

Trabajo Fin de

Título:

***Proyecto educativo enfocado en la
prevención de la obstinación terapéutica
en el ámbito geriátrico***

Alumno: Álvaro Manglano Plaza

Director: Daniel Fernández Robles

Madrid, 3 de mayo de 2023

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Listado de abreviaturas	6
Presentación	7
Estado de la cuestión.....	8
Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.....	8
1. El paciente mayor.....	9
2. Bioética	15
3. Encarnizamiento terapéutico.....	16
4. Adecuación del esfuerzo terapéutico.....	19
Justificación.....	22
Proyecto educativo.....	23
<i>Población y captación</i>	23
Población diana	23
Captación.....	23
Objetivos.....	24
Objetivos generales.....	24
Objetivos específicos.....	24
Contenidos.....	25
Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales	26
Evaluación.....	31
Evaluación de la estructura y el proceso.....	31
Evaluación de resultados.....	31
Bibliografía	33
Anexos	49

Resumen

Introducción:

Hoy en día y debido al envejecimiento de la sociedad, el colectivo de mayor edad ha experimentado un gran crecimiento, asociado a una mayor prevalencia de pluripatologías de carácter crónico-degenerativas causantes de incapacidad, son numerosos los ancianos que acaban padeciendo una situación terminal, lo que implica que muchos de los fallecimientos que se producen se dan en este grupo etario.

Los ancianos que pasan por la última fase de la enfermedad terminal, requieren de unos cuidados ajustados a sus necesidades, evitando la aplicación de medidas extraordinarias en relación a su situación clínica. Por esta razón es importante establecer un proyecto educativo enfocado a la enfermera que trate con pacientes que padezcan alguna patología que conduzca a una situación de fragilidad y/o agonía, ya que la enfermera es la profesional indicada para valorar su evolución a lo largo de la enfermedad, aplicando cuidados y medidas que incrementen la calidad de vida hasta el final.

Objetivo principal:

El objetivo fundamental de este proyecto educativo es instruir a las enfermeras sobre la identificación de las necesidades paliativas de los pacientes geriátricos de manera precoz. Para prevenir situaciones de encarnizamiento terapéutico y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.

Metodología:

El presente trabajo se ha desarrollado a partir de una exhaustiva búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre el adulto mayor en etapa terminal, los idiomas de referencia en la búsqueda bibliográfica han sido español e inglés y dichos artículos se han sacado de bases de datos indicadas como: Dialnet, Pubmed, Scielo, Medline, Google académico, Scencedirect, American Medical Association, SECPAL. Otras fuentes consultadas han sido guías de prácticas clínicas del Ministerio de Sanidad, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Palabras clave: Enfermedad terminal, cronicidad, paliativos, muerte digna, alivio síntomas, dolor, agonía.

Abstract

Introduction:

Nowadays and due to the aging of society, the elderly population has experienced a great growth, associated with a higher prevalence of chronic-degenerative multi-pathologies that cause incapacity, many elderly people end up suffering a terminal situation, which implies that many of the deaths that occur occur in this age group.

Elderly people in the last phase of terminal illness require care tailored to their needs, avoiding the application of extraordinary measures in relation to their clinical situation. For this reason it is important to establish an educational project focused on the nurse who deals with patients suffering from any pathology that leads to a situation of fragility and/or agony, since the nurse is the professional indicated to assess their evolution throughout the disease, applying care and measures that increase the quality of life until the end.

Objective:

The main objective of this educational Project is to instruct nurses on the early identification of palliative needs of geriatric patients. To prevent situations of therapeutic obstinacy and to improve the quality of life of the patient and their environment.

Methodology:

The present work has been developed from an exhaustive bibliographic search of scientific articles on the elderly in the terminal stage, the reference languages in the bibliographic search have been Spanish and English and these articles have been taken from databases such as: Dialnet, Pubmed, Scielo, Medline, Google Scholar, Sciencedirect, American Medical Association, SECPAL. Other sources consulted were clinical practice guidelines of the Ministry of Health, Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (Madrid Regional Ministry of Health).

Key words: Terminal illness, chronicity, palliative, dignified death, symptom relief, pain, agony.

Listado de abreviaturas:

CP: cuidados paliativos

MP: medicina paliativa

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAD: planificación anticipada de las decisiones

UCP: unidad de cuidados paliativos

ABVD: actividades básicas vida diaria

AAVD: actividades avanzadas vida diaria

AIVD: actividades instrumentales vida diaria

Presentación

En enfermería, mi educación y formación se fundamenta esencialmente en la promoción de la salud, restauración de la salud y prevención de la enfermedad. En general desde la enfermería se nos enseña a defender la vida, en ocasiones a ultranza cuando paradójicamente el ser humano es mortal y que la muerte y todo lo asociado a ella como la vejez, cronicidad, agonía implica que también forma parte de la vida y debe ser visto como algo natural. La aceptación de la situación terminal de un paciente es complicada ya que implica que la supervivencia es cuanto menos limitada y que la muerte llegará sin que se pueda hacer algo, clínicamente hablando, para evitarlo.

Sin embargo, en determinadas ocasiones se busca a toda costa evitar o al menos retrasar la muerte aun cuando la predicción del pronóstico del paciente es del todo irreversible y su supervivencia es limitada, lo que tiene como consecuencia una prolongación de la esperanza de vida del paciente, pero con una calidad de vida muy disminuida. A esta situación se la conoce como obstinación terapéutica que consiste en actuar siempre con el único propósito de evitar o retrasar la muerte, normalmente la obstinación viene asociada a una variedad de tratamientos fútiles que apenas tienen beneficio sobre el paciente y su entorno.

El anciano geriátrico es en el actual contexto de nuestra sociedad cada vez más envejecida, es especialmente vulnerable debido a la combinación de varias patologías de carácter crónicos y polifarmacia. Son pacientes susceptibles de recibir tratamientos que no necesitan o que no aportan beneficios disminuyendo su autonomía y calidad de vida.

El actual TFG va enfocado a identificar las situaciones en las que se aplica la obstinación terapéutica en el contexto de la geriatría, problemas éticos asociados, qué criterios se dan y que casos son susceptible de una adecuación del tratamiento en pro de la calidad de vida.

En resumen, realizar un seguimiento de las necesidades de los pacientes geriátricos para adaptar los cuidados a sus circunstancias.

Quiero agradecer a mi familia por que ha sido un apoyo fundamental a lo largo de estos 4 años de carrera y por servirme de motivación para cumplir mis sueños, sin duda este trabajo y mi carrera son el resultado de la confianza que han puesto en mi y yo quiero dejar claro que me siento muy agradecido por ello.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

Introducción

El siguiente documento reúne de los siguientes apartados:

Como primer punto, se hablará sobre el paciente mayor su contexto, necesidades y gastos, en segundo lugar se hablara sobre la etapa terminal en el anciano y sus características, en el siguiente apartado se hablara sobre la obstinación terapéutica y que casos son susceptibles de darse, seguiremos con la adecuación del esfuerzo terapéutico en los pacientes susceptibles de cuidados paliativos, en último lugar habrá un apartado de bioética y por qué la adecuación del esfuerzo terapéutico es ético en la práctica profesional.

En cuanto a los términos DeCS y MeSH empleados en el trabajo son (**tabla 1**):

DeCS	MeSH
Anciano	Aged
Enfermedad Crítica	Critical Illness
Enfermo Terminal	Terminally Ill
Muerte	Death
Bioética	Bioethics
Indicadores de Calidad de Vida	Indicators of Quality of Life
Beneficencia	Beneficence
Esperanza de Vida Ajustada a la Calidad de Vida	Quality-Adjusted Life Expectancy
Enfermería de Cuidados Paliativos al Final de la Vida	Hospice and Palliative Care Nursing
Dolor agudo	Acute pain
Estado Funcional	Functional Status
Eutanasia	Euthanasia
Neoplasias	Neoplasms
Pronóstico	Prognosis
Reanimación Cardiopulmonar	Cardiopulmonary Resuscitation
Signos y Síntomas	Signs and Symptoms
Diagnóstico	Diagnosis

Tabla 1: Términos Decs y MeSH. Elaboración propia

Palabras clave: Enfermedad terminal, cronicidad, paliativos, muerte digna, alivio síntomas, dolor, agonía.

1 El paciente mayor.

1.1 Datos, contexto, necesidades y gastos.

En las últimas décadas se han dado un proceso demográfico conocido como envejecimiento poblacional, debido al cual ha aumentado el grupo etario conocido como tercera edad (>65 años) (1). En España en el año 2001 un 16% de la población tenía más de 65 años y un 3´4% tenía más de 80 años en contraste con el 21% mayor de 65 y un 6% mayor de 80 años en el 2020 (2).

El grupo etario anciano es en el que hay una mayor incidencia y prevalencia de patologías crónicas y/o degenerativas, que suelen estar asociadas y que pueden evolucionar hacia situaciones de incapacidad y de agonía, siendo la edad un factor de riesgo que agrava la adaptación del anciano. Las patologías en el anciano presentan deterioro en los ámbitos mental, social y funcional lo que hace que el anciano tenga cada vez un menor control y se dé una situación de dependencia (3).

Como consecuencia de la mayor prevalencia de patologías crónicas, situaciones de incapacidad y terminal, la población geriátrica requiere de servicios para las personas con dependencia lo que incluye servicios sociosanitarios continuados y medidas de rehabilitación. La población geriátrica es la que más ingresos y reingresos a hospitales padece llegando a representar en el año 2010 un 42% de las altas. Las causas más comunes que provocan ingresos en la población mayor de 65 años en el año 2010 son (4) (**Figura 1**):

- Patologías cardio-vasculares 20´1%.
- Patologías respiratorias 17´7%.
- Neoplasias 12%.
- Patologías musculo-esqueléticas 11´5%.
- Enfermedades del digestivo 11´5%.
- Enfermedades sistema nervioso 7´5%
- Enfermedades renales o urinarias: 7%.
- Patologías hepáticas, biliares o pancreáticos 6´3%.

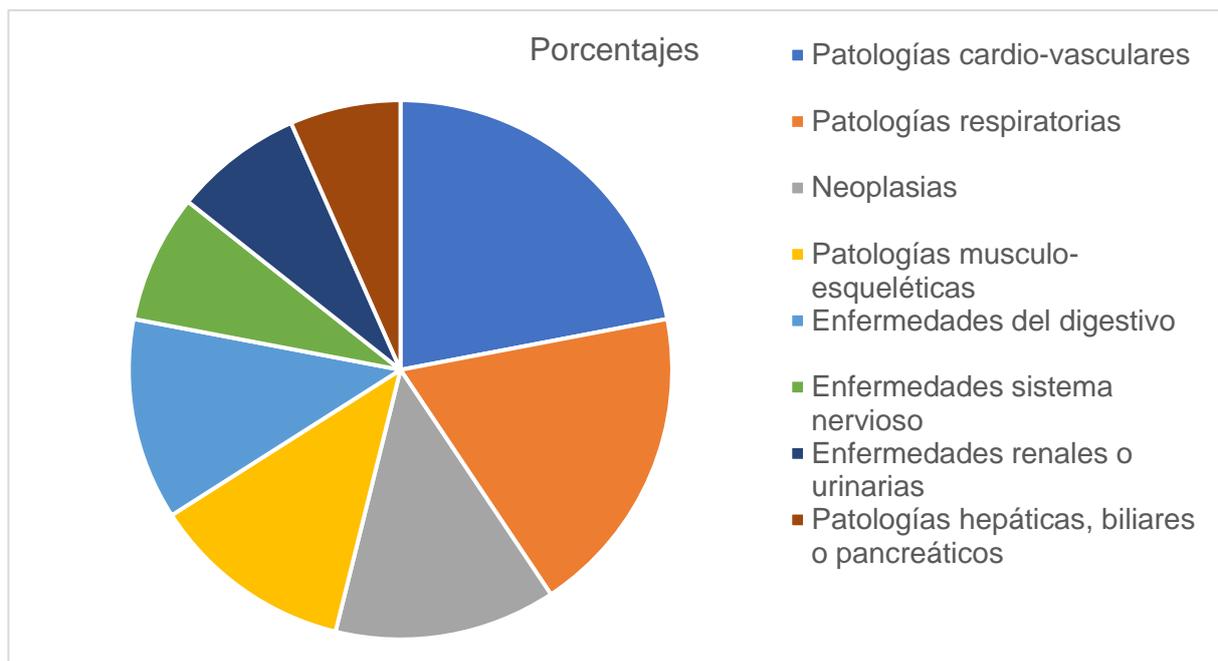


Figura 1. Estadística sobre ingresos hospitalarios en el grupo etario anciano.

La población mayor representa aproximadamente un 35% del gasto sanitario y el 85% del PIB y representan entre un 25/50% de los fármacos prescritos. El paciente mayor, requiere de otro tipo de prestaciones que comprenden las pensiones que suponen un gasto del 12,7% del PIB en el año 2019, las pagas por invalidez, pensiones por viudedad (5).

1.2 El paciente frágil y geriátrico

Anciano: Persona de edad avanzada $65 <$ que se encuentra en la última etapa de la vida comúnmente conocida como tercera edad. En el anciano se desarrolla una mayor prevalencia de patologías y discapacidades, normalmente interrelacionadas y de un carácter crónico agravado por el envejecimiento, siendo este universal y progresivo. El estado de salud de un anciano no se determina únicamente con la edad siendo la población anciana un grupo heterogéneo, (**tabla 2**) en el que el envejecimiento es relativo a cada persona por lo que hay distintos perfiles dentro del anciano (6).

	Anciano sano	Anciano frágil	Anciano geriátrico
Situación	Edad avanzada y ausencia de enfermedad objetivable	Presencia de patología y condición que se mantiene controlada, a riesgo de descompensar	Algunas enfermedades crónicas que provocan dependencia y alteración mental y social
AIVD	Independientes	Dependiente	Dependiente
ABVD	Independiente	Independiente	Dependiente
Patologías	Baja tendencia a la dependencia	Alta tendencia a la dependencia	Tendencia a una mayor progresión de la dependencia
Síndromes geriátricos	Baja	Alta	Muy alta

Tabla número 2: Tipología de ancianos, tabla de elaboración propia a partir de Robles-Raya MJ, Miralles-Bassedá R, Llorach-Gaspar I, Cervera-Alemaný -2006-.

La fragilidad hace referencia en el ámbito de la geriatría al paciente que siendo independiente y conservando sus funciones mentales y sociales, se encuentra en una situación de riesgo de acabar desarrollando incapacidad. Los ancianos con fragilidad tienen una menor capacidad de adaptación y una mayor vulnerabilidad a acontecimientos adversos ocasionando la dependencia y en última instancia la muerte (7).

La fragilidad se determina mediante la presencia de 3 o más de los siguientes marcadores predictivos de discapacidad, criterios de FRIED (8) ANEXO I:

1.3 Anciano terminal y criterios para su identificación.

En España se producen 300.000 muertes al año, con el mencionado envejecimiento de la sociedad, el 80% de las muertes se producen en edades avanzadas >65 años, por lo que hay una correlación entre la edad y la mortalidad. Muchas de los ancianos que fallecen pasan por una etapa de enfermedad terminal (9). Los pacientes ancianos en situación terminal se definen como aquellas personas que se encuentran gravemente enfermos por un proceso crónico o agudo sin alternativa de tratamiento y que se encuentran próximos a su muerte (10).

Las necesidades de un paciente se considerarán paliativas cuando se den las siguientes circunstancias (11):

- Presencia de una enfermedad incurable avanzada: una patología que se encuentra en un estadio avanzado y que no dispone de un tratamiento eficaz por lo que la enfermedad es progresiva e irreversible.
- Ausencia de tratamientos efectivos o nula respuesta a los tratamientos disponibles: La patología terminal diagnosticada no es susceptible de tratamiento curativo o eficaz capaz de evitar el pronóstico de muerte próximo. Esto implica que o no hay un tratamiento disponible en la actualidad o que los tratamientos que hay dejaron de ser eficaces por las circunstancias del paciente o el estadio de la enfermedad.
- Convergencia de complicaciones y síntomas de origen multifactorial y dinámicos que en ocasiones resultan de difícil control por lo que se deberá abordar desde un equipo multidisciplinar.
- Gran impacto emocional en el paciente y su entorno debido a la patología terminal y el deterioro cada vez mayor.
- Pronóstico de vida normalmente corto: la patología terminal está asociada a un pronóstico fatal en un espacio breve de tiempo, no existe una extensión de tiempo fija porque depende de cada situación, pero en general se trata de un plazo breve que va desde horas hasta unos pocos meses.

Las anteriores características, se pueden dar en una gran variedad de patologías aunque las que mayor protagonismo acaparan y son por tanto más susceptibles de cuidados paliativos son aquellas relacionadas con tumores o cánceres en las que se identifica con claridad el deterioro característico de la fase terminal, mientras que en las patologías no oncológicas como las demencias o patologías orgánicas del tipo EPOC, cirrosis... el deterioro que se da en esos pacientes es más irregular y lento aunque sus necesidades suelen coincidir con los pacientes oncológicos (12).

La última fase de la enfermedad terminal recibe el nombre de agonía, que se define como el periodo inmediatamente anterior a la muerte en aquellos procesos en los que hay un deterioro gradual y alargado en el tiempo (13). Esta fase viene marcada por ANEXO II.

1.4 Las necesidades paliativas en la geriatría.

Definida la condición de paciente terminal, es preciso identificar cuáles son las necesidades, preocupaciones y deseos del paciente a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Informar al paciente y/o familia sobre la situación terminal resulta imprescindible para iniciar ajustes en los tratamientos que tiene el paciente para lograr confort y control de síntomas en esta etapa (14).

Dada la situación patológica irreversible, los cuidados que se apliquen en esta fase, tienen por objetivo mejorar la calidad de vida sin la intención de alargarla, el objetivo ya no es la supervivencia (15). Los cuidados paliativos asisten a todos los aspectos de personas de cualquier edad que padecen de un sufrimiento severo de salud en relación con alguna patología y de quienes se encuentran próximos a su fallecimiento (16).

Para mejorar la calidad de vida, los cuidados paliativos fomentan la dignidad y autonomía, adoptando medidas de prevención sobre las complicaciones y preocupaciones que se puedan desarrollar. El debut de los cuidados paliativos, así como el ritmo al que estos se aplican lo marca el paciente y/o su familia en base a su propia experiencia, pudiéndose aplicar a lo largo del curso de la enfermedad o en combinación con otros tratamientos. Existen otros parámetros relacionados con la situación terminal (**tabla 4**), como son los ingresos hospitalarios frecuentes por una misma causa en los últimos meses, ingresos debidos a síntomas refractarios o mal controlados de intensidad moderada a severa de 24 a 48 horas e Ingresos en hospital para cuidados complejos (17).

CRITERIOS DE TERMINALIDAD ESPECIFICOS	
Insuficiencia cardiaca	Angina en reposo, ingresos > 3 en el último año. Fracción de eyección <30%. Insuficiencia renal
Crónica pulmonar	Disnea en reposo, oxígeno domiciliario, PCO ₂ >50 mmHg, PO ₂ <55mmHg
Crónica hepática	Sangrado recurrente por varices esofágicas, ascitis refractarias, albúmina <25g/l
Demencia	Incapacidad en ABVD, incontinencia, neumonía por aspiración, pérdida de peso
Neurológicas	Disfagia progresiva, neumonía por aspiración, dificultad para la comunicación
Motoneurona	Rápido declive, dificultades cognitivas, somnolencia, confusión
Crónica renal	Diuresis <400 cc/24 horas, cr >8mg/dl
Parkinson	Aumento de la dependencia, síntomas psiquiátricos (depresión, alucinaciones, psicosis y ansiedad)

Tabla 3: Criterios de una situación terminal de elaboración propia a partir de Mar Bescós Orós, Zamora Moliner A -2016-.

Las situaciones de dependencia son comunes en la geriatría y son un factor de riesgo que incrementa la demanda de recursos socio-sanitarios (18). Para la detección de la dependencia, hay una serie de factores a tener en cuenta como son (19):

- Comorbilidad de diversas patologías como fractura de pelvis y demencia. Síndrome hepatorenal, cardiopatía crónica asociada a insuficiencia renal
- Caquexia: síndrome multifactorial relacionado con una pérdida continua de la masa musculoesquelética. Viene determinada por una pérdida de peso igual o mayor al 5% o bien un índice de masa corporal <20 y pérdida de peso del 2%. Ingesta de alimentos y líquidos disminuida
- Síndromes geriátricos: presencia de un conjunto de síntomas y signos que tienden a la discapacidad: inmovilidad, integridad de la piel, inteligencia alterada, introversión, inestabilidad, inanición, incontinencia, iatrogenia, impactación fecal, inmunodeficiencia, insuficiencia sensorial, indigencia.

Conocer con exactitud el pronóstico del anciano terminal es clave para la detección de complicaciones y del deterioro funcional durante la etapa terminal de esta manera se realiza un mayor seguimiento de las necesidades del paciente, algunas escalas que se usan con la finalidad de conocer el pronóstico en oncología es el índice Karnofsky, ANEXO III. Un valor igual o inferior a 50 estima la supervivencia del paciente en unas 8 semanas aproximadamente según Lamon. PRITT estima la supervivencia en 2 meses con un Karnofsky inferior a 50 (20).

Otra escala empleada como predictor de mortalidad en paliativos, es la escala de funcionalidad paliativa o PPS ANEXO IV útil para pacientes no oncológicos y también incluye el ámbito domiciliario imagen 2 (21).

2 Bioética

Cuando una persona enferma, el objetivo primordial es salvarle la vida para a continuación promocionar su salud, aliviando el sufrimiento causado por la patología. No obstante, entre los pacientes que se encuentran próximos al final de su vida, aparecen conflictos de carácter ético en lo que respecta a la toma de decisiones y como llevarlas a cabo (22).

A continuación, se presentan los 4 principios de la bioética según Beauchamp y Childress, que deben guiar el actuar enfermero para el cuidado de los pacientes (22).

- El principio de no maleficencia definido como la obligación de no dañar

intencionadamente, la obstinación incumple este punto, puesto que el paciente recibe un tratamiento de naturaleza extraordinaria que no se ajusta a su situación clínica, pudiendo ocasionar sufrimiento y daño. La aplicación de medidas terapéuticas debe basarse en juicios sobre la calidad de vida que estos pueden ofrecer (22).

- El principio de beneficencia viene definido por actuar buscando siempre el beneficio basado en el interés del paciente. Evitar la muerte en cualquier circunstancia sin esperar más que una prolongación de la agonía no es algo ético por lo que será el propio paciente quien en base a sus necesidades y valores identifique que favorece a su calidad de vida (22).
- El principio de justicia es un principio que marca una distribución equitativa de los recursos en base a las necesidades de todas las personas que parten desde una situación de igualdad. La obstinación atenta directamente contra este principio ya que se administran recursos en un nivel desproporcionado y sin priorizar el nivel de necesidad de otros pacientes (23).
- Principio de autonomía viene determinado por el respeto y tolerancia hacia las decisiones ajenas elaboradas por unos valores propios. Esto implica que un paciente pueda tomar decisiones sobre cuál es la mejor manera de afrontar su enfermedad y pactar con su entorno, sin embargo, en el caso de los pacientes con patología terminal, su deterioro es tal que se sitúan en una situación de dependencia, por lo que no manifiestan sus deseos o necesidades. Un punto interesante en lo que respecta a la autonomía en una situación terminal, es que el paciente manifieste de manera anticipada ANEXO V cuáles son sus voluntades sea en forma de documento de voluntades o mediante su opinión a los familiares más cercanos (23).

La adecuación del esfuerzo terapéutico supone la decisión más ética y razonada en la medida en que se evite la introducción de tratamientos con una desproporción entre los beneficios que aportan y los riesgos asociados (24). A nivel legal la adecuación del esfuerzo terapéutico queda recogida en la ley 1/2015 que establece que aceptar que las personas en una situación terminal decidan entrar en una muerte sin sufrimiento y en paz es una muestra de respeto a la dignidad de los seres humanos, la ley indica que la adecuación del esfuerzo terapéutico supone una buena práctica basada a la situación clínica del paciente (25).

3 Obstinación terapéutica, causas, situaciones comunes.

3.1 Definición

La obstinación o encarnizamiento terapéutico es un tipo de práctica médica en la que se aplican una serie de medidas desproporcionadas o extraordinarias con el fin de prolongar la

vida en pacientes terminales o irrecuperables (26). En la obstinación terapéutica dada la situación clínica irreversible del paciente, los tratamientos aplicados que persiguen prolongar la vida o actuar sobre la enfermedad son considerados fútiles, es decir que están desaconsejados debido a que clínicamente son ineficaces ya que no aportan beneficio significativo al paciente o el daño que produce es superior al beneficio por lo que son medidas que no cumplen con sus objetivos. La futilidad viene determinada cuando una medida terapéutica tiene por fin la curación, pero se aplica en un paciente gravemente enfermo sin opciones de responder (27).

- Ineficacia: es decir el tto no produce el efecto esperado por lo que no hay beneficios.
- Desproporcionalidad: no hay un equilibrio entre los beneficios potenciales o reales y los inconvenientes o cargas.
- No indicado: terapia que no es capaz de producir beneficio y que su aplicación carece de sentido.
- Superfluo: aquello que no cumple con su función.

Es importante tener en cuenta que si un tratamiento se considera fútil no existe una obligación ética de iniciar su aplicación si este procedimiento no se ha iniciado y si se hubiese iniciado se debería retirar, en cambio sí se aplicase un tratamiento que no aporta mejorías significativas se llegaría a una situación de obstinación terapéutica lo que constituye una mala praxis. Como consecuencia de la aplicación de tratamientos desproporcionados se prolonga la agonía del paciente mientras dichos tratamientos producen una disminución de la calidad de vida ocasionando daños al paciente. Esta actitud responde a la necesidad de actuar siempre sin aceptar un mal resultado, en este caso la muerte (28).

3.2 Causas de la obstinación

Las razones por las que se da la obstinación terapéutica son varias y en función de la responsabilidad de esas razones, las podemos agrupar en 3 grandes grupos:

- Causadas por el equipo sanitario: falta de consenso en el equipo sanitario en cuanto a establecer un diagnóstico acertado, así como las medidas más oportunas y aceptables a tomar de acuerdo a la situación clínica del paciente. Por otro lado, el personal sanitario siente la obligación de ofrecer todas las medidas disponibles, aunque estas no sirvan para la mejoría del paciente, para evitar sentir que no se hace nada por el paciente “no todo está perdido”, este sentimiento considera la muerte como un fracaso puesto que se asume que la función de los sanitarios es únicamente curar, pero frente a un moribundo los sanitarios pueden sentir que no aplicar ningún tratamiento que pueda salvar al paciente equivale al abandono (29).

- Causadas por el entorno del paciente: la familia del paciente puede no querer aceptar la situación y aferrarse a cualquier expectativa o falsa mejoría del paciente para continuar con tratamientos no indicados, a su vez puede existir sentimiento de culpa en el entorno por lo que querrán tratamientos para sentir que se ha hecho algo por ellos (29).
- Causadas por el propio paciente: un factor a tener en cuenta es que el paciente puede no ser quien tome las decisiones sobre los tratamientos que mejor se ajustan a su situación, bien por que el paciente se encuentre incapacitado o bien en ocasiones el entorno del paciente llega a un acuerdo explícito o implícito en el que se decide condicionar la información que se le hace llegar, siendo esta controlada u omitida, la información tiene que ver normalmente con el diagnóstico y/o con el pronóstico (30). La familia decide establecer un pacto de silencio cuando la situación se considera adversa y contra la que no se puede cambiar de tal manera que se aspira a mantener al familiar en una burbuja o realidad en la que no tenga conocimientos de su verdadera situación, solo le llega información sesgada o con matices favorables para evitar el sufrimiento (31).

3.3 Situaciones comunes en el encarnizamiento terapéutico

La obstinación se da en unas situaciones conocidas como límite, la situación clínica límite es aquella en la que un paciente padece una enfermedad avanzada y potencialmente incurable o una situación clínica irreversible produciendo un deterioro que no solo elimina la autonomía del paciente, sino que se establece una dependencia con los medios técnicos y tratamientos no encaminados a su curación (32):

- Fase terminal de una enfermedad: enfermedad potencialmente mortal e incurable cuya expectativa de vida es inferior a un mes, con un Karnofsky <40, ineficacia de tratamientos y insuficiencia de órgano. Algunos ejemplos son el cáncer con metástasis, cirrosis hepática, EPOC, arterioesclerosis.
- SIDA: se trata de un síndrome producido por el VIH y se trata de una patología contagiosa. La supervivencia de estos pacientes viene determinada por la incidencia de las enfermedades oportunistas responsables del 90% de las muertes en estos pacientes.
- Pacientes neonatos con problemas congénitos: trisomías 13 y 18, enfermedades metabólicas como TAY-sachs, Lesh-Nyham y malformaciones graves como agenesias y atresias.

- Enfermedades estacionarias sin deterioro psíquico: la consideración del deterioro psíquico es importante para determinar el grado en el que el paciente interviene en la toma de decisiones, fomentar su autonomía.
- Enfermos estacionarios con deterioro psíquico o EVP: pacientes con demencia como Alzheimer, las etapas finales de estas patologías dejan al paciente en un estado de incapacidad, encamados y desorientados por lo que necesitan asistencia total 24 horas. El pronóstico va de 6 a 8 años produciéndose la muerte por la debilidad o infección.

3.4 Efectos del encarnizamiento terapéutico

La aplicación de medidas extraordinarias no indicadas permite que se dé una situación en la que no se tienen en cuenta ni las características, particularidades, ni las necesidades del paciente por lo que no se da un dialogo sobre la enfermedad o las experiencias de la persona enferma. El resultado es que se está aplicando un tratamiento solo por temor al próximo fallecimiento sin tener en cuenta al paciente y su situación por lo que el paciente no interviene en el proceso de salud-enfermedad (33).

Otros efectos no deseables de los tratamientos no indicados son las expectativas positivas que se dan ante la prolongación de la vida de una persona con un pronóstico irreversible, teniendo un impacto negativo en el transcurso de la enfermedad.

Los tratamientos no indicados que se aplican en la obstinación terapéutica, tienen un objetivo curativo no obstante la razón por la que se aplican en una situación terminal responde a la no aceptación de la muerte, de tal forma que se pretende retrasarla al máximo alargando así la vida. Sin embargo, la vida es prolongada en unas condiciones paupérrimas, en este contexto la negación de la muerte puede ocasionar más sufrimiento al paciente y su entorno (34).

En los casos que presenten obstinación terapéutica hay un desfase entre los recursos curativos que se aplican y las necesidades del paciente, la falta de dialogo sobre la enfermedad y su fatal pronóstico provoca que el paciente no sea dueño ni de su cuerpo ni de los tratamientos que recibe, traduciéndose en una menor calidad de vida durante todo el proceso de la enfermedad (35).

4 Adecuación del esfuerzo terapéutico

4.1 Definición

La adecuación del esfuerzo terapéutico es el procedimiento por el que se retira, se ajusta o no se inicia un tratamiento cuando este no se ajuste a la situación clínica del paciente. Es la

adaptación de las medidas terapéuticas a la situación del paciente previniendo la prolongación en el tiempo de una situación clínica carente de expectativas de mejoría (36).

La adecuación se basa en la valoración de que es lo que beneficia y lo que no al paciente en base a la identificación de su situación terminal y permitir la muerte como un proceso natural cambiando el enfoque del esfuerzo terapéutico hacia los cuidados paliativos, por tanto, mediante la adecuación se consigue que el paso de la vida a la muerte se haga de la manera más humana y adecuada posible (37).

4.2 Criterios para la adecuación

Los criterios más importantes para establecer la adecuación terapéutica (38)(39):

Pronóstico: la adecuación del esfuerzo terapéutico se establece en aquellos pacientes en una situación terminal o incurable, por lo que determinar con exactitud si el paciente tiene margen de mejoría o si los tratamientos o sus alternativas realmente pueden aportarle beneficios es clave para conocer cuál es la situación del paciente y sus necesidades (38).

Distribución de recursos: hay procedimientos que son muy costosos, escasos o de difícil acceso por lo que se debe priorizar los recursos disponibles en base a el principio de justicia redistributiva, es decir que se priorice a quienes aprovechen mejor el tratamiento (38).

Futilidad del tratamiento: identificar aquellas medidas extraordinarias e ineficaces que no benefician al paciente y que no están indicadas en relación a su situación (38).

Deseos del paciente: supone que el paciente en el ejercicio de su autonomía si es competente y está adecuadamente informado pueda decidir qué es lo que mejor le conviene. En caso de que el paciente no pueda ejercer su autonomía será su documento de voluntad anticipada y/o la familia la que determine qué medidas son más adecuadas (39).

Calidad de vida: la OMS lo define como la percepción subjetiva de la vida propia en relación con su contexto cultural y valores. En este sentido la calidad de vida tiene 5 áreas: bienestar físico, bienestar material, bienestar social, bienestar emocional, desarrollo social (40).

4.3 Herramientas para la adecuación del esfuerzo terapéutico.

Conviene diferenciar la adecuación del esfuerzo terapéutico con la sedación paliativa y la eutanasia.

- Sedación paliativa: procedimientos por los cuales se reduce el nivel de consciencia del paciente mediante la administración de sedantes a dosis proporcionadas por parte del

personal sanitario tras obtener el consentimiento informado, con el objetivo de aliviar el sufrimiento causado por la situación de agonía y/o síntomas refractarios (41).

- Eutanasia: es un procedimiento realizado por los médicos con la finalidad de provocar el fallecimiento en el paciente que padece una enfermedad incurable, terminal y que provoca mucho sufrimiento en base al cual el paciente decide solicitar la prestación de ayuda para morir (42).

El documento de voluntades anticipadas (VA) cuyo fundamento radica en la autonomía del paciente, que permite anticipar situaciones y las decisiones que se toman cuando el paciente no está capacitado para influir sobre su salud ni expresar su voluntad (43). Respecto a la nutrición y alimentación artificial hay que matizar que no son tto sino cuidados o medidas de soporte vital y que por tanto no se pueden suspender, no obstante, en aquellas circunstancias en las que la situación sea irreversible y permanente ya que en esos casos lo que ocasione la muerte será la patología en cuestión no la retirada las medidas de soporte vital las cuales son extraordinaria. Mediante VA se pueden rechazar determinados tto y la hidratación artificial, nutrición enteral y ventilación asistida cuando esta solo prolonga la agonía (44).

Antibioterapia: la suspensión de antibióticos existiendo infección activa es también adecuación del esfuerzo terapéutico cuando se percibe un fallecimiento próximamente o cuando no hay respuesta a la antibioterapia. En un estudio sobre la suspensión de antibióticos en presencia de infección activa realizado en Alcorcón, los pacientes tenían demencia, neumonía grave, deshidratados y sin ingesta oral en resumen hay una incapacidad física, deterioro cognitivo con comorbilidades y sondajes. Los pacientes en estado vegetativo persistente tienen altos porcentajes de retirada (44).

Si se acuerda una adecuación del esfuerzo terapéutico, es clave establecer si una reanimación cardio-pulmonar se considera fútil o no y por tanto adoptar una orden de no reanimación. La No RCP: se considera que las maniobras de RCP son fútiles cuando la muerte del paciente terminal es previsible ya que apenas se benefician de dicha maniobra. La RCP puede ser aceptada o rechazada mediante el documento de instrucciones previas si no lo hubiese se debe actuar siempre en beneficio del paciente, ANEXO III. La RCP como maniobra no está indicada cuando el paciente la haya rechazado y deje constancia de ello, cuando se produzca una parada como consecuencia de la patología terminal o cuando esta se produzca tras un proceso agudo pese a la aplicación de medidas terapéuticas, cuando la parada se produzca y el paciente sufra daño cerebral permanente o deterioro intelectual progresivo y limitante (44).

Justificación

El proceso de envejecimiento poblacional que se ha dado en las últimas décadas, se observa que cuando un paciente llega a una situación terminal o de últimos días en un 85% de los casos se trata de pacientes geriátricos, estos datos reflejan que este grupo etario es el que más demanda los cuidados paliativos (45). Como consecuencia del aumento de la población geriátrica en situación de terminalidad, es más susceptible que se den casos de obstinación terapéutica (46).

La obstinación terapéutica entendida como «la adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía» supone un problema de salud al que los enfermeros deben hacer frente y prevenirlo en la medida de lo posible (47). Existen una serie de parámetros objetivos y escalas (Karnofsky y PPS) para identificar la falta de respuesta a los tratamientos con fines curativos en este tipo de pacientes, por ello los enfermeros deben conocerlos ya que son el personal sanitario que mayor contacto tienen con los pacientes (48).

El objetivo del proyecto educativo que a continuación expondré, tiene como objetivo principal la instrucción de las enfermeras para la detección de las necesidades de los pacientes geriátricos en situación terminal, de esta forma las enfermeras podrán incrementar la calidad de vida en la última etapa de la enfermedad.

Merece la pena destacar que, durante el desarrollo de mi proyecto educativo, leí una frase que captó mi atención y que considero que se adapta muy bien a la esencia de mi trabajo, el Dr. Bádiz hizo la siguiente afirmación: “No hay enfermos incuidables, aunque haya enfermos incurables” (49). Esta frase viene a decir que incluso en aquellos casos en los que un resultado clínico favorable es imposible, siempre es posible ayudar al paciente a vivir mejor dotando al paciente de la dignidad que una persona merece y la enfermera tiene mucho poder en este sentido.

Por todo lo anteriormente mencionado, confío en que mi proyecto educativo sirva de ayuda para que las enfermeras incrementen la calidad de vida de quienes se encuentran próximos a su muerte.

PROYECTO EDUCATIVO

Población y captación

Población diana:

Este proyecto educativo va enfocado hacia las enfermeras del hospital de Getafe que lleven a pacientes que padezcan patologías incurables y/o terminales. Las enfermeras serán instruidas sobre como identificar las necesidades de los pacientes de cara a poder tomar decisiones en la etapa final de sus patologías. El proyecto está dirigido a grupos de 10 enfermeros por sesión.

Los participantes del proyecto serán las enfermeras que trabajen en el hospital de Getafe y tengan a su cargo pacientes geriátricos con alguna de las siguientes patologías.

- Cáncer en pacientes geriátricos, escala Karnofsky de 50 o inferior ANEXO III.
- Enfermedades neurológicas en el paciente geriátrico (ELA, Alzheimer, Esclerosis lateral Amiotrófica)
- Insuficiencia renal crónica avanzada en el paciente geriátrico.
- Insuficiencia cardiaca avanzada en el paciente geriátrico.
- Insuficiencia hepática avanzada en el paciente geriátrico.
- Enfermedades respiratorias, EPOC.
- Pacientes geriátricos con puntuación en escala PPS igual o inferior a 40 ANEXO IV.

Aquellas enfermeras al cargo de pacientes en situación de fragilidad que cumplan 3 o más criterios de la escala de Fried. ANEXO IX

Captación

La captación de las enfermeras se realizará en el hospital de Getafe, especialmente en servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), unidad de ICTUS, unidad de geriatría que cuenta con la unidad de hospitalización de agudos, la unidad de continuidad de cuidados, las unidades geriátricas de recuperación funcional o de media estancia.

Por otro lado, se realizarán distintos folletos y carteles en los que se resume lo esencial del proyecto.

- Carteles: ANEXO VI
- Folletos: ANEXO VII

En cuanto a la docencia, 2 enfermeros con formación en paliativos se asegurarán de preparar el proyecto educativo mediante el siguiente cronograma.

Fases	Periodo	Actividades
Evaluación de las necesidades	1 semana	Visitar las unidades y revisar protocolos
Captación	Mes de mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con los supervisores de enfermería de los servicios seleccionados • Colocación de carteles y folletos.
Sesiones	Mes de Junio	<p>1º Sesión: necesidades paliativas. 7 de junio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escalas Karnofsky, PPS y escala de fragilidad FRIED. • Comunicación con el paciente. • Cuidados paliativos <p>2º Sesión: Obstinación terapéutica. 14 de junio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Causas • Futilidad <p>3º Sesión: adecuación del esfuerzo terapéutico. 21 de junio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición • Adecuación del esfuerzo terapéutico
Evaluación	A corto plazo	La evaluación tendrá lugar al final de cada sesión

Objetivos

Objetivos generales:

El objetivo del proyecto educativo es instruir a las enfermeras que trabajen en el hospital de Getafe en servicios como la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), unidad de ICTUS, unidad de geriatría durante el mes de mayo y junio, sobre las medidas de prevención de la obstinación terapéutica en pacientes geriátricos.

Objetivos específicos o educativos:

Objetivos de conocimiento (área cognitiva):

- Reconocer los principales signos y síntomas propios de un anciano con patología terminal.
- Conocer y manejar las principales escalas de valoración del estado funcional como Karnofsky, PPS.
- Comprender los objetivos de la adecuación del esfuerzo terapéutico
- Conocer las preocupaciones sobre cómo está gestionando la familia la etapa terminal de su familiar.
- Conocer que es un tratamiento fútil.
- Saber que es la obstinación terapéutica.
- Identificar cuando un tto es adecuado y cuando conviene retirarlo o no iniciarlo.
- Adquirir mayores conocimientos sobre cuidados paliativos para incrementar la calidad de vida.

Objetivos de actitudes/conducta (área afectiva/emotiva):

- Expresar sus dudas respecto
- Potenciar el dialogo con el enfermo y su entorno.
- Mejorar la aceptación de la situación terminal y de la muerte.
- Asumir e identificar preocupaciones en el paciente y su entorno

Objetivos de habilidades/aptitudes (área psicomotora)

- Desarrollar un dialogo constante con el paciente y su entorno.
- Control y seguimiento de síntomas.
- Uso de la sedación paliativa ante síntomas refractarios en agonía
- Informar al paciente sobre cualquier cambio en sus tratamientos.
- Aplicar medidas de confort
- Manejo de la vía subcutánea.

Contenidos

TEMAS DE LAS SESIONES	DEFINICIÓN
Enfermedad terminal	Patología en estadio avanzado que resulta incurable, con un pronóstico limitado
Agonía	Periodo previo al fallecimiento en aquellas patologías de desarrollo progresivo acompañado de deterioro gradual
Síntoma refractario	Aquella molestia que no se puede controlar de manera efectiva
Escala Karnofsky	Escala funcional desarrollada en los ámbitos oncológicos y geriátricos. Se emplea como un factor pronóstico.
Escala PPS	Escala funcional para pacientes paliativos, incluye a los no oncológicos.
Cuidados paliativos	Cuidado holístico y activo cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida ante enfermedades que no responden a tratamientos curativos
Paciente paliativo	Persona con un importante sufrimiento que es susceptible de recibir cuidados paliativos.
Medidas de confort	Aquellos cuidados no invasivos encaminados a aliviar al paciente agónico
Tratamiento curativo	Conjunto de medidas cuyo objetivo es la supervivencia o curación.
Obstinación terapéutica	Aplicación de tratamientos curativos o de soporte vital extraordinarios y no indicados en enfermos incurables.
Futilidad médica	Proceso médico que no merece la pena aplicarse por su escaso beneficio.
Adecuación del esfuerzo terapéutico	Ajustar el esfuerzo terapéutico a la situación del paciente

Sesiones, Técnicas de trabajo y Utilización de materiales:

Se ha planteado la elaboración de 3 talleres de 60 minutos cada una, que se desarrollarán en la sala de conferencias del hospital de Getafe habilitada para las sesiones del taller los miércoles en horario de 14:00 a 15:00. Se recomienda respetar los horarios y fechas salvo por causa justificada. Cada sesión constará de un grupo de como máximo 15 enfermeros que hayan cumplido los requisitos de inclusión, aunque podrán realizarse más sesiones si el número de enfermeros es mayor.

Los docentes encargados de impartir cada taller serán 2 enfermeros cualificados o especializados en la atención a pacientes paliativos, los docentes llegarán 15 minutos antes para organizar la charla e interactuar con los enfermeros que asistan (**tabla 4**)

CRONOGRAMA DE LAS 3 SESIONES

1* Sesión. Las necesidades paliativas	Miércoles 7 de junio. 14:00/15:00
2* Sesión. Obstinación terapéutica	Miércoles 14 de junio. 14:00/15:00
3* Sesión. Adecuación terapéutica	Miércoles 21 de junio. 14:00/15:00

Tabla 4: organización de las sesiones.

Técnicas educativas empleadas en las sesiones en grupo.

El proyecto educativo está pensado para realizarse en grupo, las enfermeras que asistan se agrupan para reconocer, comprender y aclarar dudas sobre las necesidades de los pacientes paliativos y contrastar su experiencia con los nuevos conocimientos, por otro lado, las sesiones en grupo favorecen el dinamismo y la participación a lo largo de la sesión favoreciendo nuevas perspectivas.

En las sesiones educativas en un grupo, los docentes deben emplear una serie de técnicas conocidas como las “técnicas de iniciación grupal” destinadas a realizar una primera toma de contacto con los integrantes del grupo, favoreciendo su participación generando una atmosfera de confianza que favorezca la comunicación en las sesiones.

Dentro de las técnicas previamente mencionadas, destaca la técnica del ovillo que consiste en que los distintos integrantes se pasan un ovillo de lana o pelota y se presentan para que de esta forma el grupo no resulte extraño. Una vez generado un clima de confianza, se llevan

a cabo las “técnicas expositivas” cuyo objetivo es transmitir nuevos conocimientos y reorganizar los ya existentes abordando principalmente el área cognitiva.

Como técnica expositiva se emplea la charla-coloquio en la que el docente se ubica entre los participantes exponiendo el tema y los objetivos de la sesión mientras los participantes pueden expresarse y comunicar dudas o propuestas.

Exposición mediante PowerPoint, se llevará a cabo una presentación sobre el contenido de cada sesión. Explicar de que va cada PowerPoint de la sesión.

Ante la introducción de conceptos nuevos, los docentes deben emplear las “técnicas de investigación de aula” ya que favorecen la expresión, reflexión y contraste de puntos de vista el objetivo es que las enfermeras sean conscientes de sus experiencias.

La técnica empleada es la lluvia de ideas en la que los participantes siguiendo su propio ingenio hacen fluir sus ideas respecto a un tema que marque el docente.

Otra técnica es la rejilla de análisis_ en la que los enfermeros expresan sus experiencias, dudas u opiniones delante del resto, mientras el docente apuntará las aportaciones más notables.

Introducidos los principales conceptos de la sesión, se emplean “técnicas analíticas” para que los participantes reflexionen y lleguen a conclusiones en base a lo que se les ha comunicado en la sesión. Técnicas que trabajan el campo afectivo y cognitivo.

Entre las técnicas analíticas empleadas destaca el caso es decir se les presentan a los participantes diversas situaciones en las que deben tomar diversas decisiones con su criterio, pero teniendo en cuenta lo expuesto en la sesión.

Sesión número 1: Necesidades paliativas

Temas	Objetivos	Métodos	Recursos	Duración	Evaluación
Presentación de los profesionales, de las sesiones y sus objetivos	Conocer la temática de cada sesión	Charla-coloquio	Exposición del Power-Point	5 minutos	
El paciente que padece una patología terminal y escala FRIED ANEXO I	Conocer los principales signos y síntomas de la agonía	Lluvia de ideas	Pizarra y rotulador	30 minutos	
Escalas de estado funcional PPS y Karnofsky	Conocer las escalas que miden las capacidades de los pacientes terminales	Charla-coloquio	Exposición Power-Point	10 minutos	Evaluación de conocimientos previos y posteriores ANEXO VIII
Comunicación con el paciente	Identificar las necesidades del paciente	Expositivo	Charla participativa	10 minutos	
Cuidados paliativos y confort del paciente	Priorizar la calidad de vida en pacientes terminales	Charla coloquio	Exposición power-point	10 minutos	

Sesión número 2: Obstinación terapéutica

Temas	Objetivos	Métodos	Recursos	Duración	Evaluación
Presentación del contenido de la sesión y objetivos a conseguir	Conocer la temática de cada sesión	Charla-coloquio	Exposición del Power-Point	5 minutos	
La obstinación terapéutica	Conocer que es la obstinación terapéutica	Lección con discusión	Ordenador y proyector	30 minutos	Test previo para comprobar si conocen la obstinación terapéutica y sus causas ANEXO IX
Causas de la obstinación terapéutica	Conocer los factores que favorecen la aplicación de medidas extraordinarias	Charla-participativa	Exposición Power-Point	10 minutos	
Futilidad y características	Identificar las necesidades del paciente	Charla participativa	Rotulador y pizarra	10 minutos	
Tipos de tratamientos	Conocer que tratamientos hay y sus objetivos	Lluvia de ideas	Pizarra y rotulador	10 minutos	

Sesión número 3: Adecuación del esfuerzo terapéutico

Temas	Objetivos	Métodos	Recursos	Duración	Evaluación
Presentación de la sesión y sus objetivos	Conocer la temática de cada sesión	Charla-coloquio	Exposición del Power-Point	5 minutos	
La adecuación terapéutica	Conocer en que consiste la adecuación	Charla participativa	Caso ANEXO X	30 minutos	Análisis del caso ANEXO XI
Criterios para adecuar	Conocer los criterios que debe cumplir el paciente	Caso y chara participativa	Descripción de un caso (folio)	20 minutos	Rejilla de análisis ANEXO XII
Documento de voluntades anticipadas.	Conocerla que es documento	Role-Playing	Mesa redonda	10 minutos	
Ética en la adecuación del esfuerzo terapéutico	Priorizar la calidad de vida en pacientes terminales	Charla participativa	Mesa redonda	10 minutos	Encuesta grado de satisfacción. ANEXO XIII

Evaluación

El proceso evaluativo es clave para evaluar si los contenidos de las sesiones han resultado de utilidad a los participantes y a su vez permite identificar puntos débiles a mejorar tanto en la presentación o en los docentes que la imparten.

Evaluación de la estructura y el proceso

Se tendrán en cuenta y se evaluarán una serie de parámetros entre los que cabe destacar:

- El número de asistentes, adecuación del lugar de la intervención y el proceso de captación de la población diana.
- Idoneidad y calidad de los educadores. Adecuación de la programación (número de sesiones, contenidos y técnicas empleadas).

Para evaluar todo ello, es necesario:

Encuesta de satisfacción: se trata de una evaluación que realizan los asistentes a las sesiones para que indiquen en que grado se han cumplido sus expectativas, que es lo que más les ha interesado y como se podría mejorar aquellos aspectos mejorables. ANEXO XII

El observador que es un docente enfermero encargado de la evaluación de cada sesión, para valorar los detalles de la presentación que rellenará el guion del observador. ANEXO XIII

Evaluación de los resultados

En este apartado se explica cómo se verifica el cumplimiento de los objetivos marcados para las 3 áreas del aprendizaje: conocimiento, habilidad y actitud.

Los objetivos de conocimiento se evaluarán mediante un test previo-posterior sobre la temática impartida en las 3 sesiones, el test para evaluar conocimientos se repartirá en 2 ocasiones, una antes del comienzo de la primera sesión y la otra después de la tercera sesión. El objetivo de este test (ANEXO XIV) es comprobar si los usuarios han aprendido algo de lo impartido a lo largo de las 3 sesiones programadas.

En este proyecto educativo se emplea un cuestionario de conocimientos sobre las escalas PPS y Karnofsky (ANEXO VIII) en pacientes aquellos pacientes geriátricos con necesidades paliativas.

El cuestionario de conocimientos sobre la obstinación terapéutica (ANEXO IX) se repartirá entre los usuarios antes de la sesión con el objetivo de saber qué puntos hay más dudas.

Los objetivos de habilidades se evaluarán mediante la presentación de un caso y su análisis (ANEXO X) (ANEXO XI) para comprobar de qué modo actuarían y que recursos o técnicas emplearían ante un paciente geriátrico que padece de una condición terminal y que está recibiendo un tratamiento fútil.

Los objetivos actitudinales se evaluarán mediante la técnica análisis de rejilla (ANEXO XI).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Alfaro Latorre M. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación Estadísticas Comentadas: La hospitalización de las personas mayores en el Sistema Nacional de Salud. CMBD – Año 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- (2) Demography of Europe - An ageing population [Internet]. Demography of Europe. [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-1c.html?lang=es>
- (3) Voumard R, Rubli Truchard E, Benaroyo L, Borasio GD, Büla C, Jox RJ. Geriatric palliative care: a view of its concept, challenges and strategies. *BMC Geriatr*. 2018; 18(1):220.
- (4) Silva M. El paciente terminal: Reflexiones éticas del médico y la familia. *RFM*. 2006; 29(1): 49-53.
- (5) Martín MA, Ramos R. El gasto en pensiones en España en comparativa europea [Internet]. Madrid: Boletín Económico - Banco de España; 2023 . [citado el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://doi.org/10.53479/27330>
- (6) Robles-Raya MJ, Miralles-Bassedá R, Llorach-Gaspar I, Cervera-Alemany AM. Definición y objetivos de la especialidad de geriatría. tipología de ancianos y población diana. 2º Ed. Madrid: researchgate.net; 2006.
- (7) Jürschik Giménez P, Escobar Bravo MÁ, Nuin Orrio C, Botigué Satorra T. Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Aten Primaria*. 2011;43(4):190-6.
- (8) Tapia P C, Valdivia-Rojas Y, Varela V Hr, Carmona G A, Iturra M Verónica, Jorquera C M. Indicadores de fragilidad en adultos mayores del sistema público de salud de la ciudad de Antofagasta. *Rev. méd. Chile*. 2015; 143(4): 459-66.
- (9) Amado J, Oscanoa T. Definiciones, criterios diagnósticos y valoración de terminalidad en enfermedades crónicas oncológicas y no oncológicas. *Horiz. Med*. 2020; 20(3):2-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.11>
- (10) Fahim A, A Kastelik J. Palliative care understanding and end-of-life decisions in chronic obstructive pulmonary disease. *Clin Respir J*. 2014; 8 (3): 312 - 20.
- (11) Grupo de Estudios de Ética Clínica. El enfermo terminal. *Rev. Méd Chile*. 2000; 128(5): 547-52.
- (12) López-Camps V, Casaban-Ros E, Palop-Cervera M, Paset-Mancebo V, Navarré-Gimeno A, Garayoa Roca A. Documento de enfermedad terminal no oncológica (ETNO). [Internet].

Sagunto: Departamento de salud de Sagunto; 2015. [acceso el 24 de abril de 2023].
Disponible en:
<https://sagunto.san.gva.es/documents/7967159/7993013/documento+completo+etnO+editado+vf.pdf>

- (13) Wright RJ, Lowton K, Robert G, Grudzen CR, Grocott P. Emergency department staff priorities for improving palliative care provision for older people: A qualitative study. *Palliat Med.* 2018;32(2):417-25.
- (14) Frías YA, Sánchez PL, Ruiz NCM, Garralaga MAC, Polo EG. Cuidados paliativos. Revisión bibliográfica. *Revista Sanitaria de Investigación.* 2023;4(1):21.
- (15) Morgan S. Supportive and palliative care for patients with COPD. *Nurs times.* 2003;20-26; 99(20):46-7
- (16) Fernández López A, Begara de la Fuente M, Boceta Osuna J, Camacho Pizarro T, Cía Ramos R, Duarte Rodríguez M. Cuidados paliativos: proceso asistencial integrado. [Internet]. Ecuador: Revista Eugenio Espejo; 2017 [acceso el 24 de abril de 2023]. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.37135/ee.004.03.08>
- (17) Bescós Orós M, Zamora Moliner AC. Manual residentes medicina paliativa: Manual de cuidados paliativos para MIR. [Internet]. Huesca: Sede del ESAD en el Centro de Salud Pirineos II; 2017 [acceso el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://paliativossinfronteras.org/wp-content/uploads/manual-residentes-medicina-paliativa-final1.pdf>
- (18) Ribera-Casado JM. Geriatria y cuidados paliativos: algunas reflexiones. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(2):89–93.
- (19) Amor Andrés PJ, Apezetxea Celaya A, Arango Pujal MO, Astigarraga Aguirre I, Astudillo Alarcón W, Astudillo Larraz B, et al. Medicina paliativa y el tratamiento del dolor en la atención primaria. 1-ed. Buenos Aires, Argentina: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y Paliativos Sin Fronteras 2012.
- Wilson Astudillo A, editor. Sociedad vasca de cuidados paliativos. Disponible en: <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2012/6/medicina%20paliativa.pdf>
- (20) Puiggròs C, Lecha M, Rodríguez T, Pérez-Portabella C, Planas M. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr Hosp.* 2009;24(2):156–60.

- (21) Vila Arias JM, Pereira Santelesforo S, Lopez Alvarez E, Mendez Muñoz M, Guzmán Gutierrez J, Sanmartín Moreira J. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. *Med Paliativa*. 2012;19(4):133–8.
- (22) Varkey B. Principles of clinical ethics and their application to practice. *Med Princ Pract*. 2021;30(1):17–28.
- (23) Gillon R. Medical ethics: four principles plus attention to scope. *BMJ*. 1994;309(6948):184–8.
- (24) Cabré-Pericas L, Masanés F. Pacientes afectos de enfermedad terminal no oncológica, ¿cuándo deben ingresar en la UCI? *Rev Bioética y Derecho*. 2020;(48):5–21
- (25) BOE-A-2015-10200 Ley 5/2015, de 26 de junio. Boe.es, nº133, (16-6-2015).
- (26) Hanna-Ruz V. Obstinación terapéutica y su límite con la ética: ¿cuándo detenerse? *Rev Chil Anest*. 2021;50(1): 252-68.
- (27) Gavicagogeascoa MI. El concepto médico de futilidad y su aplicación clínica. 1º Ed. Pamplona: Universidad de Navarra; 1996.
- (28) Casella C, Graziano V, Lorenzo PD, Capasso E, Niola M. Unreasonable obstinacy: Ethical, deontological and forensic medical problems. *J Public Health Res*. 2018 december 1;7(3):1460.
- (29) Jukić M, Šarić L, Prkić I, Puljak L. Medical futility treatment in intensive care units. *Acta Med Acad*. 2016 ;45(2):135–44.
- (30) Sanz Rubiales Á, del Valle ML, Flores LA, Bruno Fiorini A. ¿Conspiración del silencio o confabulación en la negación? *Med Paliativa*. 2016;23(1):51.
- (31) Bermejo JC, Villacieros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Med Paliativa*. 2013;20(2):49–59.
- (32) Grinberg AR, Tripodoro VA. Futilidad médica y obstinación familiar en terapia intensiva: ¿Hasta cuándo seguir y cuándo parar? *Medicina Buenos Aires*. 2017;77(6):491–6.
- (33) MontÁlverne de Arruda L, Abreu K, Santana- Cavalcante LB, Vasconcelos de Castro Sales C. Variables that influence the medical decision regarding Advance Directives and their impact on end-of-life care. [Internet]. Sao paulo: Einstein; 2019 [acceso el 24 de abril de 2023]. Disponible en: doi: 10.31744/einstein_journal/2020RW4852. eCollection 2020.
- (34) Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;

306(11):639–45.

- (35)García-Alandete J, Hernández Jiménez MJ. El sufrimiento existencial en el paciente oncológico en estadio avanzado: dimensiones y ejes vertebradores para la intervención psicológica. *Persona y Bioética*. 2018;22(2):319–30.
- (36)Pérez Pérez FM. Adecuación del esfuerzo terapéutico, una estrategia al final de la vida. *Semergen*. 2016;42(8):566–74.
- (37)Benítez Rosario MA, González Guillermo T. Tratamientos protocolizados en cuidados paliativos. 1ªEd. Tres Cantos: Slideshare; 2010.
- (38)Figuerola Novell J, Eddrhourhi Laadima H, Zamora Bagüés M, Ibañez Tomás E, Berga Liarte L, Alcalá Millán P. Adecuación del esfuerzo terapéutico y sedación paliativa. [Internet]. Madrid: Revista Sanitaria de Investigación; 2021 [acceso el 24 de abril de 2023]. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/adecuacion-del-esfuerzo-terapeutico-y-sedacion-paliativa/>
- (39)Cabeza de Vaca Pedrosa MJ, Aguilar Diosdado M, Vizcaya Rojas MÁ, Novalbos Ruiz JP, Lorenzo Peñuelas A, Valero Cabeza de Vaca JA. Relevancia del soporte nutricional especializado en las declaraciones de voluntades anticipadas. Experiencia de un centro hospitalario de especialidades. *Nutr Hosp*. 2017;34(1):6-14.
- (40)Campos FR. Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque Rev Pedagóg*. 2001; (16):83–104.
- (41)Papavasiliou ES, Brearley SG, Seymour JE, Brown J, Payne SA, EURO IMPACT. From sedation to continuous sedation until death: how has the conceptual basis of sedation in end-of-life care changed over time? *J Pain Symptom Manage* . 2013;46(5):691–706.
- (42)Gómez-Sancho M, Altisent R, Bátiz J, Ciprés L, Corral P, González-Fernández JL, et al. Atención médica al final de la vida: Conceptos. *Rev Soc Esp Dolor*. 2010;17(3):177–9.
- (43)Arimany-Manso J, Aragonès-Rodríguez L, Gómez-Durán E-L, Galcerán E, Martín-Fumadó C, Torralba-Rosselló F. The living will or advanced directives. Medicolegal considerations and analysis of the status of implementation in Spain. *Span J Leg Med*. 2017;43(1):35–40.
- (44)Velasco Arribas M, Vegas Serrano A, Guijarro Herraiz C, Espinosa Gimeno A, González Anglada I, Martín Álvarez H, et al. Decisiones al final de la vida: suspensión de antibióticos en presencia de infección activa. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41(5):297–300.

- (45) Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid: INE; 1945 Datos de movimientos de población en España. Madrid; 2011 [actualizado 1 de mayo de 2023; acceso 1 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
- (46) Álvarez A, Río D. El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido. Medigraphic.com. 2013;35(2):115-8.
- (47) Betancourt Reyes Gilberto Lázaro. Un dilema ético actual: ¿Ensañamiento terapéutico o adecuación del esfuerzo terapéutico?. Rev.Med.Electrón. 2017; 39(4): 975-86.
- (48) Inicia Oncología [Internet]. Hospital Quirón Salud Valencia: Inicia Oncología;2017-[actualizado 29 de abril de 2023; acceso 29 de abril de 2023]. Disponible en: <https://iniciaoncologia.com/glosario/escala-de-karnofsky/>
- (49) COPE. Dr. Bátiz, médico de cuidados paliativos: "No hay enfermos incuidables aunque haya enfermedades incurables" [Internet]. Vizcaya: COPE.es; 2021-[actualizada 23 de agosto de 2021; acceso el 30 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.cope.es/programas/el-espejo/noticias/batiz-medico-cuidados-paliativos-hay-enfermos-incuidables-aunque-haya-enfermedades-incurables-20210823_1462399

ANEXOS

Anexo I: Escala de fragilidad FRIED. Fragilidad se establece cuando se cumplen 3 o más de los siguientes criterios.

- Pérdida de peso de 5 kg en el último año o una pérdida de un 5% de masa corporal en el último año.
- Debilidad muscular: disminución en un 20% de la fuerza prensora ajustado a sexo y edad.
- Baja resistencia al cansancio: referido por el paciente e identificado por escala CES-D.
- Lentitud de marcha: <20% de la normalidad para recorrer una distancia de 4'5 metros.
- Nivel bajo de actividad: cálculo del consumo de calorías inferior a lo normal en sexo y edad ajustados.

Anexo II: Criterios Menten. Cumplir con 4 o más de los siguientes signos fallecimiento antes de 4 días.

- Nariz fría o pálida
- Extremidades frías y pálidas
- Livideces
- Cianosis en labios
- Estertores pulmonares audibles
- Pausas de apnea
- Disminución de la diuresis (<300ml/24h)
- Somnolencia (15 horas/24 horas)

Anexo III: Escala de estado funcional Karnofsky

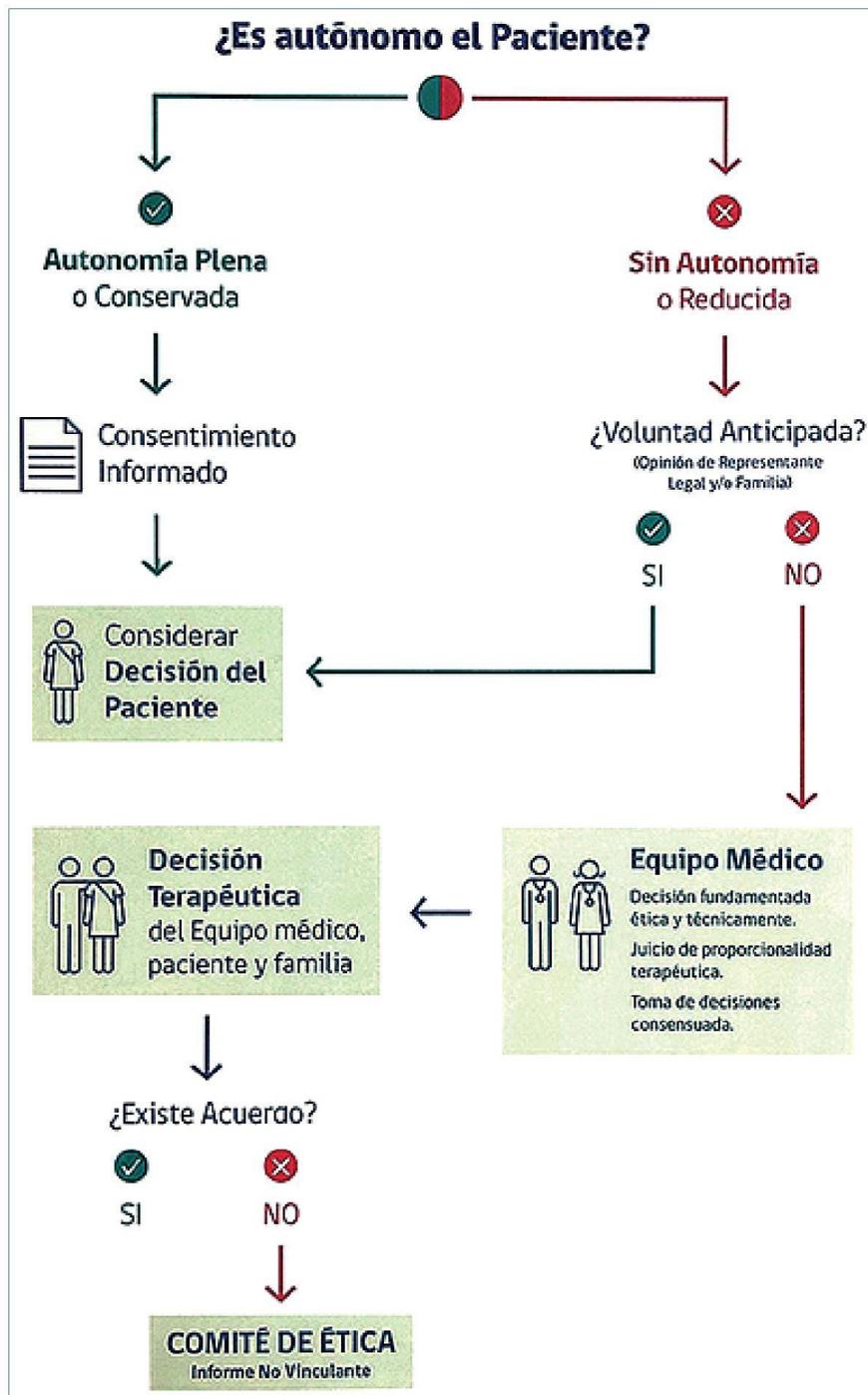
Definición	%	Criterio
Capaz de realizar actividades de manera independiente. No requiere de cuidados especiales	100	Normalidad, sin molestias
	90	Capacidad de realizar actividades. Signos y síntomas menores
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos síntomas
Incapacidad para poder trabajar, aunque el paciente puede vivir en casa y satisfacer sus necesidades. Requiere asistencia	70	Capacidad de autocuidado. Incapaz de realizar trabajo normal
	60	Requiere asistencia para satisfacer sus necesidades
	50	Requiere asistencias considerables y cuidados médicos frecuentes
Incapacidad para cuidar de si mismo, requiere asistencia en instituciones y hospitales. Progreso avanzado de la enfermedad	40	Discapacidad
	30	Discapacidad severa. Hospitalización
	20	Muy deteriorado. Tratamientos de soporte activos son necesarios
	10	Agonía
	0	Fallecimiento

Anexo IV:

Imagen 2: Escala de funcionalidad paliativa PPS.

%	Movilidad	Actividad y patología	Autocuidado	Ingesta	Conciencia
100	Total	Trabajo normal	Completo	Normal	Consciente
90	Total	Trabajo normal con algo de evidencia de patología	Completo	Normal	Consciente
80	Total	Actividad con esfuerzo	Completo	Normal o levemente reducida	Consciente
70	Limitada	Incapacidad para realizar trabajo normal	Completo	Normal o levemente reducida	Consciente
60	Limitado	Incapacidad para realizar trabajos domésticos	Requiere de asistencia ocasional	Normal o reducido	Total, o confuso
50	Principalmente en sedestación	Incapacidad para realizar cualquier trabajo	Requiere asistencia en considerable	Normal o reducido	Total, o confuso
40	Principalmente encamado	Incapaz de realizar la mayoría de las actividades	Requiere asistencia en casi todo	Normal o reducido	Consciente o somnoliento +confuso
30	Encamado	Incapacidad para realizar cualquier actividad	Cuidados permanentes	Normal o reducida	Consciente o somnoliento +confuso
20	Encamado	Incapacidad para realizar cualquier actividad	Cuidados permanentes	Mínima-sorbos	Consciente o somnoliento +confuso
10	Encamado	Incapacidad para realizar cualquier actividad	Cuidados permanentes	Cuidado oral	Somnoliento o en coma
0	Muerte	-	-	-	-

Anexo V: Autonomía



Anexo VI: Cartel

CUIDAR AL FINAL DE LA VIDA



**Valorar e identificar las necesidades de los
pacientes en situación terminal**

**Dirección:
Hospital de Getafe**

**3 sesiones dinámicas
y en equipo**

Miércoles 7, 14, 21 de Junio a las 14:0H



Saber cuidar a los incurables



1

CALIDAD DE VIDA



2

**IDENTIFICAR SUS
NECESIDADES**

3

COMUNICACIÓN

4

VIVIR CON DIGNIDAD



5

**AFRONTAMIENTO
DE LA MUERTE**

6

**EXTRAEMOS
CONCLUSIONES**



Anexo VIII: Evaluación de conocimientos sobre escalas.

La evaluación consta de 5 preguntas sobre las escalas PPS y Karnofsky.

- 1) ¿Cuál es la escala indicada para pacientes no oncológicos?
 - A. La escala Karnofsky.
 - B. Ambas escalas sirven para los pacientes no oncológicos.
 - C. La escala PPS se puede emplear con todos los pacientes paliativos incluyendo los no oncológicos.
 - D. La escala de Glasgow
- 2) Tanto la escala PPS como la escala Karnofsky se emplean como escalas funcionales, pero además sirve como:
 - A. Valorar el pronóstico y riesgo de los pacientes
 - B. Indicador de calidad de vida
 - C. Predecir la evolución y supervivencia en dicho paciente.
 - D. Todas las anteriores son sus aplicaciones.
- 3) En la escala Karnofsky ¿a partir de que puntuación se establece que el paciente necesita hospitalización?
 - A. 80
 - B. 10
 - C. 60
 - D. 30
- 4) En la escala Karnofsky un valor inferior a 50 implica:
 - A. El fallecimiento del paciente podría suceder en los próximos 6 meses.
 - B. El paciente se haya en una situación de incapacidad.
 - C. Ninguna es correcta
 - D. La A y la B son correctas
- 5) La escala que incluye como parámetros de valoración la ingesta y el nivel de conciencia es:
 - A. Karnofsky
 - B. PPS
 - C. La escala de Cincinnati
 - D. Ambas

Anexo IX: Test previo y posterior a la sesión 2 para comprobar si conocen la obstinación terapéutica y sus causas.

1) ¿Qué es la obstinación terapéutica?

2) Un tratamiento fútil es aquel que:

3) ¿Cuál es el principio ético más perjudicado por la obstinación terapéutica?

- A. No maleficencia
- B. Autonomía
- C. Justicia
- D. Beneficencia

4) Los factores que favorecen la obstinación son:

- A. Una mala comunicación entre familia, paciente y equipo sanitario
- B. La no aceptación de un mal resultado
- C. Creer que se puede hacer algo mas
- D. Todas las anteriores favorecen la obstinación.

5) Prolongar la vida mediante tratamientos no indicados de naturaleza extraordinaria, recibe el nombre de:

- A. Sedación paliativa
- B. Distanasia
- C. Ajuste del esfuerzo terapéutico
- D. Ninguna

6) El objetivo de los cuidados con pacientes terminales es:

- A. Calidad de vida
- B. Inicio de tratamientos curativos
- C. Ocultarle el pronóstico cuando este es malo
- D. Ninguna es correcta

7) El principio de no maleficencia:

- A. Ante todo, no hacer daño
- B. Distribución equitativa de los recursos
- C. Fomentar el ejercicio de su derechos y deberes
- D. Todas son correctas

Anexo X: Caso y análisis.

Paciente varón de 83 de edad con diagnóstico de cáncer ductal prostático que fue detectado hace 3 meses, posteriormente se detectaron metástasis óseas, el paciente está recibiendo tratamiento oncológico pese que hasta la fecha no ha reducido las masas tumorales, el paciente presenta además distintas comorbilidades. Sus antecedentes personales son: COVID persistente debido al cual tiene dificultades respiratorias y mareos en cuanto deambula, por lo que pasa la mayor parte del tiempo encamado. Insuficiencia renal crónica, lleva sonda. Tratamiento actual: broncodilatadores, furosemida 40 mg/día, fentanilo transdérmico. Ingresa en la unidad de geriatría presenta dolor en el suelo pélvico y recto. Está desorientado y algo confuso. Por otro lado, la familia quiere hacer todo lo posible por él por lo que se muestran favorables a la continuación del tratamiento oncológico, evitan comentarle la situación.

Preguntas:

- A. ¿Se está teniendo en cuenta los deseos del paciente?

- B. Que dificultades puede plantear que el paciente no sepa cuál es su situación

- C. Crees que el dialogo es el adecuado entre equipo sanitario, familia y paciente

- D. Realmente beneficia el tratamiento oncológico al paciente.

Anexo XI: Rúbrica del caso

0: No cumple con este criterio

2: Incompleto

4: regular

6: Intermedio

8: Completo

10: Muy bien

CRITERIOS	0	2	4	6	8	10
Claridad en la exposición						
Organización del caso clínico						
Discusión y participación						
Marco teórico						
Reconocimiento las necesidades paliativas del paciente						
Aplicación del método clínico para la identificación de futilidad						
La comunicación con el paciente como elemento fundamental para determinar qué medidas tomar						
Dialogo con la familia para ajustar las expectativas						
Calidad de vida como elemento clave al tratar con él paciente						

Anexo XII: Análisis de rejilla:

- Comente la experiencia que tenga con sus pacientes con respecto a los tratamientos que se le deben proporcionar:

- Que experiencias positivas puede aportar el documento de voluntades anticipadas al cuidado del paciente.

- Que aspectos negativos puede tener para la calidad de vida, no tener en cuenta los deseos o necesidades del paciente:

- Comente maneras de mejorar el apoyo al paciente y la familia.

- ¿Cree usted que la calidad de vida y la supervivencia pueden llegar a ser incompatibles?

Anexo XIII: Encuesta de satisfacción

Encuesta de satisfacción						
Datos del participante						
Nombre del participante				Fecha		
Hospital				Unidad		
Cuestiones sesiones	Muy en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Muy de acuerdo	
Docencia						
Se expresan de manera eficaz						
Indican con claridad los objetivos de la sesión						
Facilitan explicaciones						
Muestran disposición por enseñar						
Muestran respeto hacia los participantes						
Puntualidad						
Sesiones						
El horario es el adecuado para los participantes						
Hay participación						
Las sesiones resultan dinámicas						
El aula es el lugar idóneo para impartir la sesión						
El temario resulta comprensible y útil						

Anexo XIV: Guion del observador.

Información sobre las sesiones	Valoración
Observación sobre sesiones	
El tiempo de cada sesión es adecuado	
El temario es adecuado	
El temario se ajusta a los objetivos	
Los objetivos marcados se cumplen	
La sesión es participativa	
Recursos humanos	
Los ponentes se expresan con claridad	
Los ponentes disponen de una formación adecuada sobre el temario de la sesión	
Los ponentes disponen de la suficiente motivación	
Los ponentes resuelven las dudas	
Organización del temario	
Los ponentes hacen resúmenes de sus explicaciones	
Recursos materiales	
Los PowerPoint resultan originales	
Las actividades son dinámicas y concisas	
Los materiales son adecuados	
Los usuarios valoran positivamente los materiales empleados	
Sugerencias	

Anexo XV: Evaluación de conocimientos previos y posteriores.

El siguiente cuestionario consta de 16 preguntas tipo test sobre lo impartido a lo largo de las 3 sesiones. Cada pregunta tiene una sola respuesta correcta.

- I) De las siguientes afirmaciones, señale cual pertenece a la situación terminal:
 - a) Síntomas refractarios, múltiples y de una intensidad variable
 - b) Todas las respuestas son correctas
 - c) Presencia de una enfermedad incurable, avanzada sin respuesta ante los tratamientos disponibles
 - d) Baja expectativa de vida

- II) Los cuidados paliativos son:
 - a) Una actitud pasiva
 - b) Un cuidado holístico e integral, enfocado en incrementar la calidad de vida en el paciente y su entorno
 - c) Una manera de acelerar la muerte
 - d) Son similares a la sedación paliativa solo que con dosis menores.

- III) Ante un paciente en situación paliativa. Señale la correcta
 - a) Demostrar una actitud de empatía hacia el paciente.
 - b) Ante todo, administrar la medicación ya que está pautaada
 - c) Procurar no dar muchas explicaciones al paciente ya que no tienen formación para entender las cosas.
 - d) Intentar retrasar al máximo los rescates para que no desarrolle dependencia hacia los analgésicos opiáceos.

- IV) En la escala Karnofsky un valor inferior a 50 implica:
 - a) Ninguna es correcta
 - b) El fallecimiento del paciente podría suceder en los próximos 6 meses
 - c) Que el paciente se haya en una situación de incapacidad.
 - d) La b y la c son correctas

- V) La escala PPS presenta una ventaja relativa a la escala Karnofsky y es:
 - a) Valorar el pronóstico y riesgo de los pacientes
 - b) Indicador de calidad de vida

- c) Predecir la evolución y supervivencia en dicho paciente
 - d) Todas las anteriores son sus aplicaciones.
- VI) La comunicación con un paciente paliativo debe ser:
- a) Breve para poder atender a todos los pacientes
 - b) Debe ser ante todo sincera y decirle en toda la verdad
 - c) De la comunicación se encarga la familia
 - d) La comunicación debe buscar que el impacto de la mala noticia sea lo más leve posible, es decir amortiguar el impacto emocional.
- VII) La obstinación terapéutica se entiende como:
- a) La sensación mareo tras un tratamiento
 - b) Una reducción de los recursos terapéuticos que se aplican al paciente
 - c) Aplicación de medidas no indicadas y de naturaleza extraordinaria sin capacidad de beneficio a enfermos terminales o irrecuperables
 - d) Seguimiento pasivo de las preocupaciones del paciente
- VIII) En situación de agonía es frecuente que, para aliviar los síntomas refractarios, se aplique:
- a) La sedación paliativa
 - b) Analíticas diarias
 - c) Sonda nasogástrica
 - d) Suspensión de todos los tratamientos analgésicos
- IX) Entre las causas de la obstinación terapéutica se encuentra:
- a) Equipo médico
 - b) Todas las opciones son correctas
 - c) Familia
 - d) Paciente
- X) La futilidad NO es:
- a) Aquel tratamiento que no tiene capacidad de beneficiar al paciente
 - b) Tratamiento que por las circunstancias del paciente resulta excesivo o desproporcionado.
 - c) Aquel tratamiento del que no existe obligación de iniciarlo o continuarlo.
 - d) Tratamientos con potencial de curar.

- XI) Que 3 grandes tipos de tratamientos diferenciamos en función de sus objetivos:
- a) Curativos, paliativos, confort (últimos días)
 - b) Rojos verdes y azules
 - c) Rehabilitadores, conductuales.
 - d) Ninguno de los anteriores
- XII) Una buena manera de prevenir la obstinación terapéutica sería:
- a) Asumir que por su condición el enfermo no es capaz de decidir y por tanto no tenerle en cuenta.
 - b) Fomentar el dialogo entre la familia, paciente y equipo sanitario para pactar soluciones.
 - c) Rechazar la muerte como escenario a corto plazo
 - d) Buscar un resultado clínico positivo, en cualquier caso
- XIII) La adecuación del esfuerzo terapéutico NO es:
- a) Consiste en retirar, ajustar o no instaurar un tratamiento cuando el pronóstico limitado así lo aconseje
 - b) Es la adaptación de los tratamientos a la situación clínica del paciente
 - c) Retirar un tratamiento por razones económicas
 - d) Llevar a cabo modificaciones en los tratamientos tras consensuar soluciones con el paciente y su entorno.
- XIV) Cual NO es un criterio para adecuar el esfuerzo terapéutico
- a) Inutilidad del tratamiento
 - b) Deseos del paciente
 - c) Calidad de vida
 - d) Tratamiento con margen de producir mejorías.
- XV) El documento de voluntades anticipadas es:
- a) Un documento sin repercusión en el ámbito sanitario
 - b) En dicho documento el paciente deja constancia sobre qué clase de cuidados o tratos quiere recibir del equipo médico en circunstancias en las que el paciente no disponga de autonomía.
 - c) Un documento impersonal
 - d) Ninguna es correcta

- XVI) ¿Contra qué principio ético atenta principalmente la obstinación terapéutica?
- a) Principio de beneficencia
 - b) Principio de no maleficencia
 - c) Principio de justicia
 - d) Principio de autonomía