paula Herrero García¹, Virginia Garrido Sanz¹, Eduardo Martínez Doncel¹, Elisa Lillo López²

¹CMSC Carabanchel, Madrid, España. ²Madrid Salud, Madrid, España

Introducción: El enfoque de salud comunitaria del proyecto piloto "Salud Comunitaria al final de la vida: Comunidades Compasivas" tiene como premisa que la acción comunitaria adquiere sentido cuando se desarrolla a partir de un colectivo que comparte un espacio y una conciencia de pertenencia, que genera procesos de vinculación y apoyo mutuo, y que activa voluntades de protagonismo en la mejora de su propia realidad. Por ello, desde el proyecto se promueve la creación de vínculos entre individuos y la posibilidad de establecer relaciones sinérgicas en las que todas las personas implicadas puedan iniciar procesos compartidos, preventivos e integrados en la comunidad, al mismo tiempo que acercarse los recursos públicos y privados a la ciudadanía con el objetivo de fortalecer las capacidades del vecindario para el cuidado colectivo de las personas al final de su vida y a sus seres queridos que se enfrentan al duelo. Todo ello basado en la comunicación precisa, asertiva y la gestión eficaz.

Objetivos: Difundir e informar sobre el final de vida y duelo, construir una red cohesionada e informal de profesionales y vecindad con el fin de garantizar el cuidado de las personas y fortalecer las capacidades de la comunidad en el cuidado y autocuidado en estas situaciones.

Metodología: Intervenciones en medios de comunicación/organización y dinamización de mesas redondas, charlas,

talleres y actividades grupales. Distribución de folletos a pie de calle o en lugares o centros estratégicos de Carabanchel. Las actividades se desarrollan en ámbitos educativos formales y no formales, dispositivos socioeducativos, sociosanitarios, centros culturales, deportivos, asociaciones de vecinos, centros de mayores, centro juvenil, y espacios públicos.

Resultados: En el año 2018-2019 se han llevado a cabo un total de 224 acciones comunitarias. Las acciones quedan divididas en una participación en medios de comunicación, seis reuniones de coordinación con otros servicios o entidades, once participaciones en jornadas y/o eventos comunitarios, veintiséis sesiones de sensibilización y formación a la vecindad, cuarenta presentaciones del proyecto a la comunidad, cuarenta y seis encuentros con recursos colaboradores o potencialmente colaboradores y 47 jornadas de preparación de las acciones comunitarias. Se observa que, durante el primer periodo del proyecto, las acciones comunitarias se centraban principalmente en presentaciones y en encuentros, mientras que, en las etapas más recientes, la actividad comunitaria se centra en la participación en jornadas y la puesta en marcha de sesiones de sensibilización y formación.

PO 291. ESTUDIO COMPARATIVO DE VALORACIÓN PRONÓSTICA Y SUPERVIVENCIA REAL EN PACIENTE CON CÁNCER TERMINAL

Pablo Alessandro Garibaldi Tolmos², Francesca Drago Layseca¹, Eliana Ríos Kompaniets¹, Víctor Santa Cruz Saura¹, M. Teresa Salvadó Usach³

¹Hospital de la Santa Creu, Tortosa, España. ²Hospital Nuestra Señora de Meritxell, Andorra, Andorra. ³Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa, España

Introducción: Predecir con exactitud el pronóstico vital en pacientes con cáncer avanzado representa un reto para los profesionales sanitarios, convirtiéndose en elemento determinante para la toma de decisiones terapéuticas y de cuidados del paciente en la fase final de su vida.

La existencia de escalas multidimensionales que incluyen datos analíticos y clínicos, con parámetros validados de manera específica para cáncer en estadio avanzado, se presentan como elementos de referencia fiables en reemplazo de factores pronósticos aislados. Su aplicación busca discernir entre el manejo de acontecimientos agudos y reversibles, del declive final e irreversible de la enfermedad del paciente, permitiendo una adecuación del esfuerzo terapéutico.

Objetivos: Evaluar la exactitud y correlación entre el pronóstico de vida realizado por el equipo de la unidad de y la supervivencia real, en pacientes con cáncer avanzado.

Metodología: Estudio retrospectivo comparativo de los pacientes con patología oncológica terminal ingresados en la Unidad entre 2015 y 2016. Se recogieron datos demográficos, funcionales: IK (índice Karnofsky)/PPS (Palliative Performance Scale), cognitivos (Pfeiffer) y multidimensionales: PaP Score (Palliative Prognostic), PPI (Palliative Prognostic Index). Pronóstico clínico de Supervivencia (PCS) y Pronóstico real.

Se utilizó el SPSS v19.0. Variables cualitativas: frecuencia y porcentaje; cuantitativas: Media (X), desviación estándar (DE) y el rango. Según variables se utilizó la prueba chi cuadrado (x²), t-student, U Mann-Whitney, ANOVA, Wilcoxon y

Spearman, según las condiciones de aplicación. Con un grado de significación $p \leq 0,05$.

Resultados: n : 189 pacientes; hombres: 113 (59,8 %); edad media: 74,5 ($\pm 11,9$); IK: 34,1 ($\pm 10,6$), Pfeiffer: 3,2 ($\pm 3,2$) (0-10), PPS: 37,5 ($\pm 12,5$) (10-80), PPI: 6,4 (± 32) (0-15), PCS: 42,7 ($\pm 43,6$) (3-270), supervivencia real: 30,6 ($\pm 38,4$) (22-70). Relación entre IK/supervivencia real: RR: 0,440, y entre PPS/supervivencia real: RR: 0,389 (ambas $p < 0,0001$). Pfeiffer con supervivencia real: ($p < 0,698$). Relación entre el PaP según grupos (A:30, 54,80, B: 86, 33,95, C: 72, 16,49) y la supervivencia real ($p < 0,0001$); así como entre PPI según grupos (< 5 : 64, 41,92, entre 5-6: 20, 34,5, > 6 : 173, 31,8) y supervivencia real ($p < 0,018$). Relación entre PCS y supervivencia real por grupos de edades: pacientes < 75 años: 47,4 ($\pm 50,4$), 30,9 ($\pm 39,2$), entre 75-84 años 42,1 ($\pm 39,7$), 31,2 ($\pm 34,6$) y ≥ 85 años: 33,7 ($\pm 31,7$), 28 ($\pm 42,3$) ($< 0,0001$, 0,002, 0,003 respectivamente).

Conclusiones: Se reafirma la relación entre situación funcional al ingreso y la supervivencia, donde una mayor funcionalidad se acompaña de mayor esperanza de vida. No existe correlación entre capacidad cognitiva y pronóstico vital. Las escalas multivariantes se acercan a un pronóstico más real cuanto peor es la situación clínico-funcional del paciente. Si bien existe la tendencia a sobreestimar la esperanza de vida, la sensibilidad pronóstica aumenta según aumenta la edad de los pacientes.

PO 292. ESTUDIO COMPARATIVO DEL PCS DE PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 75 AÑOS CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Francesca Drago Layseca¹, Pablo Alessandro Garibaldi Tolmos², Eliana Ríos Kompaniets¹, Víctor Santacruz Saura¹, M. Teresa Salvadó Usach³

¹Hospital Santa Creu, Tortosa, España. ²Hospital Nuestra Señora de Meritxell, Andorra, Andorra. ³Hospital Virgen de la Cinta, Tortosa, España

Introducción: Con el paso del tiempo la patología oncológica ha alcanzado vital importancia siendo esta la segunda causa de muerte en España por detrás de las cardiovasculares.

La supervivencia de los pacientes con cáncer ha aumentado de forma continua, teniendo en la actualidad muchos pacientes oncológicos geriátricos. Identificar un paciente como paliativo y reconocer el pronóstico vital es muy importante; para ello contamos con distintas escalas que nos permiten tener una idea del tiempo de supervivencia para la toma de decisiones en conjunto con la familia en esta etapa del final de la vida.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes oncológicos mayores y menores de 75 años y el pronóstico vital mediante una valoración clínica y escalas multidimensionales.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con patología oncológica terminal fallecidos en la unidad de Cuidados Paliativos entre los años 2015 y 2016. Datos recogidos: demográficos, clínicos, situación cognitiva (Pfeiffer), situación funcional (Barthel). Pronóstico vital mediante valoración clínica (PCS) y escalas de supervivencia (Palliative Performance Scale-PPS-, Palliative Prognostic Index-PPI-, Palliative Prognostic Score-PaP-).

Resultados: n = 189. Mayores de 75 años 54 % (103), menores de 75 años 46 % (86) respectivamente. Edad media (83 y 63 años), sexo masculino (64 % y 54 %), IB severo: (69,9 % y 52,3 %); moderado (29,1 % y 41,9 %); independiente (1 % y 5,8 %). Pfeiffer Severo (49,5 % y 5,8 %); moderado (13,6 % y 15,1 %); leve (18,4 % y 9,3 %); normal (18,4 % y 69,8 %). Neoplasia más frecuente digestivo (31,1 % y 30,2 %); tórax (17,5 % y 26,7 %), urológico (19,4 % y 9,3 %). Extensión diseminada (80,5 % y 90,6 %). Escalas PPS ≥ 50 % (20 % y 31 %); < 50 % (80 % y 69 %). PAP Score A (11,6 % y 20,9 %), B (45,6 % y 38,4 %), C (42,7 % y 40 %). PPI < 5 (57,8 % y 42,2 %), 5-6 (12,7 % y 10,6 %), > 6 (40,5 % y 60,6 %) ($p = 0,025$ %). En < 75 años: PCS (47,1 días) y supervivencia real (30,9 días) ($p < 0,001$). En ≥ 75 años PCS (38,7 días) y supervivencia real (29,9 días) ($p < 0,029$).

Conclusiones:

- Tenemos cada vez más pacientes oncológicos en edad geriátrica.
- Los pacientes al ingreso se encuentran en una situación muy avanzada; siendo la neoplasia más frecuente en ambos grupos la digestiva.
- La tendencia del pronóstico clínico de supervivencia es a sobreestimar el tiempo de vida, podemos observar que el grupo de mayores de 75 años nos acercamos más a la supervivencia real en comparación a los más jóvenes.
- La precisión en la valoración pronóstica del paciente, desde el primer contacto con el mismo, es básica en el manejo clínico del final de la vida de los pacientes.

PO 293. LA PÉRDIDA DE UN HIJO: PERSPECTIVA DE PADRES SOBRE ATENCIÓN RECIBIDA EN LA ÚLTIMA ETAPA

David Gabaldon Pastor¹, María Neila Gómez², Soraya López Herrera², Rodrigo Llanillo Melgosa²

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España. ²Equipo de Atención Psicosocial Enfermedad Avanzada (EAPS). HUBU., Burgos, España

Introducción: Recibir cuidados paliativos de forma precoz se relaciona con mejora de la calidad de vida y de los cuidados y también previene el riesgo de desarrollar duelo patológico. Cada niño y familia viven la enfermedad y el final de la vida de forma única e incomparable. Durante dicha etapa en especial, es fundamental identificar las necesidades que presentan tanto los niños como su familia a nivel integral.

Objetivos: Recoger la vivencia de los padres sobre la calidad de atención recibida en la etapa final de vida de sus hijos para extraer puntos de mejora y así contribuir al conocimiento de este complejo proceso y favorecer el proceso de duelo.

Metodología: Diseño: creación de modelo de entrevista semiestructurada para evaluar la calidad de atención percibida. La entrevista se realiza a los dos progenitores de forma conjunta en sus domicilios por Pediatra y otro profesional del Equipo de Atención Psicosocial (previo envío de cuestionario a casa). Las preguntas se clasifican en 5 dimensiones: 1. Comunicación equipo sanitario-familia. (¿Consideras que la comunicación con los profesionales fue fluida?) 2. Información recibida. (¿Os sentisteis bien informados en cada momento?, ¿creéis que se os fue aportando la información

necesaria?) 3. Acompañamiento y Atención (¿Os sentisteis atendidos en las necesidades que fueron surgiendo? ¿en qué medida?, ¿habría algún aspecto que pensáis que se puede mejorar?). 4. Toma de decisiones al final de la vida (adecuación de medidas terapéuticas, lugar de fallecimiento...). (¿Tuvisteis opción de hablar sobre el lugar deseado de fallecimiento?, ¿y sobre la adecuación de medidas?, ¿qué síntomas os causaban mayor preocupación?, ¿cambiaríais alguna de las decisiones?). 5. Respeto de los valores y creencias. ¿Os sentisteis respetados en ellos?, ¿os apoyasteis en algo concreto? Recogida de datos: revisión de historia clínica digital y datos extraídos de las entrevistas (grabada tras consentimiento previo) junto con las notas recogidas durante estas. Muestra: 5 familias cuyos hijos fallecieron tras enfermedad en los últimos 4 años y fueron atendidos por el Pediatra durante su estancia hospitalaria. Análisis: evaluación cualitativa de los datos. Análisis de contenido temático. Codificación y agrupación en categorías y subcategorías. Soporte de Software Atlas - ti.

Resultados: Los padres que sienten que las necesidades fueron cubiertas, muestran un nivel más elevado de satisfacción y de bienestar subjetivo que los que no. Se observa existe una relación positiva entre obtención de resultados positivos en las 5 dimensiones analizadas y el desarrollo del proceso de duelo.

PO 294. LA NECESIDAD DE RECURSOS EN EL PACIENTE PALIATIVO: ¿QUÉ DEMANDAN NUESTROS PACIENTES?

Oliva Mera Gallardo, Elvira Alarcón Manoja, Isabel Trouillhet Manso, Alejandra Camacho Molina, Victoria Lechuga Flores, Luis García Villanego
Hospital San Carlos, San Fernando, España

Introducción: Una eficiente gestión de recursos, atendiendo a las necesidades de los pacientes y la complejidad de las intervenciones (niveles de atención paliativa de Kristijanson, 2003), son indispensables para la atención integral en cuidados paliativos. Según datos del Ministerio, el 82,6 % de las muertes totales en España se producen en > 64 años y un 66,5 % en > 74 años. Atendiendo a la edad y causas de muerte, se estima que un 50-60 % lo hacen tras recorrer una etapa avanzada y terminal, y características como la comorbilidad, pluripatología, fragilidad y discapacidad, se solapan en sus perfiles, presentando una alta necesidad y demanda, con implicación de todos los niveles asistenciales.

Objetivos: Analizar los recursos asistenciales precisados por los pacientes incluidos en la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) de nuestra área en el último año, para poder plantear iniciativas de mejora.

Metodología: Análisis descriptivo retrospectivo de los recursos asistenciales precisados por los pacientes incluidos en la UCP de nuestra área de 95.174 hab, en el último año. Se analizaron a través de Historias Clínicas datos generales, escala Karnofsky, síntomas refractarios, IDC-PAL, PPI, ingresos hospitalarios, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, asistencia a hospital de día de Medicina Interna (HDMI) y visitas a Urgencias.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes, con una edad media de 73,1 años (40,4 % mujeres y 59,6 % hombres). El 98 % inició seguimiento por neoplasia avanzada, frente

al 2 % por patología no oncológica. El síntoma refractario predominante fue el dolor (23,4 %), y las neoplasias gastrointestinales las más prevalentes: 28,3 %. El 50 % presentaban una Escala Karnofsky ≤ 50 , y el PPI en el momento de inclusión era > 6 en 19,1 %, y > 4 en 29,8 %. Además, el 27,7 % y el 59,6 % eran pacientes complejos y altamente complejos respectivamente. El 51 % precisó ingreso hospitalario en el último año, con una media de ingresos de 1,5 veces/año, y una estancia media: 7,37 días. El 46,8 % recibió visita médica domiciliaria, siendo el 31,9 % realizadas por UCP, y el 68,1 % por Atención Primaria. El 23,4 % precisó contacto telefónico con UCP, el 25,5 % acudió a HDMI, y el 80,9 % a Urgencias (media de visitas: 4 veces/año).

Conclusiones: El incremento de recursos de las UCP, junto con la formación continuada de especialistas en MFYC en el manejo de situaciones clínicas complejas, así como una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales que atienden a estos pacientes, reduciría el número de ingresos, visitas a HDMI y a Urgencias; y mejoraría la calidad de vida de enfermos y familiares.

PO 295. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES PALIATIVAS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO ONCOLÓGICAS EN ESTADIOS AVANZADOS

Cristina Bernal Alcaraz, Elena Martínez Zerón, María García López, Irene Zamora Martínez, Pedro Braulio Guevara Hernández, José Manuel Murcia Zaragoza
Hospital Vega Baja de Orihuela, Orihuela (Alicante), España

Objetivos: Analizar la prevalencia de identificación de necesidades paliativas (INP) en pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas en estadios avanzados (ECNOA).

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo en un servicio de Medicina Interna. Se analizaron todas las altas hospitalarias de enero del 2018. Se consideró que el paciente presentaba (ECNOA) si cumplía alguno de los siguientes criterios: Insuficiencia cardiaca que en situación basal presentara una disnea \geq III de la NYHA, Insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRC y/o satO₂ < 90 % y/o oxigenoterapia domiciliaria, hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal (clínicos \pm analíticos \pm endoscópicos) y/o puntuación en la escala Child-Pugh > 7 y enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (E. Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con \leq 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel < 60 puntos). Se consideró INP positivo cuando en la historia clínica común se identificaba con el código diagnóstico "asistencia paliativa" y/o se incluía en el plan de cuidados paliativos del departamento. Se analizaron diferencias clínico-asistenciales entre los pacientes INP frente al resto. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS V17.0.

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 496 pacientes, 44 pacientes fallecieron durante la hospitalización. De las 452 altas, 153 (30,8 %) cumplían criterios de ECNOA. La edad media fue de 82,7 \pm 7,1 años. A los seis meses del alta habían fallecido 40 (26,1 %) pacientes. Se identificaron necesidades paliativas al alta hospitalaria en 23 (15 %) pacientes. La mortalidad de los pacientes INP+ a

los 6 meses fue superior (12 [52 %] pacientes frente a 29 [30 %]; $p < 0,01$). En los pacientes INP+ hubo una mayor proporción de mujeres, deterioro funcional y enfermedad neurodegenerativa: 65 % frente al 35 %, 100 % frente al 66 %, 78 % frente al 40 % respectivamente, $p < 0,05$. Por el contrario, en pacientes con insuficiencia cardíaca o respiratoria en estadios avanzados la INP+ es menor del 5 %.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes dados de alta de Medicina Interna presentan enfermedad crónica no oncológica en estadios avanzados, de los cuales una cuarta parte falleció en los siguientes seis meses. En la mayoría de estos pacientes no se identifican la necesidad de cuidados paliativos en la historia clínica, sobre todo, en pacientes con insuficiencia cardíaca y respiratoria en estadios avanzados.

PO 296. TALLER PARA CUIDADORES DE PACIENTES PALIATIVOS. UNA VISIÓN CONJUNTA DE ENFERMERÍA Y PSICOLOGÍA. ESTUDIO PILOTO

Ana Hernández Rubio¹, Javier Monsalvo Saornil², María Herrera Abian¹

¹Hospital Universitario Infanta Elena, Valeemoro, España.

²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: Este estudio piloto está focalizado en los cuidadores de pacientes paliativos que se encuentran en domicilio. En el momento en el que reciben el alta hospitalaria y llegan a su domicilio, surgen una serie de circunstancias similares a la hora del cuidado. Nuestra propuesta está dirigida a detectar dichas circunstancias sobre las que podemos intervenir y así facilitar el manejo de aquellos síntomas.

Objetivos: Diseñar cuestionarios de detección de necesidades y un método de intervención grupal integral y eficaz para facilitar el manejo del cuidado del paciente paliativo en domicilio. Prevención de ingresos innecesarios del paciente. Prevención de la claudicación familiar. Pacientes: este estudio prospectivo procura tallar su intervención a través de una serie de grupos llevados a cabo en 2018 y 2019 en los cuales, los criterios de inclusión de los pacientes fueron: ser cuidador principal, no poseer patología mental grave, que el enfermo se maneje en un pronóstico superior a 3 semanas, haber tenido un ingreso hospitalario a cargo de cuidados paliativos. Se ha realizado un taller grupal, no superior a 10 pacientes por grupo y focalizado en la enfermedad. Se procura facilitar la experiencia como cuidador principal y la expresión de necesidades encontradas en aspectos sanitarios, así como psicológicos para fomentar la atención personalizada dentro del grupo. La duración del taller grupal fue entre dos y cuatro sesiones; la primera se dedicó a la creación del espacio seguro y de confianza con las técnicas de comunicación y relación encontradas en la metodología de la terapia centrada en la persona. El resto de sesiones tuvieron como principal actor los aspectos prácticos del cuidado que aparecen en el desarrollo del grupo alternando la educación sanitaria con técnicas de relación y gestión emocional. Se ha diseñado un cuestionario de *feedback* para la medición cuantitativa de satisfacción y un apartado cualitativo de sugerencias que nos permiten el diseño del grupo para la futura medición de los aspectos encontrados.

Resultados: Alto grado de satisfacción expresado en los cuestionarios realizados posteriormente al taller. Dismi-

nución de los ingresos innecesarios del paciente debido al mejor manejo de los síntomas en domicilio.

Conclusión: El inicio de este taller y los resultados obtenidos nos motivan a continuar en la búsqueda del contexto más adecuado para que la intervención sobre los cuidadores principales sea lo más eficaz, integral y personalizada a la experiencia que emerge del día a día en el cuidado.

PO 297. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE LA TEMPERATURA EN LA MORTALIDAD DEL PACIENTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Paloma Encinas Martínez¹, Emilio Gutierrez García², Luis Miguel Luengo Pérez³

¹Hospital de Zafra. Equipo de Soporte Paliativo, Zafra, España. ²Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ³Departamento de Ciencias Biomédicas. Facultad de Medicina, Badajoz, España

Introducción: Distintos estudios establecen que las condiciones atmosféricas de las diferentes estaciones tienen un profundo efecto en la salud humana, reflejándose un aumento de mortalidad en las olas de calor y de frío dependiendo de la patología de interés. En particular, existe evidencia de una menor tasa de mortalidad asociada a las temperaturas más cálidas en los trastornos cardiovasculares y el cáncer.

Objetivo: Establecer si hay diferencias en la mortalidad de los pacientes de cuidados paliativos entre el semestre cálido-frío.

Metodología: Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes atendidos por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) del área de salud de Llerena-Zafra. Se obtiene una muestra de 281 pacientes atendidos desde enero de 2017 hasta el 31 de mayo de 2019. Analizando las siguientes variables (sexo, edad, fecha de ingreso, fecha de éxitus y patología (gastrointestinal, genitourinario, reproductor femenino, pulmones, cabeza y cuello, otros oncológicos y no oncológicos). Desde la web de la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET) se facilitan las temperaturas medias de los meses estudiados y se realiza la división del año en dos semestres, cálido (mayo-octubre) y frío (noviembre-abril). Ya que la división meteorológica de las cuatro estaciones no es adecuada para el estudio de la asociación con la temperatura ya que, por ejemplo, la temperatura de meses primaverales como marzo y abril se consideran térmicamente más suaves que septiembre y octubre, dos meses otoñales, debido al desfase estacional de la temperatura con respecto a la insolación.

Resultados: Obtenemos como media de temperatura de los meses cálidos, 21,75° y en los meses fríos 10,27°. De la muestra obtenemos que el 58 % son varones y el 42 % son mujeres. A nivel general, los varones fallecen el 62 % en el semestre frío y las mujeres en un 47 % en el cálido. Los varones < 65 años fallecen más en el semestre cálido (54,17 %), entre 65 y 75 (62,50 %) en el semestre frío y los >75 años en frío (54,08%). Las mujeres < 65 fallecen más en el semestre frío (61,54 %), entre 65 y 75 años en el semestre cálido (52,17 %) y las mayores de 75 en el semestre cálido (56,63 %).

Conclusiones: Observamos que, en la comparativa de sexo, temperatura-mortalidad se da mayor mortalidad en los varones en el semestre frío y al contrario en el caso de las mujeres. Los varones a mayor edad presentan más fallecimiento en frío y en las mujeres los resultados se invierten.

PO 298. AUTOVALORACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS DESDE LA PERSPECTIVA DE MÉDICOS DE POSTGRADO

Itzel Ribera Santos², Francisco Jose Vara Hernando¹, Feliciano Sánchez Domínguez Sánchez Domínguez¹, Nuria Pina Rubiralta¹

¹Hospital Los Montalvos, Salamanca, España. ²Clínica de Medicina Familiar, Puebla, México

El sistema de salud en México contiene pocas consideraciones sobre enfermedades limitantes para la vida o en etapas finales. Académicamente hablando, solo en 6 de las 102 facultades de medicina se imparten cursos sobre cuidados paliativos. Por esta razón el objetivo principal de este estudio es describir el proceso de formación referente a cuidados paliativos en un grupo de residentes de medicina de familia y oncología para conocer la autovaloración de sus conocimientos y competencias para tratar a pacientes en la etapa final de la vida. Para ello se ha realizado un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, con una población de 60 médicos inscritos durante el ciclo 2018-2019 en una Unidad de Consulta Externa del estado de Puebla, en México. Se ha utilizado como instrumento la encuesta "Autopercepción de competencias en cuidados paliativos en residentes, 2015" la cual se encuentra validada por miembros de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos en su capítulo pediátrico y especialistas españoles en Cuidados Paliativos, se hace una adaptación de la misma para enfocarse mayormente en la población adulta con el fin de cumplir con los objetivos del presente estudio. Se ha obtenido una muestra de 44 encuestas on-line respondidas correctamente. Se cuenta con mayor participación de los residentes de medicina de familia con casi el 80 %, oncología aporta el 18 % y el 2 % restante se obtiene de pediatría con subespecialidad en oncología. Los resultados que se han obtenido muestran que, en cuanto a la formación en el área durante sus estudios universitarios, 21 médicos refieren no haberla recibido, en cambio, 23 señalan que sí, referente a la etapa de postgrado, predomina la falta de formación en el 63 %, en los casos de los médicos que sí recibieron formación con alguna de las diferentes modalidades educativas, el formato de duración predominante fue de 1 a 3 horas, lo cual resulta insuficiente. A pesar de que el 90 % de los encuestados ha atendido a pacientes con necesidades paliativas, solo un porcentaje muy pequeño se percibe completamente competente en todos los aspectos que requiere la atención a pacientes de estas características. Concluyendo así que alrededor del 50 % de los participantes no han recibido formación sobre cuidados paliativos en la etapa universitaria ni durante la

residencia lo que va generando carencias y deficiencias incluso en las competencias básicas requeridas para el cuidado de los pacientes con necesidades paliativas.

PO 299. TERAPIA COMPLEMENTARIA ALTERNATIVA: ELECCIÓN FAMILIAR PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES INCURABLES EN ETAPAS AVANZADAS

Natalie Figueredo Borda, Karina Alonso, Enfermera Ana Núñez Jorge

Universidad Católica del Uruguay, Montevideo, Uruguay

Introducción: La utilización de terapias complementarias-alternativas (TAC) al tratamiento médico está en aumento por parte de las personas que padecen enfermedades incurables. La postura de una parte importante de los profesionales de la salud, entre ellos médicos y enfermeras, es de escepticismo impugnando falta de base científica. Sin embargo, estas prácticas son consentidas por parte de éstos.

Objetivo: Explorar la experiencia sobre la utilización de TAC entre enfermeras y médicos que se desempeñan en el área de CP.

Metodología: A través de un enfoque cualitativo se entrevistaron 11 médicos y enfermeras que atendieran pacientes con enfermedades graves en etapas avanzadas y que utilizaran TAC como tratamiento para su enfermedad.

Resultados: Construcción de la relación terapéutica influye en la apertura sobre preferencias de TAC. Los médicos expresaron la necesidad de apertura por parte del paciente y la familia para poder evaluar los resultados terapéuticos. Interpretaron que con el familiar se establece un pacto, cuando la relación terapéutica de basa en la confianza entre ambas partes. De esta manera, verbalizan las diferentes prácticas y no se sienten juzgados al optar por las TAC. Los proveedores de TAC coligados al arraigo cultural. La demanda de TAC tiene una inmediatez de respuesta por la comunicación a través de las redes. Otras se relacionaron con el saber popular, figuras sanadoras influyentes y respetados en la comunidad. La utilización de TAC no tenía relación con el nivel educacional y con la edad. La utilización de TAC para satisfacer la necesidad de "hacer todo lo posible." El uso se comprendió como justificativa moral, un deseo de intentar todo lo que esté al alcance de la familia para calmar el sufrimiento, orientados por la búsqueda de esperanza y fe y vencer el miedo al proceso de morir.

Discusión y conclusiones: La utilización de TAC de acuerdo con la experiencia de los profesionales de la salud, no se vincula a determinado nivel de instrucción, sin embargo, otro estudio encontró sí que existe relación entre el nivel de estudios y el uso habitual de algunas TAC. La cultura ocupa un rol sobresaliente en la práctica de determinadas terapias, que las hace válidas y sanadoras, dentro de ese ámbito. Determinadas existencias adquieren sentido para los familiares y pacientes que creen en ellas; esto implica que tienen un estado ontológico. Para alcanzar la comprensión de las acciones de las personas resulta capital crearlas como ciertas y reales en términos etnográficos.

PO 300. DESCRIPCIÓN DEL PRIMER AÑO DE ANDADURA DE LA PRIMERA COMUNIDAD COMPASIVA CREADA EN GIPUZKOA

Iñaki Peña Bandrés¹, Amaia Arce Zubeldia², Jabier Bereziartua Irureta³, Anjel Irastorza Eizagirre⁴
¹Debagoieneko Ospitalea, Arrasate-Mondragón, España. ²Argia bizitzaren amaieran, Zarautz, España. ³Eusko Jaurlaritza, Vitoria-Gasteiz, España. ⁴Vinyana, Zarautz, España

Introducción: En los últimos años han ido surgiendo las primeras comunidades compasivas en España y Latinoamérica. En nuestro entorno, Santurtzi, Getxo, Vitoria y Pamplona son las comunidades de referencia ya en funcionamiento. Coincidiendo con la celebración de SECPAL 2018 en el País Vasco, en Zarautz (Gipuzkoa) pusimos en marcha la primera comunidad compasiva creada en la provincia, siendo el municipio más pequeño con una iniciativa de estas características en el estado español.

Objetivos y métodos:

- Hacer una descripción de los primeros 18 meses de recorrido y evaluar las actividades realizadas en esta primera fase.
- Planificar el desarrollo de fases posteriores.

Resultados:

- Constitución del grupo promotor, coordinación con el Ayuntamiento (Servicios Sociales), Centro de Salud y personas y asociaciones representativas de Zarautz de los ámbitos sociosanitario, formativo-comunicativo y educativo.
- Sesión presentación mayo 2018 al Ayuntamiento y agentes clave de Zarautz. Experto invitado Julio Gómez (Santurtzi).
- Death Café: 4 sesiones en 2018 y 6 previstas en 2019.
- Conferencias: Hospitalización a Domicilio, Duelo en Navidad, Supervivientes suicidio, Musicoterapia y CP.
- Foro sobre el futuro del envejecimiento en noviembre '18 con Ayuntamiento, Matia Fundazioa y Diputación.
- Programas educativos: Jornada en la ikastola ("Proyecto Sé+") y propuestas para el curso 2019-20.
- Obra escénica sobre duelo y violencia.
- Divulgación en redes sociales (Gmail, Facebook y Twitter).
- Presencia en medios de comunicación locales y regionales.
- Interacción con comunidades compasivas vecinas.
- Primeras intervenciones en la comunidad.

Conclusiones: 1. La divulgación y la sensibilización son el primer paso hacia una comunidad compasiva. 2. Los retos en las siguientes fases consisten en ampliar la red local, interaccionar con grupos de voluntarios, fortalecer los vínculos con otras comunidades similares y desarrollar indicadores de evaluación.

PO 301. CALIDAD PERCIBIDA POR FAMILIARES DE FALLECIDOS EN LA UNIDAD HOSPITALARIA DEL HOSPITAL DE ÁREA

Maricruz Macías Montero, Rosa Iglesias Arevalillo, Laura del Río Arranz, Rocío Persquera Carrero, Ana Suero, David Manzano
 Hospital General de Segovia, Segovia, España

Introducción y objetivos: El objetivo de los cuidados paliativos es la calidad de vida del paciente y su familia al final de vida. La valoración de calidad de vida debe realizarse en función de los valores y los objetivos del propio paciente PROM. En nuestra unidad ingresan los pacientes más complejos que precisan control sintomático especializado, con un tiempo de ingreso es muy corto (media 8 días con 25 % de ingresos < 48 horas en 2018) que impide el uso de escalas de autoevaluación como EORTC, pero sí es posible recabar la percepción que tiene el cuidador a posteriori. Este estudio se diseñó para conocer el grado de satisfacción de los familiares y establecer un canal para recibir sugerencias y comentarios que permitan mejorar la calidad de la atención.

Métodos: Estudio descriptivo de las respuestas postales anónimas a la encuesta enviada a los familiares de los 70 fallecidos en la unidad desde mayo a septiembre de 2018. Para la recogida de datos y el análisis estadístico se utilizó SPSS versión 15. Se consensuó una modificación de la encuesta Santa Cruz que abarca: a) edad, sexo, parentesco y nivel de estudios del cuidador; b) control sintomático, atención al cuidador, comunicación y preparación para el duelo (Likert); c) valoración global (0 a 10); d) comentarios o sugerencias (texto libre).

Resultados: Se recibió contestación de 26 cuidadores (37 % de los encuestados), 54 % mujeres, 40 % entre 45 y 65 años, 50 % con estudios secundarios y superiores, 40 % esposas. Solo el 8 % tuvo mal control de dolor y el 12 % de síntomas físicos y psíquicos. El 69 % estuvieron satisfechos de la atención al familiar, el 85 % se sintieron bien aconsejados en el cuidado del enfermo y el 89 % consideran que la atención en la unidad contribuyó a la muerte tranquila, aunque solo el 46 % se sintió suficientemente apoyado para afrontar la muerte. La valoración subjetiva 78 % se considera sobresaliente en 45 % y notable en 22 %. En las preguntas abiertas destacan los agradecimientos al voluntariado y la necesidad de continuidad en la información.

Conclusiones: La encuesta refleja un alto grado de satisfacción no solo en el control sintomático sino sobre todo en el apoyo al cuidador y la consecución de una muerte tranquila. Es mejorable la preparación para afrontar la muerte, probablemente con mayor formación psicológica del personal, y la comunicación de pronóstico y plan de tratamiento.

PO 302. ENCUESTA A MÉDICOS ESPAÑOLES DE CUIDADOS PALIATIVOS: SEDACIÓN PALIATIVA EN ESCENARIOS CLÍNICOS DEFINIDOS

Belén Ascanio León, Miguel Ángel Benítez-Rosario
 Hospital Universitario NS La Candelaria, SC La Laguna, España

Introducción: Las guías de sedación paliativa no establecen de forma explícita cuál es el nivel proporcional de sedación necesario para aliviar el sufrimiento refractario al final de la vida.

Objetivos: Explorar las actitudes de los médicos españoles socios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos respecto a la sedación paliativa (SP) y su intensidad.

Metodología: Segundo análisis de la encuesta electrónica anónima remitida a través de SECPAL. La decisión de sedar y

el nivel de sedación (establecido por la Richmond Agitation Sedation Scale) fueron evaluados en 4 escenarios clínicos. Estos describían pacientes con PPS del 10-20 %, pronóstico vital de días según el PiPs-A, signos del proceso de morir con síntomas refractarios, y acuerdo explícito del paciente y familia favorable a la sedación paliativa. Los factores determinantes de la toma de decisiones, con significación $p < 0,05$, fueron estudiados mediante análisis multivariante.

Resultados: Se analizaron las respuestas de 292 médicos (tasa de respuesta del 40 %). El 94 %, 87 %, 81 % y 60 % decidió la sedación paliativa, respectivamente, en: paciente con cáncer de páncreas y delirium agitado, disnea de reposo secundaria a cáncer de pulmón, disnea de reposo secundaria a insuficiencia respiratoria severa por EPOC GOLD IV, y paciente con cáncer de cérvix con importante deterioro clínico y sufrimiento espiritual. La creencia de que la sedación paliativa es eutanasia encubierta fue el único factor relacionado con la decisión de no sedar (OR = 12; $p < 0,001$). Alrededor del 75 % de los médicos favorables a la sedación eligió en todos los casos una sedación profunda o completa (RASS -4/-5); y no se detectó que esta decisión estuviese influida por una única razón. En los casos neoplásicos de disnea y delirium (OR = 7; respectivamente), pensar que la sedación paliativa es eutanasia encubierta justificó la no selección de una sedación profunda. En estos dos casos, la experiencia referida tanto en cuidados paliativos como con la sedación paliativa fue el factor determinante de la selección de una sedación profunda o completa. No se encontró ningún factor determinante de esa decisión en los casos de disnea por EPOC y cáncer de cérvix con sufrimiento espiritual.

Conclusiones: Los médicos miembros de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos están generalmente de acuerdo con la sedación profunda en pacientes con sufrimiento por síntomas refractarios durante el proceso de morir. La decisión está asociada con las creencias respecto a la eutanasia y con la experiencia en cuidados paliativos y en sedación paliativa.

PO 303. CONDICIONES DE COMPLEJIDAD PARA LA INTERVENCIÓN DE LOS RECURSOS ESPECÍFICOS DE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Beatriz Fernández-Gutiérrez¹, Auxiliadora Fernández-López², Macarena Rus-Palacios³, M.^a Luisa Martín-Roselló⁴, Juliana Esther Martín-López⁵, Reyes Sanz-Amores⁶

¹Fundación Pública Andaluza para la gestión de la investigación en salud de Sevilla, Sevilla, España. ²Equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Equipo de soporte de cuidados paliativos pediátricos. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴Fundación de Cuidados del Cáncer. CUDECA, Málaga, España.

⁵Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. AETSA, Sevilla, España. ⁶Servicio de Calidad y Procesos. Consejería de Salud y Familias, Sevilla, España

Introducción: La actualización del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos (PAI CP) en Andalucía parte de la herramienta IDC-Pal, que establece como elemento de alta complejidad ser niño o adolescente. Por tanto, los

pacientes pediátricos son atendidos en un modelo de atención compartida por los recursos avanzados de CP (ESCP). Creados los recursos específicos de cuidados paliativos pediátricos (ESCPP) es necesario identificar una herramienta o definir condiciones para reordenar la asistencia y establecer que casos deberían ser atendidos por los mismos.

Objetivo: Identificar herramientas de evaluación o, en su defecto, condiciones de complejidad para determinar la intervención del ESCPP.

Metodología: Se realizó una revisión sistemática, hasta junio de 2017, con el apoyo de AETSA, en la que no se localizó ninguna herramienta. Se seleccionaron siete estudios que proponían criterios para la valoración de la complejidad o el riesgo de mortalidad. Se amplió la búsqueda, lo que permitió identificar 17 condiciones. A partir de la opinión de los expertos (OE) de la actualización del PAI, mediante una tormenta de ideas y un grupo nominal se elaboró un listado de hasta 41 condiciones en función del paciente, ámbito socio-familiar y la atención sanitaria. Este listado fue sometido a una ponderación, por 40 profesionales, mediante una escala Likert del 1-5.

Resultados: De las 41 condiciones, 20 han recibido una puntuación ≥ 4 puntos y, por lo tanto, se consideran muy complejas y precisan necesariamente la intervención del ESCPP.

- Paciente: 1. riesgo de suicidio (OE). 2. Síntomas refractarios (OE). 3. Situaciones de origen neoplásico de difícil manejo. 4. Abordaje en situación de últimos días. 5. Angustia existencial (OE). 6. Situación clínica cambiante que provoca crisis de necesidades frecuentes e intensas con gran demanda de atención. 7. Trastornos adaptativos severos (OE). 8. Disfunción multiorgánica. 9. Problemas de adicción previos y/o actuales (OE). 10. Dependencia mantenida de soporte ventilatorio mecánico invasivo o no invasivo. 11. Síntomas difíciles. 12. Agitación, trastornos del comportamiento y/o delirio. 13. Trastornos en la salud mental previos (OE).
- Ámbito socio-familiar: 1. Padres o cuidadores no competentes para el cuidado (OE). 2. Ausencia o insuficiencia de soporte familiar o cuidadores (OE). 3. Claudicación familiar (OE). 4. Familia disfuncional (OE). 5. Conspiración de silencio de difícil abordaje (OE).
- Atención sanitaria: 1. Conflicto en la toma de decisiones (OE). 2. Experiencia limitada, de los profesionales, con pacientes con necesidades paliativas debido a la baja casuística.

Conclusiones: En ausencia de una herramienta específica, se ha elaborado un listado de condiciones que determinan en el PAI, la intervención del ESCPP. Este listado puede ser el punto de partida para la elaboración de una herramienta en el futuro.

PO 304. ¿INICIO DE UNA CONVERSACIÓN EN PACIENTES EN PALIATIVOS? PROTOCOLO EN EL DOMICILIO

Daniel Ramos Pollo¹, Cristina Catalina Fernández², María José Vázquez Abruña³, María de la Cruz Aldudo Avilés³, María Resurrección Vacas Carbonero⁴, Carmen Fernández Rodríguez³

¹Unidad de Cuidados Paliativos, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid,

España. ²Unidad de Cuidados Paliativos, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ³Unidad de Cuidados Paliativos Domiciliario, Área de Salud Valladolid Oeste, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España. ⁴Unidad de Cuidados Paliativos Hospitalaria, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Introducción: Los médicos no reciben formación sobre cómo afrontar el sufrimiento. En ocasiones apenas se dispone en los equipos de una información de base para afrontar la situación del paciente. No existe un protocolo de primera valoración estandarizado en cuidados paliativos para la primera visita en el domicilio. Existen mucha heterogeneidad en el formato de las historias clínicas, la mayoría realizadas por los propios profesionales. En nuestra Unidad en enero de 2019 se ha diseñado un breve protocolo de inicio de conversación a tal efecto.

Material y métodos: En reunión de equipo, se eligieron 10 cuestiones para poder iniciar una conversación que no genere mayor sobrecarga emocional pero que facilite la conversación y aporte la información básica necesaria. A todos los pacientes se detecta el sufrimiento con el Detector de Malestar Emocional. En aquellos pacientes con sufrimiento moderado-intenso y donde el inicio de la conversación es difícil a priori se ha pasado el protocolo. A todos se les pide permiso para poder iniciar una conversación. Este protocolo consta de 10 preguntas, que abordan aspectos fundamentales que intervienen en la experiencia de sufrimiento. Es un protocolo fácil de aplicar, sencillo, fácil de entender y responder y que no genera sufrimiento al paciente. De enero a 31 de mayo se asistieron un total de 70 pacientes. Sufrimiento moderado intenso 20 pacientes, (28,5 %). A continuación, las características del protocolo: 65% causa de sufrimiento los síntomas físicos, el más frecuente el dolor (45 %), le siguen la astenia (30 %) y la depresión (15 %). Un 60 % el paso del tiempo fue lento. La mayoría no necesitaban información 70 %. El sentimiento de carga apareció en un 60 %, la dependencia (35 %), la familia (15 %). La mayoría no tenían situación de pérdida de control (75 %). Un 60 % expresaron deseos de morir en la última semana, siendo los síntomas físicos (60 %) y la dependencia (20 %) las causas más frecuentes. La mayoría (85 %) encontraban que aún su vida tenía sentido y el 75 % no necesitaba apoyo a nivel espiritual. El 80 % deseaban pasar en el domicilio sus últimos días. El cuidador principal en un 80 % no precisaba ayuda.

Conclusión: 1. El protocolo es sencillo y fácil de aplicar en la primera visita del paciente. 2. Proporciona una información muy importante a la hora de planificar la intervención en función de que dimensión que domine el sufrimiento. 3. Facilita la conversación sobre los deseos de muerte precoz.

PO 305. USO DE RECURSOS SANITARIOS Y EL SERVICIO DE FALLECIMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL

Francisco José Vara Hernando¹, Verónica Vara Sancho¹, Feliciano Sánchez Domínguez¹, Francisco Vara Sancho¹, Nerea Sánchez Sánchez¹, María Purificación Sánchez Chaves¹

Hospital de los Montalvos, Salamanca, España

Introducción: Los cuidados paliativos han demostrado su eficacia y eficiencia, mejorando la calidad de vida de los enfermos y disminuyendo el ingreso en los hospitales de agudos, lo que disminuye los costes sanitarios, sobre todo cuando son aplicados precozmente en el curso de una enfermedad avanzada.

Objetivo: Comprobar si la actuación de los cuidados paliativos en los enfermos hospitalizados disminuye la utilización de recursos hospitalarios evitando pruebas innecesarias que pueden ser fuente de malestar en los enfermos y de angustia en los familiares.

Metodología: Se ha realizado un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal de los pacientes fallecidos por cáncer en el Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA) durante el año 2015, mediante la revisión de las historias clínicas obtenidas, valorando el servicio donde ingresan los enfermos, procedencia del ingreso, estancia media y el número de pruebas realizadas, todo ello en el último ingreso en el que se produjo el fallecimiento.

Resultados: Se realizaron un total de 481 ingresos. El 66 % de los enfermos ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos lo realizó a través del servicio de urgencias, comparado con el 84 % de los ingresados en hematología, el 86 % en Oncología médica, el 100 % en Medicina Interna y el 83 % en otros servicios. En la estancia media observamos que esta fue de 8 días en la Unidad de Cuidados Paliativos, siendo significativamente inferior si la comparamos con los 14 días en el servicio de Oncología, los 25 en Hematología, y los 18 en el resto de los servicios (Digestivo, Cirugía, Radioterapia, neumología etc.) ($p < 0,01$). En cuanto al número de pruebas solicitadas, se observa que en el servicio de cuidados paliativos se piden un menor número de pruebas, tanto analíticas como de imagen, en relación con el resto de servicios hospitalarios ($p < 0,01$), sin que existan diferencias significativas cuando se comparan el resto de los servicios entre ellos.

Conclusiones: Existe una relación directa entre la disminución del uso de recursos sanitarios y la prestación de Cuidados Paliativos en los pacientes fallecidos por cáncer en el Complejo Universitario de Salamanca, siendo la estancia media de los pacientes con cáncer avanzado, en la unidad de Cuidados Paliativos significativamente menor que en el resto de los servicios estudiados. Se requieren estudios clínicos aleatorizados y estudios observacionales prospectivos para medir la relación coste/efectividad (calidad de vida en relación con los costes de la atención) de los Cuidados paliativos en comparación con atención convencional.

PO 306. ¿LA ASISTENCIA POR UN EQUIPO DE CUIDADOS PALIATIVOS DOMICILIARIOS PUEDE PREDECIR EL LUGAR DE FALLECIMIENTO?

Feliciano Sánchez Domínguez, Nerea Sánchez Sánchez, Francisco José Vara Hernando, Verónica Vara Sancho, María Purificación Sánchez Chaves, Francisco Vara Sancho

Hospital de los Montalvos, Salamanca, España

Introducción: La mayoría de la población manifiesta que prefiere que su fallecimiento se produzca fuera del hospital por lo que, el lugar de defunción, es considerado un indicador de calidad en los cuidados al final de la vida. Por esto, es

necesario examinar que factores pueden estar implicados en el lugar de fallecimiento y así desarrollar políticas futuras.

Objetivo: Analizar si la asistencia por un equipo de cuidados paliativos domiciliarios tiene incidencia en el lugar de fallecimiento de los pacientes oncológicos con enfermedad terminal.

Metodología: Se ha diseñado un estudio epidemiológico, poblacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, de la mortalidad por cáncer, en la provincia de Salamanca durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre del 2008. En el análisis multivariante, hemos empleado los árboles de decisión. Se tuvieron en cuenta la edad, sexo, lugar de residencia y tipo de tumor.

Resultados: En el periodo estudiado, fallecieron 11.148 pacientes, de los cuales 6883 eran varones (61,7 %) y 4265 eran mujeres (38,3 %). De estos 11.148 pacientes, 6244 pacientes (56 %) fallecían en el hospital, 3253 (31,6 %) lo hacían en el domicilio, 946 (8,5 %) en una residencia de ancianos, y 435 (3,9 %) lo hicieron en otra provincia. De los 10.714 pacientes que fallecieron en la provincia de Salamanca (en este apartado no se tienen en cuenta los 435 pacientes que fallecieron en otra provincial): 1095 (10,2 %) estaban institucionalizados: 550 (50,1 %) eran varones y 545 (49,1 %) eran mujeres y 9619 (89,8 %) residían en su domicilio. 1897 (17,7 %) recibieron asistencia por un equipo específico de cuidados paliativos domiciliarios, mientras que 8817 (82,3 %) no lo recibieron. El factor que tiene más influencia para pronosticar el lugar de fallecimiento es la institucionalización del paciente en una residencia de ancianos. El 86,6 % de los pacientes que se encuentran institucionalizados en una residencia de ancianos, van a fallecer en la propia residencia. El 64,3 % de los pacientes no institucionalizados, y que son atendidos por un equipo de Soporte domiciliario de cuidados paliativos, van a fallecer en el domicilio, frente al 30,4% de los pacientes no institucionalizados y no atendidos por un equipo específico de cuidados paliativos domiciliarios.

Conclusión: En los pacientes oncológicos, que no se encuentran institucionalizados, el principal factor pronóstico para predecir el lugar de fallecimiento de estos pacientes es la asistencia por un equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos.

PO 307. EL CÁNCER PEDIÁTRICO Y LOS MEDICAMENTOS HERBALES COMO ENFOQUE DE MEDICINA INTEGRADORA

Ana Carolina Rocha, Pedro Abreu

Faculdade de Ciências da Saúde, UBI, Covilhã, Portugal

Introducción: La medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando en la población pediátrica con cáncer. Este diagnóstico deja a las familias devastadas y sienten una tremenda responsabilidad de asegurar las mejores terapias para sus hijos. El enfoque de la medicina integradora se elige a menudo para el cuidado de los niños y el uso de productos herbales está aumentando y puede interferir con la quimioterapia y la radioterapia.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es sintetizar la evidencia más reciente sobre la disponibilidad y prevalencia del uso de productos herbales, los efectos secundarios y las interacciones entre hierbas y medicamentos en la población de oncología pediátrica.

Resultados: En Portugal no se dispone de datos sobre el uso de productos a base de plantas por parte de los niños. La prevalencia del uso de MCA por los niños en Europa fue del 52 %. La inducción de enzimas metabolizadoras de fármacos puede ser uno de los mecanismos detrás de las interacciones MCA-medicamentos anticáncer. Este conocimiento ya ha sido una ayuda en la identificación de algunos MCA que probablemente puedan causar interacciones con medicamentos contra el cáncer: Kava-kava, vitamina E, quercetina, ginseng, ajo, β -caroteno y equinácea interactúan con los medicamentos anticáncer.

Conclusión: Los fármacos quimioterapéuticos tienen una ventana terapéutica estrecha que aumenta el riesgo de interacciones clínicamente relevantes entre las hierbas y los medicamentos con toxicidad inesperada y el posible tratamiento insuficiente observado en niños con cáncer. Es importante que los pediatras sean conscientes de este hecho y fomenten la comunicación abierta con los pacientes y sus padres. Más pruebas científicas sobre el tema son imprescindibles para prevenir el fracaso terapéutico y la toxicidad.

PO 308. EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA MUERTE EN PROFESIONALES DE MEDICINA INTERNA

Laura Merinero Casado¹, Julia Ollero Ortiz²,

Máximo Bernabeu Wittel³, Manolo Ollero Baturone³

¹Psicóloga Clínica, Equipo de Atención Psicosocial, Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, Sevilla, España.

²Facultad de Medicina de Sevilla, Sevilla, España. ³HU Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴HU Virgen del Rocío, Sevilla, España

Introducción: Los profesionales sanitarios que atienden a pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y/o en fase final de vida se caracterizan por trabajar en un ambiente de sufrimiento. El desarrollo de unas buenas estrategias de afrontamiento ante la muerte es una aptitud fundamental de estos profesionales con repercusiones en la calidad asistencial que otorgan a sus pacientes.

Objetivos: Evaluar las estrategias de afrontamiento ante la muerte de un grupo de profesionales sanitarios de una Unidad de Medicina Interna y su posible relación con factores sociodemográficos/perfil profesional.

Material y métodos: Estudio transversal observacional unicéntrico. Se desarrolló mediante la realización de una encuesta autoadministrada sobre médicos/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería de una UGC de Medicina Interna, desde el 1 de febrero-15 de marzo de 2019. Contenía un cuestionario de variables sociodemográficas y de perfil profesional y la Escala de Bugen de afrontamiento ante la muerte. Posteriormente se realizó un análisis bivariado entre las diferentes variables, estableciendo como dintel de significación estadística una $p < 0,05$

Resultados: De un total de 205 profesionales, 106 contestaron la encuesta. Un 2 % presentó un afrontamiento ante la muerte inadecuado. Se observó diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en función de la formación del profesional (hasta el 75 % de los sujetos con un Experto y/o Máster en Cuidados Paliativos y el 70,4 % de los profesionales con cursos de formación continuada en estrategias

para afrontar la muerte y el sufrimiento presentaron un Afrontamiento ante la muerte Adecuado; $p = 0,05/p = 0,04$). La edad ($R = 0,194$; $p = 0,05$), la experiencia profesional ($R = 0,2$; $p = 0,047$) y el sexo (♀ : $150,58 \pm 21,96$; ♂ : $138,39 \pm 26,56$; $p = 0,05$) también influyeron en las estrategias de afrontamiento. No se encontraron diferencias significativas entre los profesionales que trabajaban específicamente en el área de Cuidados Paliativos/Atención Domiciliaria y los que lo hacían en la de Medicina Interna General.

Conclusiones: Los profesionales encuestados obtuvieron elevadas competencias en las estrategias de afrontamiento ante la muerte. Se observaron mejores estrategias de afrontamiento cuanto mayor era la edad, experiencia profesional y formación. Se encontraron diferencias en función del sexo, siendo los hombres los que mejores estrategias presentaron. Estos datos nos sugieren la necesidad de realizar estudios multicéntricos que nos permitan analizar el afrontamiento ante la muerte de los profesionales en distintas Unidades de Medicina Interna, ayudándonos a conocer la relación con las características de los diferentes hospitales, establecer unos estándares de referencia y evaluar programas de intervención.

PO 309. EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO DEL ALUMNADO PSICOSOCIAL SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Ana Isabel Jiménez Alcaide¹, María José Villaseñor Muñoz², Erica Aragón Ariza³

¹Fundación Instituto San Jose, Madrid, España. ²Hospital Centro Cuidados Laguna, Madrid, España. ³Cruz Roja Española, Cádiz, España

Introducción: La esencia de los cuidados paliativos es acompañar en el proceso de final de vida, tanto a los pacientes como a su familia, y ayudarles a tener la mejor calidad de vida hasta que fallecen. Se interviene con personas muy vulnerables que se enfrentan a una situación de mucho sufrimiento. De este proceso forman parte, tanto profesionales sanitarios, como de la psicología y el trabajo social entre otros. Por ello se considera necesaria la formación en este ámbito.

Objetivo: Evaluar el nivel de conocimiento que tiene el alumnado del último curso del Grado de Psicología y Trabajo Social sobre los Cuidados Paliativos.

Metodología: Estudio de investigación trasversal y descriptivo en una muestra de 45 alumnos (10 Universidad de Madrid, 35 Universidad de Cádiz) durante el periodo abril a mayo 2019.

Se aplicó un cuestionario, con una ficha de identificación de datos sociodemográficos y un cuestionario adaptado, que mide el conocimiento de los cuidados paliativos a nivel psicosocial.

Resultados: De la muestra de 45 alumnos entre las Universidades de Madrid y Cádiz, se obtuvo una respuesta afirmativa en el 100 % de los encuestados en la Comunidad de Madrid con respecto a que durante el Grado no han recibido ninguna formación en cuidados paliativos dentro del itinerario curricular, mientras que, en Cádiz, el 83 % de la muestra. En el ítem del conocimiento de los Cuidados Paliativos, en ambas ciudades, más del 57 % del alumnado que posee

conocimiento sobre los CP es por interés propio, no porque exista formación académica al respecto. En el ítem sobre si la espiritualidad forma parte de los CP, más del 50 % del alumnado de Madrid y Cádiz dice que NO o no sabe y no contesta. En el ítem de calificar la necesidad de formación en CP durante el Grado de Psicología y Trabajo Social, en Madrid el 60 % lo califica como muy necesaria, mientras que en Cádiz supera el 74 % dicha necesidad de formación.

Conclusiones: En nuestra muestra hay una proporción importante de alumnos del Grado de Psicología y Trabajo Social de la Universidad de Madrid y Cádiz que consideran que no reciben formación específica en materia de Cuidados Paliativos, así como un alto porcentaje de respuestas en calificar dicha necesidad como muy necesaria. Es por ello, que se considera importante la inclusión de conceptos básicos de Cuidados Paliativos dentro del itinerario curricular del Grado de Psicología y Trabajo Social.

PO 310. ATENCIÓN DEL PACIENTE GERIÁTRICO EN EL FINAL DE VIDA

Claudia Olmedo Marroquín, Elizabeth Suárez, Fany Hernández, Dolors Quera, Neus Saiz
Hospital Mutuam Güell, Barcelona, España

Introducción: En la enfermedad crónica avanzada (demencia, insuficiencia cardiaca, EPOC, insuficiencia renal, secuelas neurológicas...) existen descompensaciones frecuentes con consultas a servicios de urgencia e ingresos en hospitales de atención intermedia en la etapa terminal. Son pacientes con frecuencia complejos, dependientes, con alta comorbilidad y síndromes geriátricos. Las complicaciones clínicas y una evolución tórpida durante el ingreso hacen que la toma de decisiones y priorización de tratamiento paliativo sobre el curativo, sea una decisión controvertida y en ocasiones tardía, lo cual puede dificultar el control adecuado de síntomas.

Objetivos:

- Conocer las características clínicas de los pacientes geriátricos en los días previos al éxitus.
- Conocer la comunicación de los profesionales con el equipo y familia.
- Establecer áreas de mejora en la calidad de atención.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de pacientes geriátricos procedentes de un hospital nivel 3, fallecidos entre enero de 2018 a enero 2019. Se incluyeron, diagnóstico, estado cognitivo (escala de deterioro global GDS), síndrome confusional, fármacos utilizados en las últimas 48 horas y existencia de anotaciones en el curso clínico sobre situación de final de vida, información proporcionada a la familia y adecuación del esfuerzo terapéutico.

Resultados: Revisión de historias de 143 pacientes procedentes de urgencias fallecidos durante el ingreso, 42 % tuvieron una estancia menor de 5 días. La edad media fue de 88,3 años. Los principales motivos de ingreso fueron las patologías infecciosas (respiratoria y urinaria) a menudo asociadas a insuficiencia cardiaca. El 69 % de los pacientes fallecidos tenían demencia y de estos un 36 % GDS 6-7. El 67 % presentaban síndrome confusional agudo. En el 82 % constaba anotación en el curso clínico de inicio de situación

de últimos días, y un 83 % información a la familia, 3 % de las familias no estaban ajustadas a la evolución clínica y tratamiento. En el 60 % de las historias constaba adecuación del esfuerzo terapéutico. El otro 40 % mantuvo tratamiento activo y tratamiento paliativo. La sedación paliativa constaba en el 6 % de los pacientes.

Conclusiones:

- Los pacientes fallecidos tienen un alto porcentaje de demencia y síndrome confusional.
- En la enfermedad progresiva incurable, es necesario un plan de decisiones anticipado para evitar ingresos recurrentes en la etapa final y favorecer la adaptación de la familia.
- Se realizó adecuación del esfuerzo terapéutico en la mayoría de casos.
- Es necesario protocolizar estas situaciones para mejorar la calidad asistencial.

PO 311. CUIDADOR PRINCIPAL EN PALIATIVOS. RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN, SOBRECARGA E IMPACTO DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE

Yolanda López-Pérez, Juan Antonio Cruzado², Marta Villaceros¹, Bernardino Lozano¹, José Carlos Bermejo¹

¹Centro San Camilo, Tres Cantos, Madrid, España.

²Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Objetivo: Analizar la relación entre el nivel de depresión, sobrecarga y sensación de invasión de la propia vida o impacto de la enfermedad en el Cuidador Principal, debido al ingreso de un familiar en cuidados paliativos.

Metodología: Se recogieron variables sociodemográficas de paciente y cuidador principal (CP), el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI), el cuestionario ZARIT de sobre carga del cuidador y el instrumento PRISM (Pictorial Representation of Illness and Self Measure), medida en que el CP se siente impactado por la enfermedad del paciente.

Resultados: Participaron los CP de 26 pacientes que ingresaron en la UCP a lo largo de 3 meses en 2019. En su mayoría, 92,3 % (24) mujeres con edad media de 57,4 años (DT = 15,4). El 81 % (21) de los pacientes (64,5 %, 16 mujeres) estaban diagnosticados de enfermedad oncológica, llevando, de media, 34 días de ingreso (DT = 19). El 38 % (10) de los CP eran la pareja, el 54 % (14) familiar y el 8 % (2) amigos. En el 69 % (18) de las ocasiones convivían con el ingresado. Ninguno de los CP estaba en tratamiento psicológico ni farmacológico. La media en el cuestionario BDI = 15,31 (DT = 9) se ubicó en nivel leve de depresión, la de ZARIT = 12,77 (DT = 6,6) en nivel de no sobrecarga (< 17) y la distancia media de PRISM fue de 56 mm (DT = 44). Se obtuvo asociación fuerte entre nivel de depresión y sobrecarga de CP, a mayor puntuación en BDI mayor puntuación en ZARIT ($r = 0,670$; $p < 0,001$). Se observó también una tendencia de asociación (no significativa) entre sensación de invasión o impacto de la enfermedad, depresión y sobrecarga; a mayor puntuación en BDI y ZARIT, menor distancia PRISM ($r = -0,34$ y $r = -0,176$).

Conclusiones: Existe asociación de moderada a fuerte entre depresión y sobrecarga en el cuidador principal. Los

resultados obtenidos en las correlaciones de las distancias del instrumento PRISM indican la posibilidad de asociación significativa entre impacto de la enfermedad en el cuidador principal y depresión.

PO 312. MORIR CON DEMENCIA AVANZADA Y NEUMONÍA EN UN HOSPITAL DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

Ainhoa Unzurrunzaga Díaz, María Areses Manrique, Javier Fresco Benito

Hospital Santa Marina, Bilbao, España

Introducción: Asociaciones de cuidados paliativos recomiendan para la demencia avanzada (DA) un enfoque paliativo. La neumonía es la causa principal de muerte en este paciente. A menudo es derivado al hospital. La hospitalización aporta un beneficio escaso. Muchos pueden ser tratados con similares Resultados en su domicilio.

Objetivo: Estudiar el tratamiento dispensado a pacientes con DA y neumonía que ingresan y mueren en nuestro Servicio de M. Interna.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con DA y neumonía que ingresan entre el 1 de marzo de 2013 y 1 de junio de 2018 y fallecen durante el ingreso. Se seleccionan 64 pacientes. Estudiamos el enfoque terapéutico adoptado, la presencia de síntomas y la realización de pruebas o intervenciones en las últimas 48 horas de vida, y si están acompañados en el momento de su muerte.

Resultados: En el momento de la muerte, 35 (53,5 %) están recibiendo tratamientos con intención curativa, en 3 la actitud es puramente paliativa desde el principio, en los 26 (40,6 %) restantes la media de días que pasan desde el primer día hasta la adopción de una estrategia puramente paliativa es de 12,9, DE 7,8, mediana 10. De los 29 pacientes que fallecen habiéndose adoptado una estrategia paliativa, en 24 se realiza una sedación, en 5 un tratamiento sintomático a demanda. En aquellos sedados, la muerte acontece en 37 horas de media, DE 32, mediana 24. En las últimas 48 horas de vida, 52 (81,2 %) presentan síntomas. 35 (54 %) tienen disnea, 24 (37,5 %) agitación, 8 (12,5 %) dolor, 2 (3,1 %) vómitos. En esas últimas 48 horas se realizan: 23 analíticas sanguíneas, 6 gasometrías arteriales, 14 cambios de vía intravenosa, se coloca una sonda nasogástrica y se aspiran secreciones en 15 pacientes. En el momento de la muerte 35 (54,6 %) están acompañados, 5 (7,8 %) solos. No existe información sobre los restantes 24.

Conclusión: En el momento de la muerte la mitad recibe un tratamiento con intención curativa. En aquellos que son sedados, muchos fallecen antes de terminar el día. En sus últimos días, muchos presentan síntomas y es frecuente la realización de pruebas que pueden dar lugar a disconfort. La situación de últimos días fue infradiagnosticada. Aunque existe una concienciación creciente en la necesidad de adoptar un enfoque paliativo en estos pacientes, también fuera de unidades de cuidados paliativos, la atención dispensada a los mismos es aún poco centrada y alejada de un enfoque paliativo.

PO 313. ¿HACEMOS SOPORTE TRANSFUSIONAL DOMICILIARIO ADECUADO AL FINAL DE LA VIDA? CUATRO AÑOS DE EXPERIENCIA

Carlos Pérez Cervellera¹, Serafina García Florencio¹, Eva Ibeas Martínez², Ramón García García¹, Manuel Yarza Cañeyas¹, Vicente Bellver Solaz²
¹Unidad Hospital a Domicilio. Hospital de Liria, Liria, España. ²Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

Introducción: La transfusión no es excepcional en cuidados paliativos a pacientes en fase avanzada de enfermedad. No siempre está claro su beneficio en esta etapa, pudiendo considerar un procedimiento inapropiado cuando se generan efectos perjudiciales e incluso la muerte, antes de los 14 días desde la última transfusión.

Objetivos: Describir los datos de las transfusiones de hematías realizadas por el Equipo de Hospital a Domicilio del Hospital de Liria, a pacientes oncológicos y no oncológicos en la etapa final de vida, desde abril de 2015 hasta abril de 2019. Se prioriza el análisis de los días transcurridos entre la última transfusión y el éxito.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, con extracción de datos de las historias clínicas de los pacientes, del Servicio de Documentación del Hospital, así como del Servicio de Hematología/Banco de Sangre del propio Hospital de Liria. Se han cruzado los datos de todos los pacientes que han fallecido en régimen de Hospital a Domicilio y que habían sido transfundidos en sus casas.

Resultados: Durante estos 4 años hemos registrado 974 éxitos, de los cuales han precisado transfusión de hematías 58 pacientes (6%), 30 mujeres y 28 hombres: se han realizado 250 transfusiones a esos 58 pacientes, con un rango entre 1 y 44, media de 4,46 transfusiones por paciente, una moda de 1 y una mediana de 1 por paciente. Se han utilizado 455 bolsas de concentrado de hematías, rango entre 1 y 97 bolsas por paciente, una media de 8,1 y una moda y mediana de 2 por paciente. Por grupo patológico, 27 pacientes fueron Oncológicos, 21 hematológicos y 10 Crónicos por insuficiencia de órgano. Entre la última transfusión y el éxito un rango entre 1 y 142 días, con una media de 29,3 días, una moda de 24 y una mediana de 18 días. No reacciones transfusionales ni sobrecargas hemodinámicas significativas.

Conclusiones:

- La transfusión es un procedimiento posible en el domicilio.
- La incidencia de transfusión en la fase final de vida ha sido del 6% en nuestra experiencia, dentro de la descrita en la bibliografía (5-17%).
- Entre el fallecimiento y la última bolsa de hematías transfundida, hemos conseguido una media, moda y mediana adecuadas, según las referencias consultadas para este tipo de pacientes.
- Siempre se deben valorar criterios económicos generales y clínicos y bioéticos individuales para llegar a la mejor decisión posible de transfundir o no al final de la vida.

PO 314. CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PROFESIONALES DE CUIDADOS PALIATIVOS

Ana García García^{1*}, María Sánchez Isac^{1*}, Coro Pérez Aznar^{1*}, Cristina de Miguel Sánchez^{2*}, María Isabel

Carreras Barba^{3*}, Cristina Morán Tiesta^{4*}, Lara Sanz Ventureira^{5*}, Miriam Bravo Prados^{6*}, Carmen Molina Cara^{7*}, Pilar Aira Ferrer^{8*}, José Manuel Cano González^{9*}, Miguel Ángel Ferreri San Juan^{10*}, María Consuelo Fernández Gómez^{11*}, Roberto Varga^{12*}, Carla Núñez Fernández^{13*}, Beatriz García García^{14*}, María Antonia Lacasta Reverte^{15*}, Teresa Tojar Grisolia^{16*}, Mónica Ruiz Ruiz^{17*}, Gema Flox Benítez^{18*}, Montserrat Sanchez Pellitero^{18*}, Mario de la Iglesia Gómez^{19*}, Concepción Díaz Tordable^{20*}, Manuel Rigal^{21*}, Nuria Fernández Rodríguez^{22*}, María Elviro^{23*}, Javier Rocafort^{23*}, Paula Jiménez Domene^{24*}, Elena Ávila^{25*}, Javier Pertíñez Moreno^{26*}, Elías Díaz Albo^{27*}, Magdalena Sánchez Sobrino^{28*}

¹UCP HGU Gregorio Marañón, Madrid, España. ²Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos Domiciliarios (SAPD) Espronceda, MADRID, España. ³Coordinación Regional de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid, Madrid, España. ⁴ESAPD DA Norte. ⁵ESAPD Espronceda DA Centro. ⁶ESAPD Goya. ⁷ESAPD Legazpi. ⁸ESAPD DA Oeste. ⁹ESAPD Sureste. ¹⁰ESAPD Jazmín, ¹¹ESAPD-Sur (Getafe). ¹²ESH Móstoles. ¹³ESH 12 de Octubre. ¹⁴ESH Getafe. ¹⁵UCP Agudos y ESH La Paz. ¹⁶ESH Puerta de Hierro. ¹⁷ESH Ramón y Cajal. ¹⁸ESH Severo Ochoa. ¹⁹H. Fuenlabrada. ²⁰Pal24. ²¹UAIPP Niño Jesús. ²²UCPME FISJ. ²³UCPME Laguna. ²⁴UCPME Poveda. ²⁵UCPME San Camilo. ²⁶UCP Hospital Santa Cristina. ²⁷UCPME La Beata María Ana. ²⁸CRCP. *Grupo FCEA InvestPaL Madrid

Introducción: El interés creciente por estudiar los aspectos emocionales del ejercicio profesional del personal de los equipos de cuidados paliativos, va asociado a la identificación de variables involucradas en la modulación de las respuestas que aparecen ante situaciones estresantes a las que se ven expuestos. En este sentido, el estrés es un proceso dinámico, donde la persona puede responder de manera diferente frente a un estresor en función de las acciones que ponga en marcha para manejarlo. Estas acciones se llaman Estrategias de Afrontamiento (EA).

Objetivos: Describir la relación entre diferentes EA y las dimensiones que conforman la calidad de vida profesional (satisfacción de compasión [SC]; burnout [BO] y estrés traumático secundario [STS]) con el fin de identificar aquellas que actúan como moduladoras.

Metodología: Diseño: estudio descriptivo transversal. Profesionales en activo de los equipos de CP públicos y concertados de la CM que participaron voluntariamente. Cumplimentaron el Cuestionario ProQOL-IV -Professional Quality of Life, Compassion Satisfaction, and Fatigue Subscale- y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CAE). ProQOL mide tres dimensiones SC, BO y STS. CAE evalúa siete estilos básicos de afrontamiento: Focalización en la Solución del Problema (FSP), Autofocalización Negativa (AFN), Reevaluación Positiva (REP), Expresión Emocional Abierta (EEA), Evitación (EVT), Búsqueda de Apoyo Social (BAS) y Religión (RLG). Análisis: estadística descriptiva y correlación de Spearman.

Resultados: Se recibieron un total de 269 cuestionarios cumplimentados, el 49% del total de profesionales de CP en la CM, de distintas categorías laborales: el 37% enfermería, el 26% médicos, el 22% TCAE, el 6% administrativos, el 5% psicólogos y el 4% T Sociales. Según el análisis:

- SC correlaciona significativamente de manera positiva con FSP (0,38) y REP (0,34) y de manera inversa con EEA (-0,14) y AFN (-0,25).
- BO correlaciona de manera positiva con EEA (0,24) y AFN (0,36) y de manera inversa con FSP (-0,30) y REP (-0,26).
- STS correlaciona con EEA (0,21) y AFN (0,28) y de manera inversa con FSP (-0,28), $p < 0,05$.

Conclusiones: El empleo predominante de estrategias de afrontamiento de tipo racional (FSP y REP) parece tener relación con SC (mejores valoraciones de uno mismo respecto a habilidades para contribuir en el trabajo y a la relación con los compañeros). Las estrategias de tipo emocional (AFN y EEA) se relacionan con BO (sentimientos de desesperanza, dificultades para llevar a cabo la tarea con eficacia) y STS (ciertos problemas de salud).

PO 315. CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON DEMENCIA AVANZADA DE UN EQUIPO DE SOPORTE DE ATENCIÓN PALIATIVA DOMICILIARIA

Virginia Vázquez Ramos, Eva Sanz Peces, Ana Pilar Corral González-Baylin, Jaime Gándara Astray, Juan Tejero González, M.^a Cruz Martín García
ESAD Norte. Centro de Salud Reyes Católicos, San Sebastián de los Reyes, España

Introducción: Cada vez hay más derivaciones de pacientes con patologías no oncológicas que exigen cuidados paliativos. Describir el final de vida nos ayuda a conocer sus necesidades.

Objetivo: Describir las características de pacientes con demencia avanzada tratados por un Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD).

Metodología: Estudio observacional, descriptivo de pacientes con demencia avanzada tratados en un ESAD en 2018. Variables: datos sociodemográficos, tipo de demencia, síntomas (Edmonton Symptom Assessment System [ESAS]), I. Barthel [IB], Palliative Performance Scale [PPS], número de visitas, días de seguimiento, motivo y lugar de fallecimiento, instrucciones previas, Planificación Anticipada de Cuidados (PAC). Recogida de datos de cada historia clínica, en un cuaderno diseñado *ad hoc*.

Resultados: De 530 pacientes, 36 tenían demencia avanzada (6,8 %). El 70 % (25) eran mujeres, con edad media de 88,8 (DS 9,4) años. El 33,3 % (12) tenía demencia tipo Alzheimer, un 25 % (9) vascular. La mediana de años de diagnóstico fue 7 (3-10,2). Un 66,7 % (24) fue derivado por Atención Primaria. Un 54,3 % (19) vivían en Centros Socio-sanitarios (CSS) mientras que el 47,2 % (17) en domicilio. El 44,4 % fueron derivados en Situación de Últimos Días (SUD). La mediana de días de seguimiento fue 8,5 (3-30,7), el número de visitas fue 2,17 (DS 1,7). El 45,7 % (16) conservaban vía oral en primera visita. El 5,7 % (2) tenían gastrostomía. Tomaban 7 (DS 3,8) fármacos de media. El 94,3 % (33) tenía IB de 0 y la mediana del PPS fue 30 (10-30). La astenia era el síntoma más frecuente con una media de 6,2 (DS 3,4) puntos ESAS, seguido de somnolencia 5,5 (DS 3,7). Un 48,6 % (17) fallecieron en domicilio, 48,6 % (17) en CSS y 2,9 % (1) en hospital. El motivo fue: negativa a ingesta (57,1 %), infecciones (28,6 %). Un 25,7% (9) precisó sedación paliativa (50 % por delirium, 40 % disnea). Ninguno tenía

Instrucciones Previas formalizadas, en un 48,6 % (17) se hizo PAC con familiares.

Conclusiones: El perfil del paciente con demencia es una mujer con enfermedad de Alzheimer, edad avanzada y dependencia severa. La derivación al ESAD es tardía, se realiza fundamentalmente desde Atención Primaria siendo más frecuente la ubicación en CSS. La mitad de los pacientes llega en SUD y la mayoría fallecen en domicilio o CSS. Los motivos más frecuentes de fallecimiento son la negativa a la ingesta seguida de infecciones. Una cuarta parte precisó sedación paliativa por delirium o disnea. La PAC con familiares permitió tomar decisiones al final de la vida.

PO 316. ARTETERAPIA E HISTORIAS DE VIDA

Chiara Digrandi¹, Manuela Pérez Agudo²,
Paula Herrerin García², Gonzalo Plaza Bedmar²,
Eduardo Martínez Doncel², Elisa Lillo López¹

¹Madrid Salud, Madrid, España. ²CMSC de Carabanchel, Madrid, España

Introducción: La vejez está a menudo conectada a una sensación de pérdida: de la propia integridad física, de libertad e identidad. Las personas mayores pueden sentirse solas, tener miedo al sufrimiento y a la muerte. Todas estas sensaciones pueden acompañarse por una necesidad de establecer nuevas prioridades y profundizar relaciones interpersonales, así como crear nuevos significados. Las herramientas propias del arteterapia permiten acceder a contenidos de manera más inmediata, encontrando menos resistencias en el reconocimiento, la expresión y trabajo de las propias emociones. En este proceso la persona se convierte en “experta” del relato de su propia historia, y el arteterapeuta testigo de su creación y facilitador de una experiencia de fortalecimiento personal (Collette, 2015). Se desarrolla, en el CMSc de Carabanchel, el taller “arteterapia e historias de vida” como parte de la “beca de formación e investigación para la aplicación del arteterapia a la salud comunitaria y a los cuidados” del marco del Plan Madrid Ciudad de los Cuidados y del proyecto “Salud comunitaria al final de la vida. Comunidades compasivas”.

Objetivos: Acompañar a los/las participantes en el relato de su historia de vida a través de propuestas de arteterapia, para dar un sentido a su existencia y abordar el final de vida de manera más consciente/ Transformar sus historias de vida en una obra de arte foto y video-gráfica para hacerle un homenaje y valorar lo vivido/Reflexionar sobre el momento presente y los deseos para su futuro.

Metodología: El taller está dirigido a personas mayores de 65 años. Se realizaron 15 sesiones de grupo de 2 horas cada una. Se abordó, a través de herramientas de arteterapia, las historias de vida de las personas en sus diferentes etapas (infancia/juventud, adultez, momento presente), el legado y sus Objetivos futuros. Con el material surgido en las sesiones y a partir de entrevistas a los/las participantes, se creó un vídeo resumen de la experiencia. Los datos se recogieron a través de fotografías, diarios de campo, vídeos, audios, test SWLS (pre-test y post test), así como una entrevista semiestructurada a cada participante para evaluar cualitativamente el taller.

Resultados: El taller ha sido una oportunidad para que los participantes pudiesen expresar sus propias vivencias y emociones en un ambiente de respeto, confianza y seguridad. Han podido relatar su pasado, dar orden a eventos de su vida y reflexionar sobre su legado trabajando sobre aquellos cambios que todavía pueden incorporar en sus vidas.

PO 317. ASOCIACIÓN DE PACTO DE SILENCIO Y EDAD CON LA DEMANDA DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA AL DUELO

Jaume Gallart Escolà, Míriam Cabré Díaz, Imma Lillo Rodríguez, Verónica Linares del Puerto, Laura Royo Ramírez, Joan Oriol Enric Vinyes Jiménez
Equipo de Atención Psicosocial Fundació Vilaniu, Valls, España

Introducción: El duelo es una experiencia de fragmentación de la identidad producida por la ruptura de un vínculo afectivo: una respuesta multidimensional que nos afecta a nivel físico, emocional, cognitivo y relacional, así como a nuestro mundo interno existencial o espiritual (Payàs, 2014). Sabemos que algunas variables, como la edad, pueden afectar a los procesos de duelo. Asimismo, también sospechamos que los pactos de silencio efectuados en procesos de final de vida por parte de los familiares pueden ejercer alguna influencia en el duelo posterior, tal y como indican algunos estudios (Cejudo y cols., 2015; Espinoza-Suárez, 2017), y quizás, por ello, demandar mayor asistencia psicológica.

Objetivos: Conocer si las variables “Pacto de silencio” y “Edad del paciente fallecido” están asociadas con la variable “Demanda posterior de atención especializada al duelo por parte del familiar”.

Metodología: Los datos analizados en este estudio proceden de una muestra de pacientes en cuidados paliativos del año 2018 de la provincia de Tarragona (n = 213), atendidos por profesionales del EAPS de la Fundació Vilaniu. Tanto la variable “Pacto de Silencio” como la variable “Atención Especializada al Duelo” son nominales y dicotómicas (sí o no). La variable edad ha sido dicotomizada entre menores de 50 años (incluyéndose éstos) y mayores de 50 años. La prueba aplicada para el análisis de la asociación entre variables nominales ha sido χ^2 .

Resultados: En ninguno de los casos la asociación entre las variables ha sido estadísticamente significativa ($p > 0,05$), y el coeficiente de contingencia ha adoptado el valor 0 en ambos casos.

Conclusiones: En este estudio no se ha observado que las variables “Pacto de Silencio” y “Edad del paciente fallecido” estén asociadas o influyan en la variable “Demanda posterior de atención especializada al duelo”, por lo que se acepta la hipótesis nula admitiendo la independencia entre variables. En este sentido, no podemos admitir que estas variables posean un papel relevante a la hora de demandar atención especializada al duelo. Sin embargo, a pesar de la insuficiencia de significación estadística y una muestra cuantiosamente menor en la condición “sí” de la variable “Pacto de Silencio” respecto a la condición “no”, los porcentajes son muy discriminativos para ambas en relación con la variable “Atención especializada al duelo”, siendo de interés

que líneas futuras de investigación analicen los datos con tamaños muestrales de mayor volumen.

PO 318. PACIENTES CON INSUFICIENCIA ORGÁNICA AVANZADA QUE INGRESAN EN UNA UCI: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MORTALIDAD

Carme Olagüe Baño¹, Josefa Gil López¹, Andrea Carolina Garcés Rodríguez¹, Marina Gandía Herrero¹, Rafael Vergel Eleuterio², Ana Nieves Piqueras Martínez¹
¹Hospital J.M. Morales Meseguer, Murcia, España.
²Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor, San Javier, España

Introducción: Los pacientes con insuficiencia orgánica avanzada conviven con su patología crónica, presentando un curso fluctuante, con períodos de estabilidad y descompensaciones que pueden obligar a un ingreso en una UCI. En ellos, es complicado establecer un pronóstico de tiempo de supervivencia.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas y de interés para la gestión clínica de los pacientes con insuficiencia orgánica avanzada ingresados en UCI. Describir la mortalidad asociada en este grupo de pacientes. Describir los dispositivos y técnicas de ventilación que precisaron durante su estancia.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo sobre 174 pacientes que ingresaron en la UCI a lo largo de 78 días. En los 19 pacientes que padecían una insuficiencia orgánica avanzada se analizaron variables demográficas, estancia en UCI, servicio de ingreso y alta y mortalidad asociada. Se analizó el tipo de acceso central canalizado, si el paciente había precisado de IOT, VMNI u oxigenoterapia de alto flujo, así como si había precisado de colocación de SNG para nutrición enteral.

Resultados: 9 de los pacientes eran mujeres y 10 eran varones. La media de edad era de 74 (± 10) años y la media de estancia en UCI fue de 6 (± 4) días. 3 pacientes fallecieron durante su estancia en UCI. 6 fallecieron posteriormente durante su estancia hospitalaria (supervivencia media 13 (± 15) días). 6 pacientes fallecieron tras el ingreso (mediana supervivencia 128 [16-315]) y 4 pacientes no han fallecido. 8 ingresaron desde Urgencias, 5 pacientes desde la planta de Medicina Interna, 5 desde un servicio quirúrgico y otro paciente desde otro hospital. 5 pacientes fueron dados de alta a Medicina Interna, 3 a Neumología, 2 a Cardiología, 1 a Cirugía General y 2 a Urología. 2 pacientes fueron dado de alta a la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP). En 7 pacientes se canalizó un catéter central de acceso periférico. 4 pacientes portaron un catéter yugular o femoral. 7 pacientes precisaron de intubación orotraqueal, 9 necesitaron VMNI y una paciente oxigenoterapia de alto flujo. En 4 pacientes se colocó una SNG para nutrición enteral.

Conclusiones: La mortalidad tras el ingreso en UCI es variable, y es concluyente con el curso clínico fluctuante descrito previamente. Llama la atención que dos pacientes fueran dados de alta a la UCP tras su estancia como pacientes críticos. La canalización de accesos centrales y las diferentes técnicas de ventilación se aplican en un elevado porcentaje en estos pacientes.

PO 319. CONCEPTO Y TRATAMIENTO DEL TEMA DE LA MUERTE EN EDUCACIÓN INFANTIL

Pilar Balbuena Mora-Figueroa¹, Jaime Benítez Balbuena², Antonia González Quiñones¹, Mirian Bernal Rodríguez¹
¹Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España. ²Universidad de Ciencias de la Educación, Puerto Real, España

Introducción: La muerte es el mayor tabú que existe actualmente. Presente en todas las culturas en cuentos, canciones, expresiones religiosas, se oculta en lo cotidiano despojando a los niños del desarrollo madurativo emocional necesario para afrontar las situaciones de pérdida, sufrimiento, muerte y duelo con que se encuentren a lo largo de la vida.

Objetivos: Conocer el concepto, vivencias e intervención educativa infantil de nuestro entorno sobre la muerte. Realizar un análisis crítico del tratamiento e impacto en educación infantil.

Detectar dificultades de educadores y padres para transmitirles la experiencia de la muerte y dotarlos de herramientas para afrontar situaciones de muerte y duelo.

Metodología: Se trata de un estudio de investigación cualitativa de intervención-acción. Tras una revisión exhaustiva se ha elaborado una entrevista semiestructurada partiendo de una escala validada, para explorar los subconceptos de muerte en los niños de una clase de Educación Infantil en un centro educativo de nuestro entorno, apoyándonos en imágenes cotidianas para ellos. Se ha elaborado una encuesta a los profesores del centro para conocer la aptitud, formación y puntos de vista y unas preguntas a los padres para debatir y abrir un espacio para la reflexión.

Resultados: Las expectativas no se cumplieron pues lo pactado inicialmente en el centro fue modificado. El tiempo que se dotó al entrevistador para la intervención con los niños fue finalmente muy escaso (apenas diez minutos), cinco de los nueve profesores declinaron contestar la encuesta y le tutoría con los padres finalmente se suspendió. Días antes había fallecido un alumno de educación primaria de este centro, aunque la resistencia a trabajar este tema ya se mostró con anterioridad. Los alumnos han mostrado naturalidad en el afrontamiento de experiencias con la muerte, la aparición del pensamiento mágico y la ausencia de conocimientos a través de los adultos. Los profesores no mostraron tener formación específica ni general, tratan el tema solo en situaciones urgentes y expresaron dudas respecto a la pertinencia de este trabajo.

Conclusiones: Tras la aparición de la Pedagogía de la Muerte en los años noventa, con numerosas publicaciones por entonces, en la actualidad se oculta y se evita tratar la muerte aun estando presente en lo cotidiano y ser necesario que se afronte para un desarrollo emocional y para que se afronte cuando suceda de modo que pérdidas y duelo se afronten sanamente.

PO 320. ATENCIÓN AL FINAL DE LA VIDA DE LOS PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS EN MI HOSPITAL

Luis García Villanego, Isabel Trouillhet Manso, Oliva Mera Gallardo, Victoria Lechuga Flores, Alejandra Camacho Molina, Elvira Alarcón Manoja
 Hospital San Carlos, Cádiz, España

Introducción: Varios autores defienden el domicilio como el lugar más apropiado para el fallecimiento, ya que allí encontramos la familiaridad, la rutina, los recuerdos y por tanto donde puede recibir la mejor calidad de atención justo cuando más necesita de los afectos que le dieron vida. Esto mejora la calidad de vida y es una de las mayores expresiones del respeto por la autonomía del paciente. Los Doctores Wilson Astudillo y Carmen Mendinueta, definieron que "... las preferencias del enfermo sobre dónde desea morir, están determinadas por una compleja interrelación de sus características personales, situación de salud y diversos factores físicos, médicos, sociodemográficos, red de soporte y disponibilidad de servicios paliativos..."

Objetivos: Identificar el lugar del fallecimiento de los pacientes incluidos en Cuidados Paliativos (CP) de una localidad de 95.174 habitantes, que fallecieron durante el periodo comprendido entre los meses de enero de 2018 y mayo de 2019 (ambos inclusive).

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo transversal, mediante el análisis del universo de las historias de dichos pacientes.

Resultados:

- De 47 pacientes incluidos en CP (100 %), 13 fallecieron en el periodo de estudio (28 %).
- El 100 % de las patologías fueron oncológicas, con la siguiente distribución por localización: pulmón 23,07 %, colon 15,38 %, hígado 15,38 %, páncreas 15,38 %, vejiga 15,38 %, riñón 7,70 % y melanoma 7,70 %.
- El 85 % fueron hombres frente al 15 % mujeres. La media de edad es de 76,53 años (entre 56 y 93 años).
- Los servicios de derivación fueron: Oncología Médica en un 61,54 %, Medicina Interna en un 30,77 % y Médico de Familia en el 7,69 % de los casos.
- El tiempo medio de permanencia en CP hasta la muerte fue de 97,15 días (entre 5 y 336 días).
- El 100 % de los casos presentaban una comorbilidad elevada (Índice de Charlson > 3).
- Distribución según funcionalidad (PPS): encamado 30,76 %, movilidad reducida 46,17 % y movilidad normal 23,07 %.
- Solo el 46,14 % fueron visitados en el domicilio por su equipo de salud.
- El 76 % murieron en el Hospital frente al 24 % en el domicilio.

Conclusiones: Podemos concluir que la muerte en casa está condicionada de forma multifactorial: comorbilidad elevada, extremos de edad y un soporte profesional domiciliario limitado. Factores que han condicionado en la mayoría de los casos, la decisión de terminar sus últimos días de vida en el hospital, en contra de lo recomendado.

PO 321. REVISIÓN DE VARIABLES MODULADORAS Y CONSECUENTES DE LA CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL EN CUIDADOS PALIATIVOS

Noemí Sansó Martínez¹, Laura Galiana Llinares², Laura Badenes-Ribera², Gabriel Vidal-Blanco²

¹Universidad Islas Baleares, Palma, España. ²Universidad de Valencia, Valencia, España

Introducción: Los profesionales de la salud que se dedican a la atención de personas al final de la vida, trabajan en un

ambiente de alto impacto emocional, en muchas ocasiones sin la preparación necesaria para afrontar las situaciones de gran estrés que, con demasiada frecuencia, experimentan en su trabajo. Sabemos por la literatura, que existe una elevada prevalencia de procesos como el burnout o la fatiga por compasión, en profesionales de cuidados paliativos. Conocemos también la relación que existe entre la calidad de vida del profesional y la calidad de la atención que presta, así como su relación con la seguridad clínica. Por ello, cualquier avance en el conocimiento de las variables relacionadas con la calidad de vida profesional, es de crucial importancia.

Objetivos: Conocer a través de la literatura científica, las variables antecedentes, moduladoras y consecuentes de la calidad de vida profesional en el ámbito de los cuidados paliativos.

Metodología: Revisión de la bibliografía científica. Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica, durante el mes de junio de 2019, en las siguientes bases de datos: Pubmed, PsycINFO y Cinhal (estas 2 últimas mediante el metabuscador EBSCOHOST). Se buscaron los descriptores Mesh a partir de las palabras clave. Se llevó a cabo la siguiente fórmula de búsqueda Palliative Care AND Health Personnel AND Quality of life. La búsqueda bibliográfica se limitó a los últimos 10 años y a los artículos que estuvieran en inglés o español.

Resultados: Se obtuvieron un total de 254 Resultados en las bases de datos Cinhal y PsycINFO; y de 329 en Pubmed. Una vez revisados títulos, los resultados se redujeron a 16 para las primeras bases de datos y de 10 para la segunda. Revisadas las duplicidades, así como los resúmenes y/o textos completos, finalmente se obtuvieron 7 artículos para las bases de datos Cinhal y PsycINFO; y de 8 para Pubmed, realizando la revisión sobre un total de 15 referencias.

Conclusiones: La producción científica en el estudio de la calidad de vida de los profesionales de cuidados paliativos, es aún poco prolija. Los variables que han demostrado alguna relación con la calidad de vida profesional, han sido: el autocuidado, el nivel de autoconciencia o mindfulness y la competencia de afrontamiento ante la muerte.

Financiación: Este estudio forma parte de un Proyecto de investigación (ref. RTI2018-094089-A-I00), financiado por el Ministerio de Ciencia, Innovación y Economía, mediante la convocatoria Retos Investigación 2018.

PO 322. TRATAMIENTO DEL CÁNCER AL FINAL DE LA VIDA: ESTUDIO DE COHORTES

Alicia Campini Bermejo¹, Lourdes Pérez Rodríguez¹, Salvador Gámez Casado¹, María José Martínez Bautista², Encarnación Benítez Rodríguez³, José Manuel Baena Cañada¹

¹Servicio de Oncología Médica, Hospital Puerta Del Mar, Cádiz, España. ²Unidad de Farmacia, Hospital Puerta del Mar, Cádiz, España. ³Registro Provincial del Cáncer, Cádiz, España

Introducción y objetivos: La decisión más preocupante tras diagnosticar un cáncer terminal es elegir entre tratamiento activo o limitación del esfuerzo terapéutico. El objetivo del estudio fue analizar las características de la atención sanitaria en pacientes que reciben tratamiento antineoplásico cerca de la muerte.

Metodología: Se estudiaron dos cohortes retrospectivas: pacientes con cualquier cáncer en estadio IV que han y no han recibido tratamiento antineoplásico en el último mes de vida.

Resultados: De 288 pacientes (184 hombres, 104 mujeres) con mediana de edad de 65 años (35-88), 94 (32,60 %) recibieron antineoplásicos en el último mes y 194 (67,40 %) no. El intervalo entre última dosis y muerte fue 52 días (1-801). En el último mes de vida: 14 pacientes (4,90 %) recibieron radioterapia, 190 (66 %) visitaron Urgencias con media de visitas de 1,32 (DE 0,648; 1-4), 238 (81,60 %) fueron hospitalizados, solo 2 (0,70 %) ingresaron en UCI, 171 (59,40 %) fueron atendidos por Cuidados Paliativos, 29 (10,10 %) sufrieron procedimientos invasivos. Fallecieron en el hospital 221 pacientes (76,70 %) y 67 (23,30 %) en su domicilio. La causa de muerte fue cáncer en 276 pacientes (95,80 %) y toxicidad en 3 casos (1 %). Los pacientes con cáncer de pulmón (OR 1,58. IC 95 % 1,14-2,18), los atendidos por el oncólogo 2 (OR 1,50. IC 95 % 1,08-2,08), los que recibieron menos ciclos en la última línea (OR 0,78. IC 95 % 0,69-0,88), los que no gozaron de una respuesta subjetiva (OR 0,42. IC 95 % 0,21-0,85), los que no obtuvieron beneficio clínico (OR 0,42 IC 95 % 0,18-0,96), los que visitaron Urgencias (OR 1,59. IC 95 % 1,06-2,38) y los que no fueron atendidos por Cuidados Paliativos (OR 0,37. IC 95 % 0,26-0,53) tuvieron más riesgo de recibir antineoplásicos en el último mes de vida. En el análisis multivariante el número de ciclos (OR 0,78. IC 95 % 0,68-0,89) y ser atendido por Paliativos OR 0,22. IC 95 % 0,13-0,39) mantuvieron su significación estadística y el oncólogo 2, la respuesta subjetiva y la visita a Urgencias rayaron la significación.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes recibieron tratamiento antineoplásico en el último mes de vida, con menor efectividad y peor calidad de la asistencia que los que no la recibieron.

PO 323. PROGRAMA DE IMPLICACIÓN DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA EN LOS CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

Rafael Mota Vargas¹, Daniel Ganado², Pedro Gutiérrez Domínguez³, Pablo Gil Fernández⁴, Catalina Pérez Moreno⁵, Josefa Galán González⁶

¹Médico Especialista en Medicina Interna, Badajoz, España. ²Asesor Técnico Docente, Badajoz, España.

³Maestro de Educación Primaria, Badajoz, España.

⁴Profesor Técnico de Formación Profesional, Badajoz, España. ⁵Trabajadora Social, Badajoz, España. ⁶Médico Especialista en Nefrología, Badajoz, España

Introducción: “Compassionate Communities” es un movimiento internacional que trata de concienciar y capacitar a la comunidad en el acompañamiento y cuidado de personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación de final de vida. “Escuela Contigo” es un programa de sensibilización en las aulas que trata de dar a conocer y concienciar a docentes y estudiantes de primaria y secundaria de Centros Educativos ubicados en la Ciudad de Badajoz sobre esta problemática creciente.

Objetivos: 1. Sensibilizar en las aulas a un grupo de docentes de Educación Primaria y Secundaria sobre el proceso de

final de vida. 2. Capacitar a este grupo de docentes en temáticas relacionadas con los Cuidados Paliativos. 3. Elaborar material didáctico que ayude en la futura formación de docentes y alumnado de primaria y secundaria en la ciudad de Badajoz.

Metodología: Se trata de un estudio cualitativo de acción-participación. Se realizó durante el curso académico octubre de 2018-mayo de 2019. Se seleccionaron dos centros educativos de la ciudad de Badajoz, uno de educación primaria y otro de educación secundaria, formándose dos grupos de trabajo con docentes de esos centros. Se realizaron 10 sesiones de 3 horas cada una; 6 sesiones grupales impartida por profesionales de cuidados paliativos mediante dinámicas participativas de coloquio-debate y 4 sesiones individuales por equipo en cada centro. El Programa formativo versó sobre temas relacionados con los cuidados paliativos (ej. hablar de la muerte y cuidados paliativos, comunicación al final de la vida, clarificación de conceptos como eutanasia y sedación, actuación ante el duelo, entre otros).

Resultados: Participaron 13 docentes (8 de Educación Primaria y 5 de Educación Secundaria). Así mismo colaboraron profesionales de cuidados paliativos y personal de la Delegación Provincial de Educación de Badajoz. A lo largo del proceso se elaboraron materiales y dinámicas educativas de aplicabilidad directa en las aulas (vídeos, protocolos de actuación, dinámicas de intervención, encuestas).

Conclusiones: La sensibilización y capacitación en los cuidados del final de vida es un tema a introducir en las aulas para hacer llegar a docentes y alumnado esta problemática creciente. La interacción entre profesionales del ámbito sanitario y educativo facilita la creación de redes para que esta iniciativa pueda llegar a más centros educativos y consecuentemente a un mayor número de personas.

PO 324. POLIFARMACIA AL FINAL DE LA VIDA. DIFERENCIAS ENTRE GERIATRÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Victoria Garay Airaghi¹, Amaya Capón Sáez¹, Lidia Gagliardi Alarcón², Irene Serrano García¹, Aurora Viloria Jiménez¹

¹Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: La polifarmacia al final de la vida ha sido ampliamente demostrada en la literatura disponible, sin embargo, son pocos los estudios que desglosan el tratamiento en las últimas horas en pacientes no exclusivamente oncológicos.

Objetivo: Describir los grupos farmacológicos, la oligofarmacia (< 5 fármacos), polifarmacia (5-9 fármacos) e hiperpolifarmacia (> 9 fármacos) al final de la vida en pacientes fallecidos intrahospitalariamente en dos centros sociosanitarios: 48 horas (T48) y 24 horas (T24) antes del fallecimiento. Describir las diferencias de manejo entre la planta de geriatría (UGA) y cuidados paliativos (UCP).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Fallecidos en UGA y UCP de los dos hospitales. Periodo: octubre de 2018-abril de 2019. Variables: Edad, género, antecedente oncológico, contacto previo con especialista, comorbilidades, funcionalidad, demencia, domicilio/residencia, %Grupos farmacológicos y %Bomba de sedación pautados en T48 y T24. Statics SPSS 22.0.

Resultados: 392 pacientes. Edad media 83,85 (DS 11,55) años, 55,1 % mujeres (49,3 % UGA). T48: Paracetamol 81,7 %, antihipertensivos 20,1 %, antimuscarínicos 24,6 %, antibioterapia 46,5 % (54 % UGA vs. 35,3 % UCP), morfina 62,6 % (63 % UGA vs. 82,8 % UCP), metoclopramida 22,8 % (13,5 % UGA vs. 36,5 % UCP), buscapina 44,1 %, midazolam 57,8 %, rescates 94 % (90,5 % UGA vs. 99,3 % UCP), bomba de sedación 45,5 % (45 % UGA vs. 46,3 % UCP). Polifarmacia 53,6 %, oligofarmacia 11,7 %, hiperpolifarmacia 34,7 %. T24: paracetamol 77,5 %, antihipertensivos 10,2 %, antimuscarínicos 15,3 %, antibioterapia 29 % (34,4 % UGA vs. 21,4 % UCP), morfina 81,2 % (75,7 % UGA vs. 88,9 % UCP), metoclopramida 19,8 % (12,9 % UGA vs. 29,7 % UCP), buscapina 57,6 %, midazolam 71,9 %, rescates 95,4 % (94 % UGA vs. 97,4 % UCP), bomba de sedación 65,7 % (65,1 % UGA vs. 66,5 % UCP). Polifarmacia 63,8 %, oligofarmacia 19 %, hiperpolifarmacia 17,2 %.

Conclusiones:

- La hiperpolifarmacia permanece presente en un tercio de la muestra a 48 horas de fallecer, este dato disminuye al 17,2 % en la última prescripción. Existe un incremento de la oligofarmacia al final de la vida.
- Los grupos farmacológicos más prevalentes son la analgesia y manejo sintomático.
- Los pacientes con sedación terminal se igualan en ambos servicios.

PO 325. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS (FUNDACIÓN CUDECA)

María Isabel Carrasco Zafra¹, Laura María Rodríguez Medina², Jorge Pereira León², Rafael Gómez García¹, Encarnación Blanco Reina²

¹Fundación Cudeca, Benalmádena, España. ²Universidad de Málaga, Málaga, España

Introducción: Los cuidados paliativos son definidos 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 e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.

Justificamos la puesta en marcha de estudios como el propuesto en la necesidad de obtener datos clínicos reales sobre esta área emergente y conocer sus Resultados en salud.

Objetivo: Describir el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes atendidos por una Unidad Cuidados Paliativos, valorar la sintomatología presente en los pacientes, así como el tratamiento empleado.

Metodología: Estudio de prevalencia con recogida retrospectiva de datos de los pacientes atendidos en Fundación Cudeca y fallecidos entre agosto y noviembre de 2017. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas, situación funcional (Barthel, PPS), nivel de complejidad (IDC-Pal), sintomatología, tratamiento farmacológico y grado de información de la enfermedad.

Resultados: El tamaño muestral fue 276 pacientes. La edad promedio fue de 71(± 12,9) años, varones en el 63,4 % y con patología oncológica en su mayoría (93,5 %). El 70,4 % de los pacientes presentaron enfermedad metastásica. El 60,5 %

de los pacientes había recibido algún tratamiento para la patología tumoral, siendo la quimioterapia el más empleado (70,9 %). El 37,2 % de los pacientes presentaban dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria, con un estado funcional aceptable (70 % PPS > 50) al inicio de la atención. La mayoría de los pacientes cumplían criterios de complejidad (45,2 %) o alta complejidad (46,3 %).

El lugar de fallecimiento fue el domicilio en el 45,6 %, algo que se relacionó con una mayor edad ($p < 0,05$). El tiempo desde la derivación hasta fallecimiento fue de 98 (± 140) días. Los síntomas más frecuentes fueron dolor (57,4 %), astenia (35,6 %), estreñimiento (28,9 %) y disnea (20,4 %). En cuanto al tratamiento farmacológico, el grupo más prescrito fue el de analgésicos (86,6 % de los pacientes tratados recibía algún fármaco de este grupo), siendo fentanilo el más usado. El nivel de información de los pacientes sobre diagnóstico y pronóstico se relacionó inversamente con la edad ($p < 0,01$).

Conclusiones: El perfil clínico de nuestros pacientes coincide con el de la mayor parte de estudios en cuanto a la sintomatología y abordaje terapéutico. Tras el análisis de los datos se detectan áreas de mejora y se abren nuevas preguntas de investigación a desarrollar en futuros estudios.

PO 326. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN EN OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN LA PACIENTE ONCOLÓGICA: PRIMERA FASE DEL ESTUDIO PILOTO

Marcos Calvo Martínez, Ainhoa Carrasco Estevez, Lucía Barcia Umbon, Lucía Álvarez- Santullano Fernandez-Trigales, Rosa Trillo Sánchez-Brunete¹, Miriam Rojas Prol Asociación Española contra el Cáncer, Santiago de Compostela, España

Introducción: La obstrucción intestinal en el paciente oncológico representa un 15 % de las causas de fallecimiento en las unidades de cuidados paliativos. Más allá de las causas, mecánicas o funcionales fundamentalmente, la obstrucción intestinal representa un reto comunicativo en la enfermedad avanzada.

Toma de decisiones compartidas y principio de autonomía pueden estar comprometidos. El intercambio de información con el paciente para la toma de decisiones es imprescindible.

Objetivos:

- Conocer y describir la percepción subjetiva de las mujeres con cáncer con un cuadro de obstrucción intestinal sobre el manejo comunicativo de su personal facultativo.
- Reducir el distrés de dichas personas realizando una psicoeducación del personal facultativo que facilite el manejo del abordaje comunicativo.

Metodología: Presentamos un estudio piloto con dos fases de estudio:

- Primera fase que se desarrolla entre noviembre 2018 y abril 2019, consistente en entrevistas en profundidad con 6 mujeres pacientes oncológicas con un cuadro de obstrucción intestinal no resuelta.
- Segunda fase, junio ad de 2019, se evalúa el distrés en pacientes oncológicas con obstrucción intestinal no resuelta, mediante HADS (Escala de Depresión-ansiedad Hospitalaria), comparando rama experimental con ase-

soramiento en estrategias de comunicación, y una rama grupo control. Para ello, se administrará HADS en dos momentos: Al ingreso hospitalario por obstrucción intestinal, y 15 días después para medir impacto de las visitas médicas diarias con asesoramiento de comunicación.

Resultados: Se evaluó a seis pacientes entre 50-68 años, todas ellas mujeres, niveles de distrés moderado (mediante termómetro de distrés). Entrevistó en profundidad, previo consentimiento, acerca de percepción sobre las estrategias de comunicación de su facultativo de referencia. La satisfacción con la información recibida, el tiempo dedicado, bienestar percibido, estrategias de comunicación de facultativos, ayuda en manejo de incertidumbre o percepción estilo afrontamiento por parte de su facultativo (negación, evitación, desafío o espíritu de lucha) fueron analizados. Las pacientes señalaron una satisfacción media, una percepción de dedicación temporal insuficiente y que disminuía a medida que pasaban los días de ingreso, siendo la dedicación cada vez más errática y breve. También señalaron un bienestar percibido pobre. Cinco de las seis pacientes identificaron un estilo de afrontamiento evitativo de sus facultativos y escasa información para manejo de incertidumbre.

Conclusiones: Existen escasos trabajos sobre las estrategias comunicativas en cuadros de obstrucción intestinal. En esta 1ª fase, niveles medios de satisfacción de las pacientes, deficitaria estrategia de comunicación y tiempo de facultativos, estilo de afrontamiento evitativo y escaso bienestar aportado.

PO 327. RELACIÓN ENTRE COMPLEJIDAD Y LUGAR DE FALLECIMIENTO DE USUARIOS DEL EQUIPO DE SOPORTE CUIDADOS PALIATIVOS

Silvia María García García^{1,2}, María José Pérez Díaz^{1,2}, María del Carmen Gazquez Alcoba^{1,2,3}, Eduardo Sánchez Sánchez^{2,4}

¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Área Sanitaria del Campo de Gibraltar, Algeciras, España.

²Hospital Punta Europa, Algeciras, España. ³FEA Cuidados Paliativos. ⁴Coordinador de Enfermería de Medicina Interna

Objetivo: Evaluar la relación entre el nivel de complejidad y el lugar de fallecimiento de usuarios del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP).

Metodología: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo durante el año 2018 de usuarios del ESCP. Las variables a estudiar son: edad (intervalo), sexo, patología, n.º de visitas al domicilio, nivel de complejidad y donde tuvo lugar el fallecimiento. Se presentarán los datos de las variables de forma descriptiva y posteriormente se realiza test Chi cuadrado para evaluar la relación entre el nivel de complejidad y el lugar de fallecimiento.

Resultados: Se incluyeron un total de 233 usuarios, el 42,92 % (n = 100) mujeres y 57,08 % (n = 133) hombres. Por intervalo de edad, los usuarios con > 80 años presentan el 42,92 % (n = 100), seguidos del intervalo 65-80 años con un 37,34 % (n = 87), siendo el porcentaje de 19,74 % (n = 46) los usuarios con edades inferiores a los 65 años. El 12,87 % (n = 30) de los usuarios presentan patologías no oncológicas, siendo la demencia la más representativa en este grupo

(36,66 %, n = 11). El 87,13 % (n = 203) restante, presentan alguna patología oncológica. Las del aparato digestivo son las más prevalentes (31,76 %, n = 74). El n.º medio de visitas a domicilio para el total de la muestra es de 4. Por niveles de complejidad, el 33,04 % (n = 77) de los usuarios son no complejos, el 39,06 % (n = 91) complejos y el 27,90 % (n = 65) altamente complejos. El 75,53 % (n = 176) de los usuarios del servicio fallecen en su domicilio, siendo los usuarios complejos los que presentan una mayor prevalencia (42,61 %, n = 75) y el 24,47 % (n = 57) en el hospital, siendo más prevalente en los altamente complejos (42,10 %, n = 24). El test Chi cuadrado muestra que existe significación estadística $p = 0,01$, entre la complejidad de los usuarios y el lugar de fallecimiento.

Conclusiones: Existe relación entre la complejidad y el lugar del fallecimiento, siendo el grupo de usuarios altamente complejos los que fallecen en el hospital. Por ello, el ESPD debe seguir avanzando en la adaptación de medidas que favorezcan la estancia en el domicilio, especialmente en sus últimos días y de esta forma no medicalizar, en el hospital, el momento del fallecimiento.

PO 328. DIFERENCIAS EN MANEJO CLÍNICO EN PACIENTES ONCOLÓGICOS EN FUNCIÓN DE UNA VALORACIÓN TEMPRANA/SITUACIÓN TERMINAL FINAL

Soledad Gómez Cano¹, Marcos Guzmán García¹, Blanca Herrador Fuentes¹, María Luisa Fernández Ávila², Mirian Moreno Conde¹

¹Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda, España. ²Hospital Universitario Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: La valoración de pacientes por parte de Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos ESCP durante el desarrollo de la enfermedad terminal sugiere que pudiera afrontarse decisiones clínicas de manera distinta en momentos determinados de la evolución de la enfermedad. Este estudio busca valorar si existe una atención diferente a la observada en una asistencia temprana por parte de ESCP frente a una valoración tardía o no presente por parte de dicho Equipo.

Objetivos: Conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes oncológicos en asistencia con criterios de terminalidad. Identificar diferencias significativas en la realización de medidas conservadoras frente a medidas no conservadoras con respecto a los pacientes oncológicos en su asistencia hospitalaria tras valoración de ESCP en pacientes en situación terminal final.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a través de los datos relacionados con aquellos pacientes oncológicos certificados como éxitus letalis entre junio de 2015 y mayo de 2019, con criterios establecidos de situación terminal que incluyeran en su Historia Clínica, identificándose medidas o actitudes clínicas activas frente a medidas conservadoras en estos pacientes. Se utilizó la prueba t de Student para comparar variables continuas y χ^2 o la prueba exacta de Fisher para comparar variables categóricas a partir de paquete informático R commander[®]3.5.2.

Resultados: Se incluyó un total de 145 pacientes que cumplieron los requisitos anteriormente descritos. Destacan los siguientes datos: Hombres: 60,7 %; Mujeres; 39,3 %.

Edad: 70,45 \pm 13,75 años. Periodo de ingreso: 10,99 \pm 8,34 días. Valoración previa/temprana por parte de ESCP: 42,1 %. Enfermedad metastásica en valoración por ESCP: 82,8 %. Muerte vinculada a patología orgánica oncológica: 62,8 %. Tiempo de diagnóstico de enfermedad oncológica: 1-6 meses: 51,7 %; > 1 año: 20,7 %. Tipo de tumor: Digestivo: 33,6 %, Pulmonar: 14,2 %, Urológico: 16,4 %, Ginecológico: 12,7 %. Utilización de tratamiento con quimioterapia en últimos 30 días: 40,7 % frente 30,34 % ($p = 0,005$). Aumento de días de ingreso en valoración tardía: OR: 3,6 (IC 95 % 2,49-8,58) $p = 0,003$. Recepción de medidas proactivas (tardío): OR: 3,17 ($p = 0,07$).

Conclusiones: Una valoración tardía en los pacientes oncológicos en situación final plantea un aumento de realización de medidas no conservadoras o proactivas previas a llegar a esa situación que, aunque no presenta una significación estadística, sí presenta una tendencia a la asociación alta. La inclusión en el programa de cuidados paliativos condiciona la asistencia de estos pacientes por parte de las Unidades responsables de la valoración intra-hospitalaria.

PO 329. ESTUDIO EXPLORATORIO PARA EVALUAR EL EFECTO DE LA MUSICOTERAPIA SOBRE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS

M.^a Beatriz García-Castellano García¹, M.^a Jesús del Olmo Barros², Andrea San Gregorio Matasanz¹, Marta Villaceros Durbán³, Rosa Salazar de la Guerra¹, Elías Sanchez Lechuga¹

¹Hospital Guadarrama, Guadarrama, España. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ³Centro de Humanización Los Camilos, Tres Cantos, España

Introducción: La musicoterapia activa aplicada a pacientes en cuidados paliativos facilita su expresión emocional generando estados de ánimo favorables con efectos positivos en su bienestar general.

Objetivos: Evaluar la variación en el estado de ánimo y bienestar en general de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Paliativos, (UCP) en el Hospital Guadarrama (HG), pre y post intervención musicoterapéutica, mediante el Cuestionario ESAS-r (es).

Metodología: El estudio midió los parámetros emocionales como la ansiedad y la depresión a través del Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton, ESAS-r (es), que consta de 11 ítems, para evaluar el impacto de la musicoterapia sobre el estado de ánimo de pacientes hospitalizados en la UCP. La medición y recogida de datos se realizó antes y después de cada sesión de Musicoterapia. El grupo experimental lo conformaron 21 pacientes (10 mujeres y 11 hombres) del HG, de Madrid. La edad promedio fue de 67 años. El estudio tuvo una duración de 9 meses. Se analizó una sola variable sin grupo de control, por lo que el estudio es preexperimental. Se recolectaron datos en diferentes momentos, longitudinalmente. El estudio es prospectivo, ya que el grupo sujeto a estudio se observa a través del tiempo, y su seguimiento se realizó mediante la aplicación de un cuestionario que se aplicó inmediatamente antes y después de la intervención con el fin de evaluar la variación en el estado de ánimo de los pacientes después de recibir una

sesión de musicoterapia. En total se realizaron 174 sesiones de musicoterapia. Las sesiones se llevaron a cabo diariamente y se realizaron dentro de la habitación del paciente. La música se ejecutó siempre en directo, y tanto el estilo de música, como el instrumento utilizado fueron elección del paciente con el que previamente se conversó para conocer sus gustos musicales.

Resultados: Se ve que las medias de las puntuaciones post-test son menores ($p < 0,05$) en los parámetros emocionales como: desánimo, ansiedad, y sensación de bienestar; y el mismo resultado se observó en los parámetros fisiológicos como: dolor, agotamiento, somnolencia, náuseas, cansancio y apetito.

Conclusiones: La musicoterapia tiene un efecto beneficioso sobre el estado de ánimo y el bienestar de pacientes hospitalizados en la UCP, mejora los estados de ansiedad, intranquilidad y nerviosismo, y mejora la percepción del dolor.

Financiado por: la ASOCIACIÓN DE MUSICOTANATOLOGÍA Y TERAPIAS DE PREVENCIÓN, MUTEP: www.mutep.es

PO 330. MOTIVOS DEL NO CUMPLIMIENTO A LA CITA DE LA CONSULTA EXTERNA DE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOHEMATOLÓGICOS

Rosa Artigas Lage, José Luis Pontón Sivillá, Gala Serrano-Bermúdez, Anna Durán Adán, Déborah Moreno-Alonso, Silvia Llorens-Torromé
ICO L'Hospitalet, Barcelona, Espanya

Introducción: La no asistencia a una cita médica tiene un impacto en la actividad asistencial, supone un tiempo de inactividad para el equipo médico y un tiempo de reprogramación para el administrativo. Con el objetivo de minimizar la no asistencia a las PV, se protocolizó, en 2006 en el Servicio de Cuidados Paliativos (CP), una llamada recordatoria el día antes de la cita y, posteriormente, en el año 2013, el envío de un SMS tanto a las PV como a las VS. A pesar de ello, algunos de los pacientes continúan no cumpliendo con la cita a la consulta. Con la finalidad de disminuir la tasa de ausencias nos pareció oportuno explorar las razones que las provocaban con el propósito de intentar evitarlas implementando nuevas medidas.

Objetivo: Explorar los motivos de la no asistencia a la cita de Consulta Externa de un Servicio de CP Oncohematológicos.

Metodología: Estudio descriptivo prospectivo, en el que se incluyeron todos los casos de pacientes citados a PV y a VS desde el 1 de enero de 2019 hasta el 30 de abril de 2019 en el Servicio de CP y que no acudieron a la consulta, así como el motivo de la no asistencia, mediante contacto telefónico de la Secretaría del Servicio. Se recogieron datos globales del perfil de los pacientes.

Resultados: Se realizaron 1102 visitas, 292 PV y 810 VS. El 55,8 % eran hombres con edad media de 65,8 años. El 22,6 % tenían diagnóstico de neoplasia del aparato respiratorio 22,2 % de aparato digestivo y 6,16 % tenía enfermedad hematológica. Se evaluaron 132 citas no cumplidas, 25 PV y 107 VS. De las PV el 48 % estaba ingresado en el momento de la cita, el 12 % se encontró indispuerto, 1 se había derivado a otro recurso de CP y 1 había sido éxitus. De las VS el

17,7 % estaba ingresado, el 24,2 % se encontró indispuerto, 8 pacientes no acudieron por estabilidad clínica, el 13 % lo olvidaron, el 10 % habían fallecido y el 8,4 % se había derivado a otro recurso de CP.

Conclusiones: A pesar de las medidas recordatorias instauradas, un 8,5 % de los pacientes que acuden a PV y el 13 % de las VS de la Consulta Externa de CP no cumplen con la cita. La diferencia de porcentajes entre los dos tipos de visita sugiere que el contacto telefónico y trato personalizado tiene un impacto positivo en los pacientes y familias. Se planteará el realizar llamada recordatoria también a las VS con lo que se espera una disminución de las ausencias de un mínimo del 4 % y una mejora en la gestión.

PO 331. EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO DE INICIO Y CONTINUIDAD ASISTENCIAL DE SEDACIÓN PALIATIVA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Isabel M.^a Mañas Álvarez¹, Rocío Aranda Colubi¹, M.^a José González Nevado², Miguel Eusebio García Linares¹
¹Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Distrito Aljarafe-Sevilla Norte, Sevilla, España. ²Distrito Guillena-Santa Olalla, Sevilla, España

Introducción: La Sedación Paliativa en domicilio (SPD) requiere:

- Coordinación estrecha entre el Equipo Soporte Cuidados Paliativos (ESCP), los profesionales del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP) y del Servicio de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), ya que, de no ser así, sería imposible debido a la gran extensión geográfica que caracteriza a nuestro distrito, así como la gran población que atiende (469481hab).
- Conocimientos farmacológicos y manejo de vía subcutánea.
- Habilidades en comunicación con paciente/familiares.

Objetivos: General: a) coordinar la continuidad asistencial de los profesionales de atención primaria (AP) implicados en el proceso de la SPD. Específicos: a) fomentar la formación en SPD entre los profesionales del EBAP y del SUAP; b) organizar los recursos materiales necesarios para la sedación en todos los SUAP (fijos y móviles).

Metodología: 1. Elaboración de un protocolo de actuación basado en algoritmos donde se especifica el procedimiento a seguir desde que se inicia una sedación paliativa en el domicilio hasta el fallecimiento del paciente. 2. Dotación de recursos materiales necesarios para la sedación en todos los centros de salud y consultorios. 3. Sesiones formativas a todas las Unidades Gestión Clínica (UGC) sobre protocolo de actuación. 4. Periodo estudio: 1 de febrero de 2019-15 de junio de 2019.

Resultados:

- Se realizaron 19 sesiones de formación y se dotaron de recursos materiales a 72 centros AP.
- Se llevaron a cabo 41 SPD (51,2 oncológicos), el 92,7 % con proceso paliativo abierto y 80,5 % con el síntoma refractario registrado.
- El 53,6 % de las SPD fue iniciada por EBAP; realizando el seguimiento SUAP 46,3 %, EBAP 46,3 % y ESCP 7,3 %.
- Las duraciones de las sedaciones fueron: menos 1 día 24,4 %; 1 día 51,2 %; 2 días 12,2 % y 3 días o más 12,2 %.

- El 34,1 % con código CIE 9 registrado. En el 63,4 % se registró la comunicación de la sedación al equipo, el 29 % de las llamadas realizadas, el 36,6 % de las visitas, y en el 85,4 % se registró el éxitus.
- El 34,1 % tenía autorización del paciente/63,4 % del representante registrado.
- El 63,4 % tenían hecha la planificación voluntades anticipadas, y 0 % RVVA.

Conclusiones: Se han cumplido los objetivos que se plantearon en la elaboración del protocolo. Se ha garantizado la continuidad asistencial de los pacientes que han recibido SPD, independientemente del profesional que la iniciara. Los facultativos de todas las UGC de nuestra área, han recibido la formación y recursos materiales necesarios para garantizar la realización de una SPD.

PO 332. VALORACIÓN DEL DELIRIUM EN PACIENTES INGRESADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA

Ana Giner Lillo¹, Pilar Pérez-Ros², Francisco M. Martínez-Arnau³, Salvador Martín-Utrilla⁴

¹Departamento de Enfermería, Universidad Católica de Valencia, Valencia, España. ²Departament de Fisioteràpia, Universitat de València, Valencia, España. ³Fundación Instituto Valenciano de Oncología (FIVO), Valencia, España. ⁴Grupo de Investigación en Cuidados Paliativos (GRICPAL). Universidad Católica De Valencia, Valencia, España

Introducción: El delirium es un síndrome neuropsiquiátrico originado por múltiples causas orgánicas e ambientales. Es una complicación importante, sobre todo en el entorno de los cuidados paliativos, ya que supone entre un 28-42 % al ingreso y en un 88 % en fases próximas a la muerte. No obstante, es frecuentemente infradiagnosticado e infratratado.

Objetivo: Identificar la escala con mayor capacidad diagnóstica para el Delirium en el ámbito de los Cuidados Paliativos.

Metodología: Se realiza una revisión sistemática de artículos en Pubmed con acceso libre, desde el 7 de marzo al 13 de abril de 2019, siguiendo los siguientes términos: "Delirium", "Palliative Care", "Palliative Medicine", "Hospice and Palliative Care Nursing", "Terminal Care", "Diagnosis", "Symptom Assessment", y "Risk assessment". Se revisó cuál era la escala con mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de delirium en cuidados paliativos.

Resultados: De los 2285 artículos se incluyeron 6 que cumplieron los criterios de inclusión. Se ha observado que el uso de distintas herramientas estandarizadas, como la Confusion Assessment Method (CAM), Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), Delirium Observation Screening Scale (DOSS), Escala de Confusión NEECHAM, Escala de cribado del delirium de enfermería (Nu-DESC) y Delirium Rating Scale-98 (DRS-98), permiten un diagnóstico precoz y un seguimiento exhaustivo. Además, es importante conocer la situación basal del paciente con el Objetivo de aplicar el tratamiento más adecuado.

Conclusiones: De las escalas existentes, la que presenta mayor capacidad diagnóstica es la Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS) cuando se utiliza el punto de corte de 7, con un 98 % de sensibilidad y un 96% de especificidad.

PO 333. LA EXPERIENCIA DEL DEATH CAFE

Natalia López-Casero Beltrán¹, Raquel Gamboa Rojo¹, M.^a del Carmen Jiménez Avalos¹, Josefina Montero Sánchez¹, Esther Botet Caridad¹, Mercedes Molina Robles²

¹UCP Hospital Mancha Centro Alcázar de San Juan, Alcázar de San Juan, España. ²Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

Introducción: En nuestra sociedad, la muerte se asocia con fracaso y tristeza, produce miedo, incertidumbre y, de esos sentimientos negativos, surge un rechazo social a hablar de ella, algo que, sin duda, favorece el tabú en torno al tema. La construcción de relatos alrededor de la muerte facilita una serie de cambios en los individuos que participan de ellos, por lo que establecer emplazamientos seguros será beneficioso para su desarrollo. El modelo Death Café fue desarrollado en 2010 por Jon Underwood y Sue Barsky Reid, basándose en las ideas del sociólogo y antropólogo Bernard Crettaz. Se trata de un encuentro y conversación con otras personas en un ambiente informal (una cafetería o domicilio), sin agenda o temas preestablecidos, que permite plantearse cuestiones y compartir puntos de vista sobre cómo sentimos, pensamos y tratamos nuestra propia mortalidad, todo ello en una atmósfera relajada y sin ser juzgado. Siendo su finalidad "aumentar la conciencia de la muerte con el fin de ayudar a las personas a aprovechar al máximo su (finita) vida".

Objetivos: Analizar si el formato del Death Café es bien aceptado por los participantes.

Metodología: Estudio descriptivo, retrospectivo basado en una encuesta ad hoc que completaron los 27 participantes en los Death Café celebrados en Alcázar de San Juan y Ciudad Real al finalizar el evento.

Resultados: El 63 % de los participantes valoraron el evento como "excelente" y el 33 % como "bueno". El 89 % de los participantes se sintió "muy cómodo" en el evento y el 96,3 % recomendaría a otras personas asistir. Ante la pregunta de si el Death Café ha modificado sus creencias acerca de la muerte un 59,9 % responden afirmativamente; entre las causas mas frecuentes de este cambio señalan que "ayuda a reflexionar y clarifica" (40,7 %) y que permite "escuchar nuevas experiencias y formas de entender la vida" (11 %).

Conclusiones: El Death Café es bien aceptado y valorado por los asistentes, por lo que consideramos que es un formato válido para acercar el tema de la muerte y fomentar el debate entre la población.

Podríamos decir que son espacios de encuentro seguros que generan la confianza suficiente para exponernos a hablar de la muerte.

PO 334. ESTUDIO PILOTO SOBRE LA INTEGRACIÓN TEMPRANA DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ONCOLOGÍA

Carmen Molina Robles¹, Ana de Santiago Ruis²

¹Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España. ²Centro de Cuidados Laguna, Madrid, España

Introducción: El Equipo Consultor de Medicina Paliativa (ECMP) en la Clínica Universidad de Navarra (CUN) trabaja en estrecha relación con el Departamento de Oncología con

el objetivo de poder realizar una valoración, intervención y seguimiento en pacientes con enfermedad oncológica avanzada y sus familias. En enero de 2018 comenzó su sede en Madrid con el mismo modelo de atención precoz instaurado en Navarra. Después del estudio de Temel de 2010, nos preguntamos cómo precoz es nuestra intervención en el entorno oncológico.

Objetivos: Determinar si es precoz la intervención del ECMP en CUN Madrid considerando los parámetros de intervención temprana del consenso internacional de Hui y cols. (2016); describir los principales síntomas detectados en la primera valoración del ECMP.

Metodología: Diseño cuantitativo descriptivo observacional retrospectivo. Se revisaron todos los pacientes oncológicos valorados por primera vez por el ECMP, desde el 1 marzo 2018 hasta el 31 de marzo 2019.

Resultados: Se atendieron 49 pacientes oncológicos nuevos. La mediana de edad de los pacientes que se atendió por el ECMP fue de 69 años; Un 51 % fueron mujeres (n = 25). La mediana de tiempo transcurrido desde la valoración del ECMP al fallecimiento son 6,85 semanas. La mayoría (n = 16, 32,7 %) presentó 3 criterios principales en el momento de la derivación. Los criterios que se cumplieron con mayor frecuencia fueron: 75,5 % (n = 37) planificación anticipada de cuidados, un 51 % (n = 25) presentó síntomas físicos severos, y síntomas emocionales severos 22,4 % de los pacientes. Respecto a los criterios basados en el tiempo, un 42,9 % n = 21 fue derivado en los primeros 3 meses, desde el diagnóstico de enfermedad metastásica y un 53,1 % (n = 26) de los pacientes habían progresado ≥ 2 líneas de tratamiento. Los principales síntomas físicos y emocionales que presentaron los pacientes la primera valoración del ECMP, mediana (percentil 25-75): malestar 6 (4-7,75), insomnio 6 (0-8), ansiedad 4 (0-8), depresión 5 (2-6,75), disnea 0 (0-5), anorexia 5 (0-8), náuseas 1 (0-5), somnolencia, 4,50 (0.25-7), astenia 6 (5-8), dolor 5 (3-7).

Conclusión: La mayor parte de los pacientes atendidos por el ECMP presentaron 3 criterios principales (32,7 % n = 16) en el momento de la derivación desde Oncología a cuidados Paliativos. Si nos centramos en los criterios basados en el tiempo, un 42,9 % n = 21 de los pacientes fueron valorados por la unidad de medicina paliativa en los tres primeros meses del diagnóstico de cáncer avanzado; La referencia estandarizada basada en estos criterios puede facilitar una derivación precoz.

PO 335. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES NO ONCOLÓGICOS CON NECESIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS. LA GUIA GSF-PIG

Fernando Miguel Gamboa Antuña, Lidia González Campos, Belén Cristino Agudo

H El Tomillar, AGS Sur de Sevilla, Universidad de Sevilla, Sevilla, España

Objetivos: En la práctica clínica habitual nos encontramos con dificultades para definir el momento en el cual un paciente con una enfermedad crónica avanza no oncológica se adentra en la etapa final. El pronóstico de la enfermedad tiene un papel muy importante en la toma de decisiones clínicas.

En este trabajo evaluamos la factibilidad de la guía *Proactive Identification Guidance*, con el Objetivo de establecer el momento más adecuado de iniciar la terapia paliativa en pacientes crónicos avanzados y conocer su valor pronóstico.

Metodología: Estudio descriptivo observacional prospectivo. En una muestra de pacientes hospitalizados se analiza el valor pronóstico a 3 y 6 meses de la guía GSF-PIG para conocer supervivencia.

Esta guía se desarrolló para identificar pacientes con necesidades paliativas y ha sido recientemente revisada. Se hace un análisis de supervivencia y de las variables clínicas implicadas

Resultados: Se obtuvo una muestra de 76 pacientes, hospitalizados a lo largo de un mes, desde el 8 de febrero de 2018 hasta el 6 de marzo de 2018 todos ellos con una o más enfermedades crónicas (no oncológicas). Durante el periodo de estudios fallecieron 34 de 76 pacientes (44,7 %), entre 44 y 99 años. En el análisis univariante comprobamos que 3 variables se relacionaban con el fallecimiento del paciente:

- Elección de no recibir más tratamiento activo.
- Albúmina sérica < 25 g/l.
- Enfermedad de la motoneurona.

En el análisis multivariante, ningún factor se relacionó de forma independiente con la mortalidad.

Conclusiones: En la población estudiada con enfermedad crónica avanzada que se encuentra hospitalizada, esta guía ha mostrado ser útil para la identificación de paciente en situación de cuidados paliativos, pero no es un medio adecuado para establecer su pronóstico.

PO 336. “MODELO DE TEACHH” COMO HERRAMIENTA PARA LA TOMA DE DECISIONES EN PACIENTES PALIATIVOS: NUESTRA EXPERIENCIA

Anabela Miranda Burgos, Cecilia Escuin Troncho, Cristina García Aguilera, María Cerrolaza Pascual, Reyes Ibáñez Carreras

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

Objetivo: La radioterapia es un tratamiento eficaz y rentable cuando los pacientes presentan síntomas como dolor óseo metastásico, hemorragias o edema cerebral. Hasta el 16 % de los pacientes planificados no reciben tratamiento por empeoramiento clínico o muerte. Es importante estimar la expectativa de vida para tomar las decisiones apropiadas con respecto al tratamiento con radioterapia.

Nuestro objetivo es introducir en nuestra práctica clínica una escala de valoración pronóstica que nos ayude a decidir sobre la relevancia de la indicación de radioterapia paliativa y así reducir la tasa de pacientes planificados no tratados por debajo del 10 %.

Metodología: Después de la revisión de la literatura, consideramos el modelo TEACHH adecuado como herramienta de apoyo para la toma de decisiones en radioterapia paliativa. El modelo TEACHH divide a los pacientes en tres grupos según la esperanza de vida (1,7; 5 y 19,9 meses) basándose en la puntuación obtenida de acuerdo con las características clínicas del paciente (tipo de cáncer, ECOG, edad, más de dos líneas de tratamiento quimioterápico, hospitalizaciones previas y la presencia de metástasis hepáticas).

Decidimos utilizar el modelo TEACHH en todos los pacientes hospitalizados y candidatos para radioterapia paliativa.

Resultados: Seleccionamos 200 pacientes candidatos para radioterapia paliativa. Administramos radioterapia para el dolor óseo metastásico en el 42 % de los pacientes, con intención hemostática en el 10 %, metástasis cerebrales en 28 % y finalmente, para la compresión de la médula espinal en el 20 % de los pacientes. Del total de pacientes tratados, el 22 % se encontraban en el grupo de esperanza de vida de 1,7 meses; 74 % en 5 meses y 4 % en 19,9 meses. El uso del modelo nos permitió rechazar el tratamiento en 47 (23, 5 %) pacientes (20 en el grupo 1,7 meses, 24 en 5 meses y 3 en 19,9 meses). Planificamos 23 (11, 5 %) pacientes que no recibieron tratamiento por muerte (4 en 1,7 meses y 19 en 5 meses).

Conclusión: Es una herramienta que nos permite administrar un tratamiento paliativo o rechazarlo de forma ajustada a cada paciente teniendo en cuenta su expectativa de vida, así como reducir la tasa de pacientes planificados no tratados mediante la mejora del uso de los recursos de nuestro servicio.

PO 337. DERIVACIÓN A CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS. DIFERENCIAS AL FINAL DE LA VIDA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO

Javier Baena Espinar¹, Andrea Terrón Sánchez¹, Mónica López García², Andres Mesas Ruiz¹, Laura Galvez Carvajal¹, Nuria Ribelles Entrena¹, Emilio Alba Conejo¹
¹Hospital Clínico Universitario Málaga. ²Instituto de investigación biomédica de Málaga. Instituto de Investigación Biomédica de Málaga

Introducción: El uso de tratamiento oncológico sistémico activo (TOSA) al final de la vida (FV) es considerado como un parámetro de agresividad. A pesar de ello, la tendencia en este escenario es, cada vez más, hacia un tratamiento más agresivo, dejando de lado la derivación a cuidados paliativos (CP).

Los CP han demostrado ampliamente beneficios no solo en el control de síntomas y calidad de vida del paciente sino también en el plano económico.

Objetivos: Definir las características de los pacientes que fallecieron en nuestro centro por cáncer e intentar encontrar posibles diferencias entre aquellos que fueron derivados a CP y los que no.

Metodología: Estudio retrospectivo observacional. Se analizaron 134 pacientes fallecidos con cáncer en 2017. 30 días tiempo máximo de TOSA FV.

Se consideró TOSA: quimioterapia (Qt), tratamiento diana (TD), inmunoterapia (IT). NO se consideró TOSA la hormonoterapia.

Resultados: El 28,9 % de los pacientes NO fue derivado a UCP. De los derivados, el 27,5 % lo fue en sus últimos 30 días de vida. La media entre TOSA y muerte fue de 81,29 días (DE 98). 32,2 % recibió TOSA FV. La neoplasia más frecuente el cáncer de pulmón (25 %). Mediana de ECOG 2. El 60,2 % eran estadios IV al diagnóstico. 64,8 % varones. 60,9 % de los pacientes acudieron 1 o más veces a urgencias. El 35,2 % de los pacientes NO ingresó en los últimos 30 días. El 52,3 % falleció en el hospital. El 60,9 % de los pacientes acudió al menos una vez a urgencias. Respecto al hecho de ser o

no derivados a UCP se encontraron diferencias estadísticamente significativas para TOSA FV (UCP) (Chi-cuadrado 25,36 p 0,0001), lugar de éxitus (más muertes de las esperadas en el hospital en el grupo no derivado; Chi-cuadrado 22,11 p 0,0001), médico responsable, (Chi-cuadrado 23,6 p 0,035), número de hospitalizaciones (0,62 vs. 1 p 0,0001) número de consultas en urgencias (0,71 vs. 1,81 p 0,007), número de ciclos recibidos (2,32 vs. 1,79 p 0,023), duración última línea en días (174,1 vs. 70 p 0,006), número de líneas (p 0,009). No hubo diferencias en sexo, edad, ECOG, población, última línea dentro de ensayo clínico, metástasis cerebrales y el número de días ingresado.

Conclusiones: Los pacientes derivados a CP reciben menos TOSA FV, fallecen menos en el hospital y muestran una menor tasa de ingresos y visitas a urgencias. Futuras investigaciones se arrojan necesarias para afianzar estos resultados y demostrar impacto en calidad de vida.

PO 338. LA EXPERIENCIA DE PRÁCTICAS DE ALUMNADO DE TRABAJO SOCIAL EN UN EQUIPO DE APOYO PSICOSOCIAL

María Ángeles Martín Sánchez, Elisabet Martínez Asensio, Aaron Jesús Cortés Contreras, José Martín de Rosales Martínez, Fátima López Tapia, Rafael Gálvez Mateos
Unidad de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, España

Introducción: La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) atiende pacientes con enfermedades avanzadas, desde 2008 y cuenta con un Equipo de Apoyo Psicosocial (EAPS) del Programa para la Atención Integral a Pacientes con Enfermedades Avanzadas de la Obra Social La Caixa. Alumnos del Grado de Trabajo Social y del “Máster de Cuidados de Salud en la Discapacidad, la Dependencia y el Fin de Vida” de la UGR, rotan con el Trabajador Social (TS) del EAPS.

Objetivo: Conocer la satisfacción del alumnado, el nivel de conocimientos adquiridos y como les ha ayudado las prácticas en su futuro laboral a corto/medio plazo.

Metodología: Estudio cualitativo. Se han realizado entrevistas estructuradas a 5 alumnos que realizaron sus prácticas tanto de máster como de grado con el TS del EAPS desde 2015-2019. Los datos han sido analizados con el programa ATLAS.ti. Las preguntas realizadas iban encaminadas hacia la motivación, la visión del TS antes y después, los conocimientos adquiridos, la necesidad de formación práctica, la experiencia más dura y la más satisfactoria, el trabajo desarrollado por el EAPS, si se recomendaría dichas prácticas y si les ha influido en su futuro laboral.

Resultados: De los 5 alumnos entrevistados, 4 eran mujeres y un varón. La edad estaba comprendida entre los 21 y los 52 años. Todos los alumnos consideran la figura del TS fundamental en la UCP y extraordinaria e imprescindible la labor que realizan los EAPS dentro de dichos equipos. Los conocimientos han resultado muy satisfactorios a los alumnos cambiando su visión tanto del TS, como de los CP. Tras realizar las prácticas una de las alumnas se encuentra en la actualidad trabajando en un EAPS y otra aspirando a ser TS del Servicio Andaluz de Salud mediante oposiciones. Podemos destacar citas como: “... lo más gratificante la gene-

rosidad y el agradecimiento por parte de los familiares...”, “... para mí ha sido una de las experiencias más duras, más gratificantes y más enriquecedoras de mi vida...”, “... mi motivación principal fue el voluntariado que estuve realizando meses antes...”, “... he aprendido a valorar mucho más la vida, la familia y el tiempo...”, “... volvería con los ojos cerrados...”, “... ahora soy más consciente de la necesidad de esta figura profesional...”

Conclusiones: Es fundamental que el mundo del TS académico se acerque a los profesionales que realizan el trabajo a diario a pie de cama, y que los alumnos conozcan dicha realidad para poder formar mejores profesionales en el futuro.

PO 339. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN EQUIPOS DE CUIDADOS PALIATIVOS. ¿CUÁL LA REALIDAD EN PORTUGAL?

Sandra Batista¹, Paula Sapeta²

¹Observatório Português de Cuidados Paliativos/Instituto Politécnico de Castelo Branco/ ULS Castelo Branco, Castelo Branco, Portugal. ²Instituto Politécnico de Castelo Branco/ Observatório Português de Cuidados Paliativos, Castelo Branco, Portugal

Introducción: En Portugal, no se conoce el tipo de formación de los profesionales que desempeñan funciones en los equipos de cuidados paliativos (CP). La formación se reconoce como determinante para la práctica, en particular en servicios especializados y se considera un indicador de calidad. Este estudio integra un conjunto más amplio realizado en servicios de CP.

Objetivos: Caracterizar la formación específica de los profesionales que integran los equipos de CP, incluyendo la de sus coordinadores; describir la formación continua que desarrollan.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional y transversal, datos de 31 de diciembre de 2017, por llenado de formulario a 103 equipos de CP; mediante análisis descriptivo de las variables: tipología de formación profesional; nivel de formación, básico, intermedio o avanzado (A, B o C) y formación continua.

Resultados: De 877 profesionales, excluimos 7, por respuesta incompleta, con una muestra de 870 distribuidos por diferentes tipologías de servicios. De 452 profesionales de Unidades de CP: 179 (39,6 %) tiene formación básica; 126 profesionales (27,9 %) tienen posgrado; 47 (10,4 %) con máster; 93 (20,6 %) no tienen ninguna formación. De 306 profesionales de equipos hospitalarios de CP: 109 (35,6 %) tiene posgrado, 90 (29,4 %) formación básica y 67 (21,9 %) tiene máster; 29 profesionales (9,5 %) no tienen formación. De 211 profesionales de equipos comunitarios de CP: 66 (31,3 %) tiene formación básica; 80 (37,9 %) tiene posgrado y 41 (19,4 %) tienen master; 7 (3,3 %) no tienen formación. El postgrado es la tipología predominante en médicos y enfermeros, 74 (40 %) y 171 (38,8 %), respectivamente. La formación básica es la dominante para las demás áreas profesionales. En el análisis de los niveles de formación se incluyeron 654 profesionales, de estos, 315 (48,2 %) tienen formación básica Nivel A; 81 (12,4 %) Nivel B; y 258 (39,4 %) de nivel C. En total, de los 103 coordinadores, 15 (14,6 %) tienen formación básica (Nivel A), 16 (15,5 %) de Nivel B y

72 (69,9 %) de Nivel C. En la formación continua los profesionales frecuentan: cursos de corta duración, práctica clínica en otros equipos de CP, congresos, jornadas, seminarios o formación avanzada en el área.

Conclusiones: Más de la mitad de los profesionales tienen formación en CP, con formación de nivel B o C, un número considerable no tiene formación. Cerca del 69,9 % de los coordinadores de equipos tienen formación nivel C, 14,6 % tienen apenas formación básica. Este estudio recomienda un incremento de formación avanzada en los profesionales de equipos de CP; Elaboración de diagnóstico y un roadmap de necesidades de formación.

PO 340. LA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL DE PACIENTES CON ELA Y SU FAMILIA DESDE EL DIAGNÓSTICO

Eva María Tejedor Rodríguez¹, Ruth Martín López¹, Verónica Olmedo Vega², Francisco José Vara Hernández¹, Juan Manuel Sánchez Fuentes¹, Carmen Castro López¹

¹Hospital Los Montalvos, Salamanca, España. ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica, ELA, es una enfermedad que impacta en la vida individual, familiar, sociolaboral y económica de la persona desde su diagnóstico, requiere la adaptación vital al mismo e implica afrontar el deterioro funcional y la discapacidad que va provocando, cobrando especial relevancia el acompañamiento en la fase final de la vida de la persona. El conocimiento del diagnóstico es un momento conmovedor e inquietante, donde se van encadenando un cúmulo de emociones y sentimientos que conllevan un proceso de adaptaciones y duelos vitales, un cambio brusco en su vida que precisa asimilar el diagnóstico y reorganizar una nueva forma de vivir imprevisible e inesperada. El apoyo psicosocial va orientado al acompañamiento en las diferentes fases por las que atraviesa la persona hasta el momento final. La intervención ha de ser sistemática, precisa, interdisciplinaria y personalizada a la situación personal, familiar y social de la persona.

Objetivos: Mejorar la calidad de atención del paciente y su familia desde el diagnóstico de la enfermedad.

Prevenir y anticipar el malestar vital, poniendo en marcha una intervención psicosocial desde el inicio de la enfermedad. Garantizar el conocimiento a los pacientes y sus familiares de los recursos psicosociales existentes.

Metodología:

- Reuniones frecuentes y comunicación fluida continuada entre los agentes implicados en el proceso.
- Entrevistas semiestructuradas paciente/familia desde el inicio del diagnóstico.
- Análisis funcional del estado psicológico en cada momento del proceso de afrontamiento de la enfermedad.
- Diagnóstico, evaluación individual del caso e intervención psicosocial con la familia y el enfermo.
- Planteamiento de intervenciones en cada fase, y seguimiento exhaustivo.
- Análisis de la realidad familiar y social.
- Proporcionar información a los profesionales de los distintos servicios sobre los aspectos reseñables que tanto el paciente como los familiares viven en ese momento.

Resultados: Se considera que una intervención psicosocial temprana, desde el momento del diagnóstico favorece la relación terapéutica con el paciente y familiares, al tiempo que posibilita una intervención más eficaz dentro del proceso.

Conclusiones:

- La intervención precoz mejora el proceso de adaptación de los pacientes y sus familiares.
- Es necesaria la evaluación desde la variabilidad y heterogeneidad de la enfermedad, adaptando el proceso de intervención a las necesidades psicosociales que se vayan presentando.
- Se requiere de un diagnóstico psicológico y social y de un plan de intervención adecuado y adaptado a las necesidades psicosociales del paciente y familiares.

PO 341. DIRECTORIO DE ENFERMEDADES PARA IDENTIFICAR NECESIDADES DE CUIDADOS PALIATIVOS EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Beatriz Fernández-Gutiérrez¹, Auxiliadora Fernández-López², Macarena Rus-Palacios³, Miguel Duarte-Rodríguez⁴, M.^a Luisa Marín-Roselló⁵, Reyes Sanz-Amores⁶
¹Fundación Pública Andaluza para la gestión de la investigación de Sevilla, Sevilla, España. ²Equipo de soporte domiciliario de cuidados paliativos. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Equipo de soporte de cuidados paliativos pediátricos. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ⁴mero gestor de casos. UGC El Cachorro y San Jerónimo. Distrito Sanitario Sevilla, Sevilla, España. ⁵Fundación para Cuidados del cancer-CUDECA, Arroyo de la Miel, España. ⁶Consejería de Salud y Familias, Sevilla, España

Introducción: La actualización del Proceso Asistencial Integrado Cuidados Paliativos (PAI CP) en Andalucía incluye la revisión de la identificación de la necesidad de cuidados paliativos en la infancia y adolescencia. En la bibliografía internacional disponemos de algunos elementos para la identificación como la pregunta sorpresa (SQ) y la clasificación por grupos de la Association for Children's Palliative Care (ACT) para identificar situaciones clínicas que determinan la necesidad de cuidados paliativos. También se utiliza para la identificación los cambios en la trayectoria clínica o puntos de inflexión.

Objetivo: Definir un directorio codificado de enfermedades limitantes para la vida en el niño y adolescente, en nuestro medio, que permita concretar la situación terminal.

Metodología: Se ha realizado una revisión sistemática, hasta septiembre de 2017, a través de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) que identificó cuatro estudios que proponen herramientas/criterios que pueden ser de utilidad para identificar enfermedades limitantes para la vida en la infancia y adolescencia, además de otras circunstancias. Algunas de estas herramientas son: la escala de cribado paliativo pediátrico (Paediatric Palliative Screening Scale), el espectro de necesidades de cuidados paliativos en niños (The Spectrum of Children's Palliative Care Needs) y la herramienta de evaluación global de necesidades (Holistic Needs Assessment). Ninguna aportó información sobre enfermedades limitantes. En una búsqueda

ampliada se encontró un directorio de enfermedades con pronóstico de vida limitado codificadas según el CIE-10, en inglés. Este listado traducido y extrapolado al CIE-10-ES, fue el punto de partida, que se completó con las enfermedades descritas en los 4 grupos de la ACT y el resultado de una tormenta de ideas realizada con el grupo de expertos que formaba parte de la actualización del PAI.

Resultados: Directorio de 192 enfermedades limitantes para la vida en la infancia y adolescencia, en nuestro medio, con códigos CIE-10-ES susceptibles de recibir cuidados paliativos, disponible en el anexo 1 del documento de actualización del PAI Cuidados Paliativos.

Conclusiones: Este Directorio complementa las herramientas/criterios de identificación de necesidades de cuidados paliativos en la infancia y adolescencia, así como a la clasificación ACT.

PO 342. ¿TIENEN LOS PROFESIONALES Y PACIENTES CONOCIMIENTO DEL REGISTRO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS?

Alejandra Camacho Molina, Victoria Lechuga Flores, Ramon Corzo Gilbert, Paula Martín Peral, Elvira Alarcón Manoja¹
 Hospital de San Carlos, San Fernando, España

Objetivos: Evaluar el conocimiento de los profesionales y pacientes de un Hospital General del SAS acerca del registro de voluntades anticipadas RVA.

Metodología: Estudio transversal, con los datos recogidos de dos encuestas aplicadas a 32 profesionales (14 facultativos, 10 DUE y 8 auxiliares) y a 41 pacientes del área de Medicina Interna. El 90 % de los profesionales encuestados conocen el registro de voluntades anticipadas. El 43 % (11 FEA, 2 DUE y 1 auxiliar de enfermería) sabría dar instrucciones de cómo realizarlas. El 50 % declaran saber cómo consultarlas (10 FEA, 3DUE, 3 auxiliares) pero solo el 18 % de los profesionales consultan habitualmente el RVA de los cuales, 5 fueron facultativos y un DUE. El 21 % (4 FEA y 3 DUE) informan a los pacientes de cómo realizarlas. Respecto al momento en el que deberían realizarse, 24 profesionales piensan que cualquier momento es bueno y 5 profesionales creen que cuando exista una enfermedad crónica o potencialmente grave, el resto no saben o no contestan. En cuanto a los pacientes solo 21 % conoce este documento. Cuatro pacientes conocieron este documento a través de profesionales sanitarios, dos a través de familiares, dos a través de medios de comunicación y uno por carteles informativos. Ningún paciente del estudio tiene registrado el documento de voluntades anticipadas y solo 3 pacientes afirman saber cómo realizarlas. El 41 % consideran que pueden realizarse en cualquier momento de la vida y 21 % piensan que cuando existe una enfermedad crónica o potencialmente grave y el 39 % no saben cuándo debe realizarse. La mayoría de los profesionales y pacientes consideran que el RVA, facilitaría la toma de decisiones al final de la vida.

Discusión: La declaración de voluntades anticipadas permite al paciente expresar las preferencias de tratamiento en materia sanitaria, que deben respetarse en el caso de no poder expresar su voluntad. El Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía está regulada por la ley de

la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica 41/2002 de 14 de noviembre.

Conclusiones: La mayoría de los profesionales conocen la existencia de registro de voluntades anticipadas, pero admiten no consultarlas ni saber dar instrucciones para realizarlas. La mayor parte de pacientes desconoce la existencia del registro de voluntades anticipadas. Sería necesario mayor información y formación acerca del registro de voluntades anticipadas tanto en la población como en los profesionales sanitarios.

PO 343. MANEJO PALIATIVO DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA EN EQUIPOS DE SOPORTE DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

María González Ascarza, Fernando Moreno, Amaia Campo, Marcos Lama Gay, Beatriz Galañena¹, Marta Muniesa

Hospital San Juan de Dios, Pamplona, España

Objetivos: Analizar las variables demográficas, clínicas, pronósticas y de evolución de pacientes en seguimiento por insuficiencia cardiaca avanzada.

Metodología: Estudio retrospectivo de 11 meses de duración, que incluye a pacientes derivados para manejo paliativo, en Navarra. Los resultados se analizaron mediante el programa estadístico SPSS 15.0

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes (11 derivados por el Servicio de Cardiología), que cumplían criterios NECPAL para insuficiencia de órgano, un 52,2 % varones. La mediana de edad se sitúa en 86,5 años. El 45 % presentaban cardiopatía mixta, 41 % valvular y 8,7 % isquémica. Un 62,2 % de los pacientes presentaban una NYHA III-IV, en la inclusión en programa. Hasta el 33,3 % del total padecían disnea, siendo en 54,6 % de ellos refractaria y motivo de inicio de sedación paliativa. En este periodo de tiempo se redujeron las reanudaciones con Atención en Urgencias hospitalarias y los ingresos con un resultado estadísticamente significativo. Un 47,8 % precisaron tratamiento furosemida en infusor subcutáneo. En los 11 meses registrados fallecieron 28 pacientes, la mitad en su domicilio y el 71,2 % de con sedación paliativa. Llama la atención que, del total de la muestra, solo un 24,4 % de los pacientes tenían voluntades anticipadas (verbales o escritas), en la primera visita.

Discusión: La insuficiencia cardiaca es importante por su elevada incidencia, prevalencia y morbimortalidad, y porque consume gran cantidad de recursos sanitarios. La insuficiencia cardiaca terminal se caracteriza por una mala respuesta al tratamiento con un deterioro importante de la calidad de vida, hospitalizaciones frecuentes y una esperanza de vida inferior a 6 meses. La actitud paliativa puede iniciarse precozmente e ir aumentando en intensidad e importancia conforme progresa la patología cardiológica. La participación del paciente en la toma de decisiones al final de su vida es importante para la atención médica, para cuestiones legales o para determinar el lugar donde prefiere ser cuidado y donde prefiere fallecer. En una revisión bibliográfica se demuestra que una intervención paliativa adecuada sobre estos pacientes mejora la calidad de vida, evita reingresos e incluso es coste-efectiva.

Conclusión: La mayoría de los enfermos incluidos tenían datos de insuficiencia cardiaca terminal, aunque un 37,3 % de pacientes se encontraba en estadios más precoces. De acuerdo con otros estudios la intervención paliativa de estos enfermos evita reingresos y mejora calidad de vida (un 39 % siguen vivos a día de hoy). Por otra parte, conseguimos que la mitad de nuestros pacientes fallecieran en domicilio, con buen control sintomático.

PO 344. ANÁLISIS FACTORIAL CONFIRMATORIO DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE AUTOEFICACIA EN CUIDADOS PALIATIVOS

Raquel Herrero-Hahn¹, Diego Salazar-Blandón², Rafael Montoya-Juárez¹, César Hueso-Montoro¹, Juan Guillermo Rojas², María Paz García-Caro¹

¹Universidad De Granada, Granada, España. ²Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Introducción: El nivel de autoeficacia de los profesionales y estudiantes de enfermería al atender a personas que se encuentran al final de la vida indica el grado de seguridad que sienten en su capacidad para proporcionar cuidados de calidad en esta etapa. Por este motivo es importante disponer de instrumentos validados que permitan determinar la autoeficacia en cuidados paliativos.

Objetivos: Verificar en una muestra de profesionales y estudiantes de enfermería españoles las propiedades psicométricas de la versión española de la Self-Efficacy in Palliative Care (SEPC-S).

Metodología: Se realizó un estudio metodológico de validación de escalas. La muestra estuvo constituida por 440 estudiantes de enfermería españoles y 552 profesionales colegiados seleccionados mediante muestreo intencional. Los datos se recogieron entre enero de 2017 y marzo de 2018. Se administró la SEPC-S empleando una plataforma virtual. Para los análisis se dividieron los datos en 3 grupos: profesionales, estudiantes, y profesionales y estudiantes. Como no se encontró evidencia a favor del supuesto de normalidad multivariada ni univariada, para el análisis factorial confirmatorio se usó el método de mínimos cuadrados no ponderados. La fiabilidad se determinó evaluando la consistencia interna calculando el α de Cronbach.

Resultados: Al ejecutar el modelo con la estructura original de 3 factores, en estudiantes y profesionales juntos y en estudiantes, se encontró la misma estructura que en la escala original: comunicación, manejo del paciente y trabajo en equipo multidisciplinar. En profesionales los ítems 14-16 están más relacionados con factor de comunicación. En todos los casos se obtuvo un ajuste pobre del modelo (RMSEA > 0,05). Al considerar un modelo con 4 factores se observa como en todos los grupos los ítems 14-16 migran al nuevo factor. Esta distribución divide la subescala manejo del paciente en dos: manejo del paciente-físico, y manejo del paciente-psico-socio-espiritual. Este modelo presenta un buen ajuste cuando se aplica a ambos grupos de forma independiente (RMSEA < 0,05). Se encontró un α de Cronbach superior a 0,944 para la SEPC-S en ambos grupos.

Conclusiones: La adaptación cultural y validación de la SEPC en España ha dado lugar a un instrumento válido para determinar el nivel de autoeficacia en cuidados paliativos

de los estudiantes de enfermería y profesionales. El modelo de 4 factores obtenido se ajusta adecuadamente en estudiantes y profesionales, y se alcanza un elevado índice de consistencia interna, lo que demuestra la validez y fiabilidad del instrumento.

PO 345. FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS FRÁGILES CON DOLOR IRRUPTIVO

Silvia Forcano Sanjuan¹, Juan Pérez Cajaraville², Gemma Soler González³, Antonio Javier Jiménez López⁴, Ibone Huerta González⁴, Begoña Soler López⁵
¹Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Servicio de Geriátria, Valencia, España. ²Hospital Universitario HM Puerta del Sur, Unidad del Dolor, Madrid, España.
³Instituto Catalá d'Oncologia L'Hospitalet, Servicio de Oncología Médica, Hospitalet de Llobregat, España.
⁴Kyowa Kirin Farmacéutica, S.L.U., Madrid, España. ⁵E-C-BIO, S.L., Las Rozas, España

Introducción y objetivos: La fragilidad es una situación compleja, caracterizada por un deterioro de múltiples sistemas fisiológicos, frecuente en pacientes con enfermedades crónicas. Es sabido, además, que la aparición de dolor irruptivo (DI) tiene una repercusión muy significativa sobre la calidad de vida (CDV) de los pacientes. Sin embargo, hasta la fecha no se ha valorado cómo se ve afectada la CDV de los pacientes frágiles oncológicos y con DI, ni los factores que puedan estar relacionados con una mayor o menor afectación de su CDV, siendo este el objetivo principal del estudio.

Metodología: Se realizó un estudio observacional de diseño transversal en el que se incluyeron: pacientes mayores de edad; pacientes frágiles con puntuación de tres o más puntos en la escala de Frail; con dolor basal adecuadamente controlado y diagnóstico de DI, que hubieran firmado el consentimiento informado para participar en el estudio. Se recogió información sobre variables sociodemográficas, la escala de valoración socio-familiar de Gijón, escala de valoración funcional de Karnofsky, comorbilidades, y las características del dolor crónico y del DI. La CDV se evaluó mediante el cuestionario EuroQoL-5D-5L.

Resultados: Participaron 29 investigadores que incluyeron 240 pacientes frágiles, con una edad media de 68 años (24-91). El 58,5 % (n = 134) de los pacientes eran hombres. La puntuación media de la escala Frail era de 3,9 puntos (IC 95 % 3,8-4). La puntuación media de la escala Gijón era de 4,9 puntos (IC 95 % 4,5-5,3) sobre una puntuación máxima de 20. El 92,9 % (n = 222) tenían antecedentes oncológicos, siendo el más frecuente el cáncer de pulmón (33 %), seguido de cáncer digestivo (23,5 %), con Karnofsky medio del 63,3 %. La puntuación media de la escala visual analógica (EVA) del EuroQoL-5D-5L era de 51,1 mm (IC 95 % 48,4-53,8). En el análisis multivariante se observó: una relación inversa entre la puntuación de la escala de valoración socio-familiar de Gijón y la EVA de CDV (p = 0,045); una relación directa (p < 0,0001) entre el estado funcional Karnofsky y la EVA de CDV.

Conclusión: En los pacientes oncológicos frágiles con dolor crónico y que presentan dolor irruptivo, la afectación

socio-familiar y el empeoramiento del estado funcional del paciente son factores relacionados significativamente con una disminución en su calidad de vida. Financiación: El promotor del estudio es Kyowa Kirin Farmacéutica, S.L.U.

PO 346. METÁSTASIS ÓSEAS DOLOROSAS: EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE ENSAYOS CLÍNICOS

Antonio José Martín-Pérez¹, Daniel Sánchez-Cano¹, Esther Casado-Terrones¹, Mario Lozano-Lozano²
¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España.
²Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Granada, Granada, España

Introducción: El tratamiento de la enfermedad tumoral avanzada con presencia de metástasis presenta una elevada complejidad para el médico paliativista. El hueso es una de las localizaciones más frecuentes de las metástasis, ocupando el tercer lugar, solo por detrás del pulmón y el hígado. Además de las complicaciones óseas graves, este tipo de pacientes suelen experimentar consecuencias derivadas directamente de la lesión, como calidad de vida deteriorada, fatiga crónica o dolor continuo. En la mayor parte de los casos, por sus características, este dolor suele ser de difícil manejo y no siempre se controla satisfactoriamente, precisando tratamiento con opioides mayores y radioterapia.

Objetivos: El objetivo de este trabajo fue conocer y evaluar el efecto de diferentes terapias antiálgicas en la mejora del dolor en pacientes con metástasis óseas.

Metodología: Durante el mes de abril de 2019 se realizó una búsqueda de la literatura científica en la U.S. National Library of Medicine, a través de PubMed Central, a través de una ecuación de búsqueda que incluía los siguientes términos: “neoplasm metastasis”, “bone”, “pain”, “pain management”, “hospice care”, “palliative care”, “analgesia”, “ache”, “suffering”, “clinical trial”, “controlled clinical trial”, “randomized clinical trial”, y combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. La selección y análisis de los estudios se realizó mediante las recomendaciones recogidas en la declaración PRISMA, y la calidad metodológica se evaluó mediante la escala Jadad (> 3).

Resultados: 10 trabajos fueron incluidos en esta revisión sistemática. La suma de los participantes de todos los estudios incluidos fue de n = 6001, con edades entre los 18 y los 93 años, y con cualquier localización de la metástasis ósea, a excepción de uno. Todos evalúan medidas farmacológicas, dos de ellos corticoides junto con radioterapia paliativa. En seis se emplean bifosfonatos, comparados entre sí o contra Denosumab. En 9 de los 10 se utiliza placebo en la intervención, bien como comparador control (n = 5) o bien como herramienta de enmascaramiento (n = 4).

Conclusiones: A la luz de la evidencia de estos estudios se puede afirmar la eficacia del uso de corticoides para potenciar el efecto analgésico de la radioterapia paliativa en metástasis óseas. Además, se demuestra también el efecto analgésico del ácido zoledrónico contra placebo, pero no su superioridad sobre el pamidronato. Por último, el anticuerpo monoclonal Denosumab consigue mejores resultados que los bifosfonatos previniendo la aparición de dolor.

PO 347. VISITAS DE URGENCIA EN PADES CIUTAT VELLA DE BARCELONA DE MAYO A DICIEMBRE 2017

Elena Codina Casanovas, Manuel Belmonte Sánchez, Marta Ruiz Bobe

Pades Clínica Barceloneta, Barcelona, España

Introducción: Las urgencias en cuidados paliativos son aquellas situaciones que requieren de una acción inmediata para aliviar el sufrimiento del paciente y/o de su familia. En sentido amplio se llaman “crisis de necesidades” y son la aparición de forma aguda de uno o más síntomas (físicos, psicoemocionales-espirituales y/o familiares) o el empeoramiento severo de una necesidad detectada previamente. Las crisis de necesidades pueden disminuir el confort del paciente e inestabilizar a la familia y precisan de una intervención específica.

Objetivos: Cuantificar, calificar y estudiar la resolución de las visitas a domicilio urgentes. Considerar acciones de mejora para aumentar la calidad asistencial.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión bibliográfica sobre las urgencias paliativas. Recogida de datos a través de registro Excel. Análisis estadístico de los datos.

Resultados: El total de visitas domiciliarias es 2562, un 6,65 % de las cuales son urgentes. El 93,81 % por necesidades físicas (mayoritariamente sobreinfecciones respiratorias, dolor descontrolado y también en la combinación de dos o más síntomas), el 5,15 % por necesidades sociofamiliares y el 1,03 % por necesidades psicoemocionales-espirituales. El 85,34 % de la visita urgente se han resuelto en el domicilio, el 6,90 % han precisado derivación a urgencias hospitalarias, el 0,86 % se han derivado el mismo día a unidades de cuidados paliativos y en el resto de las intervenciones no se ha reflejado en el registro el desenlace de la actuación.

Conclusiones: La accesibilidad telefónica del equipo y la flexibilidad en la programación de visitas de la agenda diaria son los pilares fundamentales que definen su idiosincrasia en la priorización de la atención rápida en las crisis de necesidades de los pacientes y/o sus cuidadores. Estas intervenciones urgentes en el domicilio evitan traslados no necesarios a los servicios de urgencias hospitalarios y en los casos en que sí se requiere el traslado se deriva de la actuación un valor añadido en la calidad asistencial del paciente. Valoramos positivamente que el porcentaje de visitas que generan derivación hospitalaria sea muy bajo. Asimismo, en el caso de los ingresos urgentes en unidades de curas paliativas además de garantizar el control sintomático del paciente se alivia al cuidador en la sobrecarga del cuidado o en la claudicación del mismo y da otro valor añadido a la calidad asistencial. Las acciones de mejora del equipo seguirán encaminadas en la efectividad telefónica, la optimización de las visitas, así como la consolidación y mejora del registro de visitas urgentes iniciado a propósito de este estudio.

PO 348. ITINERARIOS ASISTENCIALES AL FINAL DE LA VIDA: DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO AL PACIENTE PALIATIVO

Ramón José Jorge Sánchez, Adriana Gómez Gigirey, Rocío Vázquez Vigo, María del Carmen Carballada Rico, Inmaculada Gómez Buena, Marcelino Mosquera Pena
Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Ferrol, España

Objetivo: Analizar y comparar la intensidad de cuidados a los pacientes crónicos complejos (CC) y a los pacientes paliativos (Pal) en los últimos 100 días de vida.

Metodología: Pacientes fallecidos durante el seguimiento en la consulta de crónicos y en la unidad de cuidados paliativos entre el 1 de enero de 2013 y 31 de diciembre de 2018. Para estos últimos sólo se tuvo en cuenta aquellos que tuvieron al menos una cita en la consulta de paliativos. Se tomaron cuatro fechas de referencia: F1, inclusión en crónicos o paliativos; F0, 365 o 100 días anteriores a F1 para crónicos y paliativos respectivamente; F2, la fecha 100 días anterior a F3: la fecha de éxitus. Para cada uno de los tres periodos (F0-F1; F1-F2 y F2-F3) se calcularon las frecuencias, porcentajes y tasas por 100 días de seguimiento para las visitas a los PAC, la urgencia hospitalaria, las visitas médicas y enfermeras a domicilio, los ingresos y estancias medicas hospitalarias y en Hospitalización a domicilio, las consultas a crónicos, paliativos y otras consultas y pruebas médicas. Los datos se analizaron globalmente y estratificando los pacientes según el tiempo en seguimiento (5 periodos).

Resultados: De los 2227 pacientes valorados en crónicos, se incluyeron 1031 fallecidos, y de los 2267 seguidos en paliativos, 1411 pacientes. El tiempo medio de seguimiento de los CC fue de 432 días frente a los 95 de los Pal. La edad media de los CC fue 8 años mayor (83,7 vs. 76), en ambos casos con un predominio masculino (52,3 vs. 59,8 %). Respecto de la frecuentación, se aprecia un mayor uso de los PAC, los ingresos y tasas de estancia (hospitalarios y en HaDo) en los Pal frente a los CC, donde se aprecia una mayor frecuentación a urgencias, otras consultas y pruebas. El porcentaje de pacientes valorado en el domicilio por el médico o la enfermera fue mayor en los CC, aunque en el caso de la intensidad de las visitas médicas fue mayor en los Pal. Por último, el porcentaje de pacientes fallecidos en el hospital fue menor en los CC que los Pal (47,2 % vs. 59,3 %).

Conclusiones: Se aprecian claramente dos perfiles de pacientes ambos con alta frecuentación a los servicios de urgencias. En el caso de los CC se hace necesario identificar mejor las situaciones avanzadas de la enfermedad. En ambos grupos sería importante potenciar la atención el domicilio (EAP y HaDo).

PO 349. SEDACIÓN PALIATIVA CON PROPOFOL: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Anastasi Martín Pérez, Judith Serna Mont-Ros, Elisabet Hernández Navarro, Jenifer Malumbres Talavera, Amalia Uruña Díaz, Carmen Fernández Silva
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona, España

Introducción: La sedación paliativa es una maniobra terapéutica para el control de síntomas refractarios en pacientes al final de la vida. Con la finalidad de conseguir dicho objetivo se observa que el midazolam es el fármaco más utilizado, pero en determinados casos hay que recurrir a otros (levomepromazina, fenobarbital y/o propofol).

Objetivo: Principal: revisar la literatura existente sobre la sedación paliativa con propofol en los últimos 10 años. Secundario: a) identificar en qué situaciones se ha requerido un fármaco alternativo a midazolam; b) determinar las dosis utilizadas para la sedación paliativa con propofol.

Metodología: Revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, CINAHL y WOS de los últimos 10 años con las palabras clave “palliative sedation” “terminal sedation” “propofol” “management” y el booleano “AND”. Se han encontrado 12 artículos en Pubmed, 10 en CINAHL y 10 en WOS de los cuáles se han seleccionado 17 que cumplían los criterios de inclusión. El idioma de los artículos ha sido el castellano y el inglés.

Resultados: De los artículos revisados observamos que 7 son revisiones bibliográficas, 5 casos reportados, 1 guía de práctica clínica y 4 estudios observacionales. Se ha identificado que las situaciones más comunes que han requerido el uso de propofol han sido cuando los tratamientos anteriores (benzodiazepinas, levomepromazina, clorpromazina y barbitúricos) no han sido efectivos, en situación de delirium hiperactivo, status epiléptico, hemorragia masiva, dolor incidental procedimental y cuando se ha requerido aumentar rápidamente el nivel de sedación. Las dosis utilizadas han sido, en el caso de la inducción, un rango de dosis que varía entre 10 y 100 mg y entre 0,25 y 1 mg/kg. Para realizar el mantenimiento las dosis varían en un rango entre 50 y 200 mg/hora. Las dosis máximas van entre 200-390 mg/hora.

Conclusiones: En la práctica diaria y en la revisión de la literatura encontramos casos de pacientes en los que no se logra alcanzar la sedación profunda con benzodiazepinas (en mayor parte midazolam) u otros tratamientos con la consecuente necesidad de utilizar propofol como segunda o tercera opción. Por tanto, es necesario realizar más investigación sobre el uso de propofol en la sedación paliativa y establecer un perfil de pacientes para los que este fármaco se pueda utilizar como primera elección llegando a alcanzar así la sedación desde el primer momento evitando signos de discomfort.

PO 350. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA COMO ESTRATEGIA EN LA DISMINUCIÓN DE CONFLICTOS ÉTICOS EN LA DEMENCIA AVANZADA

Carmen Domínguez Lorenzo¹, Pilar Aira Ferrer¹, Isabel García Verde¹, Esperanza Molina Baltanás¹, Sagrario Muelas González¹, Manuel Antonio Alonso Pérez²
¹ESAPD Oeste, Alcorcón, España. ²CS PINTORES. DA SUR, Parla, España

Introducción: La Planificación anticipada de la atención (PAC) es el resultado del proceso de relación asistencial entre una persona capaz y los profesionales sanitarios para abordar y resolver de forma compartida decisiones para cuando el paciente no esté en condiciones de tomarlas. La atención a pacientes con demencia avanzada supone enfrentarse frecuentemente a conflictos éticos relacionados con la toma de decisiones al final de la vida.

Objetivos: Conocer la prevalencia de PAC en pacientes con demencia avanzada atendidos por un Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD), identificar los principales conflictos éticos surgidos en el proceso de final de vida, y evaluar la posible asociación entre existencia de PAC y conflictos éticos.

Metodología: Estudio observacional retrospectivo de pacientes con demencia avanzada atendidos por un ESAPD en el periodo 2013-2017. La variable independiente principal

elegida fue la existencia de PAC y la dependiente la existencia de conflictos éticos. Para estudiar la asociación entre las variables independientes y la ocurrencia de conflictos éticos se utilizó como herramienta de análisis un Modelo Lineal General (MLG).

Resultados: 112 pacientes incluidos. Un 21,4 % habían realizado PAC. La prevalencia de conflictos éticos fue del 82,1 %, con una media de 4,15 conflictos /paciente (DE 2,2). Las 3 decisiones más frecuentemente expresadas a través de la PAC fueron: elección del lugar de cuidados (80 %), rechazo a la nutrición enteral por sondas (58,3 %) y rechazo a las derivaciones hospitalarias (58,3 %). Los 5 conflictos más prevalentes fueron los relacionados con derivaciones hospitalarias (58 %), lugar de cuidados (46,4 %), tratamiento de infecciones (33,9 %), aceptación o rechazo de cuidados paliativos (33 %) y uso de hidratación artificial (29,5 %). Según el MLG construido, se observó que la existencia de PAC se asociaba con una reducción del 99,8 % en la existencia de conflictos éticos (IC 95 % 97,6-99,9).

Conclusiones: Destacar en primer lugar la escasa prevalencia de pacientes con PAC en la población estudiada frente a la elevada prevalencia de conflictos. En segundo lugar, el resultado principal del estudio, que es la asociación demostrada entre PAC y conflictos éticos: la existencia de PAC ejerce de forma significativa un “efecto protector” sobre la aparición de problemas éticos en el seguimiento de estos pacientes. Este trabajo plantea la necesidad de potenciar un modelo deliberativo de relación clínica, en el que se identifiquen no sólo los hechos clínicos sino también los valores y preferencias del enfermo, proporcionando una mayor adecuación moral de las decisiones y, con ello, menos conflictos.

PO 351. ANÁLISIS DE DIFICULTADES DE LOS PROFESIONALES EN EL MANEJO DE LA RESPUESTA EMOCIONAL EN MULTICULTURALIDAD

Olga Pérez Zarco¹, Lorena Grande Pizarro², Mónica Monedo Navazo³, Silvia Santiago Sacristán⁴, Gema Sierra Triviño⁴, Lydia Polo García⁴, Antia Fariñas Amado³
¹UCPA Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Equipo de Soporte Hospitalario Cuidados Paliativos Hospital de La Princesa, Madrid, España. ³Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria Paliativa, Madrid, España. ⁴UCP Hospital San Rafael, Madrid, España

Introducción: Los profesionales que trabajan en cuidados paliativos están expuestos a potenciales fuentes de estrés al tener que hacer frente al sufrimiento no sólo del paciente sino al de sus familiares. A esto se le añade la actual situación de multiculturalidad de nuestra sociedad, lo cual supone un reto para la atención y los cuidados sanitarios, al atender a personas que, por su cultura, tienen una forma diferente de entender, afrontar y actuar ante situaciones de enfermedad y muerte, incrementándose así fuentes de estrés y sufrimiento de los profesionales.

Objetivos: Identificar dificultades/necesidades percibidas por los profesionales en la atención a pacientes/familiares de diferentes culturas. Identificar el grado de malestar emocional que dichas dificultades supone a los profesionales de Cuidados Paliativos. Conocer y promover un manejo de las

herramientas que pueden suponer un alivio del malestar emocional experimentado por los profesionales.

Metodología: Estudio descriptivo a profesionales sanitarios (médicos, DUE y Aux. de enfermería) de diferentes servicios de Cuidados Paliativos. Variables demográficas (sexo, edad, profesión), nivel de información, diferencias/dificultades en el manejo de paciente-familia, nivel de malestar emocional en profesionales (escala de graduación numérica 0-4) y recursos útiles para el afrontamiento de estas situaciones. Formato de encuesta 'formulario de Google' (anónima y online). Paquete estadístico SPSS23.0

Resultados: La mayoría han sido mujeres (92,9 %) de 31-50 años (42,9 %) siendo la mayoría enfermeras (42,9 %). El 100 % de los encuestados ha atendido a pacientes-familias de otras culturas/religiones reconociendo el 80 % de ellos que no ha recibido información/formación específica sobre la atención sanitaria a dichos pacientes lo cual genera un malestar emocional elevado a 2/3 de la muestra (66,7 %).

El 80 % han reconocido que existen diferencias/dificultades en el manejo de pacientes-familias de diferentes culturas a diferentes niveles, principalmente en la esfera de comunicación y respuesta emocional ante el desconocimiento acerca de los valores y creencias. El 60 % reconocen necesario incluir una formación específica en multiculturalidad.

Conclusiones: Se encuentran diferencias/dificultades en el manejo de pacientes de diferentes culturas, lo cual supone un incremento del malestar emocional de los profesionales de Cuidados Paliativos viéndose reflejado en las carencias existentes a nivel de comunicación y por escasa formación en la multiculturalidad.

Para subsanar dichas dificultades sería necesario incluir formación específica acerca de los valores y creencias de las diferentes culturas, así como incorporar dentro de los equipos un referente de multiculturalidad que facilitase y redujese la experiencia de sufrimiento de los profesionales sanitarios.

PO 352. ¿CUÁNDO INDICAMOS OXIGENOTERAPIA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA?

M.^a Ángeles Olalla Gallo

ESAD. Gerencia de Atención Primaria de Burgos, España

Introducción: La disnea es un problema frecuente en enfermedad avanzada. La evidencia disponible sobre la utilidad de la oxigenoterapia en estos pacientes es limitada, sin hallar beneficio en el alivio de disnea relacionada con cáncer o en situación de últimos días en ausencia de trabajo respiratorio evidente. Aunque el uso rutinario de oxigenoterapia no está justificado en pacientes sin hipoxemia, se recomienda individualizar la decisión.

Objetivo: Describir las características de indicación de oxigenoterapia domiciliaria (OD) a pacientes en seguimiento por un Equipo de Cuidados Paliativos (ESCP).

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos por un ESCP a los que se indicó OD. Periodo de estudio 1 de enero 2017 a 31 de diciembre de 2018. Se registran variables demográficas, diagnóstico principal, comorbilidad, motivo de indicación, datos clínicos y de seguimiento.

Resultados: 25 pacientes incluidos. Indicación de OD en primera visita del ESCP en 60 %. Edad media 80,4 años. 52 % varones. 40 % domicilio rural. Diagnósticos/comorbilidad: cáncer 56 %. Enfermedad respiratoria crónica 48 %. Insuficiencia cardiaca 40 %. Demencia 40 %. Enfermedad cerebrovascular 16 %. Charlson medio 6,84 ± 3,47. Número de fármacos prescritos 7,96 ± 3,34 (2-14), opioides 44 %. Ingresos en el último año 76 %. Causa de indicación: Insuficiencia respiratoria aguda en cáncer 36 %, en EPOC 4 %. roncoaspiración 28 %. Descompensación de insuficiencia cardiaca 28 %. Sospecha TEP 4 %. Tipo de prescripción: gafas nasales 96 %. Concentración de O₂ entre 1,5-3 lpm (media 1,92 ± 0,37 lpm), 68 % continuo y 28 % a demanda. Síntomas más frecuentes: disnea 96 %, malestar general 68 %, astenia 68 %, disfagia 60 %, anorexia 60 %, tos 56 %, somnolencia 48 %, insomnio 44 %, dolor 24 %, ansiedad 20 % (no valorable 44 %). Saturación de O₂ 78,84 % ± 24,66 (rango 63-94 %). PPS medio 36,4 (rango 30-50). Dependencia al menos moderada para AVDB en todos los casos. Ingresos en seguimiento en 4 pacientes (16 %), 1 para realización de paracentesis compleja y 3 por claudicación familiar. Tiempo de seguimiento inferior a 1 mes 83,3 %. Fallecimientos al final del estudio 21 pacientes (76 %), 76,19 % en domicilio. El análisis diferenciado de pacientes con prescripción de O₂ en visita inicial del ESCP o en seguimiento no muestra diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: En nuestra experiencia la prescripción de OD facilita la atención y permanencia en domicilio de los pacientes con disnea. La indicación se realiza en base a datos clínicos, habitualmente en pacientes con multimorbilidad, mala situación funcional y con pronóstico limitado, con múltiples síntomas y procesos intercurrentes.

PO 354. REVISIÓN DE LA GPC DE CUIDADOS PALIATIVOS: PRINCIPALES RESULTADOS Y ALCANCE DE LA ACTUALIZACIÓN

Yolanda Triñanes Pego¹, Paula Cantero Muñoz¹, María del Carmen Maceira Rozas¹, Rosendo Bugarín González², Álvaro Fernández Rial³, María José Faraldo Vallés¹

¹Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Santiago de Compostela, España. ²Centro de Saúde de Monforte de Lemos. Servizo Galego de Saúde, Monforte de Lemos, España. ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti, Lugo, España

Introducción: La Guía de Práctica Clínica (GPC) de Cuidados Paliativos se publicó en 2008 (1), formando parte de las primeras guías del Programa de GPC en el Sistema Nacional de Salud (SNS). La importancia del problema y el tiempo transcurrido han hecho prioritaria su revisión y actualización.

Objetivos: Revisar la GPC (2008) y definir el alcance de la actualización, así como identificar nuevas áreas clínicas y puntos de mejora.

Metodología: Una vez creado el grupo de trabajo multidisciplinar, se siguieron las etapas planteadas en el manual metodológico de elaboración de GPC en el SNS: mapeo de la guía base, identificación y análisis del impacto de la nueva evidencia y consulta a expertos de las principales sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

Resultados: De la búsqueda bibliográfica se seleccionaron 6 GPC y 37 revisiones sistemáticas que abordaban las intervenciones o áreas clínicas consideradas en la guía previa. En la consulta a expertos se obtuvieron 42 estudios adicionales (de diferentes tipos de diseño) que fueron tenidos en cuenta en el análisis. Se localizó nueva evidencia que podría modificar o modular las recomendaciones en las siguientes áreas clínicas: aspectos organizativos, predicción de la supervivencia, comunicación y toma de decisiones, control de síntomas en fase final de la vida (dolor, anorexia/caquexia y deshidratación, síntomas respiratorios, delirium, ansiedad, depresión, mucositis, náuseas y vómitos, estreñimiento, diarrea, obstrucción intestinal, ascitis, úlceras por presión y neoplásicas, hipercalcemia), atención en los últimos días de vida, sedación paliativa y duelo. Tanto el grupo de trabajo como los expertos consultados señalaron la necesidad de revisar la evidencia científica sobre modelos organizativos (especialmente los cuidados paliativos precoces), la necesidad de abordar el control de síntomas desde el inicio de una enfermedad crónica hasta la fase final de la vida, atender a las diferencias entre procesos oncológicos y no oncológicos, la revisión de aspectos éticos y la importancia de disponer de información para pacientes y sus familias.

Conclusiones: Teniendo en cuenta el amplio alcance de la guía previa, los cambios en el paradigma de los cuidados paliativos, y criterios metodológicos y estratégicos, se ha priorizado la atención en los últimos días y la sedación paliativa para su actualización. Los modelos organizativos se abordarán en un informe de evaluación de tecnologías sanitarias, dada la complejidad de su abordaje desde la perspectiva de una GPC.

PO 355. PERFIL DE PACIENTES DE UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA: VALORACIÓN DE NECESIDADES DE ATENCIÓN PALIATIVA

Elena Chover Sierra^{1,2}, Marta Aguilar Fuerte²

¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. ²Facultad de enfermería y podología. Universidad de Valencia, Valencia, España

Introducción: La insuficiencia cardiaca es una patología crónica y compleja, que requiere manejo continuado del paciente por su inestabilidad clínica, la comorbilidad asociada, el amplio tratamiento farmacológico, las posibles limitaciones físicas y el pronóstico infausto. Su curso evolutivo es difícil de predecir, por lo que no se reconoce fácilmente la fase avanzada de la enfermedad y es difícil identificar la necesidad de cuidados paliativos.

Objetivos: Analizar características sociodemográficas y clínicas de pacientes con Insuficiencia Cardiaca e identificar si cumplen criterios de necesidad de atención paliativa.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, realizado en una Unidad de Insuficiencia Cardiaca de pacientes crónicos. Se recogió información de las Historias Clínicas obteniendo datos sociodemográficos y relativos al proceso patológico, y se utilizaron instrumentos validados, índices de Charlson y PROFUND y el instrumento NECPAL CCOMS-ICO® para valorar riesgo de mortalidad y necesidad de cuidados paliativos. Se realizó análisis descriptivo uni y bivariado, analizando correlaciones entre variables

y diferencias de medias entre grupos. Finalmente se elaboró un modelo de regresión logística binaria para determinar variables que podían tener influencia en la mortalidad antes del año tras el ingreso en la Unidad.

Resultados: La población estudiada tiene una media de 83,27 años, mayoritariamente mujeres (65 %). Como características clínicas predomina la FEVI conservada y NYHA Clase II; las patologías más prevalentes son HTA y FA; utilizan una media de 10,05 fármacos. El Índice de Charlson $\geq 7,33$ indica alta comorbilidad y hay riesgo bajo-intermedio de mortalidad al año según Índice PROFUND. NECPAL CCOMS-ICO® indica que una parte de la población cumple criterios de atención paliativa. El análisis diferencial en función del género mostró mayor incidencia de EPOC en género masculino y mayor presencia de indicadores de ferropenia en el género femenino. Se ha encontrado relación estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre el fallecimiento antes del año y el uso de betabloqueantes y ARAS, EPOC e IRC y de los tres últimos instrumentos; aunque en el modelo predictivo de regresión logística binaria únicamente quedaron como factores predictores de no fallecimiento antes del primer año el uso de betabloqueantes y ARAS, un mayor IFG y la respuesta negativa a la PS del instrumento NECPAL CCOMS-ICO®.

Conclusiones: El análisis de las características de la población con IC nos permite identificar pacientes con necesidad de cuidados paliativos. El instrumento NECPAL CCOMS-ICO® y el índice PROFUND han mostrado utilidad para predecir la mortalidad a corto plazo e identificar necesidades de cuidados paliativos.

PO 356. LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO EN PACIENTES PALIATIVOS: UNA ALTERNATIVA ASISTENCIAL A CONSIDERAR

Elvira Alarcón Manoja, Alejandra Camacho Molina, Luis García Villanego, Isabel Trouillhet Manso, Oliva Mera Gallardo, Victoria Lechuga Flores
Hospital San Carlos, San Fernando, España

Introducción: La Hospitalización a Domicilio (HaD) representa una alternativa asistencial, capaz de dispensar atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario a los pacientes en sus domicilios, y contribuye a la sostenibilidad del sistema, fomenta la continuidad asistencial y acerca la atención especializada al domicilio. Los enfermos en situación avanzada presentan alta necesidad y demanda asistencial, y generan un gran coste. La normativa sobre precios públicos publicada en el BOJA 210-27/10/2005, valora el ingreso en planta de M. Interna en: 324,01 €/día, la consulta simple de urgencias en 144,24 €, mientras que si precisa observación: 392,03 €; y el traslado en ambulancia con técnico: 313,21 €, frente a 727,37 € en medicalizada. El uso del Hospital de Día Médico (HDM) para una transfusión se estima: 3891 €, y para tratamiento intravenoso: 2090,16 €. En contraposición, un día de HaD 117,42 €, y la visita médica domiciliaria: 76,74 €.

Objetivos: Analizar el coste que generan los pacientes incluidos en Cuidados Paliativos (CP) de nuestra área en el último año, y proponer medidas de mejora.

Metodología: Análisis descriptivo retrospectivo del coste global generado, según el BOJA 210, por los pacientes inclui-

dos en CP de nuestra área de 95.174 hab en el último año, a través de las Historias Clínicas. Se analizaron número y duración de ingresos hospitalarios, visitas domiciliarias, contactos telefónicos, asistencia y tratamientos en HDM y visitas a Urgencias hospitalarias, así como datos generales, índice de Karnofsky (IK), síntomas refractarios, IDC-PAL, y PPI.

Resultados: Edad media de 73,1 años, predominando el sexo masculino. El 98 % fue incluido en CP por neoplasia avanzada, frente al 2 % no oncológicos. El 87,3 % eran pacientes complejos y altamente complejos, con elevado riesgo de muerte durante los 6 meses siguientes en el 50 % de los casos ($IK \leq 50$), aunque el 70,2 % con supervivencia >6 semanas ($PPI \leq 4$). El 51 % precisó ingreso hospitalario (en total 36 ingresos), con una duración media de 7,37 días, lo que supone 85.966,3 €. El 25,5 % fueron atendidos en HDM, recibiendo transfusión el 50 % (35887,9€), y el 80,9 % acudió a Urgencias (media de visitas: 4 v/año), generando un gasto de 59.588,56 € aprox. (sin contar ambulancias). Por otro lado, el 46,8 % recibió visita domiciliaria (valorándose el total de 160 visitas en 12.278,4 €), y el 23,4 % precisó contacto telefónico.

Conclusiones: El crecimiento de las UCP, junto con la formación continuada de profesionales de MFYC, y nuevas iniciativas de mejora como la creación de unidades de HaD, reducirían los costes, y mejorarían la calidad y continuidad asistencial.

PO 357. EVOLUCIÓN DE PACIENTES EXCLUIDOS DEL PROGRAMA DEL EQUIPO DE SOPORTE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Belén Domínguez Fuentes, Raquel Tinoco Gardón,
Daniel Ramírez Yesa, Eugenia de la Hoz Adame

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real, España

Introducción: Existen herramientas como el Índice IdC-PAL y escalas pronósticas en las que debemos basarnos para mantener o no a un paciente en el programa de seguimiento domiciliario de los recursos avanzados de cuidados paliativos.

Objetivos: El objetivo fue determinar la evolución de los pacientes excluidos del programa de seguimiento domiciliario por el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESCP) de nuestra área sanitaria.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo cuya unidad de análisis fueron las historias de los pacientes excluidos de programa de seguimiento domiciliario del ESCP entre noviembre de 2017 y noviembre de 2018. Se revisaron las historias de estos pacientes recogiendo los datos acerca de el motivo por el que se sacaron del programa de seguimiento domiciliario por el ESCP y la evolución en los siguientes 6 meses (si requirieron atención por los servicios de urgencias o ingreso hospitalario, si fallecieron y el lugar del fallecimiento).

Resultados: Del total de pacientes incluidos en programa de seguimiento por el ESCP durante dicho periodo (433), indicamos mantener fuera de programa a 16 pacientes (3,7 %). De estos, el 56,2 % eran varones. La edad media fue de 78 años. El 87,5 % eran pacientes no complejos y solo el 12,5 % eran complejos (se empleó la herramienta de complejidad IdC-PAL). El motivo por el que se sacaron

del programa fue la ausencia de complejidad, sin síntomas no controlados en el 87,5 % y en el 12,5 % que paciente y/o familia rechazaron la intervención. El 25 % se encontraban en tratamiento quimioterápico activo. Revisando la evolución de los pacientes durante los 6 meses siguientes, el 12,5 % precisó reinclusión en programa entre los 3 y 6 meses posteriores, el 37,5 % requirió atención urgente y el 12,5 % precisó ingreso hospitalario y el 50 % falleció en este periodo.

Conclusión: Es muy bajo el porcentaje de pacientes que decidimos mantener fuera de programa, siendo el motivo principal la ausencia de complejidad. Observamos del mismo modo el bajo porcentaje de los reincluidos en programa y que dicha reinclusión ha ocurrido al cabo de meses. Tras revisar evolución de los pacientes en los 6 meses posteriores a la exclusión, la mitad de estos han fallecido en su mayoría en domicilio y sin apenas necesidad de atención urgente ni hospitalización. Debe insistirse en el empleo de herramientas como el IdC-PAL para hacer más eficiente el trabajo de los recursos avanzados de Cuidados Paliativos.

PO 358. PRONÓSTICO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO ONCOLÓGICAS EN ESTADIOS AVANZADOS AL ALTA HOSPITALARIA

Elena Martínez Zerón, Cristina Bernal Alcaraz,
María García Lopez, Elisabeth Gallardo Pérez,
Leonor Hernández Alonso, José Manuel Murcia Zaragoza
Hospital Vega Baja de Orihuela, Orihuela (Alicante), España

Objetivos: Analizar la prevalencia de pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas en estadios avanzados (ECNOA) al alta de un Servicio de Medicina Interna, conocer la mortalidad a los seis meses y utilidad de diferentes escalas pronósticas.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo en un servicio de Medicina Interna. Se analizaron todas las altas hospitalarias de enero del 2018. Se consideró que el paciente presentaba (ECNOA) si cumplía alguno de los siguientes criterios: Insuficiencia cardíaca que en situación basal presentara una disnea \geq III de la NYHA, Insuficiencia respiratoria crónica con disnea basal \geq III de la MRC y/o $\text{satO}_2 < 90\%$ y/o oxigenoterapia domiciliaria, Hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal (clínicos \pm analíticos \pm endoscópicos) y/o puntuación en la escala Child-Pugh > 7 y enfermedad neurológica crónica con deterioro cognitivo establecido (E. Pfeiffer con 7 o más errores y/o MEC con ≤ 18 puntos) y/o deterioro funcional para las ABVD establecido (Índice de Barthel < 60 puntos). En todos pacientes se realizaron tres escalas pronósticas al alta: I. Charlson (I.C.), I. PROFUND y el I. PALIAR. Se consideró que presentaban un riesgo moderado-alto de mortalidad cuando la mortalidad estimada era mayor al 50 %. Se analizó la tasa de mortalidad a los seis meses y la sensibilidad y especificidad de cada una de las herramientas pronósticas utilizadas. Los datos han sido analizados con el programa estadístico SPSS V17.0

Resultados: Durante el periodo de estudio ingresaron 496 pacientes, 44 pacientes fallecieron durante la hospitalización. De las 452 altas, 153 (30,8 %) cumplían criterios de ECNOA. La edad media fue de $82,7 \pm 7,1$ años, 110 paciente presentaban algún grado de dependencia para ABVD. Las

ECNOA por orden de frecuencia fueron: neurodegenerativa en 71 (46,4 %) pacientes, insuficiencia cardiaca en 64 (41,8 %) pacientes y enfermedad respiratoria en 49 (32 %) pacientes. A los seis meses del alta habían fallecido 40 (26,1 %) pacientes. Los pacientes fueron clasificados como riesgo moderado según escala: I.C: 99,3 %; I. PROFUND: 56,9 % e I. PALIAR: 41,2 %. El I PALIAR presentó mejor relación sensibilidad y especificidad con mayor área bajo la curva-ROC (0,66 [0,65-0,67]).

Conclusiones: Un tercio de los pacientes dados de alta de Medicina Interna presentan enfermedad crónica no oncológica en estadios avanzados, de los cuales una cuarta parte falleció en los siguientes seis meses. Las enfermedades neurodegenerativas fueron la ECNOA más frecuentes. El I. Paliar constituye una buena herramienta para estimar el pronóstico en esta población.

PO 359. ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL PALLIATIVE CARE QUIZ FOR NURSES (PCQN)

Elena Chover Sierra^{1,2}, Antonio Martínez Sabater²

¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España. ²Facultad de Enfermería y Podología. Universidad de Valencia, Valencia, España

Introducción: Los profesionales de enfermería deben recibir una formación adecuada para proporcionar cuidados de calidad a las personas con enfermedades crónicas en fase avanzada y/o en el final de la vida.

Distintas organizaciones hablan de que cualquier profesional debe recibir al menos formación básica en este ámbito. Un instrumento validado para evaluar conocimientos de enfermería en CP es el Palliative Care Quiz for Nurses (PCQN), utilizado en diversos trabajos y traducido a varios idiomas.

Metodología: Se siguió un proceso de traducción/retrotraducción, y tras una valoración por expertos se determinaron los índices de validez de contenido de cada ítem y el global del cuestionario. Finalmente, se pilotó mediante un estudio transversal descriptivo en un hospital español, y se analizó su consistencia interna y dificultad. Tras el pilotaje se diseñó un estudio para medir el nivel de conocimientos en CP del colectivo de profesionales de enfermería, utilizando un cuestionario en formato online que se difundió utilizando Facebook y Twitter; se analizó esta difusión midiendo la relación entre el número de veces que se compartió el cuestionario y las respuestas recibidas. Para medir el nivel de conocimientos en CP del colectivo de estudiantes de enfermería, se diseñó un estudio multicéntrico. En los estudios diseñados para medir conocimientos en CP de profesionales y estudiantes de enfermería se recogieron también variables descriptivas de la población cuyo posterior análisis bivariado nos permitió identificar cuáles podían ser útiles para elaborar un modelo de regresión binaria predictor de los Resultados finales en el PCQN-SV.

Resultados: El PCQN-SV ha mostrado niveles adecuados de validez de contenido global (CVI = 0,83) y validez interna (alpha de Cronbach = 0,64 y KR-20 = 0,71), y una adecuada distribución de ítems con dificultad elevada, baja y media. Entre profesionales de enfermería encontramos un 61,38 %

de respuestas correctas, con diferencias estadísticamente significativas en función de su formación y experiencia profesional en CP, del tipo de formación recibida y del ámbito en que desarrollaban su actividad asistencial. Entre estudiantes de enfermería encontramos 54,02 % de respuestas correctas, con diferencias estadísticamente significativas en función del curso y la facultad en que estaban matriculados, así como el haber recibido formación en este ámbito. Las redes sociales han mostrado su utilidad como herramienta para investigación, sin influir en los Resultados obtenidos.

Conclusiones: El PCQN-SV ha mostrado ser útil para medir el nivel de conocimientos en CP de profesionales y estudiantes de enfermería e identificar aspectos a mejorar en su formación.

PO 360. EUTANASIA, SUICIDIO ASISTIDO Y SEDACIÓN PALIATIVA: OPINIONES DE PROFESIONALES ESPAÑOLES DE CUIDADOS PALIATIVOS

María Inmaculada Rosa González, Belén Ascanio León, Miguel Angel Benítez-Rosario

Unidad de Cuidados Paliativos, H Universitario NS La Candelaria, SC La Laguna, España

Introducción: En cuidados paliativos es importante conocer las opiniones de los profesionales respecto a la eutanasia, suicidio asistido y sedación paliativa, por su potencial repercusión en la toma de decisiones.

Objetivos: Explorar actitudes de los socios de SECPAL respecto a eutanasia, suicidio asistido y sedación paliativa.

Metodología: Segundo análisis de la encuesta electrónica remitida a través de SECPAL sobre sedación paliativa. Esta incluyó valoración del acuerdo, entre 1-5, respecto a eutanasia, suicidio asistido y sedación paliativa. Se agrupó 1 y 2 = desacuerdo, 3 = indiferente, 4 y 5 = acuerdo. Se consideró significación estadística para las diferencias si $p < 0,05$; test χ^2 .

Resultados: Respondieron 376 profesionales (tasa de respuesta = 40 %); 241 mujeres y 135 varones. 2/3 declararon ser mayores de 45 años y el 50 % una experiencia en cuidados paliativos ≥ 10 años. Las respuestas correspondieron a 275 médicos y 101 enfermeras socios de SECPAL. El 65 % ($p < 0,05$) estuvo en desacuerdo con la despenalización eutanasia en enfermedades incapacitantes crónicas; sin relación con edad, género, experiencia profesional, experiencia en sedación y profesión (67 % médicos vs. 60 % enfermeras; $p > 0,05$). El 49 % ($p > 0,05$) estuvo de acuerdo con la despenalización de la eutanasia en enfermedades oncológicas terminales y el 43 % ($p > 0,05$) cuando la situación era de enfermedad en agonía. En este último caso, las mujeres fueron más favorables ($p = 0 < 0,5$). No se apreció diferencias entre profesionales. El 51 % ($p < 0,05$) de los encuestados estuvo en desacuerdo con la despenalización del suicidio asistido en personas con enfermedades terminales. El 46 % ($p > 0,05$) lo estuvo en personas con cáncer en fase terminal. En los dos casos, un mayor número de mujeres estuvieron a favor ($p < 0,05$), sin diferencias entre profesionales. El 68 % ($p < 0,05$) de los encuestados estuvo en desacuerdo con el suicidio asistido en enfermedades crónicas incapacitantes, sin diferencias según profesión. El 95 % de médicos y enfermeras opinaron que la sedación paliativa no es eutanasia; el

considerar que si es eutanasia se asoció a menor experiencia en sedación paliativa ($p = 0,04$). El 59 % ($p < 0,001$) no consideró que la sedación paliativa acortara la supervivencia, no diferencias entre profesiones. El 90 % ($p < 0,05$) opinó que la sedación es un tratamiento imprescindible para el control del sufrimiento en la agonía, sin diferencias entre profesionales.

Conclusiones: Los profesionales de SECPAL están generalmente en desacuerdo con la eutanasia en enfermedades incapacitantes crónicas, pero no se objetiva una opinión mayoritaria respecto a la eutanasia en enfermedades terminales. Ello también acontece con respecto a la aceptación del suicidio asistido. Un porcentaje marginal, y con menor experiencia, considera que la sedación paliativa es eutanasia.

PO 361. ENFERMEDAD CRÓNICA AVANZADA: EL RETO CONTINUÚA

María Soledad Acedo Gutiérrez, Belén Escolano Fernández, Teresa Bellver Álvarez, Gerardo García Melcón, Beatriz García Olid, Mariano Ulla Anes
Hospital Universitario Infanta Leonor/Hospital Virgen de la Torre, Madrid, España

Introducción: Los sistemas sanitarios continúan teniendo como reto la asistencia de los pacientes con enfermedad crónica avanzada, que debe ser continua, integral e integrada, sobre todo al final de la vida. En nuestro centro se ha desarrollado un programa de atención al paciente con enfermedad crónica avanzada (PECA), donde el enfermo y sus necesidades son el eje sobre el que pivota la actividad asistencial.

Objetivos: Describir las características demográficas y clínicas de los pacientes incluidos en el programa PECA en 2017 y 2018, en un hospital de apoyo.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo. Se revisaron las bases de datos disponibles en el centro, incluida la historia clínica, de enero de 2017 a junio de 2019, para obtener información sobre las características de la población incluida en PECA (demográficas, clínicas y evolutivas). Se realizó el análisis estadístico de los datos.

Resultados: De enero de 2017 a diciembre de 2018 fueron incluidos en el programa un total de 102 pacientes. Sexo: mujeres 71 (69,6 %)/hombres 31 (30,4 %). Edad media: 89,42 años (rango 70-104). Pacientes incluidos por año: En 2017 se incluyeron 50 (49 %) y en 2018, 52 (51 %). Criterios de inclusión: enfermedad neurológica avanzada 48 pacientes (47,1 %); pluripatología/senectud 27 (23,5 %); enf. cardiología avanzada 16 (15,7 %); enf. neumológica 10 (9,8 %); enf. hepática 1 (0,98 %). Ingresos en primer año tras ser incluidos en el programa: Total 71 pacientes (69,6 %). De estos: 42 pacientes (59 %) ingresó 1 vez, 17 (24 %) dos veces y 12 (17 %) > 3 veces. El 63,7 % (65 pacientes) tuvo su primer ingreso en los primeros 6 meses. Tras su inclusión en el programa, a los 6 meses había fallecido el 50 % (51 pacientes) y al año 58,8 % (60 pacientes).

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes incluidos en PECA son mujeres, de edad muy avanzada, con enfermedad neurológica, ingresos frecuentes en los primeros 6 meses y una mortalidad cercana al 60 % en el primer año. 2. Los pacientes

incluidos en este programa, son los más frágiles y dependientes, y por tanto los que peor se adaptan a la organización, demandando otra forma de asistencia. Es por ello necesario potenciar este tipo de programas, que se basan en la responsabilidad clínica compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada, ofreciendo una asistencia más integral y garantizando la continuidad asistencial. 3. No existe un modelo universalmente aceptado para la asistencia de estos pacientes, por eso son importantes las experiencias locales, que exploren nuevas formas de organización y midan sus resultados.

PO 362. ¿HAY DIFERENCIAS EN LA ASISTENCIA SEGÚN EL GÉNERO EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS HOSPITALARIA?

Susana Plaza Canteli¹, Lucía Cayuela Rodríguez¹, Montserrat Sánchez Pellitero¹, Juan Martín Torres¹, Gema Flox Benítez¹, Aurelio Cayuela Domínguez²

¹*Servicio de Medicina Interna, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España.*

²*Unidad de Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud, Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España*

Objetivo: Comprobar si existen diferencias en el manejo según el género de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Paliativos (MIPA) del Servicio de Medicina Interna de un Hospital Universitario de segundo nivel asistencial.

Material y método: Estudio de cohortes de pacientes en situación de cuidados paliativos por enfermedad avanzada o terminal que ingresó o fue valorado mediante interconsulta en MIPA desde el 1 de febrero de 2002 hasta el 31 de diciembre de 2018. Se utilizó Chi cuadrado para comparar las variables cualitativas y T-Student para las variables cuantitativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante Kaplan-Meier y Regresión de Cox.

Resultado: Se incluyeron 4462 pacientes (2734 hombres y 1728 mujeres) con 7082 episodios de ingresos en la MIPA o valoración por interconsultas desde otros servicios. Los hombres tienen una edad inferior a las mujeres (71,7 vs. 73,7, $p < 0,05$), están menos tiempo en el programa de paliativos (99 vs. 139,4 días, $p < 0,05$), el tiempo de evolución de su patología de base es inferior (835,3 vs. 1162,1 días, $p < 0,05$), el tiempo desde el diagnóstico de la patología de base hasta su inclusión en programa es inferior (835,3 vs. 1033,5 días, $p < 0,05$), presentan mayoritariamente patología oncológica (93,2 % vs. 87,7 %, $p < 0,05$), ingresan más de forma urgente (73,1 % vs. 69,9 %, $p < 0,05$), tienen más ingresos (1,6 vs. 1,5, $p < 0,05$) y requieren más cuidados paliativos al alta (37,3 % vs. 30,5 %, $p < 0,05$). No observamos diferencias significativas en el uso de opioides al ingreso o al alta de los episodios de ingreso. Tampoco se observó diferencia en el uso de sedación. Los hombres muestran una peor supervivencia (24,7 vs. 37,3 meses, $p < 0,05$).

Conclusiones: Los hombres reciben cuidados paliativos de forma más precoz que las mujeres, ingresan más en el hospital y suponen un mayor número de ingresos urgentes, requieren más cuidados paliativos al alta y muestran una peor supervivencia tanto desde el diagnóstico como desde su inclusión en el programa. Desde la perspectiva de género hay que conocer esta realidad para evitar posibles desigualdades en su abordaje.

PO 363. INTRODUCCIÓN DE LA PEDAGOGÍA DE LA MUERTE EN CENTROS EDUCATIVOS EN EL DISTRITO DE CARABANCHEL

Paula Herrerin¹, Gonzalo Plaza Bedmar¹, Chiara Digrandi², Mónica Jiménez García¹, Virginia Garrido Sanz¹
¹CMSC Carabanchel, Madrid, España. ²Madrid Salud, Madrid, España

Introducción: desde el proyecto piloto Salud Comunitaria al Final de la Vida: Comunidades Compasivas, puesto en marcha por el Ayuntamiento de Madrid y enmarcado en el plan Madrid Ciudad de los Cuidados, se ha introducido la Pedagogía de la Muerte, entendida como un proceso basado en la comprensión y la integración de la muerte en la comunidad educativa y la formación de comunicadores, con el objetivo de formar, preparar, orientar, investigar, asesorar y desmitificar el miedo a la muerte, a esta y a futuras generaciones.

Objetivos: 1. Proporcionar estrategias y herramientas con las que enfrentar los temores y miedos con respecto a la muerte y pérdidas. 2. Favorecer el autocontrol y la tolerancia en situaciones relacionadas con el final de la vida y el duelo, causantes, o potencialmente desencadenantes de ansiedad. 3. Facilitar la creación de un clima de seguridad y confianza para la comunicación didáctica y los aprendizajes. 4. Sensibilizar sobre el final de la vida, muerte y duelo. 5. Formar a los profesionales de la educación y a las familias del alumnado en la detección de factores de riesgo para el duelo complicado, así como el reconocimiento de los duelos complicados y cómo y cuándo intervenir.

Metodología: Durante el 2018-2019 se han llevado a cabo 45 acciones formativas en 5 centros educativos públicos y/o concertados. Hasta el momento, han recibido formación e información sobre el proceso de final de vida, muerte y duelo, 53 miembros del profesorado y 699 del alumnado. Las formaciones son impartidas en dos formatos: talleres y ciclos formativos.

Resultados: se observa que los chicos y las chicas a partir del primer curso de educación primaria, son capaces de abordar el final de la vida y la muerte (desde las emociones y la expresión natural y libre) con mayor naturalidad que las personas adultas. En cuanto al profesorado, se ha encontrado más resistencia a tratar los temas propuestos y mayor dificultad para involucrarse emocionalmente en las primeras sesiones formativas, siendo su participación mayor, a medida que se avanzaba en contenido y trabajo personal. La evaluación realizada por las personas que han recibido las sesiones formativas muestra, en términos generales, gran nivel de satisfacción en cuanto a contenidos y metodología de los talleres y ciclos formativos.

PO 364. ¿HA CAMBIADO EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON NECESIDADES PALIATIVAS? EVOLUCIÓN 2002-2018

Lucía Cayuela Rodríguez¹, Gema Flox Benítez¹, Montserrat Sánchez Pellitero¹, Aurelio Cayuela Domínguez², Juan Martín Torres¹, Susana Plaza Canteli¹
¹Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, España. ²Unidad de Salud Pública, Prevención y Promoción de la Salud. Hospital Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España

Objetivos: Analizar las características de los pacientes ingresados o valorados por la Unidad de Cuidados Paliativos (MIPA) de un Hospital Universitario de 2º nivel asistencial, según periodo de incorporación al programa de paliativos.

Material y métodos: Estudio de cohortes de pacientes atendidos en MIPA. Los datos se recogen en base de datos de la Unidad y el sistema de información hospitalaria del 1 de febrero de 2002 al 31 de diciembre de 2018. Utilizamos chi-cuadrado para comparar variables cualitativas y ANOVA para cuantitativas. Usamos Kaplan-Meier y Regresión de Cox para el análisis de supervivencia.

Resultados: Analizamos por periodos de inclusión en MIPA (≤ 2009 , 2010-2014 y 2015+). Observamos un incremento significativo ($p < 0,05$) en edad al diagnóstico (67,0, 68,8, 70,2), edad de inclusión en programa (69,2, 70,6 y 72,8), edad al fin de seguimiento (69,5, 71,0 y 73,0) y así como de pacientes NO oncológicos (7,5 %, 13,0 % y 19,9 %). No hay cambio significativo según el sexo de los pacientes (proporción de mujeres: 37,4 %, 38,3 % y 40,8 %). Observamos cambios significativos ($p < 0,05$) en pacientes valorados en interconsultas (3,6 %, 13,5 % y 20,6 %), descenso de ingresos programados y trasladados, uso de opioides al ingreso (40 %, 41,5 % y 32,9 %) y al alta (67,2 %, 68,1 % y 62,8 %), en sedación (30,4 %, 43,9 % y 52,7 %, respectivamente). La supervivencia global ha aumentado significativamente en hombres y mujeres, especialmente en NO oncológicos (media de supervivencia 2,5, 4,3 y 8,4 años). Los periodos ≤ 2009 y 2010-2014 muestran peor supervivencia (HR de 1,2, $p < 0,05$) que en 2015+. La edad al diagnóstico (HR 1,02, $p < 0,05$), el sexo (hombres HR 1,2, $p < 0,05$) y la patología oncológica (H-R 2,0, $p < 0,05$) son factores independientes en el pronóstico. Ajustando por edad al diagnóstico, sexo y patología (oncológica vs no oncológica) se mantiene esa peor supervivencia en los periodos previos a 2015.

Discusión: El incremento de la edad al diagnóstico e inclusión en MIPA puede estar en relación con mejoras diagnósticas y terapéuticas. Destaca un aumento del perfil del paciente no oncológico, hoy día el 75 % de la mortalidad se debe a enfermedades crónicas.

Conclusiones: Pese a las modificaciones en el perfil de los pacientes incluidos en el programa, evidenciamos también una mejora en la supervivencia desde el diagnóstico, especialmente en los pacientes no oncológicos.

PO 365. NECESIDADES PALIATIVAS SEGÚN TRAYECTORIA VIDA. ¿SON LOS PACIENTES CRÓNICOS EL NUEVO PARADIGMA DE ASISTENCIA PALIATIVA?

Irene Zamora Martínez¹, Leonor Hernández Alonso¹, Macarena García Rodríguez^{1,2}, María García López¹, Laura García Romero¹, José Manuel Murcia Zaragoza^{1,3}
¹Hospital Vega Baja de Orihuela, Servicio Medicina Interna, Orihuela, España. ²Unidad Hospitalización a Domicilio, Orihuela, España. ³Coordinador Plan Cuidados Paliativos

Objetivos: Conocer el perfil clínico-asistencial de los pacientes paliativos (PP) incluidos en un plan de asistencia paliativa (PAP) de un departamento de salud y analizar sus diferencias clínicas y asistenciales en función de su trayectoria final de vida (TFV).

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo incluimos a todos PP incluidos en el PAP durante el año 2018.

Variable principal: Se diferencian tres TFV según el diagnóstico que motiva el ingreso del PP en el PAP: 1) Pacientes oncológicos (O): cuando se trata de enfermedad neoplásica avanzada; 2) fragilidad (F): cuando se trata de enfermedad neurodegenerativa y/o senectud y 3) fallo de órgano (FO): diagnóstico de situación de insuficiencia de órgano avanzada (insuficiencia cardiaca, respiratoria, renal ó hepática). Variables explicativas: se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, funcionalidad y asistenciales. Análisis de Resultados programa estadístico SPSS19.0

Resultados: Se incluyeron 735 pacientes. La distribución en función de TFV fue: O: 98 (13,3 %) pacientes; FO: 280 (38 %) pacientes y F: 357 (48,5 %) pacientes. Los pacientes TFV-F eran más ancianos (87 ± 12 años frente a 80 ± 14 y 75 ± 19 grupo FO y PO, $p < 0,01$), precisaron mayor número de valoraciones sociales (280 [73,2 %] frente a 32 [24,6] en FO y 17 [13,9 %] en PO; $p < 0,01$) e intervención por equipo de primaria (382 [100 %] frente a 25 [19,2 %] en FO y 33 [27 %] en PO; $p < 0,01$). Los pacientes TFV-FO presentaron un mayor número de visitas a urgencias (130 [100 %] frente a 126 [32,9 %] en F y 50 [40,9 %] en PO, $p < 0,01$) e ingresos hospitalarios en los últimos meses de vida (100 [76,9 %] frente a 122 [31,9 %] en F y 47 [38,5 %] en PO, $p < 0,01$). Los pacientes con TFV-O: precisaron mayor número de intervención domiciliar avanzada (116 [95 %] frente a 135 [35,3 %] en F y 78 [60 %] en FO, $p < 0,01$) y mayor tasa de mortalidad a los tres meses (90 [73,7 %] pacientes, $p < 0,01$). Hubo diferencias en el lugar de fallecimiento de los pacientes: siendo más probable fallecer en domicilio en el grupo F (291 pacientes, 81 %), grupo TFV-O (58 pacientes, 59 %) y TFV-FO (38 pacientes, 13,5 %).

Conclusiones: Los pacientes crónicos complejos constituyen el nuevo paradigma del paciente con necesidades paliativas. La TFV más prevalente entre los pacientes incluidos en el PAP fue la de fragilidad, seguida de pacientes fallo de órgano y oncológico. Existen diferencias clínicas-asistenciales en función de la TFV que deben ser en cuenta a la inclusión de los pacientes en PAP. Siendo los pacientes con TFV-F lo que más probabilidad tienen de fallecer en su domicilio.

PO 366. REVISIÓN DE DERECHOS DEL ENFERMO TERMINAL Y DE LOS DEBERES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Alexandra Sanmarful Schwarz¹, María Mercedes Guerra García², María Dolores Pazo Ferreiro³, María Aranzazu Dorrego López²

¹Centro de Salud de Redondela. ²Centro de Salud de Porriño. ³Centro de Salud Pintor Colmeiro. Vigo

Introducción: En España según la Constitución (CE) de 1978 la legislación básica en sanidad corresponde al Estado, garantizando estos los derechos de los pacientes de una forma general con la Ley 41/2002, de 14 noviembre. Pero actualmente no disponemos de una legislación específica nacional en materia de cuidados paliativos. Algunas comunidades autónomas (CC. AA.) en el ejercicio de su competencia de desarrollo de la legislación del Estado han dictado normas sobre el ámbito sanitario intentando garantizar el derecho a la salud al final de la vida y a los cuidados paliativos.

Objetivo: Analizar los derechos de las personas en el final de su vida y los deberes de los profesionales sanitarios en la legislación autonómica de las diferentes CC. AA.

Metodología: Revisión bibliográfica de la legislación autonómica existente desde el año 2010 a 2019. Se realizaron búsquedas en boletines oficiales de las CC. AA. y en el BOE.

Resultados: Andalucía fue la primera comunidad autónoma (CA) en crear una ley garantista del enfermo terminal en 2010. Otras CC. AA. se fueron sumando desde entonces: Navarra (2011), Aragón (2011), Canarias (2015), Baleares (2015), Galicia (2015), País Vasco (2016), Madrid (2017), Asturias (2018) y Valencia (2018).

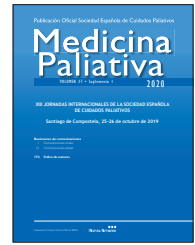
En todas ellas se regula el derecho a la información asistencial, a la toma de decisiones y consentimiento informado (también en situación de incapacidad), al rechazo y retirada de una intervención, a las declaraciones de voluntades anticipadas, a recibir cuidados paliativos integrales y la elección del domicilio para que sean aplicados, al tratamiento del dolor, a la sedación paliativa y al acompañamiento familiar y a recibir auxilio espiritual. Los deberes de los profesionales que comparten, con algunas diferencias, son el deber a la información clínica, a la toma de decisiones, respecto a las voluntades anticipadas, en situación de incapacidad de hecho, de limitación del esfuerzo terapéutico.

Conclusiones: La ausencia de legislación nacional específica de derechos y garantías de la persona al final de la vida genera una situación de inequidad puesto que no se garantizan jurídicamente los mismos derechos a los pacientes terminales en el territorio español. Éticamente, por los principios de justicia y no-maleficencia, debería existir una regulación común al respecto en toda España.



Medicina Paliativa

www.medicinapaliativa.es



ÍNDICE DE AUTORES

A

Abad del Campo, José Miguel	PO 061, PO 144	Álvarez Pérez, Alicia	PO 233
Abascal Ortega, Elena	PO 140	Álvarez Rabanal, María Victoria	PO 002
Abeal Abeledo, María Xesus	CO 09	Álvarez- Santullano Fernández- Trigales, Lucía	PO 326
Aboal Viñas, Jorge	PO 271	Álvarez Torres, María Montserrat	PO 137
Abreu Fernandes, José	PO 252	Álvarez-Bustos, Alejandro	PO 010
Abreu, Pedro	PO 307	Alves Pinto, Hélder Joaquim	PO 087
Abreu, Susana	PO 148	Alves Rainho, Maria da Conceição	PO 053
Acedo Calderón, Olga	PO 022	Amado Mera, Ana	PO 098, PO 157
Acedo Gutiérrez, María Soledad	PO 361	Amaro Lois, Begoña	PO 224, PO 276
Afonso Días, Andrea	PO 099	Amaya González, María Luisa	PO 212, PO 230, PO 266
Agnes, Patricia	PO 186	Andaluz Corujo, Luisa	CO 09, PO 165, PO 187, PO 211
Aguayo Canela, Mariano D.	PO 088	Añó Consuegra, Cani	PO 017
Aguayo Canela, Demetrio Mariano	PO 158, PO 282	Año Coret, María Ángeles	PO 019
Agudo Rodrigo, Marta Cristina	PO 074	Aquino Acosta, Lisandra	PO 008
Aguiar Benítez, Edgar	CO 11, PO 044	Arab Allal, Nacira	PO 126
Aguilá Soriano, Susana	PO 079	Aragón Ariza, Erica	PO 080, PO 309
Aguilar Fuerte, Marta	PO 355	Aranda Colubi, Rocío	PO 136, PO 163, PO 289, PO 331
Aguiló Sánchez, Sonia	PO 055	Araujo Hernández, Miriam	PO 012
Aguirrezabal Rementeria, Jaione	PO 130	Arce Zubeldia, Amaia	PO 300
Aira Ferrer, Pilar	PO 350	Arcos Atienzar, Ana	PO 229, PO 284
Alarcón Manoja, Elvira	PO 027, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 342, PO 356	Arenas Massa, Ángela	PO 018
Alba Conejo, Emilio	PO 219, PO 337	Areses Manrique, María Carmen	PO 205, PO 312
Alba Sánchez, Sofía	PO 045	Aresté Vilanova, Vanesa	PO 243
Alcober Pérez, Jaime	PO 004, PO 005, PO 007, PO 057, PO 070, PO 083, PO 127, PO 143, PO 155	Argilès Huguet, Marta	PO 256
Aldudo Avilés, María de la Cruz	PO 081, PO 304	Arias Ramos, Natalia	PO 097
Alegre Martín, Rosa	PO 074	Ariño Charro, María Teresa	PO 061

Alfonso Silguero, Sergio Alexandre	PO 209	Ariza Sánchez, Isabel	PO 017
Almansa Sáez, Ana María	PO 248	Arostegui Uribe, Nahia	PO 090
Almaraz Ruiz de Eguilaz, María José	PO 140	Arquez Pianetta, Miguel	PO 203
Alonso Fachado, Alfonso	PO 271	Arrizabalaga Arnaiz, María José	PO 130, PO 174
Alonso Pérez, Manuel Antonio	PO 350	Artigas Lage, Rosa	PO 330
Alonso Rodríguez, María Elisa	PO 224, PO 276	Arxer Tarres, Antoni	PO 132
Alonso Ruiz, María Teresa	PO 283	Ascanio León, Belén	PO 302, PO 360
Alonso Villarrubia, María	PO 061	Asensio Bordonaba, Lara	PO 241, PO 285, PO 286
Alonso, Karina	PO 299	Assesns, Lourdes	PO 046, PO 063
Alquezar Artieda, Mireia	PO 210	Ávila, Elena	PO 145, PO 180
Altayó, Carme	PO 108	Avilés Alcántara, Eva María	PO 031
Alvarado Gómez, Francisco	PO 096	Azcoitia, Xabier	PO 049
Álvarez Díaz, María Dolores	PO 250	Aznar, María Luisa	PO 046, PO 063

B

Badenes-Ribera, Laura	PO 321	Benítez Balbuena, Jaime	PO 319
Baena Cañada, José Manuel	PO 322	Benítez Rodríguez, Encarnación	PO 322
Baena Espinar, Javier	PO 219, PO 337	Benítez Valle, Patricia	PO 080
Baeza Nadal, Victoria	PO 016	Benítez-Rosario, Miguel Ángel	PO 302, PO 360
Bahamontes Mulió, Amparo	PO 149, PO 274	Bereziartua Irureta, Jabier	PO 300
Balaguer SantaMaría, Albert	PO 272	Bermejo Arruz, Ana	PO 029
Balbuena Mora-Figueroa, Pilar	CO 17, PO 091, PO 319	Bermejo, José Carlos	PO 039, PO 049, PO 180, PO 311
Balea Vázquez, Lucía	PO 069, PO 233	Bernabeu Wittel, Máximo	PO 287, PO 308
Balibrea Sancha, Esther	PO 181	Bernal Alcaraz, Cristina	PO 295, PO 358
Balsera Trejo, María Isabel	PO 086	Bernal Rodríguez, Miriam	CO 17, PO 119, PO 319
Baptista Rente, Joana Alexandra	PO 161	Blanco Clemente, Mariola	PO 010
Barbas Abad, Sara	PO 084, PO 100, PO 110, PO 179	Blanco Ramos, Benjamín Rodolfo	PO 019
Barcia Umbon, Lucía	PO 326	Blanco Reina, Encarnación	PO 325
Bardales Mas, Yadira	PO 209	Blanquer García, María José	PO 146
Barón Duarte, Francisco	PO 211	Blasco López, Lía	PO 090
Barranco Moreno, Ezequiel	PO 078, PO 202	Blázquez Navarro, Gregoria	PO 034, PO 181, PO 262, PO 273
Barrera Reyes, María Carmen	CO 01, PO 126	Bleda García, Silvia	PO 092, PO 154, PO 221
Barreto Martín, María Pilar	PO 149, PO 274	Bonilla Serrano, Carolina	CO 01, PO 126
Barrios, Sonia	PO 216	Bonino Timmermann, Florencia	PO 283
Barroso, Isabel María	PO 053	Bono, María	PO 246
Barrué-García, Paula	CO 18	Borraz Ordás, Carmen	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167
Basanta Matos, Rocío	PO 187, PO 211	Borre Ortiz, Yeis Miguel	PO 043
Basterretxea Ozamiz, Andima	PO 003, PO 089, PO 102, PO 160	Boscá Mayans, Charo	PO 014, PO 193, PO 244
Batalla Gil, Rebeca	CO 22	Botet Caridad, Esther	CO 13, PO 333
Batista, Sandra	PO 339	Bottaro Parra, David	PO 203, PO 246
Baydal Cardona, Rosario	PO 264	Box Davo, Rocío	PO 143
Bella Romera, Susana	PO 203, PO 246	Boyero San Blas, Martín	PO 166
Bellver Álvarez, Teresa	PO 361	Brangan, Emer	PO 353

Bellver Solaz, Vicente	PO 313	Braña López, Pablo	PO 224, PO 276
Belmonte Sánchez, Manuel	PO 347	Bugarin González, Rosendo	PO 164, PO 354
Beltrán Beltrán, Silvestre	PO 146	Bytheway Rubio, Emma	PO 258
Benavente-Fernández, Alberto	CO 12		
C			
Caamaño Isorna, Catalina	PO 164	Casquero Gómez, Anabel	CO 03
Caballero Guindo, Alicia María	PO 028	Castanheira Nascimento, Lucila	PO 207
Caballero Martínez, Isabel	CO 14	Castañares Pérez de Heredia, Ana Mara	PO 003, PO 160
Caballero Servellón, José Antonio	PO 199	Castarlenas Sancho, María Isabel	PO 079
Cabello Pérez, Ana	PO 234	Castellano Álvarez, María Rosa	PO 031
Cabero Fernández, Marta	PO 258	Castells Trilla, Gisela	PO 184, PO 263
Cabral García, José María	PO 241, PO 285, PO 286	Castelo Branco, Zita	PO 053
Cabré Díaz, Miriam	PO 317	Castillo Padrós, Manuel	PO 099
Cabrejas Casero, Ana María	PO 197	Castillo Puertollano, Lucía	PO 076
Cabrera del Moral, Ana	PO 001, PO 257	Castro López, Carmen	PO 082, PO 340
Cabrero Bestué, Emma María	PO 080	Castro Martínez, Ana María	PO 151
Cação, Julie	PO 186	Catalina Fernández, Cristina	PO 081, PO 082, PO 124, PO 304
Cáceres Becerra, Manuel	PO 055	Cátedra Herreros, María Dolores	PO 195, PO 215
Cáceres Muñoz, Ana	PO 132	Catena Mir, Joan H.	PO 162, PO 216
Calisto Rosado, María Joaquina	PO 021, PO 111, PO 225	Cayuela Domínguez, Aurelio	PO 025, PO 362, PO 364
Callado Pérez, David	PO 048, PO 068, PO 173	Cayuela Rodríguez, Lucía	PO 025, PO 362, PO 364
Calsina-Berna, Agnès	PO 064	Centeno Soler, Sara	CO 03
Calvo Calvo, Manuel Ángel	PO 207	Cereijo Quinteiro, María José	PO 231
Calvo Martínez, Marcos	PO 326	Cerrolaza Pascual, María	PO 336
Camacho Molina, Alejandra	PO 027, PO 150, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 342, PO 356	Chaves Rodríguez, Esther Luna	PO 073, PO 212, PO 230, PO 266
Camacho Pizarro, Tomás	PO 088, PO 158, PO 282	Chicote Aldana, Manoli	CO 01, PO 126
Camacho, Mónica	PO 145, PO 180	Chisbert Alapont, Encarna	PO 182
Camats Gabernet, María	PO 055, PO 243	Chover Sierra, Elena	PO 355, PO 359
Campini Bermejo, Alicia	PO 322	Ciocea, Anda Magdalena	PO 172
Campo Artola, María Ángeles	PO 130, PO 174	Ciocea, Viorel	PO 172
Campo Nuñez, Amaia	PO 168, PO 275, PO 343	Claramunt Planes, Josefa	PO 037
Campos Bonel, Arantxa	PO 077, PO 217, PO 261	Codina Casanovas, Elena	PO 347
Camps, Anna	PO 108	Colmena Recobeni, Raquel	PO 234
Cano del Olmo, Carina	PO 128	Comanys, Joana	PO 046, PO 063
Cano Fuentes, Beatriz	PO 185	Conde del Pozo, Ana Belén	PO 003, PO 089, PO 102,
Cano Tébar, Antonio Miguel	PO 038, PO 242	Conejos, Luisa	PO 046, PO 063
Cánovas Martínez, Carolina	PO 249	Cordero Bernabé, Rubén	PO 048, PO 068, PO 173
Cánovas Martínez, Mercedes	PO 249	Cordero Botejara, Aida	PO 021, PO 111, PO 225
Cantero Muñoz, Paula	PO 164, PO 354	Corral González-Baylin, Ana Pilar	PO 315
Cañado, Yurena	PO 014	Corredera Parra, Lourdes	PO 072
Cañellas Martorell, Jaime	PO 261	Corroto Barroso, Ana Isabel	PO 016
Capelas, Manuel Luís	PO 198	Cortés Béjar, Mario	PO 113
Capilla Díaz, Concepción	PO 185	Cortés Contreras, Aaron Jesús	PO 338

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Capón Sáez, Amaya	PO 208, PO 324	Cortiella Masdeu, Anna	PO 210
Carbajo, Ismael	PO 171	Corzo Gilabert, Ramón	PO 150, PO 342
Carballada Rico, María del Carmen	PO 348	Crespo García, María Begoña	PO 061, PO 144
Carballo Arzola, Leidimar	PO 120, PO 137	Crespo Martín, Iris	PO 272
Cárcamo Torres, Fátima Astrid	PO 199	Crispino, Luciana	PO 036, PO 159
Cardoza Martínez, Esmeralda Guadalupe	PO 199	Cristino Agudo, Belén	PO 170, PO 335
Carmona Espinazo, Fernando	PO 080	Cristoltan, Andrada	CO 10
Carrasco Estévez, Ainhoa	PO 326	Cruz Larrañaga, María	PO 209
Carrasco Zafra, María Isabel	PO 325	Cruz Sequeiros, Claudia	PO 132
Carratalá Marco, Ana	PO 041	Cruzado, Juan Antonio	PO 311
Carreras Barba, Maribel	CO 24, PO 238, PO 239, PO 268, PO 314	Cuadrado Martín, Cristina	PO 061, PO 144
Casado Valentín, Natalia	PO 141	Cuevas García, Julia	PO 047, PO 129
Casado-Terrones, Esther	PO 346	Cumbreras Aguaded, Cinta	PO 017
Casaut Lora, Estefanía	PO 175		

D

Damas de Carvalho, María Margarida	PO 087	Díaz García, Marta	PO 281
De Arriba Méndez, José Javier	PO 146	Díaz Gutiérrez, Paula	PO 116
De Galvez Pozo, Marta	PO 011, PO 103	Díaz Marín, Rocío	PO 133
De la Cruz López, Inmaculada	PO 121	Díaz Medina, María Inmaculada	PO 109
De la Fuente Crespo, Eduardo	PO 040	Díaz Santos, María Angustias	PO 012
De la Hoz Adame, María Eugenia	PO 091, PO 214, PO 245, PO 357	Díaz Tordable, Concha	PO 094
De la Ossa Sendra, María Jesús	PO 106, PO 107	Díaz-de Mera Sánchez, Elena	PO 190
De la Rica Escuin, Marisa	PO 182	Digrandi, Chiara	PO 316, PO 363
De Miguel Sánchez, Cristina	CO 24, PO 045, PO 238, PO 239, PO 268, PO 314	Dilla Velarde, Eide	PO 166
De Santiago Ruis, Ana	PO 334		
Del Barrio Linares, Miriam	PO 197	Domínguez Fuentes, Belén	CO 17, PO 119, PO 191, PO 214, PO 245, PO 357
Del Olmo Barros, María Jesús	PO 329	Domínguez Lorenzo, Carmen	PO 350
Del Río Arranz, Laura	PO 301	Dominguis Ivaris, María Elodia	PO 141
Del Valle Apastegui, Ruth	PO 048, PO 068, PO 173	Donaire Mejias, David	PO 252
Delgado Porres, Isabel	PO 115	Dorrego López, María Aranzazu	PO 366
Deus Fernández, Rebeca	PO 098, PO 157	Dourado, Marília	PO 198
Diana Jens, Silvia	PO 142	Drago Layseca, Francesca	PO 105, PO 291, PO 292
Díaz Agudelo, Daniela	PO 122	Duarte-Rodríguez, Miguel	PO 341
Díaz de Sousa, Pedro	PO 212, PO 266	Durán Adán, Anna	PO 330
Díaz Díaz, Tania	PO 074	Duran Bertran, Joan	PO 138

E

Encinas Martínez, Paloma	PO 192, PO 297	Escuin Troncho, Cecilia	PO 077, PO 217, PO 247, PO 261, PO 336
Enfermería UCP San Camilo	PO 145	Esparza-Miñana, José Miguel	PO 064
Enrich Grifol, Meritxell	PO 243	Esperón Rodríguez, Irene	PO 069

Equipo de investigación UCP San Camilo	PO 145	Esteban Pérez, Manel	PO 184, PO 263
Equipo médico de guardia y enfermería de la UCP	PO 180	Esteve Alegre, Eva María	PO 037
Escalante García, Luisa	CO 22	Evies Ojeda, Ani Josefina	PO 177
Escolà Fustero, Anna	PO 085	Expósito Concepción, María Yaquelin	PO 043, PO 122
Escolano Fernández, Belén	PO 361	Exposito López, Antonia	CO 15, PO 065
Escudero Carretero, María José	PO 269		
F			
Fabral Gil, Domingo Javier	PO 060	Fernández-López, Auxiliadora	PO 303, PO 341
Falcó, Esther	PO 064	Fernández-Pascual, María Dolores	PO 236
Faraldo Vallés, María José	PO 354	Ferradal García, José Ignacio	PO 237
Farfán Zúñiga, Ximena	PO 152, PO 218	Ferreira, María Elisabete	PO 148
Fariñas Amado, Antia	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351	Ferreira, Soraia	PO 148
Fernandes, Rui	PO 026	Ferrer Albiach, Carlos	PO 277
Fernández Arenas, Carmen	PO 278	Figols Ibañez, Eugenio	PO 235
Fernández Ávila, María Luisa	CO 20, CO 21, PO 118, PO 267, PO 288, PO 328	Figueredo Borda, Natalie	PO 299
Fernández Ferrández, Tamara	PO 001	Filip Ayala, Mireia	PO 134
Fernández Forne, África	PO 219	Fitó Selva, Dolors	PO 162
Fernández Lacin, José María	PO 067	Flor Tomas, Andrea	PO 083, PO 127
Fernández López, Auxiliadora	PO 269	Flores Antigüedad, María Luz	PO 042
Fernández Martínez, Elena	PO 097	Flores Belmonte, Javier	PO 283
Fernández Ramírez, Ylenia	PO 030, PO 067	Flors Villaverde, Pablo	PO 149, PO 274
Fernández Rendón, Lucía	PO 078, PO 202, PO 220, PO 279	Flox Benítez, Gema	PO 025, PO 040, PO 240, PO 362, PO 364
Fernández Rial, José Álvaro	PO 164, PO 187, PO 354	Folgozo Pérez, Carmen	PO 094
Fernández Roca, Lucía	PO 031	Forcano Sanjuán, Silvia	PO 345
Fernández Rodríguez, Carmen	PO 304	Forero Vega, Diana Carolina	CO 02
Fernández Rodríguez-Lacín, José María	PO 030	Fra Pérez, Belen	PO 233
Fernández Sánchez, Miguel	PO 034, PO 181, PO 262, PO 273	Fraile Duvicq, Carmen Gloria	PO 018
Fernández Santamaría, Susana	PO 160	Fresco Benito, Javier	PO 312
Fernández Silva, Carmen	PO 349	Fuentes Vigil, José	PO 030, PO 067
Fernández, Álvaro	PO 145, PO 180	Fuertes, Isabel	PO 193
Fernández, Tamara	PO 179	Fuster Aguilera, Cristina	PO 138
Fernández-Gutiérrez, Beatriz	PO 303, PO 341		
G			
Gabalton Pastor, David	PO 293	Garrido Martí, Desamparados	PO 037
Gabernet Foix, Sara	PO 055	Garrido Sanz, Virginia	PO 290, PO 363
Gagliardi Alarcón, Lidia	PO 208, PO 324	Garriga Peralta, Norma	PO 023
Gago Rodríguez, Sofía	PO 237	Gascón Ferrer, Marina	PO 077
Galache Grandes, Carmen	PO 166	Gazquez Alcoba, María del Carmen	PO 327
Galán Campos, Miriam	PO 013, PO 082, PO 265	Gil Caravaca, Verónica	PO 047, PO 129

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Galán Caro, Eulogio Manuel	PO 150	Gil Fernández, Pablo	PO 323
Galán González, Josefa	PO 323	Gil Guerrero, Lucía	PO 228
Galañena, Beatriz	PO 343	Gil López, Josefa	PO 270, PO 318
Galiana Llinares, Laura	PO 321	Gil Romero, Verónica	PO 065
Galiana, Laura	CO 18	Giménez Campos, María Soledad	PO 149, PO 274
Gallardo Pérez, Elisabeth	PO 358	Giménez Donoso, Sara	PO 120, PO 137
Gallart Escolà, Jaume	PO 317	Giménez Tebar, José Luís	PO 004, PO 005, PO 007, PO 057, PO 070, PO 083, PO 127, PO 143, PO 155
Gálvez Carvajal, Laura	PO 337	Giner Lillo, Ana	PO 332
Gálvez Mateos, Rafael	PO 042, PO 215, PO 338	Giordano, María Angélica	PO 236
Gamboa Antiñolo, Fernando Miguel	PO 170, PO 335	Gironés, Regina	PO 064
Gamboa Rojo, Raquel	CO 13, PO 333	Gisbert Ortiz, Marta	PO 141
Gámez Casado, Salvador	PO 322	Gispert Herrero, Sonia	CO 03
Ganado, Daniel	PO 323	Godoy Álvaro, Javier	PO 144
Gándara Astray, Jaime	PO 315	Godoy Molina, Elena	PO 001
Gandía Herrero, Marina	PO 270, PO 318	Gomes, Agna	PO 026
Garai Landa, June	PO 174	Gómez Bellvert, Nuria	PO 019
Garay Airaghi, Victoria	PO 208, PO 324	Gómez Buela, Inmaculada	PO 348
Garcés Rodríguez, Andrea Carolina	PO 270, PO 318	Gómez Cano, Soledad	CO 20, CO 21, PO 118, PO 267, PO 288, PO 328
García Aguilera, Cristina	PO 077, PO 217, PO 247, PO 336	Gómez Codina, José	PO 277
García Cabrera, Lorena	CO 23, PO 227	Gómez de la Rubia, Amparo	PO 193
García Cuartero, Irene	PO 146	Gómez del Valle, Carmen	PO 190
García de la Parra, María	PO 109	Gómez García, Rafael	PO 325
García de la Puente Rodríguez, Alonso	PO 072	Gómez Gigirey, Adriana	PO 348
García de Lima, Regina Aparecida	PO 207	Gómez Pérez, Daniel	PO 197
García Fernández, Elena	PO 033, PO 255	Gómez Rodríguez de Mendarozqueta, Montserrat	PO 264
García Florencio, Serafina	PO 313	Gómez Torres, Mónica	PO 022
García Font, Resfa María	PO 088, PO 158, PO 282	Gómez-Ulla Astray, Jacobo Alejandro	PO 175
García García, Ana	CO 24, PO 238, PO 239, PO 268, PO 314	Gonçalves Tavares, Filipa	PO 169
García García, Beatriz	PO 213	González Ascarza, María	PO 168, PO 275, PO 343
García García, Ramón	PO 313	González Billalabeitia, María	PO 104
García García, Rebeca	PO 115	González Blanco, Maritza	PO 008
García García, Silvia María	PO 327	González Bolaños, Inés Esther	PO 120, PO 137
García Gea, Alejandro	PO 050	González Campos, Lidia	PO 170, PO 335
García González, Josefina	PO 165	Gonzalez de Etxabarri Otsoa, Santiago	PO 130, PO 174, PO 264
García Guerrero, Julio	PO 060	González de Pedro, Cristina	PO 010
García Hidalgo, Laura	PO 257	González Díaz, Laura	PO 255
García Junquero, María Milagros Rocío	PO 121	González González, María José	CO 11
García Linares, Miguel Eusebio	PO 136, PO 163, PO 289, PO 331	González Moreno, Félix	PO 080, PO 121
García López, María	PO 295, PO 358, PO 365	González Muñoz, Berta A.	PO 008
García Martín, Beatriz Yaiza	PO 109	González Nevado, María José	PO 136, PO 163, PO 289, PO 331
García Martín, José Andrés	PO 237	González Noguera, Tatiana Cecilia	PO 112

García Martínez, Arantza	PO 069, PO 164	Garmendia Antia, Itziar	PO 174
García Martínez, María Aránzazu	PO 264	Garreta Burrel, Marisa	PO 079
García Martínez, Nuria	PO 029, PO 095, PO 200	González Quiñones, María Antonia	PO 214, PO 245, PO 319
García Mas, Pedro	PO 034, PO 146, PO 181, PO 262, PO 273	González Sánchez, Ana	PO 093, PO 222
García Melcón, Gerardo	PO 361	González Sequero, Vanessa	PO 154, PO 221
García Navarro, Esperanza Begoña	PO 012	González-Barboteo, Jesús	PO 232
García Navarro, Sonia	PO 012	González-Haba Martínez, Alba	PO 175
García Olid, Beatriz	PO 361	Goñi Fuste, Blanca	PO 272
García Pérez, Alba	CO 04, PO 260	Gozalvo, Adoración	PO 064
García Rabanal, Doradía	CO 04, PO 260	Grande Pizarro, Lorena	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
García Rodríguez, Macarena	PO 365	Granés Álvarez, Robledo	CO 14
García Rodríguez, Margarita	CO 19, PO 204	Grau Ribera, Roser	PO 201
García Romero, Laura	PO 365	Guardia Faci, Montserrat	PO 210
García Ronderos, Rocío	CO 19, PO 204	Guardia, P	CO 08
García Salvador, Isidro	PO 182	Guerra García, María Mercedes	PO 366
García Sánchez, Marina	PO 146	Guerrero Gutiérrez, Laura Edith	PO 109
García Sanjiao, María Isabel	PO 098, PO 157	Guerrero Moreno, Isabel María	PO 103
García Sanz, Montserrat	PO 074	Guevara Hernández, Pedro Braulio	PO 295
García Torralba, Monica	PO 007, PO 057, PO 070	Gutiérrez Domínguez, Pedro	PO 323
García Toyos, Noelia	PO 269	Gutiérrez García, Emilio	PO 297
García Verde, Isabel	PO 350	Gutiérrez Gutiérrez, Belén	PO 078, PO 202, PO 220, PO 279
García Villanego, Luís	PO 027, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 356	Gutiérrez Islas, Elizabeth	PO 016
García-Caro, María Paz	PO 280, PO 344	Gutiérrez Rodríguez, José	CO 19, PO 204
García-Castellano García, María Beatriz	PO 329	Gutiérrez, S	CO 08
García-Fayos de Diego, María	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167	Gutiérrez-Schiaffino, Guiomar	PO 257
Garibaldi Tolmos, Pablo Alessandro	PO 105, PO 291, PO 292	Guzmán García, Marcos	CO 20, CO 21, PO 118, PO 267, PO 288, PO 328
Garijo Gómez, Emilio	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167		

H

Herasme Grullón, Arlovia Teresa	PO 209	Herrera García, Isabel	PO 120, PO 137
Hernández Alonso, Leonor	PO 358, PO 365	Herrera Ubierna, Esther	PO 115
Hernández Bello, Estela	PO 020, PO 183	Herrera, M	CO 08
Hernández González, Jorge	PO 224, PO 276	Herrería Carrera, María Ángeles	PO 038, PO 242
Hernández Jiménez, María Victoria	PO 135, PO 265	Herrerín García, Paula	PO 142, PO 290, PO 316, PO 363
Hernández Martínez, Aranzazu	PO 081	Herrero-Hahn, Raquel	PO 280, PO 344
Hernández Muriel, Isabel María	PO 058, PO 185	Herruzo Cabrera, Ismael	PO 219
Hernández Navarro, Elisabet	PO 349	Hervás Laguna, María José	PO 014, PO 193
Hernández Piard, Mildrey	PO 278	Hidalgo Quirós, Mónica	PO 022
Hernández Rubio, Ana	PO 296	Huerga Pesquera, María José	PO 237

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Hernández, Fany	PO 310	Huerta González, Ibone	PO 345
Hernández, Manuel	PO 231	Hueso-Montoro, César	PO 280, PO 344
Herrador Fuentes, Blanca	CO 20, CO 21, PO 118, PO 267, PO 288, PO 328	Huxtable, Richard	PO 353
Herrera Abian, María	PO 109, PO 296		
I			
Ibañez Carreras, María Reyes	PO 077, PO 217, PO 247, PO 261, PO 336	Iglesias Rey, Leticia	PO 205
Ibañez del Prado, Celia	PO 100, PO 179	Ineva Santafé, María del Carmen	PO 028
Ibañez Oyarzabal, Nerea	PO 209	Iparraguirre Azcona, Marcia	PO 162, PO 216
Ibars Terés, Carlos	PO 243	Irastorza Eizagirre, Anjel	PO 300
Ibeas Martínez, Eva	PO 313	Irurzun Zuazabal, Josu	PO 003, PO 089, PO 102, PO 160, PO 231
Igesias Arevalillo, Rosa	PO 301	Isac Martínez, Begoña	PO 269
Iglesias Gallego, Marina	PO 231	Izquierdo-Gómez, José	PO 132
Iglesias Rey, Antonio	PO 205	Izquierdo Izquierdo, Esther	PO 060
J			
Jabalera, Diana	PO 049	Jiménez García, Mónica	PO 290, PO 363
Jamal Reche, Ismael	PO 107	Jiménez López, Antonio Javier	PO 205, PO 345
Jaman Mewes, Paula	PO 218	Jiménez Moreno, Fernanda	PO 083, PO 127
Jaña, Carolina	PO 036, PO 159	Jiménez Navarro, José Miguel	PO 192
Jiménez García, Mónica	PO 142	Jiménez Pancorbo, Mónica	PO 054
Jiménez Alcaide, Ana Isabel	PO 309	Jorge Sánchez, Ramón José	PO 348
Jiménez Alonso, María	CO 19, PO 204	Juanola Angelats, Marta	PO 201
Jiménez Avalos, María del Carmen	CO 13, PO 333	Juguera Rodríguez, Laura	PO 249
Jiménez Canet, Beatriz	PO 099		
L			
Labori Trias, María	PO 232	López Hellin, Elisabet	PO 138
Lago García, Sandra	PO 022	López Herrera, Soraya	PO 293
Lama Gay, Marcos	PO 343	López Layos, Pilar	PO 016
Landeras Martínez, Joaquín	PO 104	López Luna, Esther	CO 03, PO 134
Lara Moyano, María	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167	López Maestro, Marta	PO 050
Larrazabal Arbaiza, Ainara	PO 089	López Navarro, Carolina	PO 203
Laya Diestro, Susana	PO 065	López Pais, Pablo	PO 164
Lázaro Bermejo, Concepción	PO 153	López Pérez, Yolanda	PO 213
Lechuga Flores, Victoria	PO 027, PO 150, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 342, PO 356	López Ribes, Jesús	PO 055
Leiva, Ofelia	PO 036, PO 159	López Sánchez, Yolanda	PO 203, PO 246
Lendínez Mesa, Alejandro	CO 06	López Sandomingo, Laura	PO 117
León Martín, Antonio Alberto	PO 153	López Tapia, Fátima	PO 042, PO 195, PO 215, PO 338
Liébana Presa, Cristina	PO 097, PO 258	López Tinoco, Elena	CO 07

Lijo Fernández, Angélica	CO 09, PO 165	López Triguero, Ángel	PO 069, PO 187, PO 211
Lillo López, Elisa	PO 142, PO 290, PO 316	López, Carolina	PO 246
Lillo Rodríguez, Imma	PO 317	López-Aragón, María	PO 244
Linares del Puerto, Verónica	PO 317	López-Casero Beltrán, Natalia	CO 13, PO 333
Llanillo Melgosa, Rodrigo	PO 293	López-Perez, Yolanda	PO 311
Llobera Solanas, Marta	PO 055, PO 128	Lorenzo Ibáñez, Marta	CO 02
Llopis, Gema	PO 193	Losada López, Carlos José	PO 098, PO 157
Llorens-Torromé, Silvia	PO 232, PO 330	Lozano García, Fernando	PO 197
López Alarcón, María Dolores	PO 277	Lozano, Bernardino	PO 311
López Alonso, Ana Isabel	PO 097, PO 258	Lozano-Lozano, Mario	CO 12, PO 346
López Díaz, Belén	PO 166	Luengo Pérez, Luís Miguel	PO 297
López Domínguez, José	PO 022	Luján García, Virtudes	PO 146
López Fernández, María Dolores	PO 135, PO 265	Luque Amado, Carolina	PO 073
López García, Marcos	PO 283	Luque -Blanco, Ana Isabel	PO 132
M			
Maceda García, Sabela	PO 098, PO 157, PO 187, PO 211	Mas Llull, María José	PO 141
Maceira Rozas, María del Carmen	PO 187, PO 354	Mas Pla, María Jesús	PO 004, PO 005, PO 155
Machado Barbosa da Silva, Bárbara	PO 207	Mascarenhas Morais, Francine	PO 021, PO 111, PO 225
Machado, Paula	PO 052	Masgrau, Carme	PO 075
Macías Jiménez, Marina	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167	Mateos del Nozal, Jesús	PO 227
Macias Montero, Maricruz	PO 301	Mateos Rodilla, Juana	PO 002
Madrid Martín, Clara	PO 050	Mateos Rodríguez, Josefina	PO 107
Madrid Rodríguez, Aurora	PO 001, PO 257	Mateos-Nozal, Jesús	CO 23
Madrigal Madero, Eneko	PO 003, PO 089, PO 102	Maximiano Alonso, Constanza	PO 010
Madueño Valencia, Beatriz	PO 134	May Málaga, Luís Renato	PO 281
Magide Hernández, Conchita	PO 138	Mayorgas Fortis, Marisa	PO 042
Maire, Coralie	PO 215	Mediavilla Torres, Roberto	PO 039
Maldonado Moreno, Carmen	PO 188	Medina García, José Alejandro	PO 099
Maldonado Morgado, Armando	PO 036, PO 159	Medina Menéndez, Fernando Manuel	PO 087
Malumbres Talavera, Jenifer	PO 349	Mejón Casas, Olga	PO 128
Mancheño Álvaro, Antonio	PO 014, PO 193	Meléndez Gracia, Alberto	PO 140
Manzano Moro, David	CO 05, PO 302	Melero Cañadas, Rosario	PO 038, PO 242
Mañas Álvarez, Isabel María	PO 136, PO 163, PO 289, PO 331	Melguizo-Garín, Anabel	PO 253
Maradey, Pablo	CO 08, PO 190	Mellado Cruz, Pablo	PO 248
Marcos González, Eufemia	PO 060	Menéndez, Amparo	PO 108, PO 171
Marcos Romero, Inés	CO 04, PO 260	Menezes da Silva, Mónica	PO 186
Marín Alba, José Manuel	PO 058, PO 185	Menino, Carla	PO 139
Marín Fernández, Isabel	CO 15	Mera Gallardo, Oliva	PO 027, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 356
Marinho Alves, Joana	PO 156	Merinero Casado, Laura	PO 241, PO 285, PO 286, PO 287, PO 308
Marín-Roselló, María Luisa	PO 341	Mesas Ruiz, Andrés	PO 219, PO 337
Maroto Gómez, Leandro	CO 05	Miguel Vázquez, María Paz	PO 115

Martín Aguado, Sandra	PO 144	Miranda Burgos, Anabela	PO 217, PO 247, PO 336
Martín Cabanillas, Laura	CO 17	Miranda, Sonia	PO 066
Martín de Rosales Martínez, José	PO 195, PO 215, PO 338	Moggia, Danilo	PO 108, PO 171
Martín Fuentes de la Rosa, María Ángeles	PO 283	Molina Baltanás, Esperanza	PO 350
Martín García, María Cruz	PO 315		
Martín Gutiérrez, María	PO 104	Molina Quiles, Francisca	PO 146
Martín López, Ruth	PO 013, PO 082, PO 340	Molina Robles, Carmen	PO 334
Martín Márquez, Jacinta	PO 284	Molina Robles, Mercedes	PO 333
Martín Peral, Paula	PO 150, PO 342	Molina Sosa, Guacimara	CO 11, PO 044
Martín Pérez, Anastasi	PO 349	Moltó Llarena, Elena	PO 210
Martín Rojo, Cristina Belén	PO 091, PO 191	Monedo Navazo, Mónica	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
		Monescillo Rodríguez, Miguel Ángel	PO 153
Martín Roselló, María Luisa	PO 106, PO 107	Monforte-Royo, Cristina	PO 272
Martín Sallent, Beatriz	PO 074	Monguet Fierro, Josep María	PO 092
Martín Sánchez, María de los Ángeles	PO 195, PO 215, PO 338	Monleón Just, Manuela	PO 002
Martín Torres, Juan	PO 025, PO 240, PO 362, PO 364	Monroy Gómez, Carmen	PO 017, PO 229, PO 284
Martín Utrilla, Salvador	PO 014, PO 193, PO 244, PO 264	Monsalvo Saornil, Javier	PO 296
Martín Zamorano, Marina	CO 07	Monteiro, María João	PO 053
Martínez Soriano, Leandro Miguel	PO 004, PO 005, PO 007, PO 057, PO 070, PO 083, PO 127, PO 155		
		Montero Sánchez, Josefina	CO 13, PO 333
Martínez Arroyo, Olga	PO 050	Montes Romero, Marta	PO 094
Martínez Asensio, Elisabet	PO 338	Montoya-Juárez, Rafael	PO 280, PO 344
Martínez Barragán, María Fernanda	PO 175	Mora Menéndez, Martina	CO 11
Martínez Bautista, María José	PO 322	Moral Pereda, Roger	PO 086
Martínez Concepción, Eugenio	PO 269	Morales González, Francisco Javier	PO 060
Martínez Cruz, María Belén	PO 213	Morales Lite, Montserrat	PO 004, PO 005, PO 007, PO 155
Martínez Doncel, Eduardo	PO 142, PO 290, PO 316		
		Moran Tiesta, Cristina	PO 045
Martínez Escabias, Evelyn	PO 092, PO 154, PO 221	Moreira, Ana Sofía	PO 066
Martínez Fernández, Cristina	PO 121	Moreno Alonso, Fernando	PO 168, PO 275
Martínez Fernández, Trinidad	PO 248	Moreno Becerra, María Teresa	PO 011, PO 103
Martínez García, Vanesa	PO 133	Moreno Conde, Mirian	CO 20, CO 21, PO 118, PO 267, PO 288, PO 328
Martínez Gonzálbez, Rafael	CO 22		
		Moreno Iglesias, Isabel	PO 128
Martínez Lamas, Carmen	PO 233	Moreno Lizanda, Nieves	PO 184, PO 263
Martínez Madrigal, Sandra	PO 249	Moreno, Fernando	PO 343
Martínez Martínez, Macarena	PO 045	Moreno-Alonso, Déborah	PO 330
Martínez Motos, Ana Belén	PO 034, PO 181, PO 262, PO 273		
		Morgenstern Isaac, Andrés	PO 256
Martínez Ramírez, Miriam	PO 034, PO 262	Morlan Coarasa, Laura	PO 133
Martínez Ripol, Rocio	PO 210	Mosquera Pena, Marcelino	PO 164, PO 250, PO 348
Martínez Sabater, Antonio	PO 359	Mota Vargas, Rafael	PO 323
Martínez Serrano, Trini	PO 184, PO 263	Moya Martínez, Pilar	PO 190
Martínez Varela, Flor	PO 271	Muelas González, Sagrario	PO 350
Martínez Zerón, Elena	PO 295, PO 358		

Martínez, Raquel	PO 062	Munguía Suárez, María Luisa	CO 11, PO 044
Martínez-Arnau, Francisco M.	PO 332	Muniesa Zaragoza, Marta P.	PO 228, PO 343
Martínez-Leal, Rafael	PO 026	Muñoz Rodríguez, Melda	PO 013, PO 029, PO 082, PO 095, PO 200
Martín-López, Juliana Esther	PO 303	Muñoz SanJuan, Priscila	PO 243
Martín-Pérez, Antonio José	CO 12, PO 346	Murcia Zaragoza, José Manuel	PO 295, PO 358, PO 365
Martín-Pérez, Cristal	CO 12		
Martín-Roselló, María Luísa	PO 303		
Martín-Utrilla, Salvador	PO 332		

N

Nabal Vicuña, María	CO 02, PO 281	Navío Botias, María	PO 076
Nabal, María	PO 046, PO 063	Neila Gómez, María	PO 293
Naudeillo Cosp, Meritxell	PO 085, PO 256	Neila Iglesias, Mar	PO 251
Naval Marcos, Mireia	PO 162, PO 216	Nerín Sánchez, Cristina	PO 146
Navarro Cañadas, Claudio	PO 124	Nocetti de la Barra, Alejandra Viviana	PO 018
Navarro Gastón, María Teresa	PO 251	Núñez Jorge, Ana	PO 299
Navarro Meléndez, Ana	CO 06	Núñez Viejo, Miguel Ángel	PO 205
Navarro Ortega, Cristina	PO 045	Núñez, M.	CO 08

O

Olagüe Baño, Carme	PO 270, PO 318	Ortega Flores, Sonia	CO 03
Olalla Gallo, María Ángeles	PO 115, PO 352	Ortega García, Cristobal	PO 162, PO 216
Oliveira Barbedo, Isabel Cristina	PO 161	Ortega Guerrero, Álvaro	PO 197
Ollero Baturone, Manolo	PO 287, PO 308	Ortigosa Aguilar, Leticia	PO 033, PO 255
Ollero Ortiz, Julia	PO 287, PO 308	Ortiz Gonçalves, Belén	PO 254
Olmedo Marroquin, Claudia	PO 085, PO 310	Ortiz Martínez, María Carmen	PO 146
Olmedo Vega, Verónica	PO 340	Ortiz Rambla, Javier	CO 22, PO 235
Onaindía Ezenarro, Miren Josune	PO 264	Ortiz Soler, Fernando	PO 235
Ordoñez Estebáñez, Gloria	CO 19, PO 204	Oviedo Cordoba, Haidy Rocío	PO 177
Oreja Hernández, Laura	PO 166		

P

Pache González, Sonia	PO 050	Pérez Lledo, Esther	PO 057, PO 070, PO 143
Padilla Saez, Alicia	PO 143	Pérez Rodríguez, Lourdes	PO 322
Padrón Gómez, Yeraldín	PO 120, PO 137	Pérez Yuste, María Paulina	CO 16, PO 101, PO 226
Palao Tarrero, Ángela	PO 039	Pérez Zabala, Elena	PO 160
Palomar Muñoz, María del Carmen	CO 07	Perez Zabala, María Elena	PO 102
Palomo Rodríguez, Rocío Dolores	PO 009	Pérez Zarco, Olga	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
Pantoja Benítez, José Manuel	PO 086	Pérez, Pedro	PO 036, PO 159
Paramés, Paula	PO 066, PO 139, PO 186	Pérez, Roberto	PO 049
Pardo Miguel, José Antonio	PO 160	Pérez-Abascal, Noelia	CO 23
Pardo Ríos, Manuel	PO 249	Pérez-Moreno Conejo, María	PO 133
Pardo Sesé, Julia	PO 014	Pérez-Ros, Pilar	PO 332
Parra Ortega, Laura	PO 248	Pérez-Serrano Ruiz, Ana María	PO 153

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Parras García de León, Nieves	PO 284	Pergolizzi, Denise	PO 272
Parras León, Nieves	PO 017	Pericot Mozo, Xavier	PO 132
Pascual Castañé, Olga	PO 022	Persquera Carrero, Rocío	PO 301
Pascual Pla, Francisco José	PO 014, PO 193, PO 244	Pi Sánchez, Jordi	PO 210
Pascual Santamaría, Candelas	PO 166	Pichardo García, Luz María Guadalupe	PO 024
Pérez Moreno, Catalina	PO 323	Pick Martín, Jennifer	PO 056, PO 131, PO 147, PO 167
Patiño Muñoz, David	PO 004, PO 005, 007, PO 057, PO 070, PO 083, PO 127, PO 143, PO 155	Pina Rubiralta, Nuria	PO 298
Pazo Ferreiro, María Dolores	PO 366	Pinar Sánchez, Juana	PO 270
Pedrinazzi de la Hoz, Cristina	PO 207	Pineda Herrero, Pilar	PO 092, PO 221
Pèlach, Alba	PO 075	Pinedo Asarta, Arantza	PO 140
Peláez Cantero, María José	PO 001, PO 257	Pinheiro Rodrigues, Marta Cristina	PO 021, PO 111, PO 225
Pelegrín García, Mónica	PO 234	Pino Bonet, Irene	CO 22, PO 235
Pena Labour, Petra Teresa	PO 209	Pinto Lourenço, Rita Sofia	PO 087
Peña Bandrés, Iñaki	PO 300	Piqueras Martínez, Ana Nieves	PO 270, PO 318
Peñaranda, Sonia	PO 193	Pires, Vera	PO 148
Pereda Ugarte, Carlos	PO 038, PO 242	Plaza Bedmar, Gonzalo	PO 142, PO 290, PO 316, PO 363
Pereira de Moura, José	PO 252	Plaza Blazquez, Remedios	PO 068
Pereira Domínguez, Manuel	PO 241, PO 285, PO 286	Plaza Canteli, Susana	PO 025, PO 040, PO 240, PO 362, PO 364
Pereira León, Jorge	PO 325	Polo García, Lydia	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
Pereira, Marta	PO 026	Ponce Ortega, José Miguel	PO 217
Pérez Abascal, Noelia	PO 227	Pons Fraval, Francisco	PO 060
Pérez Agudo, Manuela	PO 316	Pontón Sivillá, José Luis	PO 330
Pérez Aznar, Coro	CO 24, PO 213, PO 238, PO 239, PO 268, PO 314	Pop Csog, Beatrice	PO 283
Pérez Cajaraville, Juan	PO 345	Porcar Molina, Carmen	PO 235
Pérez Caro, Lucía	PO 248	Porcuna Alférez, Silvia	PO 054
Pérez Cervellera, Carlos	PO 313	Porta-Sales, Josep	PO 064, PO 132, PO 272, PO 277
Pérez Díaz, María José	PO 327	Prados Cuesta, Juan Carlos	CO 10
Pérez Espina, Rosa	PO 009, PO 012	Prat Martínez, Merce	PO 092, PO 154, PO 221
Pérez García, Asunción Manuela	PO 237	Prieto Jiménez, Raquel	CO 16
Pérez García, Olga	PO 074	Primavera, Rosa	PO 252
Pérez García, Verónica	PO 141	Puiggalí i Morató, Aleix	PO 190
Pérez Jiménez, Ángela	PO 037	Pujol García, Anna	PO 154, PO 221

Q

Quera, Dolors	PO 310
---------------	--------

R

Rahona Navarro, Mar	PO 235	Rodríguez Baño, Jesús	PO 279
Raja Casillas, Inmaculada	CO 08, PO 016, PO 133	Rodríguez Calderón, Juan Luis	PO 178

Ramajo Iglesias, Sara	PO 030	Rodríguez Galeano, Mónica	PO 146
Ramírez García, Susana	PO 096	Rodríguez Martín, Bárbara	PO 048, PO 068, PO 173
Ramírez Ortiz, Ester María	PO 088, PO 158, PO 282	Rodríguez Martínez, Zeida Rosa	PO 278
Ramírez Puerta, María del Rosario	PO 042	Rodríguez Medina, Laura María	PO 325
Ramírez Pulido, Rebeca	CO 14	Rodríguez Mesa, Dulce	PO 203, PO 246
Ramírez Yesa, Daniel	PO 091, PO 119, PO 191, PO 214, PO 357	Rodríguez Penín, Isaura	PO 117
Ramos de la Cruz, Ediltrudis	PO 112	Rodríguez Pérez, Beatriz	PO 283
Ramos González, Mercedes	PO 283	Rodríguez Pérez, Lydia	PO 258
Ramos Paredes, Isabel	CO 03	Rodríguez Quintana, Raquel	PO 190
Ramos Pichardo, María de la Cinta	PO 009	Rodríguez Rodríguez, Juan Nicolás	PO 096
Ramos Pollo, Daniel	PO 124, PO 172, PO 304	Rodríguez Sánchez, Joaquina	PO 009, PO 088, PO 158, PO 282
Ramos Quiroga, Josep Antoni	PO 256	Rodríguez Sierra, Miriam	CO 09
Rebull Barqué, Jordi	PO 033, PO 255	Rodríguez Valcarce, Ana María	PO 104
Redondo Elvira, Tamara	PO 084, PO 100, PO 110, PO 224, PO 276	Rodríguez Vega, Beatriz	PO 039
Redondo Moralo, María José	PO 283	Rodríguez, Pilar	CO 11
Rego Salgueiro, Fabio	PO 252	Rojas Prol, Miriam	PO 326
Reig-Ferrer, Abilio	PO 236	Rojas, Juan Guillermo	PO 280, PO 344
René Freire, Elga	PO 161	Roldán García, Susana	PO 016
Resa Ortiz, Gema	PO 100, PO 179	Roma Romero, Enrique	PO 041
Rexach Cano, Lourdes	CO 23, PO 227	Román Fernández, María Carmen	PO 135
Reyes Alcaide, María	PO 192	Romani Costa, Verónica	CO 15, PO 065
Riba Villoldo, Marina	PO 033, PO 255	Romeiro, Filipa	PO 123
Ribelles Entrena, Nuria	PO 337	Romero Cebrián, Arancha	PO 068
Ribera Santos, Itzel	PO 298	Romero Coteló, Juan	PO 076, PO 195
Rico Lucena, María José	CO 14	Romero Gabino, Victoria	PO 283
Riera, Mariona	PO 108	Romero Mayoral, María Pilar	PO 135
Río, Ángela	CO 06	Romero Rodríguez, Yolanda	PO 042, PO 195
Rios Kompaniets, Eliana	PO 105, PO 291, PO 292	Rosa González, María Inmaculada	PO 360
Riquelme Fernández, María Jesús	PO 086	Rosado Suárez, María Alicia	PO 009
Riveira Fraga, María del Carmen	PO 117	Royo Ramírez, Laura	PO 184, PO 263, PO 317
Rivera Alviol, Jessica	PO 134	Rozalén Quintano, Laura	PO 071
Robledo, Yolanda	CO 06	Rua Mareque, María del Carmen	PO 165
Robles Farto, Alba María	PO 097	Rubio, Sara	PO 250
Roca Almela, Ricardo	PO 014	Ruiz Bobe, Marta	PO 347
Rocamora González, Cristina	PO 039	Ruiz Casado, Ana	PO 010
Rocha, Ana Carolina	PO 307	Ruiz Martínez, Alba María	PO 076
Rocha, Ana María Neves	PO 198	Ruiz Moreno, Ana María	PO 115
Rodrigues, Joana	PO 066, PO 139	Ruiz Sannikova, Olga	PO 028
Rodríguez, Alfredo	PO 036, PO 159	Ruiz Torreras, Inmaculada	PO 106
Rodríguez Almagro, Julián	CO 13	Rus-Palacios, Macarena	PO 303, PO 341
Rodríguez Atanes, Purificación	PO 134		

S

Sabartés Fortuny, Olga	PO 162, PO 216	Sanfelix, Lola	PO 193
Sáenz de Santa María Benedet, Lucía	CO 19, PO 204	Sanhueza Rodríguez, Constanza	PO 152

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Saias Canhoto, Isaura Jesús	PO 021, PO 111, PO 225	Sanjurjo Álvarez, Penelope	PO 224, PO 276
Saiz Anton, Neus	PO 085, PO 256	Sanmarful Schwarz, Alexandra	PO 366
Saiz, Neus	PO 310	Sansó Martínez, Noemí	CO 18, PO 321
Salanova Serrablo, Helena	PO 028	Santacruz Saura, Víctor	PO 105, PO 291, PO 292
Salas Rodríguez, José Maneul	PO 249	Santamaría Marín, Agustín	PO 229, PO 284
Salazar de la Guerra, Rosa	PO 329	Santamarta Solla, Natalia	PO 124
Salazar Laya, Beatriz	PO 117	Santiago Ayarza, Martín José	PO 003, PO 089, PO 102
Salazar-Blandón, Diego	PO 280, PO 344	Santiago Sacristán, Silvia	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
Salcedo Peris, Teresa	PO 017, PO 153, PO 229 PO 284	Santos-Ruiz, Ana María	PO 236
Sales Pascual, Anna	CO 22	Santos, Margarida Fátima	PO 161
Salgado Mirra, Joana Filipa	PO 161	Sanz Amores, Reyes	PO 269, PO 303, PO 341
Salinas Lasa, Miren Begoñe	PO 130, PO 174	Sanz Hernández, Carla	CO 05
Salloum Llergo, Beatriz	PO 033, PO 255	Sanz Peces, Eva	PO 315
Salvado Usach, María Teresa	PO 105, PO 291, PO 292	Sapeta, Paula	PO 123, PO 156, PO 339
Salvanyàs, Lluïsa	PO 171	Saralegui Reta, Iñaki	PO 140
Samper Hiraldo, Fefa	PO 014	Sastre, Pablo	PO 180
San Gregorio Matasanz, Andrea	PO 329	Schofield, Guy	PO 353
Sanagustin Piedrafita, Pilar	PO 077	Segura Fernández, Eduardo	PO 121
Sánchez Chaves, María Purificación	CO 16, PO 101, PO 226, PO 305, PO 306	Segura Schulz, Cristina	PO 011, PO 103
Sánchez Domínguez, Feliciano	CO 16, PO 101, PO 226, PO 260, PO 298, PO 305, PO 306	Seijas Tamayo, Raquel	PO 260
Sánchez Fuentes, Demetrio	PO 135	Selman, Lucy	PO 353
Sánchez Fuentes, Juan Manuel	PO 013, PO 265, PO 340	Serna Mont-Ros, Judith	PO 349
Sánchez Isac, María	CO 24, PO 238, PO 314, PO 239, PO 268	Serrahima Mackay, Anna	PO 126
Sánchez Lechuga, Elías	PO 329	Serrano García, Irene	PO 208, PO 324
Sánchez López, Ana Belén	PO 034, PO 181, PO 262, PO 273	Serrano Pecos, Verónica	PO 175
Sánchez Martín, Jesús	PO 197	Serrano Pradas, Guadalupe	PO 153
Sánchez Moreno, Sandra	PO 101	Serrano-Bermúdez, Gala	PO 232, PO 330
Sánchez Pellitero, Montserrat	PO 025, PO 040, PO 240, PO 362, PO 364	Sierra García, Francisca	PO 241, PO 285, PO 286
Sánchez Ramos, José Luis	PO 096	Sierra Triviño, Gema	PO 051, PO 114, PO 176, PO 178, PO 189, PO 259, PO 351
Sánchez Relinque, Enrique	PO 073, PO 212, PO 230, PO 266	Sierra, Natalia	PO 014
Sánchez Sánchez, Cristina	PO 135	Silva Costa, Diana Isabel	PO 087
Sánchez Sánchez, Eduardo	PO 327	Silva, Jeanette	PO 066, PO 139
Sánchez Sánchez, Marta	PO 061, PO 144	Soler González, Gemma	PO 345
Sánchez Sánchez, Nerea	CO 16, PO 101, PO 226, PO 305, PO 306	Soria Antonio, Pilar	PO 273
Sánchez Valdeón, Leticia	PO 097, PO 258	Soriano Martín, Pedro José	PO 002
Sánchez-Cano, Daniel	PO 346	Soriano Melchor, Elisa	PO 149, PO 274
Sanchís Muñoz, Jorge	PO 093, PO 222	Soriano Segura, María	PO 010

Sancho Arbiol, Marta	PO 231	Sousa Alves, Júlia María	PO 161
Sancho Calatrava, Constanza	PO 038, PO 242	Suárez, Elizabeth	PO 310
Sancho Sancho, Estrella	CO 05	Suero, Ana	PO 301
Soler López, Begoña	PO 205, PO 345		
T			
Taberna Sanz, Miren	PO 232	Torezano González, Laura	CO 14
Taghikhani, Rochsane	CO 11	Torres García, Ariadna	PO 256
Tejada Valle, Iñigo	PO 250	Torrijos Zarcero, Marta	PO 039
Tejedor Gutiérrez, Martín	PO 247	Trejo Omeñaca, Álex	PO 092
Tejedor Rodríguez, Eva María	PO 013, PO 082, PO 265, PO 340	Trelis Navarro, Jordi	PO 232
Tejero González, Juan	PO 213, PO 315	Trillo Sánchez-Brunete, Rosa	PO 326
Terrón Sánchez, Andrea	PO 219, PO 337	Triñanes Pego, Yolanda	PO 211, PO 354
Teruel Bosch, Laura	PO 033	Trouillhet Manso, Isabel	PO 027, PO 194, PO 196, PO 294, PO 320, PO 356
Tinoco Gardón, Raquel	PO 119, PO 191, PO 245, PO 357	Trujillano Cabello, José Javier	PO 046
Tito, Jesica	PO 209	Tuca Rodríguez, Albert	CO 01, CO 08
Tordable Ramírez, Ana	PO 002		
U			
Ubach Mezcuca, Mateu	PO 243	Unzurrunzaga Díaz, Ainhoa	PO 312
Úbeda Conte, Natalia	PO 065	Uriol Goss, Vibiana Beatriz	PO 028
Uceda Torres, María Elena	PO 009, PO 096	Urueña Díaz, Amalia	PO 349
Ulla Anes, Mariano	PO 361		
V			
Vacas Carbonero, María Resurrección	PO 081, PO 304	Verdún Aguilar, Juan Antonio	PO 261
Valdés Castiello, Andrea	PO 154	Vergel Eleuterio, Rafael	PO 318
Valdés Gómez, Carmen	PO 030, PO 067	Vicente García, María José	PO 029, PO 095, PO 200
Valdés Paredes, Alfredo	PO 069	Vicente Martí, Lidia	PO 031
Valdivieso Martínez, Bernardo	PO 149, PO 274	Vicente Martín, Cristina	PO 109
Vales Arriols, Marta	CO 10	Vicente Sánchez, Fernando	PO 045
Vallina Blanco, Purificación	PO 030, PO 067	Victoria García-Viniegras, Carmen Regina	PO 008
Valtueña Peydro, Germán	PO 261	Vidal de Azpiazu, Anabel	PO 098, PO 157
Valverde Bosch, Montse	CO 01	Vidal-Blanco, Gabriel	CO 18, PO 321
Vara Hernando, Francisco José	CO 16, PO 013, PO 101, PO 226, PO 265, PO 298, PO 306	Viera Pirra, Diana	PO 021, PO 111, PO 225
Vara Hernando, Francisco José	PO 305, PO 340	Vila Iglesias, Isabel	PO 069
Vara Sancho, Francisco	PO 305, PO 306	Vila, Montse	PO 075
Vara Sancho, Verónica	PO 226, PO 305, PO 306	Vilaplana i Birba, Josep	PO 132
Vargas Arrabal, María Pilar	PO 076	Vilar Pumares, Maira	CO 09
Vaz, Bianca	PO 066	Villace Gallego, Pablo	PO 138
Vázquez Abruña, María José	PO 081, PO 304	Villacieros Durbán, Marta	PO 049, PO 145, PO 180, PO 311, PO 329

CO: Comunicación Oral

PO: Comunicación Póster

Vázquez Archilla, Montse	PO 054	Villamil Cajoto, Iago	PO 233
Vázquez Beltrán, María del Pilar	PO 095, PO 200	Villanueva Sáenz, Claudia del Socorro	PO 024
Vázquez García, María Dolores	PO 029, PO 047, PO 129	Villaseñor Muñoz, María José	PO 188, PO 309
Vázquez Pombo, Alicia	CO 09	Villegas Bruguera, Eulalia	PO 231
Vázquez Ramos, Virginia	PO 315	Villegas Estévez, Francisco J.	PO 277
Vázquez Vigo, Rocío	PO 348	Viloria Jiménez, Aurora	PO 208, PO 324
Vega Giménez, Luísa	PO 140	Vinyes Jiménez, Joan Oriol Enric	PO 317
Veiga Barrientos, Andrea	PO 237	Virosta Allegue, Manuel	PO 130
Vela Requena, María del Mar	PO 035	Visa Caño, Francisco Javier	PO 124
Velasco Bueno, José Manuel	PO 197	Vitaller Santiró, Albert	PO 116
Velasco Sanz, Tamara Raquel	PO 197		

Y

Yanes Bengoa, Ruth Stefany	PO 199	Yarza Cañeyas, Manuel	PO 313
Yanes Hernández, Meritxell	CO 11, PO 044		

Z

Zamora Barrio, Alexia	PO 100, PO 179	Zamora Martínez, Irene	PO 195, PO 365
Zamora Blasco, Javier	PO 050		
