



CEU
*Universidad
Cardenal Herrera*

*Universidad Cardenal Herrera CEU
Facultad De Ciencias De La Salud*

Cuidados Paliativos en el Enfermo Terminal Geriátrico institucionalizado.

Jose Antonio Pedron Barbera

Máster de especialización en cuidados de Enfermería

*Cuidados Paliativos en el Enfermo Terminal Geriátrico
institucionalizado.*

Jose Antonio Pedron Barbera

Valencia, 4 Julio 2013

Tutora: Lucía Montero Gimeno

TÍTULO

Cuidados Paliativos en el Enfermo Terminal Geriátrico institucionalizado

RESUMEN

Objetivo: Conocer las necesidades formativas respecto al cuidado del enfermo terminal geriátrico del personal de enfermería que atiende al paciente terminal geriátrico institucionalizado.

Material y Métodos: estudio descriptivo observacional. Se consideró como muestra a todos los trabajadores de las 4 residencias geriátricas siguiendo un muestreo no probabilístico consecutivo incluyendo a aquellos que quisieran participar. Los datos fueron recogidos mediante un cuestionario autocumplimentado y analizados con el R-comander.

Resultados: De los 41 cuestionarios entregados en 4 de las residencias, se recogió una muestra de 32 participantes, obteniendo un resultado de un 78% de participación. De dichos participantes un 81,25% eran auxiliares de enfermería con un nivel de estudios de Grado Medio, mientras que el resto eran profesionales de Enfermería con nivel de estudios de Diplomatura.

Del total de la muestra un 87,5% eran mujeres y tenían una experiencia media comprendida entre 5-9 años.

Tras el análisis mediante test ANOVA se muestra una clara relación entre el nivel de conocimientos, que había sido de una media 21 aciertos de un total de 33, y la formación recibida (p-valor 0,011). También se presenta una relación de dependencia entre la experiencia clínica y el nivel de conocimientos (p-valor 0,029).

Conclusiones: Hemos podido identificar una necesidad formativa en este colectivo en relación a los cuidados paliativos, si bien es más manifiesta para los fundamentos puramente teóricos que en los aspectos actitudinales.

El aprendizaje que ha logrado el personal de enfermería que atiende en residencias de ancianos al ETG es fundamentalmente experiencial, la instrucción formal en este ámbito ha sido escasa en este medio en los últimos años.

PALABRAS CLAVE

Enfermo terminal geriátrico, cuidados paliativos, paciente terminal, conocimientos, actitudes

ABREVIATURAS

ETG (Enfermo Terminal Geriátrico), SECPAL (Sociedad Española De Cuidados Paliativos)

TITLE

Palliative Care in institutionalized geriatric terminally ill

ABSTRACT

Objective: To identify the training needs for the care of terminally ill geriatric nursing staff caring for the patient institutionalized geriatric terminal.

Material and Methods: A descriptive, observational study. It was considered as a sign to all workers of the 4 nursing homes following a non-probability sampling row including those who wanted to participate. Data were collected through a self-administered questionnaire and analyzed with the R-comander.

Results: Of the 41 questionnaires handed in 4 of the residences, collected a sample of 32 participants, obtaining a result of a 78% stake. Of these 81.25% participants were nursing assistants with a level of Intermediate studies, while the rest were professionals of Nursing with Diploma level studies.

Of the total sample 87.5% were female and had an average experience of between 5-9 years.

After analysis by ANOVA test shows a clear relationship between the level of knowledge, which had been half 21 hits from a total of 33, and the training received (p-value 0.011). It also presents a dependency relationship between clinical experience and knowledge level (p-value 0.029).

Conclusions: We were able to identify a need for training in this group in relation to palliative care, although it is more prominent in purely theoretical foundations in attitudinal aspects.

Learning which has achieved nursing staff in nursing homes serving the ETG is primarily experiential, formal instruction in this area has been limited in this medium in recent years.

KEYWORDS

Terminally ill geriatric, palliative care, end of life, knowledge, attitudes

AGRADECIMIENTOS

Antes de redactar el presente trabajo quiero agradecer la gran ayuda prestada por la profesora tutora que me fue asignada Lucia Montero Gimeno, al igual que a las cuatro residencias geriátricas de la comarca La Costera, que sin ningún tipo de interés aceptaron participar en este estudio y que gracias a su voluntad he sido capaz de poder elaborar el presente texto, ya que sin su participación no hubiese podido tener una muestra y no hubiese podido llevar hasta el final mi estudio.

Para finalizar vuelvo a dar las gracias a mis padres por haberme permitido realizar el máster y por haberme enseñado que en esta vida debemos pelear lo que nos interesa hasta el final, sin dejar nada a la suerte y sin rendirnos nunca.

ÍNDICE.

1.- Introducción.....	8-13
Consideraciones éticas.....	11-13
2.- Material y métodos.....	15-17
Limitaciones del Estudio.....	17
3.- Resultados.....	18-24
4.- Discusión.....	25-26
5.- Conclusiones.....	27
6.- Bibliografía.....	28
7.- Anexos.....	29-34

INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la sociedad en los países occidentales está incrementándose de forma notable en las últimas décadas. Se ha confirmado un aumento del número de personas mayores de 65 y más años, acrecentándose dentro de este grupo los mayores de 85 años.

En España el índice de envejecimiento ha pasado del 7,2% en 1950 al 15% en la actualidad ⁽¹⁾. La esperanza de vida en la población española, que en 1900 era de 34,8 años, ha pasado a ser – en medición de 2012- de 81,44 años, encontrándose entre las más altas de la Unión Europea. El factor que más ha incidido en este aumento de la esperanza de vida es el descenso de la mortalidad infantil.

El envejecimiento de la población tiene unas consecuencias sanitarias y sociales claras, que abarcan desde el gasto sanitario al aumento de la discapacidad y la dependencia, ya que como hemos reseñado el aumento se hace fundamentalmente a expensas del grupo de edad más anciano.

Siendo que el envejecimiento es una de las características de nuestra estructura social, no es ajena a otras, tales como la presencia de la mujer en el mercado de trabajo, la absoluta hegemonía del modelo de familia nuclear, o la movilidad laboral. Estas y otras características definen un tipo de funcionamiento social en que los ancianos, cuando pierden en parte su capacidad de autonomía, cada vez con más frecuencia, deben ingresar en residencias geriátricas, para ser asistidos allí de forma profesional y así garantizar la calidad de sus cuidados.

Los pacientes geriátricos en general, forman parte de una población con gran número de patologías crónicas, que en ocasiones les sitúa en una

posición de fragilidad, y les hace más vulnerables ante perturbaciones externas y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud con pérdida de función, discapacidad o dependencia. Las enfermedades suelen presentarse en los ancianos con pocos o ninguno de sus hallazgos característicos. Así por ejemplo, siendo que el cáncer es una entidad muy frecuente en las personas mayores, gran número de ellas mueren más con cáncer que de cáncer.

Es un hecho probado que la tasa de mortalidad por cáncer se incrementa con la edad y es más alta en hombres que en mujeres. Aproximadamente la mitad de los tumores malignos, se diagnostica en personas de más de 70 años. El riesgo de padecer cáncer en el grupo de población comprendido entre los 65 y 85 años, es del 23% para los hombres y del 17% en las mujeres ⁽²⁾.

El cáncer es por tanto una de las enfermedades más importantes durante la ancianidad, hasta tal punto que la edad se considera un factor de riesgo y factor pronóstico capaz de modificar la incidencia, el comportamiento y evolución de los mismos tumores con respecto a edades más tempranas, aunque, no está evidenciado que las neoplasias en la población anciana se desarrollen con menos virulencia que en las personas con procesos oncológicos más jóvenes.

Naturalmente además del cáncer, son numerosos los procesos patológicos que pueden afectar a los ancianos, las causas más frecuentes de terminalidad son: insuficiencias orgánicas en fases avanzadas: cardíaca, pulmonar y renal; enfermedades neurológicas degenerativas avanzadas (demencia, enfermedad de Parkinson, ELA); accidentes cerebrovasculares con gran incapacidad, no recuperables y con complicaciones asociadas; poliulcerados con inmovilismos irreversibles; psicopatías crónicas, etc.

A pesar de la evidente proximidad de la muerte en el entorno del paciente anciano, es muy reciente su consideración como un «paciente terminal».

Los especialistas en Geriátría y Cuidados Paliativos confluyen hoy en día en la atención del enfermo terminal geriátrico (ETG).

Los objetivos de ambas disciplinas son muy diferentes, pero los principios que las impulsan (calidad de vida, autonomía individual, unidad paciente-familia) presentan grandes similitudes.

El estado concreto de incurable en el anciano no siempre está dado por la naturaleza de la enfermedad causal, sino por el tipo, grado y curso de las alteraciones concomitantes y por la actitud que el paciente adopta ante ellas.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos ⁽³⁾ explica que en la enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes para definirles y para poder acceder correctamente a la terapéutica más concreta para el paciente. Los elementos más fundamentales son:

- 1.- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- 2.- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo técnico.
- 5.- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

A pesar de lo cual W. Astudillo ⁽⁴⁾, defiende que en el caso del paciente geriátrico pueden no darse estas premisas y el paciente ser beneficiario de cuidados paliativos.

En esta situación compleja se requiere una gran cantidad de soporte y atención. A esta atención y cuidados pasamos a llamarlos cuidados paliativos.

El término “paliativo” deriva de pallium, palabra latina que significa “capa”, capote. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa.

La OMS define cuidado paliativos como: “Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales.”

Consideraciones éticas.

Para poder llevar a cabo estos tratamientos debemos de tener claros una serie de consideraciones éticas, ya que ante todo los pacientes terminales son personas y no residuos biológicos. Concretamente cuatro consideraciones éticas básicas ⁽⁵⁾:

- Respetar la autonomía del paciente
- Beneficencia (hacer el bien)
- No maleficencia (no dañar)
- Justicia (distribución y disponibilidad equitativa de los recursos)

El control de síntomas es una parte sustancial del cuidado paliativo, una gestión adecuada de los mismos nos va a permitir conseguir esa paliación del sufrimiento a la que aspiramos los profesionales sanitarios.

Los cuidados paliativos son de carácter interdisciplinario y situado en una gran variedad de instalaciones basadas en la comunidad, hospicio y hospital, donde las enfermeras constituyen una parte importante del equipo.

Las unidades de cuidados paliativos están claramente liderando el cuidado de los pacientes con cáncer avanzado, los pacientes con EPOC terminal, u otras variadas situaciones, pero en el caso del Enfermo Terminal Geriátrico, no es tan común que lo hagan. Afortunadamente, con el establecimiento de los servicios de cuidados paliativos, las necesidades particulares de las personas que están muriendo y sus familias son cada vez más conocidas.

Algún interesante estudio ⁽⁶⁾ nos ha mostrado como los pacientes al final de su vida desean que el personal que este junto a ellos sepa cómo deben ser tratados y quieren que tengan los conocimientos suficientes para poder mantenerles un buen bienestar físico o ser conectados con el mundo exterior y la familia

Las residencias geriátricas están preparadas para atender a a pacientes geriátricos en sus necesidades de cuidado, pero nos interesa conocer el manejo específico de los pacientes en su etapa final de la vida. Sabemos que hay muchos factores que van a influir sobre esta situación, ya sea por un déficit en el conocimiento de los profesionales que en ella trabajan, por ciertas actitudes personales frente a la muerte o por intereses financieros.

Pero entendemos que se hace fundamental que los profesionales que tienen a su cuidado a los ancianos terminales en las residencias, desarrollen las competencias para proporcionar un adecuado cuidado paliativo. Según un estudio danés es principalmente la tarea de las enfermeras el hacer frente a situaciones próximas a la muerte ⁽⁷⁾.

Durante los últimos años y en el ámbito del anciano institucionalizado se han realizado diversos estudios sobre este cuidado profesional, pero una gran parte de ellos están interesados en analizar las consecuencias del cuidado por parte del cuidador, refieren la presencia de problemas psicopatológicos, principalmente ansiedad y depresión ⁽⁸⁾, señalan que atender a una persona senil hasta en sus más simples necesidades puede resultar una tarea difícil y absorbente ⁽⁹⁾. Otros estudios señalan la presencia de burnout en este grupo de trabajadores.

Definitivamente, aparecen muchas menos investigaciones que centren su atención en las necesidades educativas del cuidador y la base empírica que sustenta en la mayoría de los casos sus actuaciones.

Por lo que nuestro principal objetivo en este estudio va a ser conocer las necesidades formativas respecto al cuidado del ETG del personal de enfermería que está al cuidado de estos pacientes en las llamadas residencias geriátricas.

Objetivos específicos:

- Averiguar el nivel de conocimientos teóricos sobre el cuidado paliativo que poseen.
- Actitudes del personal sanitario que trabaja con pacientes terminales geriátricos con respecto a los cuidados paliativos.
- Formación recibida en este campo.

Finalmente cabe destacar que la hipótesis que planteamos es que el nivel de conocimientos teóricos sobre cuidados paliativos en personal sanitario de centros geriátricos es bajo.

La segunda hipótesis que planteamos es que este conocimiento es aprendido por la experiencia (de manera empírica), no por fundamentos científicos (de manera teórica).

MATERIAL Y MÉTODOS.

Para lograr nuestro objetivo hemos diseñado un estudio descriptivo observacional, y utilizaremos técnicas de la metodología cuantitativa como explicaremos a continuación.

Nuestra población de estudio la constituyen los profesionales de enfermería (enfermeros/as y auxiliares de enfermería) que desarrollan su trabajo en las residencias geriátricas de la comarca de La Costera, de la provincia de Valencia.

La muestra se obtuvo por parte del investigador, mediante un muestreo no probabilístico consecutivo siguiendo como criterios de inclusión la participación voluntaria de todos aquellos trabajadores de las 4 residencias geriátricas ubicadas en esta zona que aceptaron participar en el estudio.

Con lo que respecta a las variables se van a analizar principalmente una batería de variables demográficas para poder ver las características de la población que estudiamos, pero la variable de mayor interés va a ser el grado de conocimientos de los profesionales.

Una vez que hayan sido recogidos los datos, se cruzarán las variables conocimientos con experiencia clínica y con grado de formación para intentar ver si hay algún tipo de relación entre los conocimientos que poseen los profesionales sanitarios y alguna de estas dos variables.

Nuestra herramienta para la recogida de datos fue un cuestionario (Anexo 2) no validado que confeccionamos con la intención de poder recoger los datos que nos interesaban para nuestro trabajo. No se pudo obtener ningún cuestionario validado que valorase aquellos conceptos que necesitábamos, por ello lo elaboramos. El cuestionario constaba de una

parte inicial de datos demográficos, seguido de unas cuestiones sobre las actitudes de los profesionales frente a los cuidados paliativos y finalmente una batería de 33 afirmaciones con dos posibles respuestas de “verdadero” o “falso” que obtuvimos del cuestionario validado “The Palliative Care Quiz Nursing (PCQN)”.

Todos los datos obtenidos fueron tratados por el propio autor del trabajo mediante el programa estadístico R- Comander y diferentes hojas de cálculo para poder incorporar los datos al programa. El cuestionario fue pasado en el mes de junio de 2013, entregándolo durante un periodo de 2 semanas con el fin de facilitar la participación de todos los profesionales.

Destacaremos que para la realización del estudio se respetaron los principios éticos de la investigación, por lo que se entregaron los cuestionarios personalmente y se comentó con los directores de cada centro el procedimiento y la forma de analizar los datos. También se entregó un consentimiento informado (Anexo 1) que firmaron para de esta forma respetar la voluntariedad de participación por parte del centro en el estudio. Una vez entregado este consentimiento se entregaron los cuestionarios a los profesionales y se les explicó cómo funcionaba la cumplimentación de los cuestionarios y como se iban a valorar sus respuestas. Para finalizar y respetar principio de beneficencia se les facilitó un cuestionario resuelto junto con una guía de respuestas explicadas para que pudiesen ver sus errores y aprender del propio proceso de la investigación.

Limitaciones del estudio:

El presente estudio presenta diferentes limitaciones como son la falta de residencias geriátricas en la zona que puedan pasar a formar parte de nuestra muestra. También está limitado debido a que en las residencias que se encuentran como muestra, el número de trabajadores es muy bajo debido a que la población que atienden es muy poca, por lo tanto la población participante en el estudio se reduce. Desde otro punto de vista se encuentra limitado debido a que se valoran los conocimientos y los propios profesionales se niegan a responder los cuestionarios debido a creer que van a ser examinados.

Otra de las limitaciones que encontramos a la hora de la realización del estudio fue que el cuestionario no estaba validado y que se podría producir un sesgo ya que la recogida de datos no ha sido probabilística sino consecutiva tras aceptar la dirección del centro la participación.

RESULTADOS.

El número total de centros participantes fue 4, entregando un total de 41 cuestionarios para todos los profesionales que trabajaban en los centros de los cuales se recogieron cumplimentados un total de 32 cuestionarios, por lo que se pudo obtener un 78% de participación.

De entre los participantes un 87,5% fueron mujeres, la mayoría de las cuales se encontraban comprendidas en un rango de edad entre los 40-49 años.

El 80,65 % tenían en posesión el título de Grado medio, mientras que el 18,75% estaban en posesión de una Diplomatura.

Los datos demográficos explicados anteriormente se encuentran reflejados en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Características demográficas de la población a estudio.

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Sexo</i>			
<i>Masculino</i>	4	12.5	12.5
<i>Femenino</i>	28	87.5	100
<i>Grupos de edad</i>			
<i>20-29</i>	10	31.25	31.25
<i>30-39</i>	4	12.5	43.75
<i>40-49</i>	14	43.75	87.5
<i>50-59</i>	4	12.5	100
<i>+60</i>	0	0	100
<i>Nivel de instrucción</i>			
<i>ESO</i>	0	0	0
<i>Grado Medio</i>	25	78.125	78.125
<i>Grado superior</i>	1	3.125	81.25
<i>Diplomatura</i>	6	18.75	100
<i>Licenciatura</i>	0	0	100

En cuanto al ámbito clínico un 81,25% eran auxiliares de enfermería, mientras que un 18,75% eran enfermeras. De los 32 participantes, un 78,125% tenían una experiencia de 5-9 años, encontrándose la mayoría en un rango de 5-14 años de experiencia. Del total de la muestra, 32 sujetos habían recibido formación en los últimos 5 años, pero únicamente 9 habían recibido formación específica en cuidados paliativos. Todos ellos procedían de la misma residencia. Las características profesionales de los participantes se encuentran reflejadas en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Características profesionales de la población a estudio.

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
Ámbito Clínico			
<i>Enfermería</i>	6	18.75	18.25
<i>Aux. Enfermería</i>	26	81.75	100
Experiencia clínica			
<4	2	6.25	6.25
5-9	25	78.125	84.375
10-14	5	15.625	100
15-19	0	0	100
+20	0	0	100
Formación específica para el puesto			
<i>Si</i>	32	100	
<i>No</i>	0	100	
Formación en los últimos 5 años			
<i>Relacionada con Paliativos</i>	9	28.125	28.125
<i>Otra</i>	23	71.875	100

En cuanto a la experiencia en la atención al paciente terminal, la mayoría de la muestra se encontraba en un total de 10-49 pacientes atendidos. Mientras que un 59,375% habían atendido entre 1-9 pacientes en el último año. Sin embargo, un 37,5% habían atendido entre 10-49 pacientes. Los datos sobre los pacientes atendidos en total y en el último año se encuentran reflejados en el cuadro 3.

Cuadro 3. Pacientes terminales atendidos por la población a estudio.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Pacientes terminales atendidos</i>	Ninguno	0	0	0
	1-9	2	6,25	6,25
	10-49	18	56,25	62,5
	50-99	9	28,125	90,625
	+100	3	9,375	100
<i>Atendido en el último año</i>	Ninguno	0	0	0
	1-9	19	59,375	59,375
	10-49	12	37,5	96,875
	50-99	1	3,125	100
	+100	0	0	100

En cuanto a los resultados de la parte de conocimientos, la puntuación máxima estaba en 33 puntos, de los cuales la media de todos los participantes fue de 21 puntos, mientras que la mediana se encuentra en 22 puntos.

Los resultados de la muestra estaban ubicados en el intervalo de puntos desde 15 hasta 25, concentrándose la mayor parte de los participantes en 21 aciertos y 23 aciertos con un 25% de participantes en cada uno de ellos. Si separamos la muestra en dos grupos, siguiendo como criterio el nivel de instrucción, nos encontramos con que los profesionales de

Enfermería tienen una media de respuestas acertadas de 25, mientras que los profesionales auxiliares de enfermería tienen una media de respuestas acertadas de 21. Los datos de la cantidad de aciertos se pueden ver en el Cuadro 4.

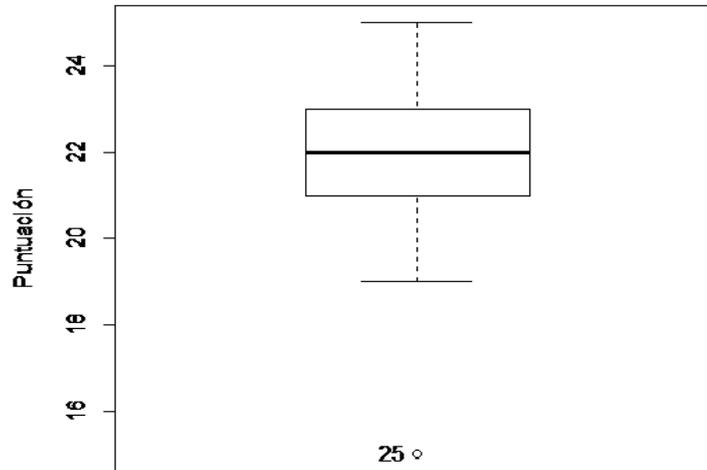
Cuadro 4. Aciertos cuestionario paliativos.

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje acumulado</i>
<i>Aciertos</i>	<15	0	0	0
	15	1	3,125	3,125
	16	0	0	3,125
	17	0	0	3,125
	18	0	12,5	15,625
	19	4	6,25	21,875
	20	2	25	46,875
	21	8	9,375	56,25
	22	3	25	81,25
	23	8	12,5	93,75
	24	4	6,25	100
	25	2	0	100
	>25	0	0	100

A continuación, en el Diagrama 1 se pueden ver los datos en un diagrama de caja, obtenidos con el programa R-Comander. En este diagrama se puede ver claramente el intervalo en donde están ubicados la mayor parte de las respuestas, al igual que la media y algún punto más disperso que son aquellos datos que están por fuera de la normalidad.

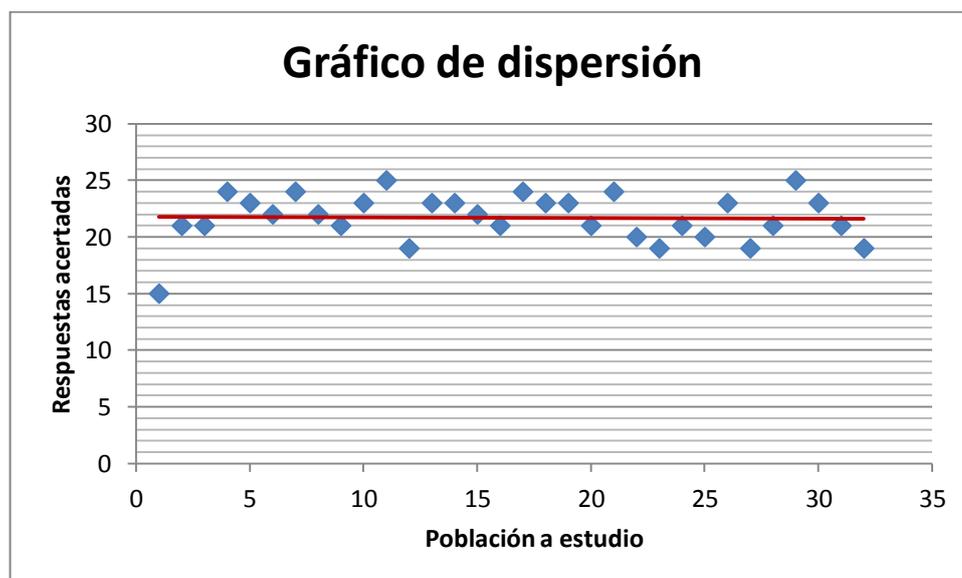


Diagrama 1. Diagrama de caja sobre la puntuación



En cuanto a la dispersión de los datos, podemos ver en el Gráfico 1 que la mayoría de los datos se encuentran centrados cerca de la línea de la media exceptuando un único punto que se encuentra más distanciado. El rango de nuestros datos sería 10, ya que tenemos como máximo 25 aciertos y como mínimo 15 ciertos.

Gráfico 1. Gráfico de dispersión



Para poder ver la relación existente entre el nivel de formación de los participantes del estudio y los conocimientos que tiene, se realizó el test ANOVA.

Para ello establecimos como hipótesis nula que el nivel de conocimientos era igual independientemente del nivel de formación y la hipótesis alternativa era que había una diferencia en cuanto al nivel de conocimientos dependiendo de la formación de cada participante. El resultado de dicho test muestra un p-valor de 0,011, por lo que al ser menor que alfa, podemos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa diciendo que de alguna manera existe una relación significativa entre el nivel de estudios recibido como parte de la formación y los conocimientos en cuidados paliativos que tiene cada profesional.

También se relacionó la antigüedad de la experiencia clínica con el nivel de conocimientos estableciendo esta vez como hipótesis nula que el nivel de conocimientos era igual independientemente de la antigüedad y la hipótesis alternativa que el nivel de conocimientos era diferente dependiendo de la antigüedad del personal del estudio. El resultado del test ANOVA reveló un p-valor 0'029, por lo que rechazamos la hipótesis nula y aceptamos que hay una diferencia en el nivel de formación dependiendo de la experiencia clínica. Lo que demuestra que el personal sanitario también obtiene su conocimiento a través de la experiencia, teniendo una relación significativa los años de experiencia con el nivel de conocimiento, concretamente tras a valoración se observó que los trabajadores con más años de experiencia poseen un mayor conocimiento en cuidados paliativos aunque simplemente sea conocimiento empírico debido a la práctica clínica.

En lo que se refiere a los resultados obtenidos de las cuestiones que revelaban aspectos de actitudes y opiniones:

A la cuestión “Es imprescindible la aplicación de cuidados paliativos en pacientes terminales” un 84,375 % estaban completamente de acuerdo, mientras que el resto están de acuerdo.

En cuanto a la cuestión “Es necesario que en todos los centros estén contemplados los cuidados paliativos” un 81,25% estaban completamente de acuerdo.

Por lo que se refiere a la afirmación “Los cuidados paliativos están en contra de la propia naturaleza humana” un 81,25% respondieron estar en completo desacuerdo.

Para finalizar con esta presentación de los resultados obtenidos nos vamos a centrar ahora en la práctica clínica de los profesionales.

Cuando se les pregunto si la Escala de Valoración Analógica era un instrumento empleado en su unidad o empleaban algún otro, la respuesta fue que un 56,25% no empleaban ningún instrumento de valoración del dolor en el paciente terminal geriátrico.

Por otra parte, con lo referente a la disnea presente en el paciente terminal, un 81,25% le administraban oxígeno de forma empírica.

Finalmente, un 71,875% de la muestra le administraba por lo menos la mitad de lo que le ponían en el plato y en el horario establecido por cada uno de los centros, no respetando la decisión del paciente terminal.

DISCUSIÓN.

Analizando los resultados obtenidos en el presente estudio podemos observar que no todos los profesionales que cuidan a pacientes geriátricos tienen suficiente nivel de conocimientos ya que los resultados de los cuestionarios muestran que el nivel de conocimientos general es limitado y a expensas de la experiencia.

Este déficit en el nivel de conocimientos repercute directamente sobre el cuidado proporcionado. No es nuestro objetivo en el presente trabajo describir las competencias que debe desarrollar una enfermera en su posición de cuidadora a un ETG, pero si recordamos que el conocimiento, así como las habilidades y las actitudes son los elementos que conforman la posibilidad de desarrollar de manera eficiente una competencia, resulta inevitable la reflexión sobre el papel que esta falta de conocimientos resta al protagonismo que las enfermeras deben tener en el cuidado paliativo al paciente geriátrico terminal. Los profesionales de salud que atienden a los pacientes geriátricos terminales deberían velar por el alivio de los síntomas y signos que presenten, prestarles apoyo psicológico, pero sobre todo saberles cuidar.

Desafortunadamente, nuestros resultados no están dispares a lo que ocurre en el resto del mundo, un reciente estudio danés nos señala como los enfermeros encuentran dificultades en obtener información actualizada sobre los cuidados paliativos ⁽¹⁰⁾.

Otro estudio en Belfast nos muestra como los enfermeros de las “Nursing Homes”, menos de la mitad había obtenido formación formal en el ámbito de la evaluación y control de los síntomas de los pacientes paliativos. ⁽¹¹⁾

También encontramos en nuestros resultados como gran parte de los profesionales presentan unas actitudes positivas frente a los cuidados paliativos lo que lleva a seguir aprendiendo poco a poco de manera empírica. Pero, una vez visto que estos profesionales se interesan y

tienen una actitud positiva frente a este tipo de cuidado se deberían analizar otros caminos para ampliar el conocimiento.

De hecho, otros estudios realizados a lo largo del territorio mostraron la necesidad de programas educativos encaminados a mejorar los conocimientos del personal de enfermería en Cuidados Paliativos, incluyendo el aprendizaje sobre el proceso normal de envejecimiento, la muerte, el dolor y el control de otros síntomas.

Al final todos estos estudios muestran cómo se pueden ampliar los conocimientos de los profesionales que trabajan en las residencias geriátricas y que están en contacto con pacientes geriátricos terminales, ya que en la actualidad muchas de las praxis que este tipo de profesionales lleva a cabo no están absolutamente basadas en la evidencia sino que muchas veces están fundamentadas en la práctica clínica.

Este punto se refuerza viendo un estudio realizado en Estados Unidos que nos muestra como ante una situación de conocimientos muy deficientes por parte del personal sanitario que cuidaba a este tipo de pacientes después de una acción formativa casi el 93% de los participantes informaron el cambio en su práctica.⁽¹²⁾

CONCLUSIONES.

- 1.- Los conocimientos encontrados tras la realización de las evaluaciones, en los profesionales sanitarios que se encuentran trabajando en residencias geriátricas, sobre cuidados paliativos son escasos.
- 2.- De los conocimientos que tienen los profesionales, una gran parte de ellos están ligados a la experiencia clínica (de manera empírica) y no ciertamente fundamentados con evidencias científicas.
- 3.- Estos mismos profesionales muestran una actitud positiva y abierta ante este tipo de cuidados.
- 4.-Es muy importante el papel que lleva a cabo la gerontología unido a la SECPAL en el campo de los cuidados paliativos que nos lleva cada vez más a saber cómo tratar a este tipo de pacientes y saber solucionar sus necesidades.
- 5.- Debemos seguir confiando en que la crisis económica no detenga los avances conseguidos en los cuidados paliativos y que por parte de las autoridades se pongan en marcha ciertas normativas para seguir avanzando en este campo.

BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España; c2012 [cited 2013 Jun 10]. Available from: <http://www.ine.es>
- (2) Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet]. España; c2012 [cited 2013 Jun 10]. Available from : <http://www.msssi.gob.es>
- (3) Sanz J, Gómez-Batiste X, Gómez M, Nuñez JM. Cuidados paliativos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo: Guías y Manuales. España. 2008
- (4) Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E. Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Ed. EUNSA. 2002. (4ª Edición)
- (5) De Simeone G, Tripodoro V: Fundamentos de cuidados paliativos y control de síntomas. Buenos Aires. Febrero 2004 (1ª Edición)
- (6) Strohbuecker B, Eisenmann Y, Galushko M, Montag T, Voltz R. Palliative care needs of chronically ill nursing home residents in Germany: focusing on living, not dying. *Int J Palliat Nurs* 2011 01;17(1):27-34.
- (7) Vejlgaard T, Addington-Hall J. Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliat Med* 2005 03;19(2):119-127.
- (8) Moral Lopez y Pellicer [Internet]. España; c2004, [Cited 20013 Jun 15]. Available from: http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/r1_articulo_12-17.php
- (9) Arrechiga H. y Cerejido M. El envejecimiento: sus desafíos y esperanzas. 1999.
- (10) Vejlgaard TB. [Educational needs of physicians and nurses working in palliative care]. *Ugeskr Laeger* 2003 09/01;165(36):3413-3417.
- (11) Whittaker E, George Kernohan W, Hasson F, Howard V, McLaughlin D. The palliative care education needs of nursing home staff. *Nurse Educ Today* 2006 08;26(6):501-510.
- (12) Letizia M, Jones T. An Educational Intervention for Nurse Practitioners Providing Palliative Care in Nursing Homes. *J HOSP PALLIAT NURS* 2012 07;14(5):351-357.

Anexo 1. Autorización recogida de datos.

Valencia 6 de Junio del 2013

Don. **Jose Antonio Pedron Barbera**, Diplomado en Enfermería y actual estudiante del “Máster de Especialización en Cuidados de Enfermería” en la Universidad Cardenal Herrera-CEU.

EXPONE:

Con el fin de realizar un trabajo de investigación sobre “*Cuidados paliativos en el Enfermo Terminal Geriátrico institucionalizado*”, en las Residencias de la tercera edad de la comarca de La Costera.

SOLICITO:

A la dirección del centro y a los responsables de la atención a los pacientes, permiso para poder realizar un cuestionario anónimo y sin ánimo de lucro, entre los meses de Mayo y Junio de 2013.

Agradezco de antemano su interés por colaborar en la formación de futuros profesionales como yo.

Firma solicitante:

Firma responsable:



Anexo 2. Cuestionario cuidados paliativos.

CUESTIONARIO DE CUIDADOS PALIATIVOS

El presente cuestionario es de carácter voluntario, confidencial y completamente anónimo que está centrado en los cuidados paliativos, entendiendo paciente paliativo como el enfermo que presenta numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples multifactoriales y cambiante debido a una enfermedad avanzada, progresiva e incurable o que no tiene respuesta al tratamiento específico.

El cuestionario está dividido en una parte inicial de preguntas de elección múltiple y una segunda parte de una batería de preguntas de “Verdadero o Falso”.

Sexo:

Hombre Mujer

Edad, años:

20-29 30-39 40-49 50-59 + 60

Ámbito clínico:

Enfermería Auxiliar de Enfermería

Duración de la experiencia clínica (años):

< 4 5-9 10-14 15-19 + 20

Experiencia en otros puestos de trabajo:

.....

Número de pacientes terminales que has sido atendidos:

Ninguno 1-9 10-49 50-99 +100

Atendidos en el último año:

Ninguno 1-9 10-49 50-99 + 100

Nivel de instrucción:

ESO Grado Medio Grado Superior Diplomatura Licenciatura

Formación específica para el puesto:

Ninguno Si

En caso de haber recibido formación específica:

¿Qué tipo de formación?.....

.....

¿Propia del centro o externa?.....

.....

¿Qué tipo de formación has recibido en el último año?.....

.....

¿Y en los últimos 5 años?.....

.....

.....

A continuación le vamos a presentar una serie de afirmaciones y unas posibles respuestas de las cuales debe marcar aquella que se acerque lo más posible a su propia opinión.

Es imprescindible la aplicación de los cuidados paliativos en pacientes terminales:

Totalmente en desacuerdo Algo en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo totalmente de acuerdo

Las necesidades de mis pacientes están igual de atendidas:

Totalmente en desacuerdo Algo en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo totalmente de acuerdo

Se presta igual atención a todos los pacientes indiferentemente de su pronóstico:

Totalmente en desacuerdo Algo en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo totalmente de acuerdo

Es necesario que en todos los centros estén contemplados los cuidados paliativos:

Totalmente en desacuerdo Algo en desacuerdo Ni de acuerdo ni en desacuerdo Algo de acuerdo totalmente de acuerdo



Es normal que en la fase final de la vida se presenten ciertos síntomas:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo de acuerdo | <input type="checkbox"/> totalmente de acuerdo |
|---|---|---|--|--|

En el paciente paliativo hay que controlarle únicamente los síntomas que presente:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo de acuerdo | <input type="checkbox"/> totalmente de acuerdo |
|---|---|---|--|--|

Se debe evaluar, reevaluar y controlar los efectos secundarios en todo paciente paliativo:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo de acuerdo | <input type="checkbox"/> totalmente de acuerdo |
|---|---|---|--|--|

Me asusta el hecho de manejar mórnicos:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo de acuerdo | <input type="checkbox"/> totalmente de acuerdo |
|---|---|---|--|--|

Los cuidados paliativos están en contra de la propia naturaleza humana:

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Ni de acuerdo ni en desacuerdo | <input type="checkbox"/> Algo de acuerdo | <input type="checkbox"/> totalmente de acuerdo |
|---|---|---|--|--|

El enfermo y la familia son la unidad a tratar.	V	F
Los cuidados paliativos sólo debe ser proporcionada a los pacientes que no tienen Tratamientos curativos disponibles.	V	F
Los cuidados paliativos son Cuidados que proporcionan alivio, mitigan los síntomas y retardan el proceso patológico, aunque sin curarlo	V	F
Los cuidados paliativos no deben proporcionarse junto con tratamientos para curar la enfermedad.	V	F
La finalidad de los cuidados paliativos es prolongar la vida	V	F

Dolor		
Se debe juzgar el dolor de un paciente terminal antes de administrar tratamiento o realizar cualquier maniobra.	V	F
Uno de los objetivos en el manejo del dolor es conseguir un buen sueño por la noche.	V	F
El dolor únicamente debe ser controlado por el médico	V	F
La Escala de Valoración Analógica es un instrumento de objetivación del dolor que se utiliza con frecuencia en mi unidad.	V	F
En mi unidad no utilizamos escalas de valoración	V	F
Utilizo otra escala de valoración	V	F
El uso a largo plazo de los opiáceos puede inducir a la adicción.	V	F
El Uso de opioides no influye en el tiempo de supervivencia.	V	F
Es mi costumbre preguntarle al paciente si le ha hecho efecto el analgésico	V	F
La extensión de la enfermedad determina el método de tratamiento del dolor	V	F
Las terapias adyuvantes son importantes en el tratamiento del dolor	V	F
El umbral de dolor se baja por la ansiedad o la fatiga	V	F
La aspirina, codeína y morfina son los fármacos estándares para el tratamiento del dolor.	V	F
Si a un paciente se le pauta morfina significa que esta muriéndose.	V	F

Disnea		
La morfina debe usarse para aliviar la disnea en los pacientes con cáncer.	V	F
Cuando se toman opiáceos de manera habitual será común la depresión respiratoria.	V	F
Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.F	V	F
Cuando un paciente presenta disnea le administro oxígeno de forma empírica.		

La presencia de un familiar puede mejorar la disena.	V	F
--	---	---

Problemas Psiquiátricos		
El acompañamiento espiritual y religioso es necesario si el paciente lo requiere.	V	F
Los pacientes que toman opiáceos la deshidratación puede provocar delirio.		
Las benzodiazepinas deben emplearse en el control de delirio.	V	F
Algunos pacientes terminales requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	V	F
La morfina es, a menudo, una de las causas del delirio en enfermos terminales.	V	F

Problemas gastrointestinales		
Hay que lavarle la boca y realizar un enjuague al paciente después de cada comida.	V	F
El bienestar y la satisfacción de comer dependen de una buena higiene bucal.	V	F
Al paciente terminal hay que presentarle gran cantidad de alimentos en el plato para que pueda comer un poco de cada uno.	V	F
En fase terminal no hay que emplear enemas.	V	F
En la fase terminal del cáncer, una mayor ingesta de calorías es necesaria en comparación con las primeras etapas.	V	F
La infusión intravenosa no es eficaz para el alivio de la boca seca en pacientes terminales	V	F
Al paciente terminal le doy por lo menos la mitad de lo que se le ponga en el plato y en el horario establecido.	V	F
La caquexia es la incapacidad del organismo de absorber los nutrientes que necesita.	V	F
Dado que el paciente terminal está encamado muchas horas, no es necesario que tome tantos alimentos.	V	F
En la situación agónica la dieta debe limitarse a líquidos y al cuidado de la boca.	V	F

Muchas gracias por haberle dedicado unos minutos a responder el presente cuestionario. Si desea saber la verdad o falsedad de estas últimas afirmaciones, tiene a su disposición la planilla de respuestas. Solo debe acudir a su dirección del centro y pedir la planilla de respuestas para cotejarlas con sus elecciones.