



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PROGRAMA DE FORMACIÓN DIRIGIDO A
ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN
ATENCIÓN DOMICILIARIA.

NURSING TRAINING PROGRAM FOR
PALLIATIVE CARE IN HOME CARE.

Autor/es

Sofía Zaldívar Rosés

Director/es

Marisa de la Rica Escuín

Facultad de Ciencias de la Salud

2019

ÍNDICE:

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS	8
3. METODOLOGÍA	9
4. DESARROLLO	13
4.1 Diagnóstico: Análisis y Priorización	13
4.2 Población Diana	14
4.3 Objetivos	15
4.4 Planificación	16
4.5 Estrategia	18
4.6 Actividades	19
4.7 Cronograma de Gantt	25
5. EVALUACIÓN	26
6. CONCLUSIONES	27
7. BIBLIOGRAFÍA	28
8. ANEXOS	33

RESUMEN

Introducción: Los Cuidados Paliativos son un tema de actualidad debido al envejecimiento de la población y el aumento de cronicidad de las enfermedades.

La mayoría de los pacientes prefieren vivir el proceso de morir en su domicilio junto a sus familiares, contando con la implicación de los profesionales sanitarios.

El cuidado de personas en situación paliativa y de sus familiares representa un reto único. Sin embargo, existe una escasa propuesta académica de conocimientos específica para esta disciplina, lo que deriva en inseguridad de los profesionales y un déficit en la atención a este tipo de pacientes.

Objetivo: Diseñar un programa de formación para profesionales de enfermería dirigido a mejorar y promover la atención domiciliaria a pacientes con pronóstico de vida limitado y sus familiares.

Metodología: Se ha efectuado una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en bases de datos, páginas web, guías de práctica clínica y libros sobre los cuidados paliativos y se ha elaborado un Programa de Formación para Enfermería.

Conclusiones: La intervención de enfermería es imprescindible para acompañar en los momentos que se dan al final de la vida.

Una formación actualizada y bien diseñada garantizaría profesionales cualificados en los conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar unos adecuados cuidados paliativos. Además de mejorar su afrontamiento, haciendo que se sientan más seguros y preparados.

Palabras clave: "Cuidados Paliativos", "Atención domiciliaria", "Formación", "Enfermería".

ABSTRACT

Introduction: Palliative care is a topical issue due to the aging of the population and the increase in the chronicity of diseases.

Most patients prefer to live the process of dying at home with their family, with the involvement of health professionals.

Care of terminally ill people and their families represents a unique challenge. Nevertheless, there is a scarce academic proposal of specific knowledge for this discipline, which has led to the insecurity of professionals and malpractice in the care of this type of patients.

Objective: Design a training program for nursing professionals aimed at improving and promoting home care for patients with limited life prospects and their families.

Methodology: A Palliative care literature review, of the last 10 years, has been carried out in database, web pages, clinic guides and books.

Conclusions: Nursing intervention is essential to accompany the moments that occur at the end of life.

An updated and well-designed training ensures qualified professionals in the knowledge and skills necessary to develop adequate palliative care. In addition to improving your coping, making you feel more secure and prepared to work with patients with limited life prognosis and their families.

Keywords: "Palliative care", "Home care", "Training", "Nursing".

1. INTRODUCCIÓN:

En las últimas décadas se han producido avances científicos-tecnológicos y a la vez se ha asistido a un envejecimiento progresivo de la población, derivando en un aumento gradual de la prevalencia de enfermedades crónicas¹⁻⁴.

Debido a este aumento de la cronicidad los expertos han visto la importancia de implantar unos buenos Cuidados Paliativos en nuestra sociedad¹. Se definen como «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales»^{1,5,6}.

El objetivo principal de los cuidados paliativos (CP) es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia, a través del bienestar, la promoción de la dignidad y autonomía del conjunto familiar^{5,7-10}. Hay que destacar que en el mundo solo el 14% de las personas que los necesitan reciben este tipo de cuidados^{11,12}.

La Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud estima que aproximadamente 3.621 pacientes por millón de habitantes/año necesitarían CP en España; teniendo acceso alrededor del 50% de ellos, de los cuales un 30,7% fueron atendidos por equipos domiciliarios^{11,12}.

La población más susceptible de precisar CP son las personas con cáncer y enfermedades crónicas evolutivas de cualquier edad que se encuentran en situación avanzada y con pronóstico de vida limitado (Anexo 1)¹³⁻¹⁶.

Los CP consideran la muerte como un proceso natural: ni la aceleran ni la retrasan^{17,18}. Los tratamientos curativos y los CP no son mutuamente excluyentes, los CP deben proporcionarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y dependiendo de las necesidades de pacientes y su entorno (Anexo 2)^{2,6,15}.

Las acciones paliativas tienen cuatro fases:

1. Cuidado paliativo precoz: el paciente presenta buen estado funcional, con pronóstico de meses a años.

2. Complementario: el paciente presenta estado funcional intermedio, con pronóstico de semanas a meses.
3. Predominante: cuando presenta bajo estatus funcional, con irreversibilidad de la enfermedad de base, y pronóstico estimado de días a semanas.
4. Exclusivo: cuando hay un declive rápido e irreversible del estado general (cuidados de fin de vida) ¹⁹.

Respecto a los cuidados de enfermería se conciben en dos sentidos: la aplicación de un tratamiento técnico y especializado, y los referidos a la percepción de la persona y sus necesidades como enfoque global ²⁰⁻²².

Si hay una implicación por parte de los profesionales sanitarios, la mayoría de las personas deciden vivir el proceso de morir en su domicilio en compañía de sus familiares ^{2,12,23,24}. A pesar de esto y aunque se promueve la atención al paciente en el domicilio, solo 3 de cada diez fallecen en sus casas ¹⁰.

El objetivo del personal de enfermería en atención domiciliaria (AD) al paciente terminal es atenderle integralmente, orientar a la familia en los cuidados consiguiendo que el familiar reciba de forma adecuada los cuidados sin tener que salir del domicilio ^{9,10,22}. Los principales inconvenientes en la AD están relacionados con la falta de preparación en habilidades comunicativas y en control de situaciones emocionales intensas o la formación sobre el control de síntomas y del dolor ³.

Un enfoque paliativo centrado en la calidad de vida y el apoyo familiar puede tener beneficios para pacientes-familiares y el sistema de salud, ya que mejoran la relación costo-efectividad de la atención, disminuyen las hospitalizaciones no deseadas y la atención agresiva al final de la vida ^{3,12,14,21}.

Dentro de los planes de cuidados también se tiene que tener en cuenta a la persona cuidadora. Se debe incluir atención al propio cuidador, abordando sus posibles problemas y previniendo situaciones patológicas. Esta atención no concluye al fallecer el paciente, sino que se prolonga para poder prevenir, identificar y tratar la aparición de duelos patológicos ⁹. La pérdida siempre es dolorosa; necesita un tiempo y un proceso para volver al equilibrio normal, lo que establece el duelo ⁴.

Es fundamental entender que se tiene a un ser humano enfrente. La atención debe ser integral, permitiendo una relación cercana y esto no es fácil ^{8,25}. Un problema frecuente es la falta de información del paciente sobre su proceso de enfermedad. Existe la tendencia de informar a la familia y dejar apartado al paciente, sin contar con sus deseos de ser informado o no ^{9,26}. Para que el paciente consiga mantener el papel social y familiar debe participar en la toma de decisiones, conservando su dignidad y consiguiendo cierta autonomía ³.

El cuidado de personas en situación paliativa y de sus familiares representa un reto único. Existe una falta de regulación académica formal de conocimientos específica para esta disciplina, lo que ha llevado a una mala praxis en la atención de este tipo de pacientes. Esta carencia académica suele cubrirse con la formación continuada ^{5,15,26-28}.

Otra desventaja de esta falta de formación específica es la inseguridad de los profesionales ²⁹. El personal de enfermería que se enfrenta con la muerte padece en diferentes grados, ansiedad e intranquilidad que pueden derivar en actitudes de rechazo, huida e inseguridad, afectando al juicio clínico del profesional ^{29,30}.

La rigurosidad y minuciosidad de la actuación de los profesionales de salud tendrá una traducción clínica sobre el nivel de confort de los pacientes ⁴.

El equipo multidisciplinar junto con la familia debe trabajar al unísono con un fin común, asistencia personalizada e integral del paciente, control de los síntomas y mejora de la calidad de vida del conjunto familiar ¹⁷.

2. OBJETIVOS:

Objetivo general:

Diseñar un programa de formación para profesionales de enfermería dirigido a mejorar y promover la atención domiciliaria a pacientes con pronóstico de vida limitado y sus familiares.

Objetivo específico:

Conocer la evidencia disponible sobre los Cuidados Paliativos en España y su formación a profesionales de la salud.

3. METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión bibliográfica, con la intención de crear un programa de formación para enfermeras. Se utilizaron como bases de datos: PubMed, Cuiden Plus, Dialnet Plus y Science Direct. Los resultados fueron acotados mediante operadores booleanos, tales como AND/Y u OR/O. Se centró la atención sobre aquellos artículos relacionados con la información requerida en los objetivos descritos.

Los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) empleados para este trabajo fueron: "Cuidados paliativos" "Enfermería" "Atención domiciliaria" "Formación".

Descriptores MESH: "Palliative care" "Nursing" "Home care" "Training".

Criterios de inclusión y exclusión: Se excluyeron todos los artículos y publicaciones anteriores al año 2010. Los idiomas escogidos para la revisión bibliográfica fueron el español e inglés. En la base de datos de PubMed ha sido utilizado además el filtro de Publicaciones realizados en seres humanos. Además, se han seleccionado solo aquellos artículos que estuvieran en texto completo, y que no fueran ni ensayos clínicos, ni estudios cualitativos, ni literatura gris; ni aquellos que cuenten con una muestra inferior a 100.

Criterios inclusión	Criterios exclusión
Fecha de publicación comprendida entre 2010-2019	Ensayos clínicos, Estudios cualitativos, Literatura gris
Idioma castellano e inglés	Muestra <100
Referencia explícita al tema	Documentos que no aborden la temática de un modo específico
Artículo a texto completo	Publicaciones que se alejan del ámbito de salud
	Imposibilidad de conseguir texto completo

*Tabla de creación propia

A continuación, se muestra la tabla donde se especifica con detalle las bases de datos, palabras clave y número de artículos, diferenciando los que han sido encontrados y utilizados.

Bases de datos	Palabras clave	Limitaciones	Artículos encontrados	Artículos leídos	Artículos utilizados
PubMed	"Palliative care" "Nursing" "Home care"	Publication dates 5 years. Full text. Humans	54	6	2
PubMed	"Palliative care" "Nursing" "Training"	Publication dates 5 years. Full text. Humans	102	2	2
Dialnet Plus	"cuidados paliativos" "enfermería"	2010-2019 Texto completo Enfermería	50	13	7
	"cuidados paliativos" "enfermería" "domicilio"	2010-2019 Texto completo	15	3	0
	"cuidados paliativos" "enfermería" "formación" NOT "alumno"	2010-2019 Texto completo Ciencias de la Salud	6	3	1
Cuiden plus	"cuidados paliativos" "enfermería" "atención domiciliaria"	2010-2019 Texto completo	21	9	1
Scielo	"cuidados paliativos" " enfermería"	2010-2019	61	11	6
	"cuidados paliativos" "enfermería" " formación"	2010-2019	9	4	1
Total			288	51	20

Tabla 1. Bases de datos utilizadas

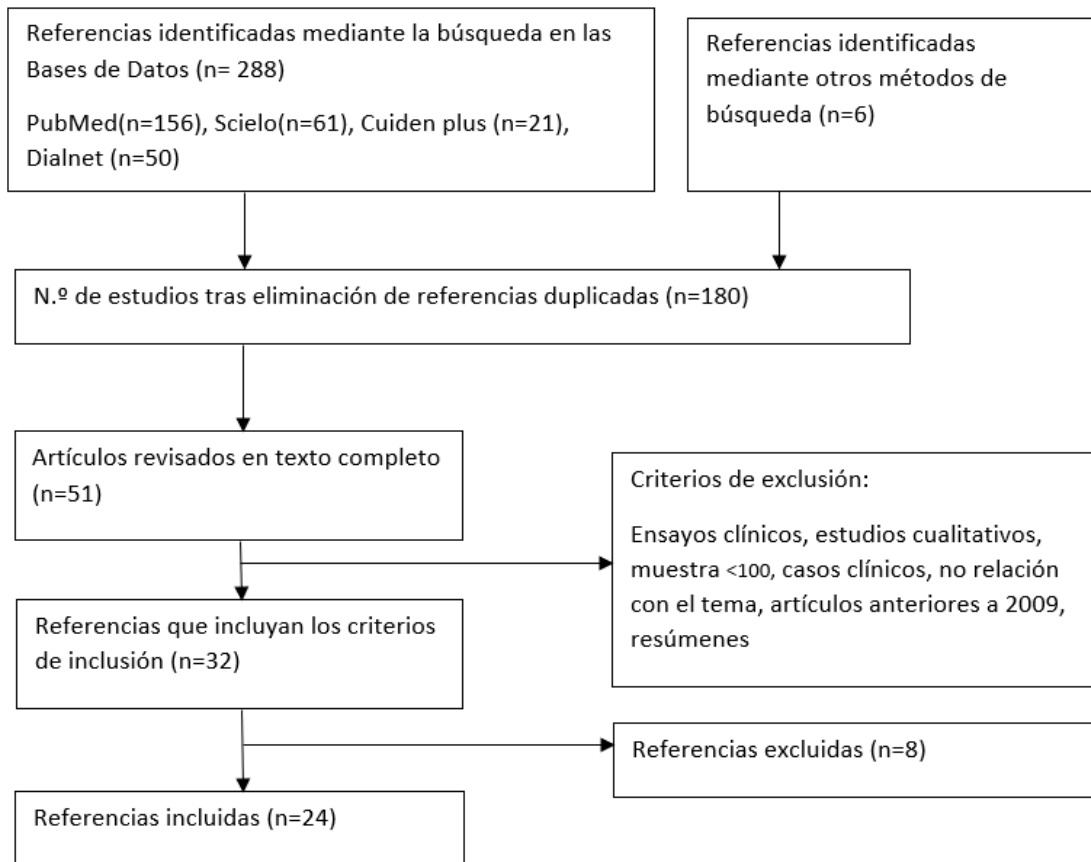
Páginas web	Enlace
OMS	https://www.who.int/es
SECPAL	https://www.secpal.com/
AECPAL	https://aecpal.secpal.com/
Revista Medicina Paliativa	https://www.medicinapaliativa.es/
Ministerio de Sanidad y Consumo <ul style="list-style-type: none"> • Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (2010-2014) 	https://www.msbs.gob.es/
AECC	https://www.aecc.es/es
BOE	https://www.boe.es/

Tabla 2. Páginas web utilizadas.

Libro	Ref.
Guía de Cuidados Paliativos	4
Avances de Investigación de Salud a lo largo del Ciclo Vital	10
Unidad de Cuidados Paliativos: estándares y recomendaciones	11
NANDA	Anexo 3

Tabla 3. Libros utilizados

DIAGRAMA PRISMA:



4. DESARROLLO:

4.1 DIAGNÓSTICO: Análisis y Priorización

IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

El personal de enfermería no se encuentra totalmente preparado para la ejecución de cuidados paliativos. La falta educativa y la ausencia de contenido curricular se ha relacionado con deficiencias en la atención a estos pacientes²⁷.

Se ha observado un déficit de formación específica a profesionales en aspectos relacionados con el afrontamiento de la muerte, el duelo y los cuidados paliativos, tanto a nivel pregrado como en el desempeño curricular³⁰. Estas carencias derivan en escasos conocimientos psicológicos, poco apoyo emocional y desconocimiento de técnicas terapéuticas de afrontamiento y autoayuda ^{25,28-30}. Se necesita una formación relacionada con el conocimiento, manejo y gestión de las emociones ligadas a la muerte y el proceso de morir ²⁵.

El nivel intermedio de formación continuada incluye los niveles de asistencia en los que se atiende puntualmente a pacientes paliativos, respondiendo a las necesidades de actualización de conocimientos y habilidades de profesionales en esta disciplina (Anexo 3) ⁵.

4.2. POBLACIÓN DIANA:

Este programa va dirigido al personal de enfermería de reciente incorporación y a las residentes EIR de Familia y Comunitaria de un centro de Atención Primaria, en el que se atiende a pacientes con necesidad de atención paliativa en sus domicilios.

Como Centro de Salud se ha escogido el C.S. José Ramón Muñoz Fernández (Sagasta).

Se ha escogido a las enfermeras de reciente incorporación porque se considera que aquellas que cuentan con una larga experiencia, aunque no hayan recibido formación continuada, la propia experiencia les ha proporcionado conocimientos en el ámbito de cuidados paliativos.

Se incluye también a las EIR de Familia y Comunitaria porque este programa podría ampliar sus conocimientos sobre esta disciplina, ya que a lo largo de su residencia cuentan con escasas horas de formación en relación a los cuidados paliativos ³¹.

4.3. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de los cuidados paliativos domiciliarios que proporcionan los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes y su núcleo familiar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1- Adquirir conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el cuidado del paciente con pronóstico de vida limitado y sus familiares, que contribuya a un aumento de su calidad de vida y a un mejor afrontamiento del proceso de enfermedad y muerte.

2- Instruirse en el manejo de técnicas específicas para el cuidado, como la vía Subcutánea.

3- Reflexionar sobre el acompañamiento del personal de enfermería al paciente y a los familiares o cuidadores, en el proceso del final de la vida y resolver las dificultades comunicativas para realizar esta labor.

4- Definir el duelo y aprender a identificar la posible aparición de un duelo patológico.

5-Conocer los principios bioéticos y su implicación en decisiones al final de la vida.

6- Preparar al enfermero para evitar su sobrecarga y promover su autocuidado.

4.4. PLANIFICACIÓN

RECURSOS MATERIALES:

- Aula de docencia
- Ordenador portátil con proyector
- Puntero
- Muestras de material de vía Subcutánea
- Material de simulación
- Formularios y bolígrafos (Material de papelería)
- Mesas y sillas
- Folletos

RECURSOS HUMANOS:

- Profesional de enfermería formado en cuidados paliativos y el acompañamiento al final de la vida.
- Psicólogo experto en Cuidados Paliativos y el acompañamiento al final de la vida.
- Trabajador social.
- Familiares voluntarios que hayan pasado por todo el proceso y hayan superado el duelo.

PRESUPUESTO:

Artículo	Precio/unidad	Unidades	Coste (€)
Formulario inicial	0,06cts	15	0,90cts
Formulario final	0,06cts	15	0,90cts
Autoevaluación	0,06cts	15	0,90cts
Cuestionario satisfacción	0,06cts	15	0,90cts
Folleto informativo	0,15cts	30	4,50€
Inscripción	0,06cts	30	0,90cts
Bolígrafos	0,25cts	20	5€
Material de simulación		4	Cedido por la ESAD*
Ordenador	500€	1	Disponible en el centro
Proyector	200€	1	Disponible en el centro
Mesas y sillas	30€ 15€	20	Disponible en el centro
Profesional de Enfermería	50€/h	9h	450€
Profesional de Psicología	50€/h	3h	150€
Trabajador Social	50€/h	1h 30 min	75€
Total			689€

Tabla 4. Presupuesto

*ESAD: Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

4.5. ESTRATEGIA:

El programa constará de 6 sesiones, que tendrán lugar los viernes de los meses abril y mayo en el aula facilitada por el Centro de Salud de Sagasta, con horario de 13.30 a 15 horas. El programa constará de un total de 9 h.

La captación se realizará a través de folletos repartidos por el centro, en los que se incluirán los objetivos y contenidos del programa, la persona de contacto, el horario y la forma de inscribirse (Anexo 4). Junto con la inscripción se proporcionará un cuestionario inicial, que se entregará completado al inicio de la primera sesión y que servirá para evaluar los conocimientos adquiridos durante el curso.

Como Cuestionario inicial se entregará la escala de Prueba de Cuidados Paliativos para enfermería (PCQN). Es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 elementos de opción múltiple para valorar aspectos de los CP. Se ha demostrado que es una herramienta útil para evaluar el conocimiento e identificar conceptos erróneos en el contexto de los cuidados paliativos ³².

Respecto a la selección de los profesionales que formarán el grupo, se priorizará según el momento de entrega de la inscripción. Es decir, aquellos que entreguen primero la preinscripción serán los que formen el grupo.

Los grupos podrán ser de un máximo de 10-12 personas.

El programa se distribuirá de la siguiente manera: En la primera sesión se hablará de los conceptos básicos de los cuidados paliativos. En la segunda sesión hablaremos de técnicas que se suelen utilizar, como la vía Subcutánea y el manejo del dolor. En la tercera sesión se explicará la importancia de una buena comunicación tanto con el paciente como con la familia y se darán estrategias comunicativas. En la cuarta sesión hablaremos del duelo y cómo reconocer un duelo patológico. Dentro de la quinta sesión trataremos los principios bioéticos como la importancia de la Planificación Anticipada de Decisiones. Y en la sexta sesión expondremos la importancia de cuidarse a uno mismo y haremos una evaluación final del programa.

4.6. ACTIVIDADES:

SESIÓN 1: Principios básicos de los Cuidados Paliativos	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera experta en Cuidados Paliativos
Objetivo	Conocer los principios básicos de Cuidados Paliativos
Metodología educativa	Charla magistral sobre Principios de Cuidados Paliativos
Material necesario	Portátil con proyector Presentación PowerPoint Material de papelería (folios, bolígrafos) Folios de evaluación inicial

Tabla 5. SESIÓN 1: Principios básicos de los Cuidados Paliativos

ACTIVIDADES	Tiempo
Se presentará al equipo que va a llevar a cabo el programa de salud.	5 min
Se explicará el guión que se seguirá durante estos meses dividido en las diferentes sesiones.	15 min
Charla magistral en la que se tratarán los conceptos: 1. Definición de cuidados paliativos, su filosofía, sus principios básicos. 2. Actitudes de la sociedad ante la muerte y su influencia en la provisión de cuidados. 3. Niveles de asistencia paliativa, organización de recursos y tipos de estructuras organizativas. 4. Rol del profesional enfermero en el equipo multidisciplinar en Atención Domiciliaria ⁵.	1h
Al terminar se resolverá cualquier duda.	10 min

Tabla 6. Actividades Sesión 1.

SESIÓN 2: Abordaje integral del paciente con pronóstico de vida limitado	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera experta en Cuidados Paliativos
Objetivo	Educación en las técnicas básicas necesarias en CP.
Metodología educativa	Talleres prácticos y simulaciones de casos clínicos
Material necesario	Portátil con proyector Material de papelería Muestras de material de vía subcutánea Material de simulación

Tabla 7. SESIÓN 2: Abordaje integral del paciente con pronóstico de vida limitado

ACTIVIDADES	Tiempo
Presentación de la sesión	5 min
Talleres prácticos sobre Manejo de la vía subcutánea. <ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones y contraindicaciones (Anexo 5). • Lugares de inserción palomilla SC. • Medicamentos de administración por vía SC. ^{33,34}. 	45 min
Simulación de casos clínicos sobre: <ol style="list-style-type: none"> 1. Control de síntomas, valoración y evaluación de los síntomas. 2. Escalera analgésica de la OMS y su manejo. (Anexo6) 3. Reconocer la interrelación de los síntomas y su impacto sobre el individuo y familia. 4. Cuidados enfermeros en situación de agonía y post mórtem ^{5,26}. 	30 min
Al terminar se resolverá cualquier duda.	10 min

Tabla 8. Actividades Sesión 2.

SESIÓN 3: Comunic-Arte	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera y Psicólogo expertos en CP.
Objetivo	Desarrollar habilidades comunicativas
Metodología educativa	Role-playing + charla magistral de familiares
Material necesario	Portátil con proyector Presentación en PowerPoint Material de papelería

Tabla 9. SESIÓN 3: Comunic-Arte.

ACTIVIDADES	Tiempo
Presentación de la sesión	5 min
Charla magistral de familiares con la ayuda de un Psicólogo: 1. Conocer e identificar aspectos específicos en relación con la comunicación y sus habilidades para afrontar situaciones de final de vida, con paciente-familia. 2. Comunicación verbal y no verbal. Características de la relación terapéutica (Anexo 7). 3. Reacciones adaptativas del paciente ante la situación de enfermedad avanzada y/o final de vida ⁵.	30 min
Role-playing sobre habilidades comunicativas	45 min
Al terminar se resolverá cualquier duda, se solicitarán cambios y se detectarán carencias que puedan enriquecer dicho programa para futuras sesiones.	10 min

Tabla 10. Actividades Sesión 3.

SESIÓN 4: Acompañar en el duelo.	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera y Psicólogo
Objetivo	Definir el duelo Identificar un duelo patológico
Metodología educativa	Charla magistral y role-playing
Material necesario	Portátil con proyector Presentación en PowerPoint Material de papelería

Tabla 11. SESIÓN 4: Acompañar en el duelo.

ACTIVIDADES	Tiempo
Presentación de la sesión	5 min
Charla magistral:	45 min
1. Identificar estrategias de afrontamiento ante presencia de la muerte.	
2. Conocimiento de intervenciones enfermeras para el afrontamiento de situaciones complicadas relacionadas con la muerte.	
3. Identificación de recursos familiares y del paciente.	
4. Identificar los factores de riesgo y características de un duelo patológico (Anexo 8).	
Role- playing sobre reacciones ante la muerte y duelo.	30 min
Al terminar se resolverá cualquier duda, se solicitarán cambios y se detectarán carencias que puedan enriquecer dicho programa para futuras sesiones.	10 min

Tabla 12. Actividades Sesión 4

SESIÓN 5: Principios Bioéticos	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera experta en CP y Trabajador Social
Objetivo	Conocer los principios bioéticos
Metodología educativa	Charla magistral y casos clínicos
Material necesario	Portátil con proyector Presentación en PowerPoint Material de papelería

Tabla 13. SESIÓN 5: Principios Bioéticos

ACTIVIDADES	Tiempo
Presentación de la sesión	5 min
Charla magistral sobre:	45 min
1. Implicaciones religiosas, culturales, valores y creencias de pacientes y familias que puedan tener relación con la enfermedad en fase avanzada.	
2. Dilemas éticos más frecuentes en cuidados paliativos:	
<ul style="list-style-type: none"> ● Corrientes actuales de la bioética. ● Consentimiento informado. ● Sedación, doble efecto. ● Voluntades anticipadas ● Eutanasia. 	
3. Sedación y situaciones relacionadas	
4. Requerimientos legales relativos a la muerte.	
5. Multiculturalidad ⁵.	
Simulación de casos clínicos	30 min
Al terminar se resolverá cualquier duda, se solicitarán cambios y se detectarán carencias que puedan enriquecer dicho programa para futuras sesiones.	10 min

Tabla 14. Actividades Sesión 5.

SESIÓN 6: Cuídate a ti mismo	
Duración	1,5h
Lugar	Sala facilitada por el centro
Horario	13.30-15
Nº Participantes	10-12 personas
Docente	Enfermera experta en CP.
Objetivo	Evitar la sobrecarga del profesional Promover el autocuidado
Metodología educativa	Talleres prácticos y Evaluación
Material necesario	Portátil con proyector Material de papelería Folios de evaluación final

Tabla 15. SESIÓN 6: Cuídate a ti mismo

ACTIVIDADES	Tiempo
Presentación de la sesión	5 min
Talleres prácticos:	1h
1. Técnicas de relajación	
• Respiración diafragmática	
• Técnica de Jacobson (Anexo 9)	
2. Técnicas de afrontamiento ^{1,5}.	
Evaluación final	10 min
Cuestionario de satisfacción	5 min
Al terminar se resolverá cualquier duda, se solicitarán cambios y detectará carencias que puedan enriquecer dicho programa para futuras sesiones.	10 min

Tabla 16. Actividades Sesión 6.

4.7. CRONOGRAMA DE GANTT

En la siguiente tabla se presenta el cronograma de las actividades del proyecto en función de los meses estimados de duración. El desarrollo de las sesiones se lleva a cabo durante los meses de abril y mayo y la tabla está referenciada en el 2020.

	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Responsable
Recopilación información						Enfermera
Planificación						Enfermera
Captación						Enfermera
Sesión 1						Enfermera
Sesión 2						Enfermera
Sesión 3						E y P*
Sesión 4						E y P*
Sesión 5						E y TS*
Sesión 6						Enfermera
Evaluación						Enfermera

*E: Enfermera

*P: Psicólogo

*TS: Trabajador Social

5.EVALUACIÓN:

Para evaluar los efectos del programa se realiza un cuestionario siguiendo el modelo pretest y postest. Una herramienta válida para medir los conocimientos adquiridos en cuidados paliativos a lo largo de las sesiones es la Prueba de cuidados paliativos para enfermería (escala PCQN), comentada anteriormente; que se repartiría junto con la inscripción y al final de la última sesión (Anexo 10).

Al final de todas las sesiones se resolverá cualquier duda, se solicitarán cambios y detectarán carencias que puedan enriquecer dicho programa para futuras sesiones adaptándolas a los mismos para proporcionar los recursos que más necesiten.

Al final de la última sesión se entregará un cuestionario de satisfacción en el que podrán incluir ideas para mejorar el programa y explicar lo que más y lo que menos les ha gustado del curso.

Además, se llevará a cabo una encuesta de autoevaluación que completarán los docentes al finalizar cada sesión. Esta hoja también les ayudará a reflexionar sobre la adecuación y suficiencia de recursos, y a detectar posibles problemas surgidos en el transcurso de las actividades.

6.CONCLUSIONES:

Los profesionales de enfermería tienen que estar concienciados de la importancia de los cuidados paliativos y la atención al final de la vida en nuestra sociedad.

La intervención de enfermería es imprescindible para proporcionar la información necesaria en relación a las opciones de atención paliativa y a los servicios paliativos que puedan abordar las preocupaciones del conjunto familiar, acompañando en los momentos de ansiedad que se producen al final de la vida.

Es esencial una formación actualizada y bien diseñada para garantizar profesionales cualificados en los conocimientos y habilidades necesarios para el desarrollo adecuado de los cuidados paliativos y una atención correcta al final de la vida, tanto del paciente como de su entorno.

La implantación de un programa de formación mejora el afrontamiento del profesional, haciendo que se sienta más seguro y preparado para trabajar con pacientes con pronóstico de vida limitado y sus familiares.

El programa de formación se puede ofertar a todo profesional de enfermería, independientemente de la experiencia que posea o de la unidad en la que trabaje.

7. BIBLIOGRAFÍA:

- 1) Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL [Internet]. Madrid: SECPAL; 2010 [citado 14 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.secpal.com/>
- 2) Azevedo C, Pessalacia JDR, Mata LRF, Zoboli ELCP, Pereira MG. Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2017 [citado 24 febrero 2019];51: e03245. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/es_1980-220X-reeusp-51-e03245.pdf
- 3) Pérez Boza, Natalia; Mateo Ternero, Alba; Gómez Urquiza, José Luis; Martí García, Celia. Formación en Cuidados Paliativos en enfermería: Atención en el domicilio. Enferm Comunitaria (Gran) [Internet]. 2017 [citado 16 febrero 2019]; V13. Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/comunitaria/v13/e10927.php>
- 4) Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL [Internet]. Madrid: SECPAL; 2010 [citado 14 febrero 2019]. Guía de cuidados paliativos. Disponible en: <https://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
- 5) Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (Aecpal) [Internet]. Madrid: AECPAL; 2014 [citado 4 marzo 2019]. Disponible en: <https://aecpal.secpal.com/>
- 6) Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos [Internet]. 2014. [citado 4 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>
- 7) Gómez Arca M. Enfermería en el proceso de humanización de la muerte en los sistemas sanitarios. Enferm Clin [Internet]. 2014 [citado 2 marzo 2019];24(5):296-301. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4804215> (DIALNET)
- 8) Molero MM., Pérez-Fuentes MC., Gázquez JJ., Barragán AB., Martos A. Avances de Investigación en Salud a lo largo del Ciclo Vital. Madrid: Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); La enfermería ante el paciente terminal: Abordaje integral de los Cuidados Paliativos. 2016:195-199

9) Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política social. 2009.

10) Caunedo Suarez J. Los cuidados de enfermería al paciente terminal en su domicilio. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA) [Internet]. 2016 Noviembre [citado 21 febrero 2019]; 4 (4): 18-32. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5769064>

11) Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos: Datos y cifras [Internet]. 2018. [citado 7 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

12) Asociación Española Contra el Cáncer (Aecc). Informe de la Situación Actual en Cuidados Paliativos [Internet]. Junio 2014 [citado 14 febrero 2019]. Disponible en: <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/todo-sobre-cancer/observatorio/documentos/fact-sheet-cartera-basica.pdf>

13) Ríos IM, Alonso SRL, Caravante SM, Infante LM, Ruiz SIS, García AIM. Prevalencia y tipología de pacientes susceptibles de cuidados paliativos fallecidos en el domicilio Prevalence and typology of patients susceptible [Internet]. 2018 [citado 21 febrero 2019]; 41:321-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6735801>

14) Aguilar-sánchez JM, Caba MJ, Puerta F. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales sanitarios sobre el documento de voluntades anticipadas [Internet]. 2018 [citado 19 marzo 2019];32(4):339-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5013048>

15) Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Madrid: Sanidad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. 2011. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidadospaliativos.pdf>

16) Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Sanidad. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. 2007.

17) Lozano López, B., & Huertas Pérez, M.M. Cuidados paliativos, cuidados compartidos. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2017 [citado 21 febrero 2019];21(49). Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6273975>

18) Rimet H, Almeida A De, José C, Gomes A. Prácticas de ortotanasia y cuidados paliativos en pacientes con cáncer terminal: una revisión sistemática de la literatura [Internet]. 2018 [citado 2 marzo 2019];529-44.

Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000300019

19) Egea MZ, Prieto-ursúa M, Toro LB. La calidad del cuidado enfermero en el ámbito paliativo The quality of nursing care in the palliative field. [Internet]. Cultura de los cuidados,2018[citado 19 marzo 2019];195-204.

Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/85320/1/CultCuid_52-195-204.pdf

20) Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, & Barquero A. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos [Internet]. Index de Enfermería, 2011[citado 19 marzo 2019];20(1-2), 71-75. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3732309>

21) Universitaria. Significado atribuido por las enfermeras a la educación para cuidar del paciente moribundo [Internet]. 2015 [citado 4 marzo 2019];12(2).

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-significado-atribuido-por-las-enfermeras-S1665706315000032>

22) Pinilla DMAM. Universitaria. La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida [Internet]. 2016 [citado 24 febrero 2019];13(1). Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-la-comunicacion-con-familia-del-S1665706315000925>

23) Sánchez García O, Domínguez Rodríguez MC. Plan de Cuidados de Enfermería para el paciente en situación de Agonía en Atención Primaria. ENE, Revista de Enfermería [Internet]. ago 2010 [citado 24 febrero 2019]; 4(2):71-82. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3312669>

24) Mancilla PG, Hahn RH. Percepciones de los profesionales sobre la atención prestada, obstáculos y dilemas éticos relacionados con el final de la vida en

hospitales, centros de Atención Primaria y residencias de ancianos
Perceptions of health care professionals about end-of-life care [Internet].
2018 [citado 16 febrero 2019]; 41:35-46. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272018000100035&script=sci_abstract&tlng=en

25) Hagan T, Xu J, Lopez R, Bressler T. Nursing's role in leading palliative care: A call to action. Nurse Educ Today [Internet]. 2018 [citado 16 febrero 2019]; 61:216-219. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5859921/>

26) Sánchez García MR, Moreno Rodríguez M, Hueso Montoro C, Campos Calderón C, Varella Safont A. Dificultades y factores favorables para la atención al final de la vida en residencias de ancianos: un estudio con grupos focales. Atención Primaria [Internet]. May 2017 [citado 4 marzo 2019]; 49:278-285. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716304024?via%3Dihub>

27) Garza-dimas IY, Ángeles MDL, Mercedes PJ. Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud Nursing knowledge about palliative care in first and second level health care centers [Internet]. 2017 [citado 16 febrero 2019];22(4):170-3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6436675>

28) Schmidt RioValle J, Montoya Juárez R, Campos Calderon CP, García Caro MP, Prados Peña D, Cruz quintana F. efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. Med Paliat. 2012; 19:113-120.

29) Marti García C, García Caro MP, Schmidt RioValle J, Fernández Alcántara M, Montoya Juárez R, Cruz Quintana F. formación en cuidados paliativos y efecto en la evaluación emocional de imágenes de muerte. Med Paliat. 2016; 23: 72-78.

30) Marchán Espinosa S. Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología. Coping of the nursing professional with the death of patients in units of palliative and oncology. Nure Inv (Inv N.) [Internet]. 2016 [citado 19 marzo 2019];13(82). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277911>

- 31) Ministerio de Sanidad y Política Social. Boletín Oficial del Estado (BOE). Programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Madrid; 2010 [citado 4 mayo 2019]; (3): 57217. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2010/06/17/sas1729>
- 32) Chover Sierra E, Martínez Sabater A, Lapeña Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital [Internet]. Rev Lat Am Enfermagem. 2017 [citado 25 marzo 2019]; 25: e2847. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5656333/>
- 33) Llimós Vilardell, A.Mª; Martínez Pavón, I. En: Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona. Elsevier. 2012. Capítulo 34. Manejo de la vía subcutánea; p: 257- 263.
- 34) Yáñez Fernández, V. Manejo de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Metas. Enferm. 2015; 18 (8): 49-53. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5196571>
- 35) Herdman T.H, Shigemi Kamitsuru S. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España, 2015.

8. ANEXOS:

LISTADO DE ANEXOS	
Anexo 1	Criterios de enfermedad avanzada
Anexo 2	Enfoque de Cuidados Paliativos
Anexo 3	Plan de cuidados para paciente con pronóstico de vida limitado
Anexo 4	Folleto
Anexo 5	Vía Subcutánea
Anexo 6	Escalera analgésica de la OMS
Anexo 7	Comunicación verbal y no verbal
Anexo 8	Duelo
Anexo 9	Técnicas de relajación
Anexo 10	Escala PCQN

Anexo 1: Criterios de Enfermedad Avanzada.

Los criterios propuestos para clasificar como enfermedad en fase avanzada y terminal son:

- Enfermedad incurable, avanzada y progresiva con pronóstico de vida limitado.
- Escasa posibilidad de respuesta a tratamientos específicos.
- Evolución de carácter oscilante y crisis de necesidades. Alta demanda y uso de recursos.
- Intenso impacto emocional y familiar con repercusiones sobre la estructura cuidadora.

*Fuente: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)⁴.

Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos⁶.

Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones¹¹.

Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud¹⁵.

Tabla 1. Personas fallecidas en domicilio con patologías susceptibles de cuidados paliativos y porcentaje incluido en el proceso asistencial integrado según patología

Patología	Susceptibles de CP		Incluidas en PAI-CP		p ^a
	N	%	N	%	
Cáncer	258	61,9	224	80,9	<0,01
Demencias y Alzheimer	83	19,9	17	6,1	<0,01
EPOC	26	6,2	10	3,6	0,10
Insuficiencia cardíaca	17	4,1	11	4,0	0,94
Parkinson	12	2,9	1	0,4	0,01 ^b
Insuficiencia renal	9	2,2	3	1,1	0,22 ^b
Insuficiencia hepática	7	1,7	7	2,5	0,43
Enfermedad neuromotora	4	0,9	4	1,4	0,40 ^b
Enfermedad de Huntington	1	0,2	0	0,0	0,60 ^b
Total	417		277	66,4	NC

CP: cuidados paliativos; PAI-CP: proceso asistencial integrado de cuidados paliativos; a: Chi-cuadrado; b: test exacto de Fisher; NC: no calculable.

*Fuente: Cuidados paliativos, cuidados compartidos ¹⁷.

Anexo 2: Enfoque de Cuidados Paliativos.

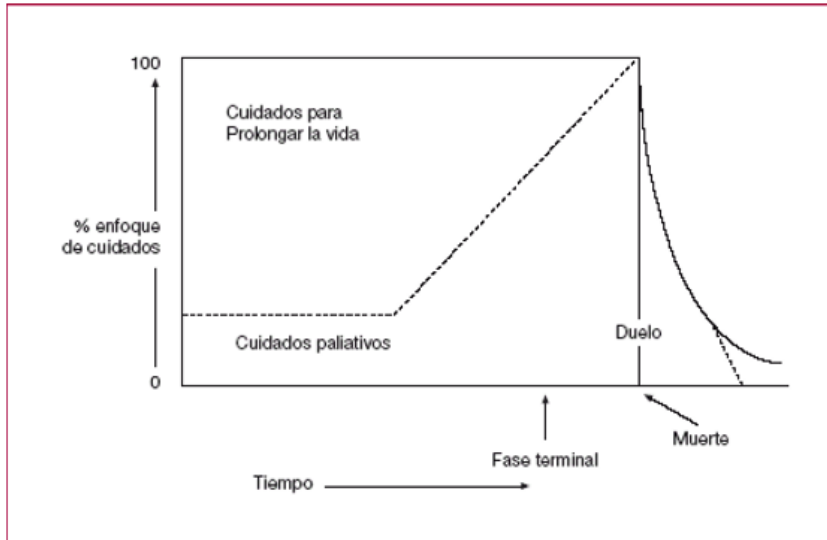


Figura 2.1. Modelo conceptual de categorización y necesidades de los pacientes con enfermedades en fase avanzada o terminal

Modelo conceptual de nivel de necesidades de los pacientes con enfermedades en fase terminal o avanzada	Categorización de pacientes crónicos
<p>Groups: C, B, A Needs: Complex, Intermediante, Primary Care Patient movement between levels</p>	<p>Gestión de Casos Nivel 3: Pacientes con condiciones muy complejas -pluripatológicos- (≈ 5%) Gestión de la Enfermedad Nivel 2: Pacientes de alto riesgo (≈ 15%) Atención de soporte Autocuidado Nivel 1: ≈ 80% de los pacientes con enfermedades crónicas</p>
<p>Fuente: Estrategia de CP del SNS². Adaptado de: Palliative Care Australia. A guide to palliative care Service development: a population based approach 2003, www.pallcare.org.</p>	<p>Fuente: Unidad de pacientes pluripatológicos: estándares y recomendaciones¹⁰. Adaptado de: Improving Chronic Disease Management. Department of Health. 3 March 2004.</p>

*Fuente: Unidad de Cuidados Paliativos: Estándares y recomendaciones ¹¹.

Anexo 3: Plan de Cuidados para paciente con pronóstico de vida limitado.

Código	Diagnóstico	Noc	Nic
00078	Manejo inefectivo del régimen terapéutico	2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario	4410. Establecimiento de objetivos comunes
00002	Alteración de la nutrición: por defecto	1009. Estado nutricional: ingestión de nutrientes	5246. Asesoramiento nutricional
00045	Deterioro de la mucosa oral	1100. Salud bucal	5260. Cuidados en la agonía
00047	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1902. Control del riesgo	3540. Prevención de las UPP
00085	Deterioro de la movilidad física	209. Función muscular	4310. Terapia de actividad
00032	Patrón respiratorio ineficaz	410. Estado respiratorio	3140. Manejo de las vías aéreas
00095	Alteración del patrón del sueño	2100. Nivel de comodidad	6482. Manejo ambiental: confort
00147	Ansiedad ante la muerte	1303. Muerte digna	5420. Apoyo emocional.
00133:	Dolor crónico	1605. Control del dolor	1400. Manejo del dolor
00148:	Temor	1404. Control de la ansiedad	5230. Aumentar el afrontamiento
00069	Afrontamiento inefectivo	906. Toma de decisiones	5250. Apoyo en la toma de decisiones
00136	Duelo anticipado	2506. Salud emocional del cuidador familiar	5290. Facilitar el duelo
00067	Sufrimiento espiritual.	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual

Tabla de creación propia

*Fuente: NANDA ³⁵

Anexo 4: FOLLETO

CUIDADOS PALIATIVOS



CURAR A VECES; MEJORAR A
MENUDO; CUIDAR SIEMPRE.



INFORMACIÓN

¿Dónde? C.S. José Ramón
Muñoz Fernández

¿Cuándo? Viernes de 13.30 a
15h

Meses: Abril y Mayo

¿Quién? Enfermeras de
reciente incorporación y EIR
Familia y Comunitaria

Contaremos con:

Enfermera experta en CP.

Psicólogo experto en CP

Trabajador Social

Persona de Contacto: Sofía Zaldívar

PROGRAMA DE FORMACIÓN A ENFERMERÍA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA



APÚNTATE

Forma de inscribirse:

Entregar inscripción rellena en admisión del Centro de Salud.

A la vez entregar Escala PCQN realizada.



ACTIVIDADES

Sesión 1: Principios básicos de los Cuidados Paliativos.

Sesión 2: Abordaje integral del paciente con pronóstico de vida limitado.

Sesión 3: Comunic-Arte.

Sesión 4: Acompañar en el duelo.

Sesión 5: Principios bioéticos.

Sesión 6: Cuídate a ti mismo.

¿QUÉ ES?

«Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicológicos y espirituales».

Ayudar a morir dignamente también es enfermería.

Anexo 5 VÍA SC: Indicaciones y contraindicaciones

INDICACIONES	CONTRAINDICACIONES
Disfagia u Odinofagia	Requerimiento de niveles plasmáticos del fármaco rápidamente
Mala absorción (Intolerancia gástrica)	Coagulopatías
Infecciones (Mucositis)	Ascitis
Síndrome de obstrucción intestinal	Hipoperfusión
Náuseas, vómitos, diarreas	Edema severo
Deshidratación leve-moderada	Desequilibrio hidroelectrolítico severo
Alteración de la conciencia, confusión o agitación	Mala adaptación del paciente
Debilidad extrema o coma	
Fístulas esófago-traqueales Fístulas entero-cutáneas	Sobrecarga hídrica
Sobredosificación oral	Hipoalbuminemia
Dificultad de acceso venoso	Circunstancias locales de la piel: infecciones locales, hematomas, zonas irradiadas

*Tabla de creación propia

*Fuente: Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida ³³.

Manejo de la vía subcutánea en cuidados paliativos ³⁴.

Anexo 6: Escalera de la OMS

Primer escalón	Segundo escalón	Tercer escalón
		Opioides Potentes (Morfina) +/-Coanalgésicos
	Opioides Débiles (Codeína, Dihidrocodeína) +/-Coanalgésicos	
Analgésicos periféricos (Paracetamol, AAS, AINES) +/-Coanalgésicos		

*Tabla de creación propia

No mezclar NUNCA los opioides débiles (Codeína), con los opioides potentes (Morfina), ni tampoco los opioides potentes entre sí.

*Fuente: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ⁴.

Anexo 7: Comunicación verbal y no verbal

Objetivos de la comunicación: Informar, Orientar y Apoyar.

Habilidades en la comunicación:

- Escucha activa
- Evitar paternalismo
- Evaluar grado de información
- Identificar: lo que sabe. Lo que quiere saber. Lo que le preocupa
- Evitar excesiva emoción.

Lenguaje no verbal: el 93% de la comunicación es no verbal. Incluye las expresiones faciales, gestuales, posturales, contacto físico, tono de voz y dirección e intensidad de la mirada. No hay que subestimar el poder del contacto físico como forma de comunicación.

*Fuente: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ⁴.

Anexo 8: Duelo

Manifestaciones del duelo:

- Sentimientos: Tristeza, soledad, añoranza, ira, culpabilidad.
- Sensaciones físicas: Estómago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a ruidos, sensación de ahogo, boca seca.
- Cogniciones: Incredulidad, confusión, preocupación, alucinaciones visuales y auditivas.
- Conductas: Sueños con el fallecido, Trastornos del apetito, Conductas dañinas no meditadas, Retirada social, Hiperactividad, Llorar.

Orientación en el duelo:

- Aumentar la realidad de la pérdida.
- Ayudar a expresar la afectividad.
- Ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste.
- Estimular para decir "adiós" al fallecido.

	DUELO NORMAL	DUELO PATOLÓGICO
Momento de Aparición	A los pocos días del fallecimiento	Semanas o meses después (duelo retrasado)
Intensidad	Incapacitante durante días	Incapacitante durante semanas
Características	Negar aspectos de la muerte	Negar la muerte del fallecido, creer que vive
	Identificarse con el fallecido	Alucinaciones complejas y estructuradas
	Oír la voz, ver u oler al fallecido de forma efímera	Creer que se va a morir de la misma enfermedad
	Padecer síntomas somáticos similares a los del difunto	Establecer conductas anormales
	Desarrollar conductas culturalmente aceptables	

*Tabla de creación propia

*Fuente: Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) ⁴.

Afrontamiento del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes, en unidades de paliativos y oncología ³⁰.

Anexo 9: Técnicas de relajación

-Respiración diafragmática: Tenderse sobre el suelo con las rodillas flexionadas y colocar una mano sobre el tórax y la otra sobre el abdomen. Tomar aire lenta y profundamente por la nariz y llevarlo hasta el abdomen levantando la mano de él. Expulsar el aire lentamente por la boca.

-Técnica de Jacobson: Realizar progresivamente contracciones y relajaciones de cada músculo, empezando por la cabeza y terminando por los pies.

*Fuente: Conocimiento de enfermería sobre cuidados paliativos en centros de primer y segundo nivel de atención para la salud ²⁷.

Organización Mundial de la Salud. Cuidados Paliativos ⁶.

Anexo 10: Escala PCQN

Prueba de Cuidados Paliativos para enfermería: cuestionario autoadministrado que consta de 20 elementos de opción múltiple (verdadero/falso/ no sabe/ no contestó) para evaluar 3 aspectos de los CP:

- Filosofía y principios de los cuidados paliativos (4 ítems).
- Control del dolor y otros síntomas (13 ítems).
- Aspectos psicosociales de los cuidados paliativos (3 ítems).

El PCQN ha demostrado ser una herramienta útil para evaluar el conocimiento e identificar conceptos erróneos en el contexto de los cuidados paliativos.

Los profesionales con experiencia en este ámbito obtendrán mejores calificaciones en el cuestionario que los profesionales sin experiencia o formación.

*Fuente: Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital ³².

1	Los cuidados paliativos son apropiados sólo en situaciones en las que hay evidencia de empeoramiento o deterioro de la situación clínica. <i>Palliative care is appropriate only in situations where there is evidence of a downhill trajectory or deterioration</i>
2	La morfina es el estándar utilizado para comparar el efecto analgésico de otros opioides <i>Morphine is the standard used to compare the analgesic effect of other opioids</i>
3	La extensión de la enfermedad determina el método de tratamiento del dolor. <i>The extent of the disease determines the method of pain treatment</i>
4	Las terapias adyuvantes son importantes en el manejo del dolor. <i>Adjuvant therapies are important in managing pain</i>
5	Es primordial para los miembros de la familia permanecer al lado del enfermo hasta su fallecimiento. <i>It is crucial for family members to remain at the bedside until death occurs</i>
6	Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada al desequilibrio electrolítico puede disminuir la necesidad de sedación. <i>During the last days of life, the drowsiness associated with electrolyte imbalance may decrease the need for sedation</i>
7	La adicción es un gran problema cuando se usa morfina como tratamiento de base para el manejo del dolor a largo plazo. <i>Drug addiction is a major problem when morphine is used on a long-term basis for the management of pain</i>
8	Los individuos que toman opioides deberían seguir medidas para mejorar la evacuación intestinal. <i>Individuals who are taking opioids should also follow a bowel regime</i>
9	Para proporcionar cuidados paliativos se necesita establecer un distanciamiento emocional. <i>The provision of palliative care requires emotional detachment</i>
10	Durante las fases finales de una enfermedad, los fármacos que pueden causar depresión respiratoria son apropiados para tratar la disnea severa. <i>During the terminal stages of an illness, drugs that can cause respiratory depression are appropriate for the treatment of severe dyspnea</i>
11	Los hombres, generalmente, resuelven su duelo más rápido que las mujeres. <i>Men generally reconcile their grief more quickly than women</i>
12	La filosofía de los cuidados paliativos es compatible con tratamientos activos. <i>The philosophy of palliative care is compatible with that of aggressive treatment</i>
13	El uso de placebos es apropiado en el tratamiento de algunos tipos de dolor. <i>The use of placebos is appropriate in the treatment of some types of pain</i>
14	A dosis altas, la codeína causa más náuseas y vómitos que la morfina. <i>In high doses, codeine causes more nausea and vomiting than morphine</i>
15	Sufrimiento y dolor físico son sinónimos. <i>Suffering and physical pain are synonymous</i>
16	La dolantina no es un analgésico efectivo en el control del dolor crónico. <i>Demerol is not an effective analgesic in the control of chronic pain</i>
17	La acumulación de pérdidas hace que el burnout sea inevitable para aquellos que trabajan en cuidados paliativos. <i>The accumulation of losses renders burnout inevitable for those who seek work in palliative care</i>
18	Las manifestaciones del dolor crónico son diferentes de las del dolor agudo. <i>Manifestations of chronic pain are different from those of acute pain</i>
19	La pérdida de alguien con quien se tiene una relación distante o conflictiva es más fácil de resolver que la de alguien con quien se tiene una relación más cercana o íntima. <i>The loss of a distant or contentious relationship is easier to resolve than the loss of one that is close or intimate</i>
20	El umbral del dolor se ve reducido por la ansiedad o la fatiga. <i>The pain threshold is lowered by anxiety or fatigue</i>

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177000.t001>