

XII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives

Teixint unes Cures Pal·liatives
transversals i presents

SCBCP
2023



PROGRAMA



2 i 3 de Juny

IGUALADA

scbcp2023.com

Ajuntament  d'Igualada

ÍNDEX

BENVINGUDA	03
JUNTA DIRECTIVA DE LA SCBCP	04
COMITÈ ORGANITZADOR	04
COMITÈ CIENTÍFIC	05
INFORMACIÓ GENERAL DEL CONGRÉS	06
INFORMACIÓ GENERAL DE CERTIFICATS I ACREDITACIONS.	08
INFORMACIÓ CIENTÍFICA I CV DE PONENTS	09
ESQUEMA DEL PROGRAMA	17
PROGRAMA CIENTÍFIC.	20
COMUNICACIONS	28
ÍNDEX D'AUTORS/ES	72
EXPOSICIÓ COMERCIAL I PATROCINIS	79



BENVINGUDA

Benvolgudes i benvolguts,

Estem molt contents de poder anunciar-vos el **XII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives** que tindrà lloc a Igualada els dies 2 i 3 de juny de 2023.

Des de l'últim congrés de la SCBCP ja fa quasi 3 anys, s'han produït nous esdeveniments com la pandèmia de la COVID-19, l'aplicació de l'eutanàsia, la guerra d'Ucraïna o la inflació, situacions que afecten el nostre benestar i salut mental, i també a les cures pal·liatives.

Us convidem al XII Congrés de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives que celebrarem a Igualada pels següents perquè:

Els "perquè" del congrés:

- Perquè les cures pal·liatives són dinàmiques, i el coneixement de la nostra especialitat és viu i, per tant, cal avaluar-lo i compartir-lo.
- Perquè la realitat de la nostra societat ens obliga a debatre sobre noves necessitats.
- Perquè la innovació està present en tots els àmbits professionals i personals i cal conèixer bé.
- Perquè les persones que atensem cada vegada opinen més de com i de quina manera podem millorar, tant des d'un punt de vista d'atenció com d'organització.
- Perquè retrobar-nos ens agrada.

Els "perquè" d'Igualada:

- Perquè estan organitzats en models integrats i transversals.
- Perquè lideren projectes de la Societat en diferents àmbits.
- Perquè hi són des del principi.
- Perquè treballen bé i amb qualitat.

Els "perquè" has de venir:

- Perquè puguis presentar resultats de temes que treballis.
- Perquè puguis escoltar novetats.
- Perquè puguis contrastar fets.
- Perquè puguis opinar i debatre.
- Perquè la Societat Catalana de Cures Pal·liatives necessita el teu acompanyament en l'esdeveniment.

Us esperem!

Ana Vidal i Basalo
Presidenta del Congrés

Joaquim T. Limonero
President del Comitè Científic

3

Teixint unes Cures Pal·liatives
transversals i presents
scbcp2023.com

IGUALADA

2 i 3 de Juny

JUNTA DIRECTIVA DE LA SCBCP

President

Jordi Trelis Navarro

Vicepresident 1

Cristina Lasmarias Martínez

Vicepresident 2

Joe Vinyes Jiménez

Secretari

Xavier Costa Nebot

Tresorer

Judith Serna Mont-Ros

Vocal 1

Emma Costas Muñoz

Vocal 2

Gemma Riera Tornes

Vocal 3

M. Teresa Mateu Gelabert

Vocal 4

Gala Serrano Bermúdez

Vocal 5

Dolors Mateo Ortega

Vocal 6

Olivia Giménez Rafael



Societat Catalano-Balear
de Cures Pal·liatives

COMITÈ ORGANITZADOR

Ana Vidal Basaló

Metgessa. Presidenta Comitè Organitzador
S. Geriatria i CP - H. Univ. Igualada. CSA.

Rosa Benito Botet

Infermera. UCP - Hosp. Universitari d'Igualada. CSA.

Fermí Capdevila i Navarro

Metge. Hosp. Universitari d'Igualada. CSA.

Núria Carré Llopis

Infermera. Atenció Primària - ICS.

Begonya Chia Forradellas

Treballadora social. PADES de l'Anoia.
Consorti Sanitari Anoia.

Marc Clemente Buchaca

Psicooncòleg. Associació contra el càncer Igualada.

Emma Costas Muñoz

Infermera. Directora Tècnica PADES Mutuam.

Enric Duaso Magaña

Metge cap de servei. S. Geriatria i CP
H. Univ. Igualada. CSA.

Janna Ortínez Cuadrat

Infermera. PADES de l'Anoia- Consorti Sanitari Anoia.

Mercè Taló Sole

Infermera. Comitè ètica - Hosp. Univ. d'Igualada. CSA.

Anna Tarrida Gallart

Treballadora social. UCP.
Hosp. Universitari d'Igualada. CSA.

Joan Ventura

Metge. Fundació Sant Josep d'Igualada.

Montserrat Vidal

Infermera. Atenció Primària - CSA.



COMITÈ CIENTÍFIC

Joaquim Limonero

Psicòleg. President del Comitè Científic.
Catedràtic psicologia UAB.

David Bottaro

Metge. UCP - Hospital Universitari Sant Joan de Reus.

Magda Canela

Treballadora social. Atenció Primària, CSA.

Roser Cuadros

Metgessa. SCP - Institut Català d'Oncologia.

Cristina Farriols

Metgessa. Cures Pal·liatives (UFIS, UCP),
Hospital del Mar.

David Herrero

Metge. Hospital Universitari d'Igualda, CSA.

Clara Lago

Infermera. PADES de l'Anoia, CSA.

Silvia Llorens

Infermera. SCP - Institut Català d'Oncologia.

Jenifer Malumbres Talavera

Infermera. PADES Delta del Llobregat.

Dolors Mateo

Psicòloga. UCP - Hospital de Terrassa.
Membre de la Junta Directiva de la SCBCP.

Sílvia Sala

Treballadora social. SCP - Institut Català d'Oncologia.

Cruz Sánchez-Julvé

Psicòloga. Hospital Residència Sant Camil.
Consorti Sanitari Alt Penedès Garraf.

Joe Vinyes i Jimenez

Psicòleg. EAPS Fundació Vilaniu - Tarragona.
Membre de la Junta Directiva de la SCBCP.

INFORMACIÓ GENERAL DEL CONGRÉS



Seu

Ateneu Igualadí, Igualada



Dates del congrés

Divendres, 2 de juny de 2023 de 09:00h a 19:30h

Dissabte, 3 de juny de 2023 de 09:00h a 14:30h



Àrees temàtiques

- Atenció al dol.
- Atenció e intervenció psicològica.
- Atenció pal·liativa precoç.
- Atenció pal·liatives en residències.
- Benestar professional:
Cuidar al cuidador.
- Continuitat assistencial.
- CP en residències.
- Cures pal·liatives en Alzheimer i demències.
- Cures pal·liatives en trastorns mentals.
- Cures pal·liatives pediàtriques.
- Dolor.
- Eutanàsia.
- L'atenció pal·liativa en especialitats no oncològiques.
- Malestar emocional pacient i cuidador.
- Mitjans de comunicació, xarxes social, i cures pal·liatives.
- Models d'atenció pal·liativa basats en la complexitat.
- Noves tecnologies en el maneig de símptomes.
- Salut mental i CP.
- Síntomes difícils.
- Tractaments no farmacològics:
Fisioteràpia, Musicoteràpia, Estratègies no farmacològiques pel control de símptomes.
- Treball Social: Pacient, Família i Entorn.
- Altres símptomes.
- Altres temàtiques.



PROGRAMA DE SUPORT EMOCIONAL

Per a professionals de la salut i dels serveis socials



Aquest programa sorgeix amb el propòsit d'acompanyar els equips de salut i de serveis socials, en la gestió i acceptació dels processos de pèrdua i dol i s'emmarca dins de les accions de valor social de la Fundació Mémora.

QUINS SERVEIS OFEREIX?

- TELÈFON DE SUPORT I ATENCIÓ PSICOLÒGICA ESPECIALITZADA EN DOL I PÈRDUES.

Atès per psicòlegs professionals, és gratuït, anònim, d'accés immediat, disponible les 24 hores del dia cada dia de l'any. El telèfon de suport és el **900 102 845** i el codi d'accés MEM-100-P

- ACCÉS A L'ÀREA EXCLUSIVA DE LA COMUNITAT WEB "TU APOYO EN RED"

www.tuapoyoenred.com

Permet accedir a àmplia informació i a participar en fòrums d'ajuda coordinats per psicòlegs especialitzats sobre processos de pèrdua i dol.

- ATENCIÓ EN GRUPS DE SUPORT EMOCIONAL.

- ATENCIÓ PSICOLÒGICA INDIVIDUALITZADA A CONSULTA.

- PROGRAMA FORMATIU PRESENCIAL I ONLINE.



Projecte impulsat per:



Amb la col·laboració de:



900 231 132
www.memora.es

INFORMACIÓ GENERAL DE CERTIFICATS I ACREDITACIONS



Certificats

Els certificats d'assistència s'enviaran per correu electrònic després del Congrés, a l'adreça facilitada durant el procés d'inscripció.



Crèdits de formació continuada

El congrés ha sigut aprovat amb 1,5 crèdits en total per part del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS).

Per obtenir els crèdits assignats a cada activitat, es farà control d'assistència mitjançant full de signatures.



Fer-se soci de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives

És requisit indispensable ser soci de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Si ja és soci de l'Acadèmia només cal que ens envii un correu electrònic sol·licitant l'alta a: administracio@academia.cat.
Si encara no és soci de l'Acadèmia, pot accedir al següent enllaç: <http://webs.academia.cat/societats/curespal/?p=page/html/ferresoci> o bé, pot contactar directament amb l'Acadèmia.

INFORMACIÓ CIENTÍFICA I CV DE PONENTS



Sessions científiques

Les sessions del Congrés, tenen lloc al Teatre, les Sales de Cinema Gran i Petita i la Sala de Socis de l'Ateneu Igualadí de la Classe Obrera.

Els ponents i les persones que presenten comunicacions orals han d'enviar les seves presentacions a la Secretaria Tècnica del congrés els dies previs a la celebració de l'acte.

Les comunicacions orals es presentaran durant les sessions científiques del congrés i tenen una durada de 5 minuts per l'exposició i 2 minuts per preguntes del moderador o dels assistents. Les comunicacions apareixen al principi de cada sessió, però es presentaran en el moment que el Moderador consideri més adient segons el desenvolupament de la sessió.

El certificat acreditatiu d'haver participat com a ponent, moderador/a, autor/a i/o presentador/a, s'enviarà després del congrés.



Ponents i moderadors

Amblàs Novellas, Jordi

Director de "Strategy of Integrated Care".
Ministeri de Salut del Govern de Catalunya.

Ayra Viladevall, Maria Àngels

Responsable de relacions institucionals, junta de Barcelona
a l'Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

Bataller Torralba, Laura

Psicòloga general sanitària. Màster en psicooncologia.
Experiència com a psicòloga en diferents Unitats de Cures
Pal·liatives (UCP) així com diferents equips domiciliaris de
PADES: BSA Badalona equips assistencials, Parc Taulí i
Mútua de Terrassa. Actualment formant part de l'EAPS
Mutuam Barcelona, com a psicòloga dels equips PADES
dels barris de Guinardó, Sant Andreu, Sant Martí Nord i Manso.



Bajo Peñas, Lorena

Llicenciada en medicina per la UB al 2000. MIR de geriatría a Hospital del Mar del 2001 al 2005. Adjunta del servei de psicogeriatría de l'Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic des del 2005. Actualment exerceix la meua activitat assistencial a l'EAIA-DEM.

Baños Gala, Magí-Eladi

Diplomat en Treball Social Universitat Pere Tarrés de Barcelona. Postgrau en Atenció psicosocial i espiritual a persones en situació de malaltia avançada (UVIC). Diploma universitari Diploma universitari en counselling (URLL). Postgrau intervenció en perdudes, duel i crisi (UdG) en curs actualment. Professor agregat a l'assignatura de salut de la Universitat de Barcelona Grau de Treball Social.

Blasi Martínez, Rosa

Geriatra. Metgessa de la Unitat de Cures Pal·liatives de l'Hospital del Mar de Barcelona.

Bottaro, David

Metge Adjunt a la Unitat de Cures Pal·liatives de l'Institut d'Oncologia de la Catalunya Sud (IOCS) al Hospital Universitari Sant Joan de Reus..

Bruna Sales, Gemma

Periodista especialitzada en salut. Consultora en comunicació corporativa.

Cáceres Becerra, Manuel

Diplomat en Infermeria per la Universitat de Lleida (2001-2004). Especialista en Infermeria Geriàtrica (2013). Màster en Atenció Pal·liativa Integral a Persones amb Malalties Avançades (5ª promoció 2017/2018). Professor associat Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de Lleida (des del 2013).

Camell Ilari, Helena

Directora de l'atenció intermèdia del CSAPG. Directora de l'equip d'atenció psicosocial del programa d'atenció de malalts avançats de la Fundació "la Caixa". Cap de l'àrea mèdica del CSAPG fins l'actualitat. Presidenta de la SCBCP del 2016 al 2020.

Cantero Gómez, Francesc Xavier

Metge especialista en MfiC. Adjunt EAP Igualada Urbà, vice-president del CEA Anoia i vocal CEim Institut recerca IRIS de la Catalunya Central. Vocal del Consell Consultiu del Pacient de Catalunya del Departament de Salut de la Gencat.

Costas Muñoz, Emma

Infermera. Directora PADES Mutuam. Membre Vocal de la Junta de la SCBCP.

Cruz Sequeiros, Claudia	Màster en Atenció i Cures Pal·liatives en la Universitat de Vic conjunt amb l'Institut Català d'Oncologia, de formació mèdic de Família i Comunitària del Servei Càntabre de Salut. Treballa des del 2016 en l'Institut Català d'Oncologia en la unitat de Cures Pal·liatives com a metge adjunt.
Cuadros Margarit, Roser	Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Servei de Cures Pal·liatives Institut Català d'Oncologia. L'Hospitalet de Llobregat. Membre del Grup de Recerca i Coneixement de Cures Pal·liatives GRICOPAL.
Espinar Lacueva, Franc	Grau en Psicologia UB. Menció en psicologia clínica i de la salut. Màster en psicologia de la salut i psicoteràpia. Universitat Ramon Llull Blanquerna. Màster en psicologia general sanitària. Universitat Ramon Llull Blanquerna. Màster Universitari en Gestió Sanitària. UIC. Director projectes 4D Health Innovation Simulation Center.
Esquerda, Montse	Doctora en Medicina, especialista en pediatria. Llicenciada en psicologia. Màster en Bioètica.
Farriols Danés, Cristina	Metgessa geriatra, Cures Pal·liatives, PhD. UCP Centre Fòrum, UFISS Cures Pal·liatives Hospital del Mar. Servei de Geriatria. Parc de Salut Mar. Professora associada Facultat Medicina UPF. Barcelona.
Gambero i Muñoz, Anna Eva	Graduada en treball social. Cursant Màster en treball social sanitari.
Garcia Eroles, Xavier	Metge (UAB) especialista en Anestesiologia i Reanimació (HUB). Vocal de la Societat Catalana d'Anestesiologia, Reanimació i Terapèutica del Dolor. Vocal del Grup de Treball de Neuromodulació i Radiofreqüència de la Societat Catalana de Dolor.
Garriga Badia, Aurora	Directora Centre de Salut Igualada Nord del Consorci Sanitari de l'Anoia. Membre Comissió per l'abordatge de la Violència de Gènere Mancomunitat Conca d'Òdena. Postgrau en Lideratge, Habilitats Directives i Desenvolupament Directiu. "SER – FER". Postgrau en Intervenció Familiar a la Atenció Primària Postgrau en emergències.
Gómez-Batiste, Xavier	Catedràtic de Medicina Pal·liativa UVIC/UCC.



Guillot da Costa, Ana Catarina	Llicenciada en psicologia per la Universitat de Lisboa. Màster en psicogeriatria. Postgraduada en Gestió i Dinamització de Projectes d'Envelliment Actiu i Saludable per la Universitat Pompeu Fabra. Experiència com psicòloga, psicogerontòloga i coordinadora de projectes, especialista en el treball amb persones en l'última etapa de vida, el seu entorn i persones cuidadores.
Gutiérrez Arambula, Diana	Metgessa Intensivista del CSAPG. Coordinadora de transplants del CSAPG.
Herrero Esquerdo, Olga	Doctora en Psicologia i Psicoterapeuta acreditada. Professora Titular a la FPCEE Blanquerna. Psicoterapeuta col·laboradora al centre IDAPP. Membre del grup de recerca PSICOPERSONA de la FPCEE Blanquerna. Autora i co-autora de diversos articles i capítols de llibre nacionals i internacionals sobre processos de dol i psicoteràpia, així com co-autora del llibre "La muerte y el duelo en contexto educativo".
Izquierdo Ramon, Pol	Llicenciat en Periodisme (UPF). ENG Serveis Informatius TV3. Reporter CNN+. Guionista i director de sèries documentals i d'entreteniment: En camp contrari, Veterinaris, Caçadors de bolets, Emergències, Aeroport, Crims, Òpera Prima.
Jiménez Alonso, Belén	Doctora en psicologia, amb especialització en el dol i pèrdues (Instituto IPIR-UB) i Postgrau en Atenció Psicosocial i Espiritual. Persones en Situació d'Infermetats Avançada (UVIC-ICO). Professora en els Estudis de Psicologia i Ciències de l'Educació i investigadora del CareNet (Care and Preparedness in the Network Society) de IN3 de la UOC.
Lago Porredon, Clara	Infermera en Cures Pal·liatives al PADES del CSA, Hospital Universitari d'Igualada. Professora associada a la Universitat de Lleida, facultat d'Infermeria i fisioteràpia.
Limonero García, Joaquim T.	Catedràtic de Psicologia. Facultat de Psicologia. Coordinador Grup d'Investigació en Estrès i Salut. Universitat Autònoma de Barcelona. President de Societat Espanyola per a l'estudi de l'Ansietat i l'Estrès -SEAS- i membre del Bereavement Taskforce de l'EAPC.

López Elias, Marta

Psicòloga General Sanitària, experta en psicooncologia i psicologia en Cures Pal·liatives. La meua experiència laboral ha estat vinculada a la Creu Roja en la gestió de diferents d'equipaments i programes per a la gent gran i en el Programa d'atenció a persones amb malalties cròniques i avançades, que impulsa la Fundació "la Caixa". Actualment treballa a la Fundació Galatea, com a responsable de Formació i l'Àmbit de Promoció de la Salut.

Malumbres Talavera, Jenifer

Infermera en Cures Pal·liatives PADES ICS Delta. L'Hospitalet. Professora col·laboradora en la Universitat Internacional de Catalunya.

Marsico, Salvatore

Títol de metge a la Segunda Universidad de Nápoles (Italia) al 2013 i va completar la residència en radiologia al 2018 a la Universitat de Roma Tor Vergata (Italia). Radiòleg adjunt a l'equip de radiologia múscul-esquelètica i de radiologia intervencionista del Servei de Diagnòstic per la Imatge de l'Hospital del Mar – DIBI de Barcelona (Espanya).

Mateu Ribas, Montse

Psicòloga clínica, psicoterapeuta, màster en grup anàlisi, supervisora d'equips professionals.

Metlikovez Castillo, Montse

Treballadora Social. Màster Interdisciplinari en Atenció Integral a la Cronicitat. Especialitat Treball Social Sanitari. Postgrau en Treball Social Sanitari. Experiència en cures pal·liatives en l'àmbit domiciliari i hospitalari. Actualment Treballadora Social del ICO Badalona- HUGTIP.

Muñoz San Juan, Priscila

Metgessa Pal·liativista PADES PALLARS des de 2012. Metgessa de Família a SERMAS 2008-2011. Metgessa Pal·liativista ESAD 5 Madrid 2008. Metgessa Pal·liativista a la Unitat de Cures Pal·liatives San Camilo 2007. Màster Cures Pal·liatives Universidad de Valladolid 2007. Medicina Familiar i Comunitària 2003-2006.

Navarro, Sergi

Cap de Servei de Cures Pal·liatives Pediàtriques i Pacient Crònic Complex de l'Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona). Llicenciat en Medicina (2007) per la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona. Primer President de la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives Pediàtriques (PEDPAL) des de 2016. Coordinador operatiu de la Xarxa d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica Integral a Catalunya des del seu desplegament a partir de 2020. Responsable del primer Centre d'Atenció Intermèdia i Subaguts Pediàtrics – La Casa de Sofia.



Ortega Allué, Javier

Psicòleg sanitari, terapeuta i supervisor acreditat per FEATF y FEAP. És docent del Màster de Teràpia Familiar de la U. Ramón Llull, (Blanquerna) i de l'Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de Sant Pau de Barcelona, així com col·laborador docent en altres màsters. A l'actualitat dirigeix la revista MOSAICO i durant més de 13 anys va ser coordinador de la revista REDES de Teràpia Familiar.

Pérez Fernández, Maria

Infermera a la Unitat de Cures Pal·liatives Pediàtriques de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a Barcelona. Màster Oficial en Cures Pal·liatives Pediàtriques.

Regalado Doña, Pedro José

Metge Especialista en Geriatria. Màster en Bioètica. Màster en Gestió Hospitalària i de Serveis Sanitaris. Especial interès en Psicogeriatria, Bioètica i Gestió Sanitària. Coordinador de l'Àrea de Psicogeriatria de l'Hospital Benito Menni-CASM del 2018 al 2022. Actual Director d'Atenció Intermèdia del PSSJD-Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

Rodin, Gary

Professor de psiquiatria i director del Global Institute of Psychosocial, Palliative and End-of-Life Care (GIPPEC) a la Universitat de Toronto. Dirigeix un programa clínic i de recerca reconegut internacionalment al Princess Margaret Cancer Centre centrat en el desenvolupament, avaluació i implementació global de noves intervencions psicoterapèutiques per millorar el benestar psicològic i la qualitat de vida dels pacients amb càncer i les seves famílies. Rodin ha estat reconegut pels seus esforços globals per garantir l'accés universal a les intervencions psicosocials i pal·liatives i l'atenció òptima al final de la seva vida i actualment és colíder a la Comissió d'Oncologia Lancet sobre la Crisi Humanitària del Càncer.

Rodríguez, Mireia

Infermera del Servei de Cures Pal·liatives del Consorci Sanitari de Terrassa. Màster en Cures Pal·liatives UB.

Rodriguez Mesa, Dulce

Màster en Cures Pal·liatives des de 2000. Coordinadora de la UCP d'oncologia de l'Hospital Salut Sant Joan de Reus. Metgessa adjunta del IOCS des de 1992. Professora d'oncologia a la URV. Professora del Màster de la UIC de Cures Pal·liatives. Ex-presidenta de la SCBCP y ex-vice presidenta de la SECPAL. Vocal actual de la SEMPAL.

Sánchez-Julvé, Cruz

Psicòloga experta en Neuropsicologia clínica, Psicooncologia i Psicologia en cures pal·liatives. Psicoterapeuta sistèmic-relacional. Hospital-Residència Sant Camil. EAPS Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf. Co-coordinadora Grup de Psicologia en CP-SCBCP. Col·laboradora Càtedra Cures Pal·liatives/UVic-UCC.

Saurina Solé, Anna

Metgessa especialista en Nefrologia. Hospital de Terrassa. Membre de la Societat Catalana de Nefrologia i del Grup de Treball de Pal·liatius Renals (GPRCat).

Serra Recasens, Gemma

Infermera especialista en Geriatria, de l'equip PADES Tarragona des del 2006. Hospital Sociosanitari Francolí - GIPPS, Tarragona. Membre de la Junta de la SCBCP, com a Tresorera 2015-2019. Coautora de la "Guía de recomendaciones prácticas. Uso de la vía subcutánea". CONVATEC 2021. Títol "Especialista en Cuidados Paliativos" certificat per la Universidad Internacional Isabel I de Castilla, 2023.

Serrano Munuera, Carme

Especialista en Neurologia per l'Hospital de la Sta. Creu i St. Pau (HSCSP). Fellowship en patologia neuromuscular a HSCSP i Ohio State University. Doctora en Medicina per la UAB. Professora associada Grau de Medicina UVIC-UCC. Cap del Departament de Medicina a la FHSJDM. Responsable de recerca i docència a la FHSJDM i membre del CEA de la mateixa institució.

Torres García, Ariadna

PhD en Psiquiatria i Psicologia. Psicòloga Sanitària, Psico-oncòloga, psicòloga d'emergències i catàstrofes, experta en teràpies de tercera generació (Realitat virtual y Mindfulness). Actualment forma part de la Unitat de Cures Pal·liatives pediàtriques de l'Hospital Materno infantil Vall d'Hebron. Conta amb més de 12 anys d'experiència en el camp dels pal·liatius i Psicooncologia.

Trelis Navarro, Jordi

President de la Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives. Director Gerent de la Fundació Hospital Sant Joan de Déu de Martorell. Metge especialista en medicina interna. Màster en cures pal·liatives per la UB. Màster en gestió sanitària per la UIC.



Tuca, Albert

Especialista en Oncologia Mèdica. Doctor en Medicina. Coordinador de la Unitat de Suport i Cures Pal·liatives en Càncer del servei d'Oncologia Mèdica de l'Hospital Clínic de Barcelona. Professor Associat del Departament de Medicina de la Universitat de Barcelona. Codirector de la Càtedra de Cures Pal·liatives de la Universitat de Barcelona. President de la Comissió de Garantia i Avaluació del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Vicepresident segon de la Fundació Oncolliga.

Ubach, Mateu

Psicòleg, terapeuta familiar i musicoterapeuta. Actualment treballant en l'àmbit de les cures pal·liatives pediàtriques i atenció al supervivent oncològic a la Fundació Enriqueta Villavecchia. En la seva pràctica combina l'ús de jocs de taula de caràcter narratiu i simbòlic-projectiu, musicoteràpia i recursos narratius (contes, poesia i escenes cinematogràfiques) per suavitzar i acompanyar el patiment.

Ventura Junyent, Joan

Metge geriatra, Fundació Sanitaria Sant Josep Igualada.

Vidal Basalo, Ana

Metgessa geriatra adjunt del Servei de Geriatria-Cures Pal·liatives a l'Hospital Universitari d'Igualada, CSA.

Vidal i Roig, Marta

Metgessa especialista en Medicina Interna. Màster en Cures Pal·liatives. Des del 2005 metgessa de la UFISS mixta geriàtrica i pal·liativa de l'Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.

Viel Sirito, Silvia

Especialista en Psicologia Clínica. Psicoterapeuta. PhD en Psicologia de la Salut i l'Esport, Universitat Autònoma de Barcelona. Membre del Grup de Psicòlegs de la SCBCP.

Vinyes i Jimenez, Joan Oriol

Psicòleg en Cures Pal·liatives, Dol i Psicooncòleg. PADES, UCP i Hematologia. EAPS Fundació Vilaniu, Àrea de Tarragona.

ESQUEMA DEL PROGRAMA



Divendres 2 de juny del 2023

08:00 – 09:00	ENTREGA DE DOCUMENTACIÓ		
	TEATRE	SALA DE CINEMA GRAN	SALA DE CINEMA PETITA
09:00 – 09:30	BENVINGUDA Autoritats i presidències dels Comitès i la SCBCP		
	Ana Vidal Basalo Joaquim T. Limonero García Jordi Trelis Navarro		
09:30 – 11:00	SESSIÓ PLENÀRIA 1 Autocura professional. Posa fil a l'agulla i cuida't		
	Moderadora: Cruz Sánchez-Julvé La supervisió, un instrument de formació y prevenció Javier Ortega Allué Grups Balint Montse Mateu Ribas Institucions Saludables Marta López Elias		
11:00 – 11:30	PAUSA CAFÉ		
11:30 – 13:00	SESSIÓ 1 Impacte dels mitjans de comunicació i de les xarxes socials en pacients i professionals	SESSIÓ 2 Eines per prendre decisions en la demència en fase avançada	SESSIÓ 3 Cures Pal·liatives Pediàtriques, nous reptes
	Moderador: Jordi Trelis Navarro Informació de la ciutadania en Cures Pal·liatives Maria Àngels Ayra Viladevall Els mitjans de comunicació i les Cures Pal·liatives Pol Izquierdo Ramon Les xarxes socials i les Cures Pal·liatives Belén Jiménez Alonso Receptes per a una bona comunicació dels professionals de les Cures Pal·liatives Gemma Bruna Sales	Moderadora: Cristina Farriols Danés Atenció de la demència a l'hospital d'aguts: consideracions ètiques en la presa de decisions Carme Serrano Munuera Cures Pal·liatives transversals en la demència Joan Ventura Junyent PDA en persones amb demència: com parlar del final a l'inici? Lorena Bajo Peñas	Moderador: Sergi Navarro CO-01 "Experiència inicial del primer Centre d'Atenció Intermèdia pediàtric" Laura González Gardó Treball social en atenció pal·liativa pediàtrica Magí-Eladi Baños Gala La enfermera en cuidados paliativos pediátricos: una mirada hacia el futuro Maria Pérez Fernández Musicoteràpia, joc i narrativa en Cures Pal·liatives pediàtriques Mateu Ubach



13:00 – 14:30	SESSIÓ PLENÀRIA 2 Eutanàsia		
	Moderador: Albert Tuca Reflexió del rol del psicòleg en processos d'eutanàsia Laura Bataller Torralba Cures Pal·liatives VS eutanàsia a propòsit d'una atenció a final de vida Francesc Xavier Cantero Gómez A propòsit d'un cas Ana Eva Gambero i Muñoz Reflexions sobre la prestació d'ajuda per morir, a propòsit d'uns casos Aurora Garriga Badia i Clara Lago Porredon		
14:30 – 16:00	DINAR		
16:00 – 17:30	SESSIÓ PLENÀRIA 3		
	Moderadora: Cruz Sánchez-Julvé From Trauma to Meaning: Psychotherapeutic Approaches to Life-Threatening and Advanced Disease Gary Rodin		
17:30 – 18:00	PAUSA CAFÉ		
	TEATRE	SALA DE SOCIS	
18:00 – 19:30	SESSIÓ 4 Noves tecnologies en Cures Pal·liatives	SESSIÓ 5 Atenció pal·liativa als centres residencials	
	Moderador: David Bottaro CO-02 "Ús d'una Aplicació Clínica Digital per monitoritzar pacients pal·liatius oncològics en seguiment per PADES" Griselda Manzano Monfort Ecografia clínica en Cures Pal·liatives Rosa Blasi Martínez Noves tecnologies en Cures Pal·liatives Franç Espinar Lacueva Realitat virtual i altres eines en l'atenció al pacient oncològic pediàtric en el control del dolor i altres símptomes Ariadna Torres García	Moderador: Xavier Gómez- Batiste CO-03 "Avaluar l'eficàcia de l'aplicació de planificació de decisions anticipades (PDA) en l'entorn residencial" Mònica Virgós Bonfill Reptes de l'atenció pal·liativa a l'àmbit residencial al segle XXI Jordi Amblàs Atenció psicosocial i espiritual al final de la vida en residències Ana Catarina Guillot da Costa	
20:00 – 21:30	CÒCTEL DE BENVINGUDA		



Dissabte 3 de juny del 2023

09:00 – 10:30

10:30 – 11:00

11:00 – 12:30

12:30 – 14:00

14:00 – 14:30

TEATRE

SESSIÓ 6

Cures Pal·liatives en altres serveis

Moderadora:
Ana Vidal Basalo

Necessitats pal·liatives en l'atenció
hospitalària de l'àrea mèdica
Helena Camell Ilari

Abordatge de les Cures Pal·liatives a la UCI
Diana Gutiérrez Arambula

El concepto de paliación en psiquiatría:
¿estamos ante el nacimiento de un nuevo paradigma?
Pedro José Regalado Doña

Grup de Pal·liatius Renals.
Document de Consens i línies de futur
Anna Saurina Solé

SALA DE CINEMA GRAN

SESSIÓ 7

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives.
Realitat o mite?

Moderadora:
Roser Cuadros Margarit

CO-04 "Concordança entre la complexitat assistencial
i el recurs idoni dels pacients atesos per PADES"
Marta Camprubí i Rovira

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives.
Realitat o mite? PADES rural
Manuel Cáceres Becerra

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives en
l'entorn rural i d'alta muntanya en las comarques del Pallars
Priscila Muñoz San Juan

PADES i la coordinació amb els equips assistencials
Gemma Serra Recasens

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives
al Baix Llobregat Nord. Realitat o Mite
Marta Vidal i Roig

Continuïtat Assistencial en Cures Pal·liatives.
Realitat o Mite. PADES Barcelona Ciutat
Emma Costas Muñoz

PAUSA CAFÉ

SESSIÓ 8

Innovacions en el tractament del dolor

Moderadores:
**Jenifer Malumbres Talavera
i Claudia Cruz Sequeiros**

CO-05 "Consum d'opioides en un hospital d'aguts"
Verònica Romaní Costa

Ziconotida, una nova esperança
Xavier Garcia Eroles

Tratamiento paliativo percutáneo con ablación
y estabilización biomecánica de lesiones malignas
óseas: indicaciones, tratamientos únicos y combinados
Salvatore Marsico

Capsaicina al 8% en dolor neuropático
periférico localizado en Cuidados Paliativos
Dulce Rodríguez Mesa

SESSIÓ 9

Podem prevenir el dol complicat?
Eines per a l'acompanyament al final de la vida

Moderador:
Joan Oriol Vinyes i Jimenez

CO-06 "Impacte i experiència del grup
psicoterapèutic per adolescents en dol.
Estudi quantitatiu i qualitatiu"
Lluïsa Salvaña Nogueras

Prevenió del dol complicat
Olga Herrero Esquerdo

L'acompanyament en el dol des del treball social
Montse Metlikovez Castillo

L'atenció al dol des del rol d'infermeria
en un servei de Cures Pal·liatives
Mireia Rodríguez

SESSIÓ PLENÀRIA 4

Cloenda

Moderador:
Joaquim T. Limonero García

Convivim i commorim en xarxes de relacions
Montse Esquerda

TAULA DE CLOENDA

Premis, Presidència SCBCP i Comitès

Ana Vidal Basalo
Joaquim T. Limonero García
Jordi Trelis Navarro



PROGRAMA CIENTÍFIC



Divendres 2 de juny del 2023

08:00 - 09:00 Entrega de documentació

TEATRE

09:00 - 09:30 BENVINGUDA: Autoritats i presidències dels Comitès i la SCBCP

TEATRE

09:30 - 11:00 SESSIÓ PLENÀRIA 1: Autocura professional. Posa fil a l'agulla i cuida't
Modera: **Cruz Sánchez-Julvé. Psicòloga**
Grup de psicòlegs de la SCBCP

La supervisió, un instrument de formació y prevenció

Ponent: **Javier Ortega Allué. Psicòleg**

Escola de Teràpia Familiar H. de Sant Pau

Grups Balint

Ponent: **Montse Mateu Ribas. Psicòloga**

Pràctica privada

Institucions Saludables

Ponent: **Marta López Elias. Psicòloga**

Fundació Galatea

Debat obert

11:00 - 11:30 Pausa cafè

TEATRE

11:30 - 13:00 SESSIÓ 1: Impacte dels mitjans de comunicació i de les xarxes socials en pacients i professionals

Modera: **Jordi Trelis Navarro. Metge**

Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives

Informació de la ciutadania en Cures Pal·liatives

Ponent: **Maria Àngels Ayra Viladevall. Infermera**

Associació Contra el Càncer Barcelona

Les xarxes socials i les Cures Pal·liatives

Ponent: **Belén Jiménez Alonso**. Psicòloga
U. Oberta de Catalunya

Receptes per a una bona comunicació
dels professionals de les Cures Pal·liatives

Ponent: **Gemma Bruna Sales**. Periodista
Gemma Bruna Comunicació

Debat obert

SALA DE CINEMA

GRAN

11:30 - 13:00

SESSIÓ 2: Eines per prendre decisions en la demència en fase avançada

Moderador: **Cristina Farriols Danés**. Metgessa
H. del Mar

Atenció de la demència a l'hospital d'aguts:
consideracions ètiques en la presa de decisions

Ponent: **Carme Serrano Munuera**. Metgessa
Fundació H. St. Joan De Déu. Martorell

Cures Pal·liatives transversals en la demència

Ponent: **Joan Ventura Junyent**. Metge
Fundació Sant Josep d'Igualada

PDA en persones amb demència: com parlar del final a l'inici?

Ponent: **Lorena Bajo Peñas**. Metgessa
H. Universitari De La Santa Creu De Vic

Debat obert

SALA DE CINEMA

PETITA

11:30 - 13:00

SESSIÓ 3: Cures Pal·liatives Pediàtriques, nous reptes

Moderador: **Sergi Navarro**. Metge
H. Sant Joan de Déu

CO-01 "Experiència inicial del primer Centre d'Atenció Intermèdia pediàtric"

Autora: **Laura González Gardó**. Infermera
H. Sant Joan de Deu



Treball social en atenció pal·liativa pediàtrica

Ponent: **Magí-Eladi Baños Gala**. Psicòleg

H. Vall d'Hebron

La enfermera en cuidados paliativos pediátricos:
una mirada hacia el futuro

Ponent: **Maria Pérez Fernández**. Infermera

H. de la Santa Creu i Sant Pau

Musicoteràpia, joc i narrativa en Cures Pal·liatives pediàtriques

Ponent: **Mateu Ubach**. Psicòleg

Fundació Enriqueta Villavecchia

Debat obert

TEATRE

13:00 - 14:30

SESSIÓ PLENÀRIA 2: Eutanàsia

Moderador: **Albert Tuca**. Metge

H. Clínic De Barcelona

Reflexió del rol del psicòleg en processos d'eutanàsia

Ponent: **Laura Bataller Torralba**. Psicòloga

Eaps - Mutuam Barcelona

Cures Pal·liatives VS eutanàsia a propòsit d'una atenció a final de vida

Ponent: **Francesc Xavier Cantero Gómez**. Metge

Institut Català de la Salut

A propòsit d'un cas

Ponent: **Ana Eva Gambero i Muñoz**. Treballadora social

Institut Català de la Salut

Reflexions sobre la prestació d'ajuda per morir, a propòsit d'uns casos

Ponent: **Aurora Garriga Badia**. Metgessa

CAP Igualada Nord

Reflexions sobre la prestació d'ajuda per morir, a propòsit d'un cas

Debat obert

14:30 - 16:00

Pausa dinar

TEATRE

18:00 - 19:30

SESSIÓ 4: Noves tecnologies en Cures Pal·liatives

Moderador: **David Bottaro**. Metge

H. Universitari Sant Joan de Reus

CO-02 "Ús d'una Aplicació Clínica Digital per monitoritzar pacients pal·liatius oncològics en seguiment per PADES"

Autora: **Griselda Manzano Monfort**. Infermera

Corporació Salut del Maresme i La Selva

Ecografia clínica en Cures Pal·liatives

Ponent: **Rosa Blasi Martínez**. Metgessa

Parc De Salut Mar

Noves tecnologies en Cures Pal·liatives

Ponent: **Franç Espinar Lacueva**. Psicòleg

4D Health Innovation Simulation Center

Realitat virtual i altres eines en l'atenció al pacient oncològic pediàtric en el control del dolor i altres símptomes

Ponent: **Ariadna Torres García**. Psicòloga

H. Vall d'Hebron Maternoinfantil

Debat obert

SALA DE SOCIS

18:00 - 19:30

SESSIÓ 5: Atenció pal·liativa als centres residencials

Moderador: **Xavier Gómez-Batiste**. Metge

U. de Vic

CO-03 "Avaluar l'eficàcia de l'aplicació de planificació de decisions anticipades (PDA) en l'entorn residencial"

Autora: **Mònica Virgós Bonfill**. Metgessa

Institut Català de la Salut

Reptes de l'atenció pal·liativa a l'àmbit residencial al segle XXI

Ponent: **Jordi Amblàs**. Metge

Consorci Hospitalari de Vic

Atenció psicosocial i espiritual al final de la vida en residències

Ponent: **Ana Catarina Guillot da Costa**. Psicòloga

Fundació "la Caixa"

Debat obert

20:00

Còctel de benvinguda



PROGRAMA CIENTÍFIC



Dissabte 3 de juny del 2023

TEATRE

09:00 - 10:30

SESSIÓ 6: Cures Pal·liatives en altres serveis

Moderador: Ana Vidal Basalo. Metgessa

H. Universitari d'Igualada

Necessitats pal·liatives en l'atenció hospitalària de l'àrea mèdica

Ponent: Helena Camell. Metgessa

CSAPG

Abordatge de les Cures Pal·liatives a la UCI

Ponent: Diana Gutiérrez Arambula. Metgessa.

CSAPG

El concepto de paliación en psiquiatría:

¿estamos ante el nacimiento de un nuevo paradigma?

Ponent: Pedro José Regalado Doña. Metge

Parc Sanitari Sant Joan de Deu

Grup de Pal·liatius Renals.

Document de Consens i línies de futur

Ponent: Anna Saurina Solé. Metgessa

H. de Terrassa

Debat obert

SALA DE CINEMA

GRAN

09:00 - 10:30

SESSIÓ 7: Continuitat assistencial en Cures Pal·liatives. Realitat o mite?

Moderador: Roser Cuadros Margarit. Metgessa

Institut Català d'Oncologia

CO-04 "Concordança entre la complexitat assistencial i el recurs idoni dels pacients atesos per PADES"

Autora: Concepció Morros Torné. Infermera

Institut Català de la Salut

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives. Realitat o mite? PADES rural

Ponent: **Manuel Cáceres Becerra**. Infermer

H. Universitari Sta. Maria de Lleida

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives en l'entorn rural
i d'alta muntanya en las comarques del Pallars

Ponent: **Priscila Muñoz San Juan**. Metgessa

H. Comarcal Pallars

PADES i la coordinació amb els equips assistencials

Ponent: **Gemma Serra Recasens**. Infermera

PADES Tarragona - GIPSS

Continuïtat assistencial en Cures Pal·liatives
al Baix Llobregat Nord. Realitat o Mite

Ponent: **Marta Vidal i Roig**. Metgessa

Fundació H. St. Joan De Déu Martorell

Continuïtat Assistencial en Cures Pal·liatives.
Realitat o Mite. PADES Barcelona Ciutat

Ponent: **Emma Costas Muñoz**. Infermera.

PADES Barcelona - Grup Mutuam

Debat obert

10:30 - 11:00

Pausa cafè

TEATRE

11:00 - 12:30

SESSIÓ 8: Innovacions en el tractament del dolor

Moderador: **Jenifer Malumbres Talavera**. Infermera

PADES ICS Delta

Claudia Cruz Sequeiros. Metgessa

Institut Català d'Oncologia

CO-05 "Consum d'opioides en un hospital d'aguts"

Autora: **Verònica Romaní Costa**. Metgessa

Fundació Assistencial Mútua de Terrassa

Ziconotida, una nova esperança

Ponent: **Xavier Garcia Eroles**. Metge

H. Universitari de Bellvitge



Tratamiento paliativo percutáneo con ablación y estabilización biomecánica de lesiones malignas óseas: indicaciones, tratamientos únicos y combinados

Ponent: **Salvatore Marsico. Metge**

H. del Mar

Capsaicina al 8% en dolor neuropático periférico localizado en Cuidados Paliativos

Ponent: **Dulce Rodríguez Mesa. Metgessa**

SCBCP

Debat obert

TEATRE

11:00 - 12:30

SESSIÓ 9: Podem prevenir el dol complicat? Eines per a l'acompanyament al final de la vida

Moderador: **Joan Oriol Vinyes i Jimenez. Psicòleg**

EAPS Fundació Vilaniu – Tarragona

CO-06 "Impacte i experiència del grup psicoterapèutic per adolescents en dol. Estudi quantitatiu i qualitatiu"

Autora: **Lluïsa Salvaña Nogueras. Psicòloga**

Fundació H. St. Jaume i Sta. Magdalena

Prevenió del dol complicat

Ponent: **Olga Herrero Esquerdo. Psicòloga**

Blanquerna, U. Ramon Llull

L'acompanyament en el dol des del treball social

Ponent: **Montse Metlikovez Castillo. Treballadora social**

Institut Català d'Oncologia

L'atenció al dol des del rol d'infermeria en un servei de Cures Pal·liatives

Ponent: **Mireia Rodríguez. Infermera**

Consorci Sanitari de Terrassa

Debat obert

TEATRE

12:30 - 14:00

SESSIÓ PLENÀRIA 4: Cloenda

Moderador: **Joaquim T. Limonero García**. Psicòleg

U. Autònoma de Barcelona

Convivim i commorim en xarxes de relacions

Ponent: **Montse Esquerda**. Metgessa

Institut Borja de Bioètica

Debat obert

TEATRE

14:00 - 14:30

TAULA DE CLOENDA: Premis, Presidència SCBCP i Comitès



CO-06 | Impacte i experiència del grup psicoterapèutic per adolescents en dol. Estudi quantitatiu i qualitatiu.

Sra. Lluïsa Salvanyà¹, Danilo Moggia¹

¹Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena - Eaps Mataró

La pèrdua d'un ésser estimat durant l'adolescència pot significar un abans i un després en el procés de la creació de la pròpia identitat i per tant en com la persona es relacionarà amb el seu entorn, els altres i amb ella mateixa. L'objectiu d'aquesta recerca esdevé descriure i avaluar la intervenció psicoterapèutica grupal en adolescents que transiten un procés de dol. El disseny d'aquest estudi és mixta, qualitatiu i quantitatiu, descriptiu quasi experimental i longitudinal. Van participar un total de 8 adolescents, cinc noies i tres nois, d'entre 13 i 19 anys que havien patit la mort d'un familiar de primera línia i que estaven disposats a participar en un grup de dol per a adolescents. El tipus de mort o el temps transcorregut entre la mort i la participació en el grup variaven entre participants. De manera pre-post, a la primera i a la última sessió grupal (passats 8 mesos), els participants van contestar l'Inventari de dol complicat (IDC) i un qüestionari de dues preguntes obertes sobre el moment del dol i les expectatives cap a la teràpia de grup. Es van analitzar les dades quantitatives utilitzant l'Index de Canvi Fiable per cada subjecte a través del programa d'anàlisi de dades SPSS. Per analitzar les dades qualitatives es va realitzar un anàlisi de contingut de tipus inductiu amb codis i categories emergents (bottom-up) utilitzant el software Atlas.ti. Els resultats quantitatius (respostes IDC) indiquen un canvi significatiu en el 75% de la mostra. Els resultats quantitatius descriuen una millora subjectiva significativa que relacionen amb la participació al grup. Les variables a destacar són: la importància del vincle establert entre els participants del grup, l'aprenentatge i l'autoconeixement adquirit i a la consciència i control emocional. Es proposa compartir el curt documental que van realitzar els participants del grup basat en l'experiència i l'impacte que el grup psicoterapèutic ha esdevingut en cada un d'ells. <https://www.youtube.com/watch?v=toclljyljRM&t=49s>

PO54 | Avaluació inicial d'un projecte pilot d'atenció psicològica especialitzada en el procés dol per circumstàncies sobtades

Sra. Belén Calafell Llabrés

Introducció

Entre un 10-20% de les persones en dol poden presentar dificultats importants en la reorganització de la seva vida tot i el temps transcorregut i/o a refer-se del patiment intens generat. En conseqüència poden desenvolupar un procés de dol complicat.

Els professionals de diferents àmbits i nivells assistencials del Sistema de Salut de Menorca han detectat la manca de recursos especialitzats en l'atenció psicològica específica per a la població adulta en procés de dol per la mort d'una persona estimada en circumstàncies sobtades i/o no previstes.

Objectius

- Avaluació inicial d'un Projecte Pilot d'Atenció Psicològica especialitzada en el procés de dol per circumstàncies sobtades
- Anàlisi de les característiques sociodemogràfiques que poden incidir en el procés de dol complicat, el volum de població atesa, l'activitat assistencial enregistrada i els principals equips responsables de les derivacions

Material i mètodes

El Projecte Pilot estructurat en diferents àrees d'actuació (assistencial, formació, divulgació comunitària) s'ha portat a terme entre gener i desembre de 2022 amb una dedicació de 8 hores laborables a la setmana per part d'una psicòloga.

Resultats i conclusions

- El número de sol·licituds de derivació i el volum assistencial mostra la necessitat de la millora plantejada en el Projecte Pilot.
 - La descripció de les característiques sociodemogràfiques dels familiars atesos (edat, grau de parentiu, estat civil, situació laboral, nucli de convivència, persones vulnerables al seu càrrec) són indicadors de la detecció primerenca de risc de dol complicat.
 - Els professionals responsables de les derivacions fan demanda de formació específica i instruments de detecció primerenca d'indicadors de risc de dol complicat
 - La necessitat de promoure un Model d'atenció i coordinació multidisciplinar integral i integrada com a eina de prevenció
- Paraules clau: mort sobtada, dol complicat, indicadors de risc, formació específica, atenció integrada

ATENCIÓ PAL·LIATIVA EN RESIDÈNCIES

CO-03 | *Avaluar l'eficàcia de l'aplicació de planificació de decisions anticipades (PDA) en l'entorn residencial*

Dra. Mònica Virgós Bonfill¹, Carles Alberich Ribé, Mònica Morcillo Pérez

¹ICS (CAP Valls)

Objectiu

Avaluar l'eficàcia de l'aplicació de planificació de decisions anticipades (PDA) en l'entorn residencial.

Metodologia

Estudi descriptiu realitzat durant 7 mesos mitjançant l'entrevista amb les famílies i alguns residents amb capacitat cognitiva per conèixer els seus valors i preferències d'atenció al final de la vida en cas d'empitjorament de la seva situació de salut actual per garantir una mort digna.

La residència té 60 dones i 26 homes. Edat mitja de 86,3 anys. El diagnòstic més prevalent és la demència (40,7%) (GDS: 6-7); m. cròniques avançades (17,4%); deterior cognitiu (15,3%); fragilitat geriàtrica (15,1%); salut mental (8,1%) i altres (3,4%).

Els Pacients crònics complexos (PCC): 81,4% i MACA (malaltia crònica avançada) 16,3%

El principal motiu d'ingrés és la dificultat en el procés d'atenció de les famílies als residents per la complexitat de les seves necessitats.

Realitzades 33 reunions entre famílies i residents amb capacitat per decidir cognitivament i treballador social, metgessa i psicòleg per plantejar PDA.

Les variables registrades són: edat, sexe, diagnòstic, motiu d'ingrés, grau dependència, preferències d'actuació dels professionals en cas de complicacions: derivació hospitalària o assistència a residència amb mesures pal·liatives.

Durant l'entrevista es vol conèixer el grau d'ajustament (diagnòstic i pronòstic) perquè en situació d'empitjorament s'ajusti la pràctica dels professionals a les seves voluntats.

Es registra a H^a clínica (E-Cap: PIIC): informació centralitzada i accessible a tots els professionals sanitaris.

Resultats

De les 33 reunions de PDA 28 van manifestar l'aplicació de mesures pal·liatives a la residència i 4 famílies van optar per derivació hospitalària.

El total d'èxits dels 86 residents van ser 36%. Al domicili residencial: 87,1% i a l'hospital: 12,9% persones.

El total d'èxits amb PDA fetes són el 61% i sense PDA fetes: 39%.

Conclusions

- La realització de PDA forma part d'un procés assistencial dins d'un model centrat en la persona (ACP). Recomanable en malaltia avançada i complexitat.
- L'alta prevalença de demència limita la realització de PDA.
- Conèixer el desig familiar dels residents redueix estrès dels professionals i garanteix la preservació de les voluntats de les persones.



ATENCIÓ PAL·LIATIVA PRECOÇ

PO06 | Allargament del QT en Cures Pal·liatives induït per polifarmàcia. A propòsit d'un cas d'intervenció precoç

Dra. Gabriela Cerdá Sebastian¹, Sra. Virgínia Granados², Dra. Lina María Nitola Mendoza^{2,3}, Dra. Paula Cuenca Casbas^{2,3}, Dra. Agnès Calsina-Berna^{2,3}, Dr. Joaquim Julià-Torras^{2,4}

¹Hospital Germans Trias i Pujol, ²Institut Català d'Oncologia - Badalona, ³Grup de Recerca i Coneixement en Cures Pal·liatives (GRICOPAL), ⁴Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya (UIC) Barcelona

Introducció

L'allargament del QT es relaciona amb el desenvolupament d'arrítmies ventriculars com la Torsade de Pointes (TdP) que pot desembocar en una mort sobtada. Diferents fàrmacs que s'utilitzen en el tractament simptomàtic de la persona amb càncer avançat poden induir aquesta alteració cardíaca.

Objectius

Descriure un cas d'allargament del QT en relació amb polifarmàcia i aportar una proposta d'abordatge clínic del risc d'allargament del QT.

Material i mètodes

Descripció del cas d'una pacient amb càncer localment avançat en tractament antitumoral amb intencionalitat radical que desenvolupa un allargament del QT en ser tractada simultàniament amb metadona per dolor, haloperidol per nàusees i fluoxetina per malestar emocional. Es va disminuir el tractament amb metadona, es va retirar haloperidol i fluoxetina, amb resolució de l'allargament del QT. Donat que la pacient presenta resposta completa actualment, amb resolució del dolor, de forma ambulatoria es va disminuir el tractament amb metadona fins a la seva retirada. La pacient va donar el seu consentiment informat per la difusió del cas.

Revisió de la literatura per aportar una metodologia sistemàtica d'abordatge clínic del risc d'allargament del QT.

Resultats i conclusions

L'allargament del QT induït per fàrmacs pot suposar un repte en pacients amb càncer avançat, especialment en l'àmbit de la intervenció precoç en cures pal·liatives per la llarga supervivència estimada. Aquests pacients reuneixen diversos factors de risc per l'allargament del QT com la polifarmàcia, les interaccions entre fàrmacs i les alteracions electrolítiques.

L'allargament del QT s'ha d'abordar curosament en pacients amb factors de risc majors (QT llarg congènit i la història personal o familiar de TdP) o amb múltiples factors de risc menors (alteracions electrolítiques, sexe femení, edat avançada i polifarmàcia).

Es recomana disposar d'un electrocardiograma basal en tot pacient que reuneixi un factor de risc major o diversos de menors, estudiar les interaccions farmacològiques possibles, monitoritzar periòdicament el QT en pacients seleccionats i corregir alteracions electrolítiques intercurrents.

El present cas mostra l'exemple d'intervenció d'un servei de cures pal·liatives en casos de dolor complex, en pacients en curs de tractament amb intencionalitat radical.

BENESTAR PROFESSIONAL: CUIDAR AL CUIDADOR

PO15 | Por a la mort en els professionals d'un equip de cures pal·liatives.

Sra. Mariona Alier Comadran¹, Sra. Laura Mató¹, Sr. Jose Izquierdo¹, Sra. Carolina Martínez¹, Sra. Ana María Moral¹, Sr. Josep Majó¹

¹Ico Girona

Introducció

El professional que treballa amb la proximitat a la mort ha d'estar preparat per aprofundir en situacions

de vulnerabilitat que esdevenen en els processos de final de vida. La manera en què ens predisposem a la mort pot guiar-nos en un camí de desesperança o en una trobada amb el sentit i la transformació. L'autoconsciència de com afrontem la mort pot modular la qualitat de l'atenció que oferim.

Objectius

Avaluar l'afrontament a la mort (mort pròpia, dels altres i els pertinents processos de morir) que tenen els membres d'un equip interdisciplinari que treballa en cures pal·liatives.

Materials i mètodes

Es realitza un estudi descriptiu de tall transversal als 10 professionals de l'equip de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) de Girona: 2 metges, 2 infermers/es, 2 treballadores socials sanitàries i 4 psicooncòlogues. S'utilitza un qüestionari sociodemogràfic, preguntes adaptades ad hoc i l'escala de Por a la Mort de Collett-Lester (por baixa, moderada baixa, moderada, moderada alta i alta).

Resultats

En relació a la por a morir, 4 persones presenten por moderada – baixa, 4 por moderada i 2 por moderada alta. S'observa més tendència a la por a la mort dels altres que a la pròpia.

En general, els membres que practiquen meditació o alguna tècnica d'atenció plena cada dia o més d'una vegada a la setmana presenten menors nivells de por a la mort: moderada – baixa. Aquells que no practiquen o ho fan només un cop a la setmana presenten majors nivells de por: moderats o moderats alts.

No s'observa relació entre l'afrontament a la mort, els anys de pràctica professional, el nivell formatiu ni la formació específica.

Conclusions

Malgrat el treball amb la proximitat a la mort dels professionals de cures pal·liatives, la por a la mort és existent i present.

S'observa que el nivell d'atenció conscient afavoreix la competència davant l'afrontament a la mort dels professionals sanitaris que treballen en cures pal·liatives. Per a futures investigacions caldria analitzar quines pràctiques contemplatives podrien ser més favorables i quines altres variables moduladores estarien relacionades amb l'afrontament a la mort.

PO16 | Habilitats d'atenció plena presents en un equip interdisciplinari de cures pal·liatives

Ana María Moral¹, Sr. Josep Majó¹, Sra. Mariona Alier Comadran¹, Sra. Laura Mató¹, Sra. Gemma Riera¹, Sra. Carolina Martínez¹

¹ICO Girona

Introducció

Al ser nosaltres la principal eina terapèutica, els clínics hem de ser conscients dels propis processos psicoemocionals i espirituals, i del que traslладem als pacients. El mindfulness (atenció plena al moment present amb acceptació i sense judici) ens permet desenvolupar major autoconsciència, autoregulació i auto-trascendència, factors que poden influir tant en la pràctica clínica com en el propi professional.

Objectius

L'objectiu de l'estudi és conèixer quines són les habilitats més presents relacionades amb l'atenció plena d'un equip de professionals de cures pal·liatives i quines variables poden influenciar.

Materials i mètodes

Es realitza un estudi descriptiu de tall transversal a 10 professionals dels serveis de Cures Pal·liatives, Treball Social Sanitari i Psicooncologia de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) de Girona.

S'ha utilitzat un qüestionari sociodemogràfic, preguntes adaptades ad hoc i el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) adaptat a la població espanyola.

Resultats i conclusions



En la meitat dels professionals l'habilitat més puntuada és la del "no judici", és a dir, tenir una visió equànime davant els pensaments, sensacions o emocions percebudes, sense jutjar-los o identificar-s'hi. Seguida en general per la "d'actuar amb consciència", o sigui, no actuar amb el pilot automàtic.

Tots els professionals, excepte un, puntuen més baix en "reactivitat", o sigui que podria haver una dificultat en donar una resposta valorada. També puntuen baix en "observació", fet que indica una dificultat en estar obert i perceptiu a reconèixer estímuls que normalment no estan presents en el focus principal de l'atenció.

Excepte dos membres, s'observa que els que presenten majors nivells generals en el FMMQ presenten una pràctica més regular de meditació o atenció plena.

No s'observa relació significativa amb els anys de pràctica professional, el nivell formatiu, l'edat o el sexe.

El grau de consciència podria determinar tant la relació terapèutica com la qualitat de vida del professional. En aquest sentit, es proposa fomentar habilitats d'atenció plena a través de pràctiques contemplatives. Això podria afavorir l'autoconsciència a l'experiència interna i fomentar l'observació i la no reactivitat.

PO17 | Qualitat de vida i autocura en professionals de cures pal·liatives

Sra. Laura Mató¹, Sra. Mariona Alier¹, Sra. Cristina Pena¹, Sra. Gemma Riera¹, Sra. Ana María Moral¹, Sra. Yohana Rojas¹

¹ICO Girona

Introducció

Treballar en l'atenció i ajuda a altres persones ens afecta directament com a persones i en la nostra satisfacció per compassió o fatiga, podent arribar a generar burnout. Cuidar als altres requereix saber-se cuidar, tant a nivell físic, emocional, social i espiritual, garantint les necessitats personals i familiars. Per tant, requereix un compromís ètic, moral i conscient del nostre propi funcionament.

Objectius

L'objectiu de l'estudi és conèixer la percepció de qualitat de vida relacionada amb l'àmbit laboral i quines són aquelles habilitats més presents relacionades amb l'autocura d'un equip de professionals de cures pal·liatives així com les variables que poden influenciar.

Materials i mètodes

Es realitza un estudi descriptiu de tall transversal a 10 professionals dels serveis de Cures Pal·liatives, Treball Social Sanitari i Psicooncologia de l'Institut Català d'Oncologia (ICO) de Girona.

S'ha utilitzat un qüestionari sociodemogràfic, preguntes adaptades ad hoc i la versió castellana dels qüestionaris "Professional Quality of Life - version IV" (ProQOL-vIV) i l'"escala de Conductes de Autocura".

Resultats

En els factors protectors de l'escala ProQOL-vIV, 3 participants presenten alts nivells de satisfacció per compassió, 2 presenten baix nivell de risc de burnout i 1 risc baix de desgast per empatia. En relació als factors que indiquen més insatisfacció en la qualitat de vida laboral, 1 participant presenta nivell baix de satisfacció per compassió, 1 alt nivell de risc de burnout i 3 alt nivell de risc de desgast per empatia.

En relació a l'autocura, les puntuacions més elevades que s'observen en 9 dels 10 participants són la falta de tolerància al afecte positiu i la no atenció a les pròpies necessitats.

S'observa que els tres participants que han obtingut puntuacions més elevades en relació a les conductes d'autocura són les tres persones que tenen puntuacions altes en la satisfacció per compassió del qüestionari ProQOL-IV.

Conclusions

Destaquem l'autocura com un factor protector de la qualitat de vida laboral, sobretot en relació a la satisfacció per compassió.

Per tant, proposem desenvolupar un pla d'autocura per l'equip de professionals per fomentar l'atenció a les necessitats pròpies i les competències laborals.

PO21 | Millora de les habilitats dels professionals per l'abordatge del Desig d'Avançar la Mort

Sr. Joaquim Julià Torras^{1,2}, Dra. Cristina Monforte-Royo¹, Dra. Andrea Rodríguez-Prat¹, Dra. Iris Crespo¹, Dra. Denise Pergolizzi¹

¹Universitat Internacional De Catalunya, ²Institut Català d'Oncologia

Introducció

El desig d'avançar la mort (DAM) s'ha estimat entre 20% i 50% dels pacients amb malaltia avançada, però els professionals temen que les converses sobre el tema afegixin càrrega al pacient o puguin sentir-se impotents per respondre a les seves necessitats. Els programes educatius dirigits als professionals sanitaris poden promoure canvis en les actituds cap a la mort, reduir l'ansietat i la por a parlar de la mort, però sovint no exploren reptes específics com el DAM.

Objectius

Avaluar l'impacte en la confiança global, el coneixement i les actituds i les habilitats adquirides amb curs en línia "Avaluació i resposta al desig d'avançar la mort en pacients amb malaltia avançada (ERDAM)", per a formar professionals sanitaris en el maneig del DAM.

Materials i mètodes

Al començament i al final del curs, tots els participants inscrits van rebre un enllaç a un qüestionari en línia amb 32 ítems: 1 d'avaluació de la confiança, 7 d'avaluació del coneixement, 16 d'avaluació d'actituds i 8 d'avaluació de les habilitats relacionades amb la gestió del DAM; tots ells amb resposta tipus Likert de 1 a 7 (1= confiança més baixa a 7=confiança més alta). Es van comparar les puntuacions mitjanes obtingudes abans i després del curs.

Resultats i conclusions (breus i basades en els resultats presentats)

Un total de 20 (abans del curs) i 18 (després del curs) dels 26 participants inscrits van respondre al qüestionari (76,9% i 69,2% respectivament). El nivell de confiança obtingut a l'inici del curs va ser de 4.61 ± 0.79 , rang de [1-7] i de 5.87 ± 1.34 després del curs. La diferència va ser estadísticament significativa ($p=0.002$). Tanmateix van obtenir una puntuació més alta en subescales de coneixement, actituds i habilitats al final del curs respecte l'inici. Aquests resultats són una prova preliminar que una intervenció educativa dissenyada per a professionals de la salut pot garantir la confiança i la competència d'aquells professionals que han de proporcionar atenció als pacients amb malaltia avançada que expressen DAM.

PO30 | Grup d'autocura i aprenentatge per familiars de persones amb malalties avançades de pades.

Sra. Elena Gabilondo Molina¹

¹Corporació Salut Maresme i La Selva

Introducció:

Durant el procés d'acompanyament que realitzem a PADES a pacient i família, detectem la importància de donar suport als familiar per tal d'oferir espais, de suport, i autocura, doncs els CP majoritàriament presenten sobrecarrega i risc de claudicació per aquest motiu volem oferir un espai grupal de suport, per acompanyar durant tot el procés.

El format grupal genera suport i acompanyament i alhora facilitar informació per acompanyar als familiars. Considerem que el grup es una eina molt potent que genera cohesió, suport i alhora sentiments d'autocura que els dota d'eines i potencia recursos per fer front dificultats en les diferents etapes de la malaltia, fins el final d'aquesta.

És necessari generar espais de trobada en la comunicat, creant xarxa de suport. L'espai va dirigit en aquest cas als familiars CP de pacients PADES, dins de l'espai cuidador que es desenvolupa en els CAPS de la zona del Maresme i la Selva.

Volem reforçar als familiar i crear un espai d'ajuda mútua on compartir experiències alleugera la càrrega del dia a dia dels CP, i normalitza les dificultats en les que s'enfronten durant tot el procés de malaltia i fins el final d'aquesta.



Objectius:

Acompanyar durant el procés de malaltia al cuidador per prevenir signes de claudicació i per altra banda generar vincles amb altres persones que estan passant per una situació similar.

Promoure l'autocura per cuidar a la persona amb malaltia avançada i per afrontar les dificultats que apareixen en cada etapa.

Generar espais d'informació per clarificar dubtes respecte a la malaltia, el control de símptomes, les emocions, l'alimentació, gestions burocràcia de la mort.

Facilitar informació per valorar els propis recursos i fortaleces, prendre consciència dels propis límits i si es veuen capacitat de poder assistir al familiar a domicili o en hospital.

Construir un espai d'intimitat i seguretat i escolta activa, per l'expressió de les diferents emocions on acompanyar a cada persona.

Cuidant als que cuiden treballem el dol prevenim en el després dols complicats o patològics.

Materials i mètodes:

Presentació qualitativa de l'activitat a través dels següents punts:

- Definició del perfil de persones a qui va dirigida.
- Descripció de l'estructura i dinàmica del model (objectius, tipus d'activitats, nombre de sessions, continguts, professionals que participen, etc)
- Lloc de realització i material
- Canals de difusió
- Valoració de l'espai a través de testimoniatge (assistents) i escales d'avaluació.
- Durada trimestral, un cop a la setmana durant 1:30h

Resultats i conclusions:

Es dona a conèixer l'avaluació qualitativa del model i actuacions en relació al període 2024-2025.

Consolidació del espai per oferir suport als familiars atesos per PADES de forma trimestral.

Prevenir situacions de claudicació i de dols complicats, doncs durant el procés s'empodera als familiars i posa èmfasi en els propis recursos de cada familiar per fer front a les diferents etapes del procés de morir.

PO31 | Resiliència i impacte emocional de la COVID-19 en els professionals sanitaris de cures pal·liatives

Prof. Joaquim T. Limonero¹, Dra. María José Gómez Romero^{1,2}, Dr. Jorge Maté Méndez^{1,3}, Dra. Dolors Mateo^{1,4}, Dr. Jesús González Barboteo⁵, Dr. Xavier Gómez-Batiste⁵

¹Universitat Autònoma de Barcelona. Grup d'Investigació en Estrés i Salut (GIES9. Facultat de Psicologia, ² Unitat de Psicologia, Egarsat, Mútua Col·laboradora de la Seguretat Social, número 276, , ³Unitat de Psicooncologia, Institut de Recerca Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Institut Català d'Oncologia, , ⁴Unitat de Cures Pal·liatives, Consorci Sanitari de Terrassa (Barcelona), ⁵Càtedra ICO/UVIC i Facultat de Medicina. Universitat de VIC/Catalunya Central, ⁶Unitat de Psicooncologia, Institut de Recerca Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL), Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona)

Antecedents

Els professionals de cures pal·liatives (PCP) treballen en un entorn de gran impacte emocional on els pacients i els cuidadors presenten alts nivells d'angoixa i patiment emocional. Treballar en aquestes unitats sovint implica alts nivells de malestar emocional. L'aparició de la pandèmia de COVID-19 ha intensificat aquest malestar emocional.

Objectiu

Analitzar el paper de la resiliència i d'altres factors psicològics en l'impacte emocional dels professionals sanitaris de cures pal·liatives durant la segona onada de la pandèmia a Espanya

Mètode

Estudi descriptiu transversal de professionals sanitaris de cures pal·liatives que van respondre a una enquesta en línia durant la segona pandèmia de COVID a Espanya (juliol de 2021).

Resultats

123 professionals de cures pal·liatives (73 dones i 50 homes) amb una edat mitjana de $45,48 \pm 11,44$ anys van respondre voluntàriament a una enquesta en línia, després de donar el seu consentiment informat. A més de les variables sociodemogràfiques, es van analitzar l'ansietat, la depressió, el malestar emocio-

nal, l'estrès posttraumàtic, la resiliència i les qüestions relacionades amb la situació del COVID i la seva institució.

El 53,9% dels professionals van reportar ansietat, el 46,9% depressió, el 54,8% malestar emocional i el 28,2% trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). Observem que els professionals que presenten més resiliència presenten menys malestar emocional, menys ansietat i estrès i a més es senten més cuidats i reconeguts per la institució ($p<0,05$). Per altra part, els professionals que es senten reconeguts per les seves institucions experimenten menys malestar emocional ($p<0,01$) i creuen que necessiten menys suport psicològic ($p<0,05$) que aquells que no ho perceben.

Conclusions

S'observa un alt impacte emocional generat per la pandèmia del COVID-19 als professionals de cures pal·liatives que va afectar el seu benestar i possiblement l'atenció prestada als malalts i cuidadors. Caldria dotar recursos psicològics relacionats amb la regulació emocional, la resiliència i les estratègies d'afrontament per afrontar aquesta situació d'alt impacte emocional generada per la pandèmia o per futures pandèmies.

Paraules clau: impacte emocional, cures pal·liatives, personal sanitari, resiliència, covid-19

BIOÈTICA

PO12 | Actituds dels professionals sanitaris i humanització del final de la vida

Dra. Maria Teresa Muñoz Serrano¹, Raquel Escriche Matas¹, Anna Surroca Torrents¹, Vanessa Freixedes Martínez¹, José Carlos Molina Hinojosa², Eduard Borreguero Guerrero³

¹Consorti Sociosanitari De Vilafranca Del Penedès, ²Consorti sanitari de l'Alt Penedès Garraf, ³Institut Català de la salut

Introducció

Al llarg de la seva trajectòria professional, no és infreqüent que metges/ses i infermers/es hagin d'atendre i acompanyar pacients quan es troben al final de la seva vida i en situació de mort propera. És en aquest escenari on a més dels coneixements científics, les habilitats tècniques i els avenços tecnològics, les actituds del personal sanitari són fonamentals per proporcionar una assistència humana i de qualitat.

Objectiu

Demostrar que els i les professionals sanitaris reconeixen diverses actituds que desenvolupen un paper fonamental en l'atenció a pacients quan es troben en la situació de final de vida, així com l'especial importància que tenen en la humanització de l'atenció sanitària que reben.

Material i mètode

Estudi transversal qualitatiu realitzat mitjançant una enquesta autoadministrada que consta de 19 preguntes tipus Likert amb diverses opcions de resposta (de 2 a 5 ítems) i una de resposta oberta per fer suggerències o aclariments.

La població diana van ser professionals dels col·lectius de medicina i infermeria, amb especialitat en medicina familiar i comunitària, medicina interna i geriatria, i amb exercici professional en els àmbits assistencials comunitari, sociosanitari i hospitalari de la comarca de l'Alt Penedès.

Resultats

- Es van obtenir 55 participants, 85% amb edat >40 anys i el 80% pertanyen al gènere femení,
- El 40% dels participants eren metges/ses i 60% infermers/es.
- El 90% opina que l'actitud del professional davant la mort influeix en la qualitat de les cures dispensades.
- El 2% considera la mort del pacient com un fracàs professional.
- Al 30% els hi costa canviar l'objectiu de curar pel de cuidar.
- El 83,6% considera fonamental el treball en equip.
- El 50% considera molt importants les practiques d'autocura.
- El 99% manifesta que els i les professionals poden fer alguna cosa per humanitzar l'assistència sanitària al final de la vida.



Conclusions

Els professionals reconeixen actituds que contribueixen a humanitzar el final de vida, a destacar actituds en relació al treball en equip, a la manera d'enfrontar la mort, a l'autocura (del professional) i al tenir cura (dels pacients i familiars).

CONTINUÏTAT ASSISTENCIAL

PO01 | Valoració Integral dels pacients institucionalitzats en situació SUD per millorar la complementació del Pla d'Intervenció Individual Compartit

Senyora Isabel Montiel Romero¹, Laura Pardos Plaza

¹*Institut Català de la Salut*

Introducció:

El Pla d'Intervenció Individualitzat Compartit (PIIC), és una eina essencial per tenir una valoració integral de l'usuari, per tal de conèixer amb exactitud les mesures que vol la persona en una situació de final de vida.

El document PIIC és important per garantir una atenció de qualitat als pacients complexos que viuen en una residència.

Objectiu:

Valorar integralment els pacients institucionalitzats, realitzant el PIIC per satisfer les seves necessitats en situació d'últims dies.

Metodologia:

Revisió retrospectiva del registre total de la valoració de crònics, com a PCC/MACA, totalitat de PIIC's realitzats i valoració geriàtrica integral del febrer del 2022 i el febrer 2023 (SISAP).

S'ha comprovat que revisant el PIIC en una situació SUD per part dels pacients, família i residència hi ha una bona coordinació per part de tots els àmbits.

Resultats:

Comparativa PIIC's 2022-2023:

- Febrer 2022: pacients PCC (60,21%)
pacient MACA (7,92%)
PIIC's realitzats (70,42%)
Escala VIG (1,62%)
- Febrer 2023: pacients PCC (76,36%)
Pacients MACA (11,17%)
PIIC'S realitzats (91%)
Escala VIG (24%)

On volen rebre les cures pal·liatives en SUD els usuaris institucionalitzats de la comarca de l'Anoia?

- Hospital: (1,02%)
- Residència: (98,98%)

*Segons dades SISAP febrer 2022 a febrer 2023.

Conclusions:

Com a conclusió cal destacar que els usuaris institucionalitzats en SUD prefereixen les cures pal·liatives al seu domicili habitual (en aquest cas, residències).

PO04 | Impliquem a tots els nivells assistencials i categories professionals en els pal·liatius renals

Sra. Cristina Boté¹, **Dra. Anna Saurina Solé²**, Dra. María José Soler³

¹ICS, ²Hospital de Terrassa, ³ Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducció:

L'any 2015 es posa en marxa dins l'Àrea Integral de Salut (AIS) Nord la Ruta Assistencial en Malaltia Renal Crònica (MRC). Un dels objectius és posar en marxa un grup de coordinació entre els diferents dispositius on poder treballar els casos complexos o que necessiten implicació dels diferents nivells assistencials per millorar la qualitat de vida de la persona usuària afectada. I és en l'any 2018 quan hi ha la situació adequada per començar a posar-lo en marxa. En aquest grup de treball volem donar resposta i poder integrar la informació de persones que necessiten ser ateses en entorn des d'una perspectiva que tingui en compte l'aspecte sanitari, social i psicològic

Objectiu:

Millorar l'atenció de les persones amb MRC pal·liatius, promovent la col·laboració i coordinació entre els diferents professionals. Optimització dels circuits assistencials, promovent la bona pràctica, atorgant el recurs més adient segons la situació evolutiva del pacient i contribuint a la reducció de la morbi-mortalitat de les persones afectades. Tot això, amb l'objectiu global de millorar els resultats en salut i qualitat de vida.

Secundaris

- Potenciar estratègies d'atenció integral als pacients amb MRC amb un abordatge bio-psico-social..
- Assegurar la continuïtat assistencial dels pacients amb MRC amb criteris de seguretat, qualitat, efectivitat i fluïdesa.
- Racionalitzar l'ús de recursos, incloses les estades a urgències i les hospitalitzacions evitables.
- Compartir entre tots els dispositius implicats la valoració bio-psico-social del pacient.. I registrar-ho adequadament en les diferents estacions clíniques i poder-se visualitzar en la HC3.
- Visibilitat maneres de treballar coordinada a nivell professionals i usuaris.
- Definir els elements de coordinació
- Humanitzar l'atenció als pacients i els seu entorn social.
- Donar recursos als professionals per gestionar casos complexos, compartir és millorar

Metodologia:

Es posa en marxa el Grup de malaltia Renal Crònica Complexa (GMRCC) al gener del 2020, fent reunions bimensuals on es valora el cas i es marquen objectius a valorar en la següent reunió..

En cada sessió es treballen casos detectats pels professionals. En aquests quasi dos anys de funcionament:

S'han realitzat 10 sessions de seguiment.

Resultats:

S'han treballat 63 casos en aquests 3a i 1m, dels quals 16 han estat exitus.

S'han fet seguiment del 92% de les variables marcades.

Conclusions:

Fer xarxa entre els diferents dispositius del territori crea sinergies que milloren la qualitat assistencial als dels usuaris i dels professionals.

La facilitat de poder compartir un sol registre evita duplicitats en tractaments, proves diagnòstiques, actuacions socials.

PO09 | Pacientes atendidos por PADES ¿Han incrementado los fallecimientos en domicilio postpandemia?

Sra. Susana Aguilá Soriano¹, Victoria Camarero Díez¹, Susana González Melero¹, Olga Salas Sol¹, María Isabel Castarlenas Sancho¹, Cristina Farriols Danés¹

¹Pades Sant Martí Sud Psmar



Objectivos

Analitzar els pacients atesos per un PADES de la ciutat de Barcelona pre-pandèmia i post-pandèmia.

Material i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu dels pacients atesos per un PADES durant els anys 2018, 2019, 2021 i 2022. Se exclouí l'any 2020 per presentar característiques diferents. Les variables analitzades foren: edat, tipus de patologia entre oncològica i no oncològica, procedència de la demanda i destí al alta. Els resultats es van avaluar de manera global i per períodes: abans pandèmia (PRE-P), 2018-2019, i després de pandèmia (POST-P), 2021-2022. Se inclouren tots els pacients atesos. L'anàlisi estadístic es realitzà amb el programa SPSS22. El valor de significació estadística fou de $p < 0.05$.

Resultados

Se atengueren 967 pacients amb una edat mitjana de 80,4 anys. Del total de pacients, el 28,1% (272) se atengueren el 2018, el 24,9% (241) el 2019, el 28,2% (273) el 2021 i el 18,7% (181) el 2022. Oncològics foren 61,8% (598) i no oncològics 38,2% (369). La procedència fou Atenció Primària (AP) 58,4% (565), H. Agudos (HA) 34,2% (331), Unitat de Cuidados Paliatius (UCP) 2,7% (26) i altres 4,7% (45). El destí fou AP 37,6% (364), exitus 28% (271), HA 16,9% (163), UCP 13,4% (130) i altres 4% (39).

Els resultats per períodes foren:

El percentatge de pacients atesos PRE-P fou 53,1% (513) i POST-P 46,9% (454), l'edat mitjana 80,5 i 80,3 anys respectivament.

Segons la tipologia de pacients, PRE-P 61,02% (313) foren oncològics i 38,9% (200) no oncològics; POST-P 62,8% (285) foren oncològics i 37,2% (169) no oncològics ($p = ns$).

La procedència de la demanda PRE-P corresponí a AP el 58,9% (302), HA 31,2% (160), UCP 3,31% (17) i altres 6,6% (34). POST-P fou AP 57,9% (263), HA 37,7% (171), UCP 1,9% i altres 2,4% (11) ($p = 0.003$).

El destí PRE-P fou AP el 40,3% (207), exitus 22% (113), HA 18,3% (94), UCP 14,2% (73). POST-P fou AP 34,6% (157), exitus 34,8% (158), HA 15,2% (69) i UCP 12,5% (57) ($p = 0.001$).

Conclusiones

El nombre de pacients atesos per PADES pre-pandèmia fou superior a post-pandèmia.

El percentatge d'exitus en domicili post-pandèmia fou significativament superior a pre-pandèmia, al igual que se reduïren les ingressos en centres hospitalaris (HA i UCP).

No se observaren diferències significatives en el percentatge de pacients oncològics vs no oncològics pre-pandèmia i post-pandèmia.

PO23 | Maneig de la via intratecal a domicili per part d'un equip PADES

Sra. Jessica Galán Fernández¹, Samantha Cerejido Gómez¹

¹Corporació De Salut Del Maresme I La Selva

Resum

Dona de 57 anys diagnosticada de neoplàsia de mama amb recidiva òssia (afectació vertebral S1-S2). Derivada des d'hospital de tercer nivell a PADES de zona. Portadora de catèter intratecal amb BIC PCA de Clorur Mòrfic i Benzocaïna per difícil control del dolor sacre. La pacient verbalitza a l'equip que els trasllats quinzenals a l'hospital (60 km) per dur a terme les cures i recanvi de la BIC PCA li suposen un gran esforç físic i augment del dolor, a més d'una inversió de temps de la seva família i d'ella mateixa. Així doncs, des de l'equip PADES s'ofereix realitzar la tècnica a domicili. La pacient accepta.

L'equip du a terme per primera vegada aquesta tècnica a domicili en la seva àrea de competència, ja que és una tècnica de gran complexitat realitzada habitualment de forma hospitalària.

Materials i mètodes

Per a poder dur a terme el procediment, l'equip PADES va dur a terme una formació específica. A més de les visites de seguiment, cada quinze dies dues infermeres de l'equip es van traslladar al domicili per realitzar la tècnica seguint el protocol establert. Es va seguir la pauta farmacològica d'anestesiologia de

l'hospital de tercer nivell.

Objectius

Millorar el control del dolor i qualitat de vida de la pacient evitant trasllats innecessaris a l'hospital per fer la tècnica.

Millorar el control del dolor de la pacient contribuint al manteniment de l'ús de la via intratecal per al maneig del dolor.

Millorar l'estat anímic, disminuint el temps que destinava a les visites a anestesiologia.

Aportar confiança i seguretat a la pacient, equip referent proper.

Resultats i conclusions

La pacient va rebre la cura i el canvi de BIC PCA durant tres mesos amb una freqüència quinzenal a domicili. Només va acudir a anestesiologia per modificacions de dosi. No es va produir cap complicació durant el procés. La pacient va verbalitzar una millora en el control del dolor i en la qualitat de vida respecte a abans de realitzar la tècnica domiciliària. Com a conclusió podem assegurar que els beneficis aportats a la pacient i el grau de satisfacció pacient-equip van ser alts.

PO47 | Morim on volem?

Sra. M. Teresa Mateu Gelabert¹, Sra. María Emilia Miranda Flores, Sra. Sandra Barceló Castellví

¹*Xarxa Sanitària I Social Santa Tecla*

Introducció:

La mort és universal, però morir on un vol també és universal?

El millor lloc per morir és aquell que escull el propi pacient, o si ell no pot, la persona que coneix els seus desitjos.

Durant l'acompanyament hem de facilitar parlar-ne, facilitar la decisió lliure del pacient, la reflexió sobre el què vol, coneixent les opcions d'atenció que tindrà al seu abast.

Hi ha un fort contrast entre els desitjos de la població (majoritàriament morir a casa) i la realitat (majoritàriament morir en l'hospital).

Objectiu:

Descriure el lloc de la mort dels pacients atesos en un servei de PADES i verificar si aquest és concordant amb els seus desitjos manifestats a la primera visita.

Material i mètodes:

Estudi restrospectiu, descriptiu i transversal, realitzat per un equip PADES en el període de l'1 de gener al 30 de juny de 2022.

Mostra: Pacients que han mort al nostre servei en aquest període (62).

Es revisa la història clínica analitzant la primera visita i recollint la informació d'on voldrien ser atesos en cas d'empitjorament i el lloc de la mort.

Resultats:

Dels 62 pacients s'explora la preferència del lloc de la mort en una primera visita en 34 (56,45%). D'aquests, 29 manifesten el seu desig de morir a casa, 4 prefereixen inicialment morir a l'hospital i 1 es mostra indiferent.

Un 88,23 % acaben morint on havien verbalitzat que era el seu desig.

Dels qui van manifestar el desig de morir a casa, el 96,6% el van complir.

Dels qui van manifestar el desig de morir a l'hospital només un ho va fer, la resta ho feren a casa.

Conclusions:

Contràriament als resultats d'estudis poblacionals, la majoria dels nostres pacients moren al lloc de la seva preferència. Creiem que l'atenció especialitzada en cures pal·liatives ajuda a que els pacient finalit-



zin el seu procés de vida allà on volen. La majoria dels pacient desitgen morir a casa seva, acompanyats dels seus.

L'objectiu principal de l'equip de cures pal·liatives és respectar la voluntat del pacient i acompanyar-lo en la seva decisió.

CP EN RESIDÈNCIES

PO13 | Prevalença de les cures pal·liatives a l'entorn residencial. ¿Estem ajustats els equips d'atenció primària?

Dra. Mònica Virgós Bonfill¹, Sra. Marta Sanjuan Aragon¹, Dr. Josep M^a De Magrinyà Claramunt¹, Sra. Assupmta González Garcés¹, Laura Jornet Mesa¹, Natàlia Rovira González¹

¹ICS CAP de Valls

Introducció

El perfil de les persones que viuen en residències són d'edat avançada, amb un grau elevat de dependència i amb un perfil clínic complex.

L'equip d'atenció residencial (EAR) està format per una metgessa de família i dos infermeres que fem una atenció integrada i integral a les persones que tenen la residència com a domicili en coordinació amb l'equip multidisciplinari.

Objectiu

Identificar pacients amb necessitat de cura pal·liativa en situacions de cronicitat i malalties de pronòstic de vida limitat a la residència.

Metodologia

La residència on treballem com EAR té 86 residents i la mitja d'edat de 84,6 anys.

Identifiquem als pacients amb necessitat de cura pal·liativa realitzant diverses tasques i escales validades (NECPAL). Fem registre de pacients crònics complexos (PCC) i amb malalties cròniques avançades (MACA)

Realitzem una avaluació geriàtrica integral i emplenem les dades a la història clínica.

Anotem el pla d'intervenció individual compartit (PIIC) a E-CAP per afavorir la continuïtat assistencial dels diferents professionals i recursos sanitaris i accedir a la Història clínica compartida (HC3).

Les malalties més prevalent són les demències (GDS: 6-7) 40,7% i les malalties cròniques avançades: 17,4%.

Els PCC: 81,4% i els MACA: 16,3%.

El grau de dependència és elevat: grau 3; 36%; grau 2; 60,5%; grau 1; 3,5%.

Resultats

El total d'èxits durant 7 mesos han estat 33 persones. El 87,1% han mort a residència i el 12,9% a l'hospital per descompensacions de malalties cròniques avançades amb refractarietat terapèutica.

Les causes d'èxits són 14 aguditzacions de MCC; 10 de demència avançada; 6 events cardiovasculars aguts; 2 fragilitat geriàtrica i 1 de covid19.

Conclusions

-L'objectiu no és sempre tractar malalties sinó a persones amb malalties avançades i cal professionals experts en cures pal·liatives als EAR.

-Els MACA tenen alta prevalença a l'entorn residencial si comparem amb la resta de població que viu als domicilis.

-Treballar en complexitat suposa compartir decisions amb equip multidisciplinari residencial per respectar el desig de final de vida dels pacients i les famílies.

CO-01 | *Experiència inicial del primer Centre d'Atenció Intermèdia pediàtric*

Sra. Laura González Gardo¹, Sr. Sergi Navarro Vilarrubí, Sra. Teresa Bigata, Sra. María Jesús Costa González

¹Hospital Sant Joan De Deu, Barcelona

Introducció i objectius

Al desembre de 2021 va obrir el primer Centre d'Atenció Intermèdia (CAI) pediàtric de l'Estat per atendre pacients amb malaltia crònica complexa o avançada, que poden beneficiar-se d'una atenció integral per a la recuperació i transició al domicili o per a acompanyament en final de vida. Dotat de 15 habitacions, incloent-hi 4 llits amb monitoratge per a pacients ventilats. L'objectiu principal d'aquest treball és descriure l'activitat realitzada i el perfil de pacients atesos el primer any del CAI.

Mètode

Es va realitzar un estudi observacional descriptiu retrospectiu sobre la cohort de pacients ingressats entre desembre de 2021 i gener de 2023. Es van recollir variables quantitatives i qualitatives sobre les característiques del pacient i patologia, procedència a nivell assistencial, atenció rebuda, durada i resultat de l'ingrés.

Resultats

El període analitzat inclou 185 episodis d'ingrés, sent atesos 141 pacients diferents. La durada mitja d'ingrés van ser 13 dies, amb mitjana de 8. L'edat mitja va ser de 8 anys i 5 mesos, sent el gènere majoritari el masculí (60.5 % vs 39.5%). Les dades sobre l'origen i resultat destaquen l'hospital pediàtric de tercer nivell de referència com a centre derivador principal, la subagudització-recuperació com a motiu d'ingrés majoritari, i el domicili com a destinació final predominant. Dels 14 pacients morts, 11 (78%) havien ingressat per situació de final de vida.

Conclusions

Els pacients que es beneficien principalment del CAI presenten una cronicitat complexa o malaltia avançada, processos actius a l'ingrés i alta dependència tecnològica. Donen suport a aquesta idea que el servei derivador més representat és el servei de Crònics i Pal·liatius, una via d'alimentació alternativa a l'oral en més del 50%, així com l'àmplia representació de pacients amb traqueostomia, ventilació no invasiva domiciliària o accessos centrals de llarga durada. La creació del CAI ha permès realitzar el maneig de molts d'aquests pacients fora de l'hospital d'aguts com a pont al domicili, i acompanyar-ne d'altres en el procés de final de vida. Donada la importància de comptar amb un equip multidisciplinari per cobrir les necessitats de cures, capacitació i fisioteràpia.

PO24 | *Quan la progressió de la malaltia dificulta o impedeix la parla: estratègies de comunicació*

Dra. Laura Rodríguez Fernández¹, Paula Sánchez Lozano, Laura Gil Juanmiquel, Magi-Eladi Baños Gala, Cristina Andrés Carrillo, Romy Rossich Verdés

¹Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

Introducció:

Tots els nens i nenes han de poder relacionar-se amb l'entorn i expressar les seves necessitats i sentiments. Les barreres en la comunicació oral afecten a la capacitat de les persones de parlar i/o ser enteses. Algunes malalties provoquen durant la seva evolució dificultats o impossibilitat a la parla. És un dret del



pacient poder comunicar-se de manera efectiva i un deure pels professionals anticipar-nos a aquesta situació.

Objectius:

Descriure les patologies que durant la seva evolució dificulten o impedeixen la parla i analitzar les estratègies de Comunicació Augmentativa Alternativa (CAA) utilitzades.

Metodologia:

Estudi de cohorts descriptiu retrospectiu dels pacients de la Unitat d'Atenció Pal·liativa Pediàtrica Integral que presenten dificultat o impossibilitat de la parla durant la progressió de la seva patologia de base.

Resultats:

N=8. Edat mitjana: 10 anys (rang 1-22). Patologia de base: 50% (4) tumor en sistema nerviós central: 3 glioma difús de tronc intrínsec i 1 glioma difús de línia mitja; 25% (2) miopatia: 1 miopatia congènita mitotubular lligada al X i 1 miopatia per dèficit de la betaoxidació; 13% (1) neurofibromatosis tipus II, 13% (1) quist neuroentèric en cisterna prebulbar.

Cap pacient tenia discapacitat intel·lectual, el 88% afectació en la mobilitat, el 100% alteració visual (6/8 disminució de l'agudesia visual, 3/8 alteració de la mobilitat ocular). El 38% (3/8) era portador de traqueotomia i el 22% (2/8) ventilació mecànica invasiva. El 75% va utilitzar un Sistema Augmentatiu i Alternatiu de Comunicació (SAAC): 6 comunicador dinàmic amb accés tàctil (tablet amb software de CAA que en seleccionar un pictograma té sortida de veu) i 1 pictogrames i plafó alfabètic en baixa tecnologia. Un pacient va utilitzar audiòfons i app per amplificar la veu. En el 50% va iniciar estratègies de CAA de manera anticipativa. El 50% va ser exitus entre els 15-280 dies post implementació del SAAC.

Conclusions:

Conèixer les eines i estratègies per donar suport als nens que no poden parlar o que aquesta parla és inintelligible és fonamental per a poder oferir-ho de manera precoç i adaptar-ho davant la progressió de la malaltia.

DOLOR

PO20 / Ús domiciliari del pegat de capsaïcina 8% pel tractament de dolor neuropàtic localitzat

Dr. Anastasi Martín Pérez¹, Sra. Jenifer Malumbres Talavera¹, Sra. Elena Pintado Outumuro¹, Sra. Marta Ruíz Fernández¹, Sra. Àngela Castellví Sampol¹, Dra. Mercedes Liras García¹

¹Institut Català De La Salut

Introducció: El dolor neuropàtic és una causa freqüent de dolor crònic (oncològic i no oncològic) de difícil control. Diversos estudis han demostrat l'eficàcia del pegat de capsaïcina al 8% en el tractament del dolor neuropàtic localitzat. La seva utilització requereix formació i experiència per part dels professionals inclòs el maneig de possibles efectes secundaris pel que el seu ús s'ha restringit al mitjà hospitalari.

Objectiu: Descriure la seguretat i eficàcia del pegat de capsaïcina 8% pel tractament de dolor neuropàtic en l'àmbit domiciliari.

Material i mètodes: Estudi observacional prospectiu iniciat el novembre de 2021 fins a l'actualitat. La mostra reclutada ha estat de 9 pacients amb dolor neuropàtic localitzat inclosos en el programa d'atenció pal·liativa domiciliària.

Resultats: durant l'estudi es van reclutar nou pacients amb una edat mitjana de 68 anys. La causa més comuna de dolor fou la neuràlgia postherpètica seguida per la relacionada directament amb la malaltia

oncològica. Dels nou pacients, sis presentaven una evolució del dolor inferior a un any, amb una durada mitjana de 10,8 mesos. Abans del tractament la intensitat del dolor era alta en set dels casos (EVN > 7) i tots rebien tractament amb opioïdes i co-analgèsics. Els efectes secundaris més freqüents observats van ser: eritema aïllat, pruíja i sensació de cremor intensa. Cinc pacients van mostrar una millora significativa de la intensitat del dolor (EVN < 7) durant la primera setmana de tractament i aquest va ser eficaç en set pacients després de 30 dies. Quatre pacients van requerir una nova administració del pegat passats tres mesos i en un dels casos va ser necessària una tercera aplicació.

Conclusions: L'ús domiciliari del pegat de capsaïcina al 8% pel tractament del dolor neuropàtic és segur, efectiu i presenta escassos efectes secundaris que són fàcilment controlables. És important assenyalar que el nostre estudi, malgrat la mostra reduïda, es troba entre els primers en investigar l'ús d'aquesta terapèutica en pacients atesos per un equip de cures pal·liatives domiciliàries.

PO25 | Comité de Dolor Oncológico y pacientes paliativos.

Dra. Carolina Mijancos, Dra. Jennifer Garrillo Cepeda, Dra. Judith Serna Mont-Ros

¹ Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona

El dolor oncológico representa uno de los principales motivos de seguimiento y valoración por parte de los equipos de atención paliativa. De hecho, la vinculación precoz con las unidades de paliativas muchas veces están condicionadas a la aparición de síntomas refractarios..

La piedra angular del manejo del dolor oncológico es el tratamiento con opiáceos, conocido como 3º escalón de la OMS. Además, existe la posibilidad de realizar procedimientos de carácter invasivo/intervencionista, conocido como 4º escalón, por parte de equipos especializados como anestesiología/Clínica del dolor.

La indicación del momento de plantear una técnica invasiva sigue siendo discutible y no existe un criterio unificado de el momento idóneo de la derivación.

Objetivos:

Describir las características de los pacientes comentados en el Comité del dolor, si se realizó algún procedimiento intervencionista tras la valoración en dicho comité, manejo farmacológico: opioides, co-analgésicos y la situación del paciente en el momento de la derivación (hospitalización frente a domicilio)

Materiales y métodos:

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes comentados en el Comité de dolor Oncológico de un Hospital de 3º nivel durante el periodo enero-diciembre de 2022 a partir de datos de registros informáticos recogidos en historias clínicas. Las variables categóricas y continuas serán expresadas mediante recuentos y porcentajes; y medianas, respectivamente.

Resultados:

De un total de 52 pacientes comentados con dolor de etiología oncológica, el 50% pertenecían al género femenino y masculino respectivamente; siendo el cáncer de páncreas, mama y pulmón los más frecuentes (29%, 9,6%, 9,6%). DEMOD promedio 221mg (DE ±182, 1) uso de co-analgésicos: 34% gabapentina dosis promedio 1011,1 mg (DE±622,6) y 30% pregabalina dosis promedio 223,3 mg (DE ±161,1). Un 59% del total de pacientes hacía uso de 1º escalón analgésico de forma asociada, así como 55% del total usaba tratamiento ansiolítico. De los pacientes comentados, un 51% se encontraban ingresados cuando se presentó su caso ante el Comité y se realizó procedimientos de 4º escalón en un 55% de ellos. Durante ese periodo, no se reportaron complicaciones en ninguno de los procedimientos realizados en los pacientes.



PO52 | Experiencia del Hospital Universitari d'Igualada con injertos en sello, terapia avanzada en control del dolor

Sra. María Delgado Velasco¹, Raquel Jaume Prat¹, Montserrat Fontanet Munarriz¹, Nuria Martínez Martínez¹, Rosa Soteras i Corbellà¹, Mercé Taló Solé¹

¹Hospital Universitari D'Igualada

Título:

Experiencia del Hospital Universitari d'Igualada con los injertos en sello; una terapia avanzada en el tratamiento de dolor de heridas crónicas complejas.

Objetivo:

Describir la evolución de la cura de úlceras crónicas complejas tras la aplicación de injertos en sello como terapia de control de dolor.

Resumen:

Las úlceras crónicas complejas son aquellas que presentan una evolución de más de 6 meses, siendo refractarias al tratamiento habitual. Es por ello que se decide optar por la terapia con injertos en sello, una técnica puramente de Enfermería que reporta grandes beneficios.

Metodología y resultados:

Estudio descriptivo retrospectivo de reporte de casos en pacientes con úlcera refractaria al tratamiento convencional. Se recogieron variables sociodemográficas: sexo, edad, causa de la herida, tamaño, tiempo de evolución y curación, enfermedad concomitante, dolor(EVA), calidad de vida(EQ-5D) y autoestima (RSE).

Se analizaron los casos de 7 pacientes. 3 de ellos se beneficiaron de la terapia en varias ocasiones. Con una media de edad de 75,42 años de los cuales 5 (71,42%) son mujeres. Etiología más frecuente la insuficiencia venosa junto con la arteriopatía, así como un caso de calcifilaxis. Todas ellas de larga evolución, superando los 6 meses, llegando hasta 30 años de evolución. Todos reportan una disminución significativa del dolor, presentando EVA 8-10 inicialmente y 1-0 a las 24h postinjerto. Incluso en los casos no exitosos. Llegando a conseguir el descanso nocturno tras ser sometidos a esta terapia. Epitelización completa en 4 casos, siendo efectiva la terapia en 7 ocasiones. Se reporta una mejor calidad de vida percibida y aumento de la autoestima. La complicación más reportada es la gestión del abundante exudado.

Conclusión:

Los injertos en sello constituyen parte de la solución a heridas crónicas complejas sobre todo en términos de control del intenso dolor asociado a estas lesiones, lo que se traduce en el alcance de la epitelización, aumento de la calidad de vida y autoestima, disminución de la ansiedad de los pacientes que las padecen.

EUTANÀSIA

PO38 | "Vaig pensar a fer-me objectora": Fonts de malestar dels professionals implicats en la PRAM

Sra. Maria Verdaguer Mata¹, Dr. Xavier Busquet Duran¹, Dr. Lupicinio Íñiguez Rueda², Dr. Eduard Moreno Gabriel¹, Dra. Maria Feijóo Cid³, Sr. Pere Torán Monserrat¹

¹USR Metropolitana Nord / IDIAP Jordi Gol, ²Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Psicologia Social, ³Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Infermeria

Introducció: L'entrada en vigor de la LORE el juny del 2021 obre un nou escenari en el que es despenalitza l'ajuda a morir en determinades condicions, i això pot tenir un fort impacte personal i/o professional en els i les professionals de la salut que es veuen cridats a implementar-la. Actualment no hi ha infor-

mació sobre les experiències d'aquests/es professionals en el context català ni mediterrani, i en aquests primers anys d'aplicació de la llei és imprescindible dur a terme una recerca detallada i sistemàtica per tal de conèixer les fonts de malestar que el procés els pot generar.

Objectius: Identificar les principals fonts de malestar dels professionals de la salut relacionades amb la participació en un o diversos processos d'eutanàsia.

Material i mètodes: Estudi qualitatiu a partir d'entrevistes en profunditat, amb anàlisi fenomenològica interpretativa. N=27 (10 professionals de medicina, 5 d'infermeria, 4 de treball social, 3 de dret, 1 de servei atenció espiritual i 1 de farmacologia); edat mitjana 47 anys (25-64).

Resultats: Les fonts de malestar es poden agrupar en 7 àrees: 1) incerteses i inseguretats 2) estrès i sobrecàrrega; 3) relació amb el pacient i la seva família; 4) manca de suport (formal i informal); 5) significats que el/la professional dona a l'eutanàsia; 6) manca de reconeixement de rols; 7) manca d'habilitats i formació.

Conclusions: Les fonts de malestar són diverses i tant de naturalesa psicològica, com psicosocial, com estructural. Aquests resultats poden orientar cap a intervencions específiques de suport psicològic, de suport entre iguals, i de tipus informatiu, formatiu, d'implicació institucional i de reducció de la càrrega.

L'ATENCIÓ PAL·LIATIVA EN ESPECIALITATS NO ONCOLÒGIQUES

PO03 | Posem en marxa el Grup de Pal.liatius Renals Catalunya per donar resposta a necessitats actuals

Sra. Cristina Boté¹, **Dra. Anna Saurina Solé²**, Dra. Sol Otero⁴, Dr Jordi Calls³, Sra. Teresa Gabarró⁴, Sra. Marta Quintela⁴, Dra. Ana Vidal⁶

¹ICS, ²Hospital de Terrassa, ³Hospital de Mollet, ⁴ICO, ⁵Hospital Clínic de Barcelona, ⁶Hospital d'Igualada

Introducció:

La prevalença actual de Malaltia Renal Crònica (MRC) en el nostre país s'estima al voltant del 9.2% de la població adulta, amb una prevalença global en els graus 3-5 del 6.8%, augmentant al 20.6% en individus majors de 64 anys. Aquest increment es justifica per l'envelliment de la població, per la major existència de factors de risc cardiovascular i per un diagnòstic precoç.

En el moment que un pacient és diagnosticat d'una MRC avançada (MRCA) comença una etapa en la que ha de prendre decisions que canviaran la seva qualitat de vida. En aquest període és necessari el desenvolupament d'un Programa Integral de Cures Pal·liatives Renals (PICPR) que inclogui: Cures de suport renal (CSR), maneig renal conservador, TRS, procés de retirada de diàlisi, control de situació de darrers dies.

La MRC i el TRS interfereixen en la vida del pacient i, si això no es té present i atès, disminueix la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS).

El pacient renal té una menor QVRS que la població general i s'ha associat amb variables clíniques, sociodemogràfiques, característiques de la diàlisi, símptomes físics, recolzament social i amb l'impacte de la malaltia. A més, diversos treballs mostren una relació estreta entre els indicadors de QVRS i els índexs de morbidimortalitat. També, s'ha vist que en aquests pacients existeix major prevalença de depressió i ansietat que en la població general. Per això, és necessari que els pacients amb MRCA siguin avaluats i intervinguts de forma preventiva per tal de manejar l'estrès i les necessitats d'adaptació imposades per la malaltia.

Per tot això, està justificat desenvolupar un Programa Integral de Cures Pal·liatives Renals (PICPR) dins del maneig de la MRCA oferint una assistència multidisciplinària que proporcioni la millor qualitat de vida possible pels pacients amb MRC.

Objectiu:

- Establir espais de debat i reflexió per tal de profunditzar en el model biopsicosocial en els pacients amb MRCA.
- Desenvolupar concepte i contingut d'un programa integral de CPR que inclogui tots els àmbits de la MRCA (cures de suport renal, maneig renal conservador, TRS, procés de retirada de diàlisi, control de situació d'últims dies).



- Fomentar la inclusió en els hospitals un programa integral de cures pal·liatives renals (CPR) multidisciplinar coordinat amb l'equip d'atenció primària (EAP).
- Impulsar iniciatives per fer visible la inclusió de un programa integral de CPR entre els professionals i l'administració sanitària.
- Organitzar cursos de formació sobre CPR.
- Promoure estudis multicèntrics d'investigació en MRCA i CPR per tal de crear evidències basades en la nostra població que ajudin en la presa de decisions en el futur.
- Desenvolupar protocols comuns i un document de consens interdisciplinar sobre CPR.

Metodologia:

Durant 4 anys hem anat fent reunions de seguiment per valorar necessitats a nivell Catalunya de millores pel que fa al seguiment de les Cures Pal·liatives Renals.

- Grup coordinador estratègic: 2 nefròlegs, 2 pal·liativistes, 2 infermeres i 1 psicòleg clínic.

Funcions: establir l'estratègia d'actuació.

- Grup temàtic/comissió: nombre de membres variable.

Funcions: respondre a qüestions/treballs concrets.

- Grups creats "ad hoc": nombre de membres variable.

Funcions: coordinació i resolució de qüestions específiques.

Resultats:

S'ha fet un document de consens que s'ha fet difusió a través de les associacions que ens han recolzat.

S'ha fet 1a reunió presencial on compartir coneixements i necessitats.

2 sessions online.

Conclusions:

És necessari la posada en marxa de circuits establerts i coordinats entre els diferents dispositius que intervenen en l'atenció del malalt renal. Actualment molts dispositius no tenen pactat circuits quan el pacient necessita cures pal·liatives.

PO28 | Limfacentesis realitzada pel Programa d'Atenció Domiciliaria i Equips de Suport (PADES), a propòsit d'un cas.

Sra. Patricia Reina García¹, Adrian Oller Bonache¹, Èlia Casarramona Vivas¹, Irene Gil Carrión¹, Núria López Matons¹, Emma Costas Muñoz¹

¹Grup Mutuam

Objectiu: Descriure l'evolució i tractament d'un pacient atès per PADES amb limfedema refractari sever d'extremitats inferiors. A propòsit d'un cas.

Material i mètodes:

Descripció del cas: Pacient home de 93 anys amb diagnòstic d'insuficiència cardíaca secundària a cardiopatia hipertensiva, portador de marcapàs per bloqueig trifascicular, refractaria a tractament deplectiu amb classe funcional NYHA III (New York Heart Association).

Antecedents patològics presenta hepatopatia crònica d'etiologia incerta que requereix paracentesis evacuadores quinzenals.

Valoració multidimensional:

. Funcional: Índex Barthel 40/100. Autònom per ingesta i higiene. Depenent per dutxa i WC. Continent doble. Desplaçaments amb cadira de rodes. Ajuda per transferències. No puja i baixa escales.

. Cognitiu: Sense deterior.

. Social: Vidu, amb dos fills. Cuidadora privada 8hores al dia i bon suport dels fills. No sol·licitud de Llei de dependència ni teleassistència.

. Nutricional: Disfàgia present sense adherència a espessidor. Edèntul parcial.

. Sensorial: Hipoacúsia, sense audiòfons.

. Informació: Coneix situació de malaltia, així com incertesa pronòstica. Voluntat de maneig domiciliari. Parla obertament del seu empitjorament i refereix conformitat. Agraït per vida viscuda.

Durant el seguiment domiciliari el pacient va presentar empitjorament progressiu del limfedema de les extremitats inferiors, de característiques multifactorials, sense milloria amb mesures físiques (massatges i sense tolerància de mitges compressives) ni farmacològiques (diürètics i antidiabètics orals), augmentant la limitació funcional, motiu pel que es va plantejar el drenatge local mitjançant la limfacentesis.

La limfacentesis és una tècnica mínimament invasiva que consisteix en introduir als membres inferiors varis catèters subcutanis que drenen el líquid limfàtic durant aproximadament 4-5hores, sense supervisió de professionals durant el procediment, reduint la pressió local, així com el pes de les extremitats inferiors.

Resultats i conclusions: Tot i que la publicació d'estudis és escassa i no ens permet extreure conclusions clares sobre l'eficàcia de la tècnica, en pacients amb necessitats pal·liatives té l'objectiu de millorar la funcionalitat així com la qualitat de vida.

En el nostre cas hi va haver una bona tolerància de la tècnica, amb lleu milloria funcional (menor dificultat per realització de transferències) així com percepció de l'autoimatge.

PO33 / Característiques dels pacients valorats per la unitat de cures pal·liatives no oncològiques

Sr. Adelaido Salazar Rustarazo¹, Sra. Julia Suárez Pañeda¹, Sra. Miriam Costafreda Mas¹, Sra. Martina Pellicé Ariño¹, Sra. Andrea Ladino Vázquez¹, Dr. Ferran Masanés Toran¹

¹*Servei de Medicina Interna*

Objectius

Descriure les característiques demogràfiques, socials i clíniques dels pacients valorats per la unitat de cures pal·liatives no oncològiques en un hospital de tercer nivell.

Material i mètodes

Estudi descriptiu i retrospectiu. Es van analitzar les dades demogràfiques, socials i clíniques dels pacients valorats per la unitat de cures pal·liatives no oncològiques entre el 18 de novembre de 2021 i el 18 d'abril de 2023 en un hospital de tercer nivell. L'anàlisi estadística es va realitzar mitjançant SPSS.24.

Resultats

Es van incloure un total de 27 pacients, tots ells d'especialitats mèdiques i en absència de malaltia oncològica. La mitjana d'edat va ser de 76 anys. El 70% eren homes. El 93% residien al seu domicili i en el 30% dels casos vivien sols. El 96% disposava d'almenys un cuidador, essent en el 63% dels casos un familiar. Previ a l'ingrés la mitjana de Barthel era de 70 i només l'11% presentava deteriorament cognitiu. El 89% presentava almenys una malaltia crònica avançada, essent la cardíaca la més freqüent (56%) seguida de la pulmonar (30%). La mitjana de l'índex de comorbiditat de Charlson va ser de 2. El 37% havien estat identificats com a pacient crònic complex. El 93% dels pacients prenia 5 o més fàrmacs. A la valoració pal·liativa el 96% presentava almenys un símptoma no controlat, essent la dispnea el més freqüent (56%), seguida del dolor, la debilitat o astènia i el malestar emocional (48%). Tots els pacients eren NECPAL positius, essent el 67% estadi II, i la mitjana de PPS va ser del 45%.

Conclusions

Els pacients valorats per la unitat de cures pal·liatives no oncològiques són homes majoritàriament, el que pot traduir una diferent valoració dels símptomes en funció del gènere per part dels equips mèdics. Pocs pacients presenten deteriorament cognitiu i potser la capacitat de comunicació dels símptomes sigui el factor diferencial. La majoria dels pacients presentaven una patologia crònica avançada, tot i que menys de la meitat estaven identificats com a crònics complexos.



PO39 | Abordatge integral del pacient amb úlcera isquèmica a domicili al final de vida

Sra. Gisela Solé Llop¹, Sra. Sílvia Vivas Solé¹, Dra. Noèlia Villa Garcia¹, Sra. Neus Riera Minguet¹, Dra. Griselda González-Zobl¹, Dra. Aurora Garriga Badia¹

¹CAP Igualada Nord. Consorci Sanitari de l'Anoia

Introducció

Els pacients amb úlceres isquèmiques en un procés de cures pal·liatives és freqüent que ingressin a l'hospital pel control de dolor o siguin controlats a domicili per l'equip de PADES. En el nostre centre d'atenció primària (AP), és la primera vegada que es presenta un cas d'úlcera traumàtica amb un component isquèmic arterial crònic que es gestiona de manera multidisciplinària i fins al final de vida a domicili.

Objectius

Descriure un cas clínic d'abordatge integral a l'AP de cures pal·liatives, centrat en la persona que presenta una úlcera isquèmica. Compartir les reflexions i aprenentatges del cas.

Materials i mètodes

Resum del cas clínic (valoració geriàtrica integral i clínica rellevants del cas) i recull de reflexions i/o recomanacions.

Resultats i conclusions

Pacient de més de 90 anys, amb pluripatologia, sense convivents familiars excepte cuidadora 24 hores que consulta per úlcera traumàtica a extremitat inferior i inicia cures a domicili. Evolució tòrpida de la cura on es detecta isquèmia arterial de base fins ara desconeguda. Valorat per especialista vascular com a pacient no candidat a revascularització de l'extremitat i amb opció de tractament quirúrgic d'amputació o cures pal·liatives. Acompanyament de la persona des d'AP en la presa de decisió conjuntament amb la família. Decisió de no realitzar intervenció quirúrgica i prioritització del confort del pacient. Cures realitzades a centre i a domicili per AP: cures de manteniment, control del dolor, suport emocional, acompanyament i formació a la cuidadora/família i òbit a domicili.

Aquest cas, posa en valor: als professionals, per l'esforç de coordinació, les seves capacitats, la seva predisposició i la resposta integral i centrada en la persona donada; i a l'AP, per poder garantir una atenció de qualitat en totes les etapes de la vida.

Per poder ampliar aquesta experiència a altres pacients i centres, creiem que cal una major sensibilització dels professionals i disposar de més recursos a l'AP.

La coordinació dels professionals del centre d'AP ha permès donar resposta al procés de final de vida a domicili d'un cas clínic que es sol gestionar des d'hospital o equip de PADES.

PO40 | L'administratiu sanitari, un suport a l'usuari en la presa de decisions al final de vida

Sra. Lucia Moya Jiménez¹, Sra. Sílvia Vivas Solé¹, Dra. Faby Nathalie Rodríguez Zambrano¹, Sra. Marta Enrich Claramunt¹, Dra. Griselda González-Zobl¹, Dra. Aurora Garriga Badia¹

¹CAP Igualada Nord. Consorci Sanitari de l'Anoia

Introducció

Els usuaris dels Centres d'Atenció Primària (CAP) poden sol·licitar informació, realitzar i deixar constància, al centre, de les seves voluntats anticipades. En el centre d'estudi, aquesta necessitat identifica a l'administratiu d'un CAP com a referent del procés per a la població i per als professionals.

Objectius

Es pretén descriure el rol de l'administratiu sanitari i avaluar el protocol de Documents de Voluntats Anticipades (DVAs) d'un CAP des del 2011 fins el març 2023.

Metologia

Descripció de les funcions de l'administratiu referent de DVAs. Anàlisi del perfil de les persones que realitzen DVAs al CAP i anàlisi del nombre i característiques dels DVAs disponibles durant el període d'estudi.

Resultats

L'administratiu lidera el protocol de DVAs (realitza, avalua incidències i resultats, i l'actualitza si s'escau);

promou les activitats de informació a professionals (sessions de formació i actualització) i fa difusió a la comunitat (població general i usuaris/professionals de centres residencials assignats al CAP a través de sessions, participació a la ràdio, missatges a les xarxes socials de la institució, díptics informatius o missatges a de pantalla del CAP); disposa d'una agenda i d'espai amb intimitat per informar i donar suport als usuaris que volen realitzar el seu DVA. Des del 2011 fins el març del 2023, al CAP es disposen 109 DVAs (promig anual de 6,1 DVAs; amb 10 DVAs de gener a març del 2023). L'edat mitjana dels usuaris que disposem DVA és de $66 \pm 14,21$ anys. Un 67,8% són dones ($p < 0.05$). Un 81,7% van realitzar el DVA davant de testimonis vs el 18,3% fets al notari. El 66,0% de DVAs contempnen la donació d'òrgans i un 2,7% la donació del cos a la ciència. Contenen consideracions religioses un 14,7% dels documents.

Conclusions

L'administratiu sanitari és un suport a l'usuari en la presa de decisions al final de vida. Són les dones les que realitzen més DVAs i després de la pandèmia, s'han incrementat la tendència de DVAs realitzats al CAP.

PO42 | Interconsultas a la unidad de paliativos no oncológicos: características clínicas y destino al alta

Sra. Julia Suárez Pañeda¹, Sr. Adelaido Salazar Rustarazo¹, Sra. Ana Domingo Villar¹, Sra. Marina Martínez Illán¹, Sra. Andrea Ladino Vasquez¹, Sra. Martina Pellicé Ariño¹

¹*Servicio de Medicina Interna*

Objetivos

Describir las principales características y el destino al alta de los pacientes que fueron valorados por una unidad de paliativos no oncológicos en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los datos demográficos y evolución, así como el destino al alta, de los pacientes que fueron valorados por una unidad de paliativos no oncológicos entre el 18 de noviembre de 2021 y el 18 de abril de 2023. El análisis estadístico fue realizado mediante SPSS 24.0.

Resultados

Se incluyeron a un total de 27 pacientes con una media de edad de 76 años. El 70,3% eran hombres y el 92,5% vivían de domicilio previo al ingreso. Las valoraciones fueron solicitadas en el 80% de los casos por especialidades médicas, siendo la más frecuente cardiología (10 pacientes). La media de días desde la valoración al alta fue de 13 días.

De los pacientes valorados 9 (33,3%) fueron éxitus y de estos, el 44,44% (4 pacientes) fallecieron en el hospital. La media de días desde el alta al exitus fue de 22,8.

Casi la mitad de los pacientes, el 48% (13), fueron dados de alta a domicilio y solo 2 de estos fueron alta junto con seguimiento por parte del programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES). Dos pacientes fallecieron en domicilio (uno con PADES y otro sin). Un paciente fue alta a residencia con seguimiento por PADES. Hubo 5 pacientes (18,5%) que fueron alta a un centro sociosanitario (CSS) de estancia paliativa, de estos 3 fueron exitus, y 1 paciente fue alta a un CSS de convalecencia. Solo 3 pacientes continuaron hospitalizados, 2 de ellos en régimen de hospitalización a domicilio.

Conclusiones

Casi la mitad de los pacientes fue dado de alta a domicilio familiar sin necesidad de seguimiento por PADES. En cambio, la mayoría de los pacientes que fallecieron, lo hicieron en el primer mes y en régimen



intrahospitalario o en CSS paliativo. Es mejorable la identificación del paciente que se beneficia de una valoración paliativa (cuando presente necesidades y no esté en fase de últimos días).

MALESTAR EMOCIONAL PACIENT I CUIDADOR

PO32 | Influència dels aspectes positius del cuidar sobre la sobrecàrrega i el malestar emocional en cuidadors

Prof. Joaquim T. Limonero¹, Dra. Carolina Palacio², Dra. María José Gómez-Romero^{1,3}

¹Universitat Autònoma de Barcelona. Grup d'Investigació en Estrés i Salut (GIES). Facultat de Psicologia,

²Instituto de Cancerología, Clínica las Americas, ³Unitat de Psicologia, Egarsat, Mútua Col·laboradora amb la Seguretat Social núm. 276.

Antecedents

A Catalunya, cada any moren més de 35000 persones, aproximadament el 90% d'elles a causa d'una malaltia, en molts casos crònica i de pronòstic de vida limitat, amb una evolució progressiva i d'alta necessitat de demanda d'atenció. Aquests dades posen en evidència el gran nombre de familiars (cuidadors informals) que estan implicats en l'atenció d'un familiar que pateix una malaltia crònica en molts casos avançada o al final de la vida. Cuidar d'un ésser estimat al final de la vida implica nombrosos canvis en la vida del cuidador, generant en molts casos malestar emocional tant per la mort de l'ésser estimat com per la sobrecàrrega que comporta la seva atenció en assumir aquest rol en molts casos sense una preparació prèvia.

Objectiu

Analitzar com els factors positius del cuidar i la resiliència poden influir en la sobrecàrrega i benestar emocional del cuidador informal.

Metodologia

Estudi transversal de cuidadors informals (CI) de malalts al final de la vida atesos en serveis de cures pal·liatives que van respondre mitjançant entrevista semiestructurada a preguntes relacionades amb malestar emocional (ME), sobrecàrrega (SC), ansietat (A), depressió (D) i aspectes positius del cuidar (APC).

Resultats

163 cuidadors informals (100 dones) amb una edat de $56,37 \pm 15,02$ van participar en l'estudi després de donar el seu consentiment informat. Un 54,2% dels cuidadors informals presentaven malestar emocional. Es van observar correlacions significatives i positives entre malestar emocional i sobrecàrrega ($p < 0,01$), ansietat ($p < 0,05$) i depressió ($p < 0,05$) i correlacions negatives entre malestar emocional i aspectes positius del cuidar ($p < 0,01$). Les anàlisis d'equacions estructurals realitzades indiquen que els aspectes positius del cuidar redueixen la sobrecàrrega, l'ansietat i la depre ($p < 0,01$).

Conclusions

Els aspectes positius del cuidar experimentats pels cuidadors exerceixen un paper protector contra la sobrecàrrega, la depressió i l'ansietat del cuidador. El personal sanitari hauria de promoure l'adaptació i el benestar dels cuidadors fent èmfasi en aquests factors positius del cuidar que incideixen tant el benestar del propi cuidador com en la qualitat de l'atenció que dispensa al malat.

Paraules clau: cuidadors informals, factors positius del cuidar, malestar emocional, ansietat, depressió, sobrecàrrega, resiliència.

PO41 | Perfil clínico y psicosocial de pacientes con enfermedades avanzadas que participan en un programa PDA

Dra. Marta Mónica Sánchez Rodríguez¹, Dra. Andrea Ladino Vasquez¹, Dra. Martina Pellicé Ariño¹, Dr. Adelaido Salazar Rustarazo¹, Sra. Claudia Rodríguez Torrella¹, Sr. Francisco Valdesoiro Pulido¹, Dr. Ferrán Masanés¹

¹Hospital Clínic de Barcelona

Objetivos: El objetivo del presente trabajo es describir el perfil clínico y psicosocial de los pacientes con enfermedad avanzada no oncológica que participan en un programa de PDA durante el ingreso hospitalario.

Materiales y métodos: Se incluyen los pacientes ingresados con enfermedad avanzada (NECPAL positivo), que mantienen una capacidad cognitiva preservada y que tienen al menos un referente familiar. Se recogen datos clínicos, sociodemográficos, relacionados con voluntades anticipadas expresadas previamente y de malestar emocional (DME). Se realiza un análisis descriptivo de los datos de los pacientes evaluados (N = 21).

Resultados y conclusiones: La edad media es de 89 años (81-98), el 48% son mujeres. El 81% conviven con el cónyuge y/o otros familiares. El 52% identifican a un cuidador principal, que es un cuidador externo a la familia (45%), el cónyuge (27%) o un hijo/a (27%). En cuanto a la enfermedad principal, el 76% presentan pluripatología geriátrica asociada a la edad avanzada, un 10% enfermedad oncológica y un 5% insuficiencia cardíaca avanzada. Los síntomas más prevalentes durante el ingreso son el dolor (24%), la disnea (14%), la astenia (10%), el estreñimiento (5%) y el insomnio (5%). Un 10% presentan distress emocional severo y un 5% agitación durante el ingreso. A nivel cognitivo el 81% presentan estado cognitivo preservado (Pfeiffer < 4). En cuanto al DVA tan solo el 10% lo han realizado, mientras que el 42% han elegido de manera verbal un representante en el caso de que no puedan decidir por sí mismos. A nivel emocional, el 37% de los pacientes evaluados presentan sintomatología depresiva clínicamente significativa (HAD > 8), así como se evidencia malestar emocional clínicamente significativo en el 76% de los pacientes (DME > 9) y en el 69% de los cuidadores (DME-C > 11). Los resultados indican una alta prevalencia de malestar emocional en los pacientes y sus cuidadores. Se indica la necesidad de intervenir de manera interdisciplinar ajustada a las necesidades de los pacientes, así como poder introducir un programa de decisiones anticipadas que se espera pueda contribuir a reducir el malestar emocional y mejorar la calidad de vida en pacientes ingresados con necesidades paliativas.

MODELS D'ATENCIÓ PAL·LIATIVA BASATS EN LA COMPLEXITAT

CO-04 / *Concordança entre la complexitat assistencial i el recurs idoni dels pacients atesos per PADES*

Marta Camprubí Rovira¹, Rosario Saborido García², Teresa Carbó Casanovas¹, Mireia Naval Marcos², Carme Villanueva Gómez¹, Sra. Concepció Morros Torné¹

¹Institut Català de la Salut, ²Sant Andreu Salut

Introducció:

L'Hexàgon de la complexitat és un instrument que valora la complexitat assistencial que presenten els pacients /famílies amb malalties en fase avançada i/o final de vida.

Aquest instrument valora les diferents àrees de necessitat (clínica, psicoemocional, espiritual, sociofamiliar, ètica i mort) així com el recurs assistencial més adequat per la seva atenció.

Objectiu:

Valorar si la complexitat determinada mitjançant l'instrument HexCom-Red i el seu recurs assistencial són concordants.

Metodologia i Conclusions:

Entre setembre i desembre de 2019 es va avaluar la complexitat dels pacients en seguiment per PADES i la idoneïtat del recurs assistencial que en feia seguiment.

El model HexCom defineix els nivells de complexitat i orienta l'adequació dels serveis implicats (equip referent/equip específic) considerant que una complexitat alta requereix la intervenció d'equips especialitzats. Es tracta d'un model dinàmic i integrador, que no parcel·la la intervenció i afavoreix la responsabilitat entre equips, sense desvincular l'atenció que proporciona l'equip referent.

Dels 91 casos atesos, el 18% presentaven una complexitat Alta, el 45% una complexitat Mitjana i un 37% una complexitat Baixa.



Gaire bé dos terços dels pacients atesos per PADES tenen complexitat Mitjana o Alta, com és d'esperar en la intervenció d'un equip especialitzat.

Destaca que el 37% del casos tenen una complexitat Baixa, que correspondria a un seguiment majoritari pel seu equip de referència (AP).

PO18 | Complexitat assistencial en pacients atesos per PADES amb l' instrument HexCom-Red (Hexàgon Complexitat)

Rosario Saborido García², Marta Camprubí Rovira¹, Teresa Carbó Casanovas¹, Mireia Naval Marcos², Carme Villanueva Gómez¹, Sra. Concepció Morros Torné¹

¹Institut Català de la Salut, ²Sant Andreu Salut

Introducció:

L'hexàgon de la complexitat és un instrument que valora la complexitat assistencial que presenten els pacients/famílies amb malalties en fase avançada i/o final de vida.

Aquest instrument valora les diferents àrees de necessitat (clínica, psicoemocional, espiritual, sociofamiliar, ètica i mort).

Objectiu:

Identificar el nivell de complexitat assistencial en els pacients atesos per l'equip PADES amb l'instrument de valoració HexCom-Red i determinar quines són les àrees de necessitat més prevalents.

Material i Mètodes:

Entre setembre i desembre de 2019, es va fer la valoració de la complexitat amb l'instrument HexCom-Red, en les primeres visites de tots els pacients que van ingressar a PADES.

Resultats i Conclusions:

Dels pacients valorats, en un 18% dels casos es va determinar una complexitat Alta, en un 45% dels casos complexitat Mitjana i complexitat Baixa en el 37% dels casos restants.

Les àrees afectades en els casos de complexitat Alta van ser: 36% A. clínica, 28% A. psicoemocional, 16% A. sociofamiliar, 12% A. espiritual i 8% A. ètica.

Les àrees afectades en els casos de complexitat Mitjana van ser: 44% A. clínica, 29% A. psicoemocional, 20% A. sociofamiliar, 9% A. espiritual, 7% A. ètica i 1% A. en relació amb la mort.

Observem que les tres àrees de necessitat més prevalents són la clínica, la psicoemocional i la sociofamiliar, en un percentatge molt elevat (80% en el casos de complexitat Mitjana i 93% en els casos de complexitat Alta).

PO44 | Ús de recursos sanitaris durant l'any previ a la mort

Dra. Ana Domingo Villar¹, Miriam Costafreda¹, Marina Martinez Illan, Andrea Parra¹, Adelaido Salazar¹, Andrea Ladino¹

¹Hospital Clínic De Barcelona

Objectius

Descriure les característiques dels recursos sanitaris emprats l'últim any de vida dels pacients amb defunció al nostre centre.

Materials i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu. Mostra seleccionada d'entre els pacients morts entre 01/01/2018 i 01/01/2019. Es va utilitzar el software REDCap i l'anàlisi de les dades es va fer amb el programa SPSS.24.

Resultats

Es van analitzar les dades de 526 pacients dels quals el 41% (216) eren dones i el 59% (310) homes. L'edat mitja era de 74 anys (DE 14.68). El 85% van morir a una sala d'hospitalització convencional. El 30% tenia un índex de Barthel <50 i el 94% un índex de Charlson de ≥ 3 .

L'any previ a la seva mort, 313 pacients (60%) van requerir ingrés a una sala d'hospitalització amb estada

mitja de 12.84 dies (DE 15); d'aquests, el 62% van estar ingressats en dues ocasions i el 10% en fins a cinc ocasions. 59 pacients (11%) van estar ingressats a una UCI (mitja de 8.64 dies); 11 van ingressar dues vegades i 2 fins a tres vegades. 60 pacients (11%) havien estat ingressats en un centre sociosanitari (30% dues vegades), amb una estada mitja de 62.44 dies (DE 53).

El 71% van consultar a urgències amb una mitjana de 2 visites (rang 0-16 visites). El 73% van consultar al seu CAP amb una mitja de 3 vegades (màxim 32 consultes) i el 69% va ser visitat a Consultes Externes amb una mitjana de 3 visites (màxim 75 visites).

Conclusions

S'observa un important ús de recursos en l'últim any de vida dels pacients atesos al nostre centre. Tal i com apuntaven Visade et al. al seu estudi, està descrit que els ingressos hospitalaris previs són un factor de risc per a presentar nous reingressos en pacients ancians. En el cas del nostre centre, per exemple, 7 de cada 10 pacients morts van acudir a urgències almenys en dues ocasions l'any previ a la defunció. Això obre la porta a estudiar si aquest paràmetre també podria ser un indicador de risc de mortalitat.

Financiat per Contractes Clínic de Recerca "Emili Letang – Josep Font" 2021.

PO49 | Supervivencia según el modelo de asignación diagnóstica y terapéutica (MADiT) con cuidados paliativos en domicilio

Dr. Christian Alvarado Escobar¹, Dra. Evelyn Alberca Patazca, Sra. Clara Lago, Dr. Enric Duaso Magaña, Dr. Adrian Valentini, Dra. Ana Vidal

¹Hospital Universitario De Igualada

Introducción:

La atención domiciliar mediante los cuidados paliativos requiere una sincronización entre los niveles asistenciales, mediante un sistema de referencia, que pueda reconocer a los usuarios con estas necesidades.

El Modelo de Asignación Diagnóstica y Terapéutica (MADiT) tiene cuatro categorías por colores, y permite detectar a las personas con requerimientos de cuidados paliativos, de modo que las categorías Naranja y Rojo, se pueden beneficiar de medidas de control sintomático.

Metodología:

Se recolectaron los pacientes atendidos por el servicio de cuidados paliativos en domicilio (PADES) en la comarca del Anoia, desde Abril 2021 a Septiembre 2022, se analizaron los pacientes con categoría de MADiT naranja y rojo, sus determinantes de salud y supervivencia.

Resultados:

Se analizaron 60 pacientes, 27 (45%) hombres y 33 (55%) mujeres, edad media de $83 \pm 9,39$ años, Barthel: $39,56 \pm 26,045$, motivo de seguimiento neoplasia avanzada en 30 casos (50%), y enfermedades crónicas 30 casos (50%), representaron MADiT: Naranja A (Na): (5); Naranja B (Nb) (34); Rojo (R): (21), la supervivencia por MADiT (Na: $152,80 \pm 78,34$; Nb $162,47 \pm 118,19$; R $153,56 \pm 92,25$) $p > 0,05$. Mortalidad a los 12 meses Na 5 (100%); Nb 28 (82,35%); R 16 (76,19%) $p > 0,05$. Resumen en la tabla 1.

Conclusiones:

No se encuentran diferencias significativas, en los grupos Naranja y Rojo del MADiT en cuanto a supervivencia.

Los perfiles naranja y rojo muestran una mortalidad al año superior al 75%, lo que confirma el hecho de priorizar el control sintomático con el equipo PADES en domicilio.

Tabla 1:



Variables	MADiT		
n : 60.	Naranja A	Naranja B.	Rojo
Edad.	83,2 ± 9,98	84,73 ± 9,18.	82 ± 9,79
Norton.	47 ± 31,54	41,76 ± 21,31.	33,68 ± 32,13
Dowton.	2 ± 2	3,62 ± 1,09.	3,92 ± 1,93
Barthel.	47 ± 31,54	41,76 ± 21,31.	33,68 ± 32,13
IF VIG.	0,52 ± 0,04	0,48 ± 0,08.	0,60 ± 0,10
Superviv.	152,80 ± 78,34.	162,47 ± 118,19.	153,56 ± 92,25

Mortalidad

3m 1 (20%). 8 (23,53%). 5 (23,81%) > 0,05
6m 3 (60%). 18 (52,94%). 11 (52,38%) > 0,05
12m 5 (100%). 28 (82,35%). 16 (76,19%) > 0,05

PO50 | Un modelo más allá de la valoración geriátrica: el "modelo de asignación diagnóstica y terapéutica(madit)".

Dr. Christian Alvarado Escobar¹, Dra. Ana Vidal, Dr. Andrés Gamboa, Dr. Enric Duaso Magaña
¹Hospital Universitario De Igualada

Objetivo: Dar a conocer el modelo asistencial basado en la complejidad y la fragilidad de la Ania

Métodos: Mediante Técnica Grupo Nominal, de forma conjunta con todos los niveles asistenciales, se acuerda el uso del MADiT para personas >65 años, frágiles, con enfermedades crónicas complejas y avanzadas, como aproximación al diagnóstico situacional, de modo que de manera cuantitativa permite programar cuidados terapéuticos y rehabilitadores congruentes con el estado basal individual, incluidos los cuidados de fin de vida.

El resultado del IF-VIG, es clasificado en cuatro grupos por colores; verde valor <0,2, e IT perfil I-II; amarillo entre 0,2-0,36, IT III; Naranja, entre 0,4-0,56, IT IV. Estos dos últimos, subdivididos en subperfiles a y b según criterios Figura1. Finalmente el rojo, valor >0,56, IT V.

Una vez realizada la valoración en estado basal (estabilidad clínica), en caso de enfermar (inestabilidad clínica), se priorizará trasladar al nivel asistencial según MADiT.

Conclusión: El MADiT, una herramienta que puede ser útil para la transferencia de información entre niveles asistenciales, establecer objetivos diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores, congruentes al estado de salud basal individual y permite la planificación de control de síntomas en los pacientes en etapa de final de vida.

NOVES TECNOLOGIES EN EL MANEIG DE SÍMPTOMES

CO-02 | Ús d'una Aplicació Clínica Digital per monitoritzar pacients pal·liatius oncològics en seguiment per PADES

Dra. Griselda Manzano Monfort¹, Sra. Silvina Marcela Méndez¹, Sra. Elena Gabilondo Molina¹, Sra. Pilar Rocafort Vidal², Sr. Jordi Romero Ros¹, Sra. Esther Ferrer Cobo²

¹Corporació de Salut del Maresme i la Selva, ²Corporació de Salut del Maresme i la Selva

Introducció:

Els pacients en programes de cures pal·liatives necessiten un seguiment estret per a un maneig simptomàtic adequat. La telemedicina ofereix una plataforma d'assistència sanitària única i innovadora amb gran potencial per optimitzar la qualitat del seguiment i monitorització d'aquest pacients, facilitant la comunicació amb els equips, complementant l'atenció presencial. La Corporació de Salut del Maresme i la Selva (CSMS) amb una població de referència de 208.000 habitants i una àrea geogràfica de 304.29 km², disposa de dos equips de PADES (Alt Maresme i Selva Marítima) que atenen uns 350 usuaris /any, el 80% MACA oncològics.

Objectius:

Definir, integrar en HIS (Sistema d'Informació Hospitalària) corporatiu i analitzar l'impacte en salut de l'ús de formularis PROM (Patient Reported Outcome Measures) i PREM (Patient Reported Experience Measures) específics per al seguiment dels usuaris pal·liatius oncològics atesos pels equips de PADES mitjançant una aplicació clínica digital (ACD).

Material i mètodes:

El projecte s'estructura en dues fases:

1. Desenvolupament tecnològic:

1.1) Definir PROM i PREM segons àmbit i tipologia de pacient (Panel d'experts i grups focals).

1.2) Desenvolupament tecnològic de l'ACD incorporant PROM i PREM seleccionats.

1.3) Implementació d'ús del mòdul de la plataforma (prèvia prova pilot).

2. Validació clínica:

2.1) Impacte sobre l'eficàcia clínica

2.2) Seguretat del pacient

2.3) Anàlisi de cost efectivitat.

2.4) Usabilitat de la plataforma

2.5) Satisfacció de l'usuari final i professionals.

El desenvolupament de l'ACD es realitza amb el suport de Better Care.

Resultats i conclusions:

L'ACD ja està implementada a les unitats d'Hospitalització a Domicili (HAD) de la CSMS, on els professionals l'utilitzen com a eina de treball.

S'han introduït i integrat en HIS més de 10.000 mesures.

En aquests moments ja s'han definit els PROM i PREM del mòdul PADES amb un grup d'experts internacionals en atenció a pacients pal·liatius de diferents disciplines i s'està completant el desenvolupament tecnològic.

Al juny està previst el grup focal amb usuaris finals reals i iniciar la implementació definitiva a les unitats de PADES.

La validació clínica es durà a terme mitjançant un estudi de cas-control, el projecte ha estat aprovat pel CEIM-Mataró (Codi: 63/21).

PO27 | Terapia de presión negativa en pacientes paliativos, ¿medida de confort? A propósito de un caso

Sra. Tania Rodríguez González¹, Sra. Luisa Amador Gutierrez¹, Sra. Èlia Gómez Losada², Sra. Susana González Melero¹, Sr. Jordi Moreno Espinosa¹, Sra. Cristina Farriols Danes¹

¹Centre Fòrum, Hospital Del Mar, ²Hospital del Mar

Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son frecuentes en pacientes paliativos. La inmovilidad secundaria a astenia, dolor, disnea, la desnutrición y otros factores las favorecen.

La terapia de presión negativa (TPN) es una cura indicada en heridas complejas para disminuir el tiempo de cicatrización, fomentar la granulación y el control del exudado (ambiente de humedad óptimo).

Aunque es una técnica que no se suele utilizar en cuidados paliativos, podría ser potencialmente útil en



pacientes en situación de final de vida para mejorar el confort.

Objetivo

Presentación de un caso clínico que muestra la efectividad de la TPN como medida de confort en un paciente paliativo con curas complejas y dolorosas.

Material y método

Varón de 72 años, diabético, previamente autónomo, diagnosticado de meningioma grado II recidivado. El paciente rechazó tratamiento específico.

Presentó caída en domicilio. Vivía solo, sin soporte familiar ni teleasistencia y sin vinculación con servicios sociales, por lo que permaneció 5 días en el suelo. Se derivó a Urgencias con fallo multiorgánico.

Una vez ingresado se detectó sepsis secundaria a UPP de gran tamaño sacra grado IV.

Se consultó a enfermera de práctica avanzada (EPA) de heridas que realizó desbridamiento cortante a pie de cama con extracción de abundante tejido desvitalizado y purulento tras descartarse desbridamiento quirúrgico debido al mal pronóstico del paciente.

Precisaba 2 o más curas diarias que a pesar de analgesia eran muy mal vividas por el paciente, generando dolor, ansiedad, haciéndole rechazar todos los cuidados enfermeros. Ante dicha situación la EPA de heridas instaura TPN precisando solamente 2 curas semanales.

Consensuado con el equipo de la unidad de cuidados paliativos se decidió traslado a UCP y mantener la TPN.

Resultados

Mejóro considerablemente el dolor entre curas. Aceptó cuidados enfermeros, consiguiendo un elevado confort global.

Conclusiones

La TPN puede ser útil para mejorar el confort de pacientes en situación de final de vida con UPP complejas que requieren curas frecuentes que producen dolor y discomfort. Alarga los periodos entre curas, mejora la cicatrización y disminuye la necesidad de analgesia reduciendo así los efectos secundarios.

Posibles limitaciones serían su coste y la necesidad de formación específica.

PO29 | Ecografia a peu de llit en cures pal·liatives oncològiques

Dr. David Bottaro¹, Dra. Dulce Rodríguez Mesa¹, Dra. Jacqueline Cimerman¹, Dra. Inés Cabezas¹, Dr. Josep Gumà¹, Dr. Marc Grifoll¹

¹Hospital Sant Joan

En els darrers anys cures pal·liatives s'han orientat cap a la integració i la valoració precoç de pacients amb diagnòstics de malalties oncològiques avançades.

La unitat de cures pal·liatives del nostre centre està integrada al servei d'oncologia, fent tasques assistencials tant en planta d'hospitalització com en consultes externes.

La integració i ús de l'ecografia a peu de llit ha estat una de les estratègies que hem implementat per millorar la qualitat assistencial.

Objectius

Valorar els beneficis de l'ecografia a peu de llit a pacients oncològics ingressats o que acudeixen a consultes externes.

Metodologia

Estudi observacional prospectiu amb realització d'ecografia i recollecció de dades a pacients ingressats a planta d'hospitalització i consultes externes d'oncologia i cures pal·liatives entre el gener del 2021 fins al gener del 2022.

Resultats

S'han fet 56 ecografies de les quals el 86% van ser per distensió abdominal. El 12% va ser per dispnea. El 5% va ser per edema en extremitats. Un altre 1% va ser per afectacions osteomusculars, 1% per anuria,

i 1% per accés arterial/venós. El 90% dels pacients va valorar com a molt satisfactori i l'altre 10% com a satisfactori l'ús de l'ecografia a peu de llit.

Conclusions

L'ecografia a peu de llit és una eina útil, ràpida, poc invasiva i de baix cost que ens permet identificar problemes que afligeixen els nostres pacients de manera immediata i evita que realitzem procediments innecessaris.

PO45 | Dispositiu automàtic d'inserció de via subcutània. Millorant l'autonomia del pacient

Sra. Montserrat López Postigo¹, Sra. Cristina Mellado Casquet¹, Sra. Erika Rodríguez López¹, Sra. Rosa García Domínguez¹, Sra. Cristina Pujadas Gil¹, **Sra. Trinidad Lozano Monterde¹**

¹Hospital Universitari Parc Taulí

Introducció:

A l'àmbit d'atenció domiciliària la utilització de la via subcutània pel control de símptomes és d'ús freqüent. La cura d'aquesta via implica el canvi del sistema d'infusió per manteniment, dislocació o complicacions derivades dels medicaments administrats.

Els dispositius d'inserció automàtica faciliten que el mateix pacient pugui fer el canvi de forma autònoma després de rebre una correcta educació sanitària d'infermeria

Objectiu:

Descriure la utilitat del dispositiu d'inserció automàtica per via subcutània per facilitar el control simptomàtic del pacient pal·liatiu augmentant la seva autonomia.

Metodologia:

Presentació d'un cas clínic que ens ajudi a evidenciar els objectius proposats:

Dona de 64 anys derivada de la unitat de cures pal·liatives per seguiment per l'equip del PADES per descontrol simptomàtic.

Diagnòstic de neoplàsia de pàncrees amb antecedents d'insuficiència renal crònica i cardiopatia isquèmica.

Presenta dolor visceral abdominal amb EVA de 5/10. Barthel de 60. FFSS conservades. Braden 17. Astènia.

Informada del diagnòstic i del pronòstic. Té clar que vol prioritzar la qualitat de vida i el tractament simptomàtic.

És soltera. Conviu amb la seva germana que treballa. Disposa de teleassistència. Té cuidadora privada 4 hores. Resta del dia sola fins arribada de la seva germana.

Malestar emocional DME 17. Molt trista.

Utilització de via subcutània amb abbocath de teflon: Va requerir canvi de la via per part de l'equip tres cops a la setmana, sobretot per dislocació els primers quinze dies.

Eduquem a la pacient i família en la utilització del dispositiu d'inserció automàtica.

Passem a recanvi setmana per part de la pacient sense presència de l'equip. Marxant a la platja els cap de setmana amb dispositius de reserva per si problemes.

Resultats:

El dispositiu d'inserció automàtica de forma autònoma pel pacient, va permetre major mobilitat del pacient fora del seu domicili.

El catèter va precisar menys canvis per dislocació i va garantir la correcta absorció dels fàrmacs, millorant el control simptomàtic.

L'educació sanitària per part d'infermeria fa fer possible la utilització del dispositiu.

La valoració de la pacient va ser molt satisfactòria.

El sistema de bioseguretat del dispositiu evita el risc d'accident per punxada del pacient, cuidadors i equip.



PO46 | Utilidad de la ecografía clínica en pacientes oncológicos avanzados: una Scoping Review

Sra. Rosa Blasi Martínez¹, Sr. David Bottaro Parra², Sr. Antonio Martín Marco³, Sr. Jaume Canal Sotelo⁴, Sra. Lina Nitola-Mendoza⁵, Sr. Adrián Oller Bonache⁶, Sra. Eva Barallat Gimeno⁷

¹Unitat de cures pal·liatives del Centre Fòrum (Hospital del Mar), ²Unitat de cures pal·liatives de l'institut d'oncologia de la catalunya sud., ³Unidad de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos del hospital universitario de La Ribera., ⁴Unitat de Cures Pal·liatives. Hospital d'atenció intermedia Hestia Badalguer., ⁵Servei de cures pal·liatives ICO Badalona, ⁶Programa d'atenció domiciliària i equips de suport (PADES) del grup Mutuam., ⁷Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de Lleida.

Objetivo.

La ecografía clínica (EC) es una exploración complementaria realizada a pie de cama del paciente por un profesional sanitario no especializado en radiología con la finalidad de responder una pregunta clínica o proporcionar una ecoguía para técnicas intervencionistas. El objetivo del presente artículo es realizar una revisión de la literatura sobre el uso de la ecografía clínica en la valoración, manejo y seguimiento de pacientes oncológicos avanzados.

Metodología.

Se realizó una búsqueda de artículos científicos consultando las bases de datos PUBMED, CINAHL, COCHRANE y ELSEVIER, además de la literatura gris y otras fuentes, desde enero de 2012 hasta diciembre de 2022, en los idiomas inglés, español y alemán. Se utilizaron las palabras clave "palliative care" o "palliative medicine" y "ultrasound", "ultrasonography" o "echography". Se incluyeron todos los estudios que hacían referencia al uso de la EC en pacientes oncológicos avanzados o su impacto en la práctica clínica. Se excluyeron los artículos que hacían referencia a población pediátrica o en las que se utilizaba la ecografía para la realización de técnicas paliativas más complejas que precisan de un especialista en radiología para su realización. Para seleccionar los artículos se realizó una lectura a pares del título y resumen de los mismos. En caso de duda, se procedió a la lectura completa del trabajo. Una vez seleccionados se llevó a cabo una lectura crítica de los artículos para extraer las ideas principales.

Resultados y discusión.

Se identificaron un total de 392 artículos de los cuales 20 se consideraron elegibles para inclusión. Tras una revisión crítica fueron clasificados según el tema tratado, véase aspectos positivos, limitaciones y usos de la EC en cuidados paliativos.

Conclusiones.

Los resultados muestran la utilidad de la EC en el colectivo de pacientes paliativos con enfermedad oncológica avanzada. La heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos y la poca literatura existente que cumpla los criterios establecidos, muestra que hay insuficiente evidencia para determinar el impacto que la EC tiene en la práctica clínica de los enfermos paliativos.

SÍMPTOMES DIFÍCILS

PO05 | Utilització de Ketamina oral de llarga durada en dolor oncològic refractari. A propòsit d'un cas.

Dra. Agnès Calsina-berna¹, Dra. Margarita Álvaro Pardo¹, Sra. Montserrat Bleda Pérez¹, Dra. Paula Garrido Ballart¹, Dra. Lina Maria Nitola Mendoza¹, Dr. Joaquim Julià-Torras¹

¹ICO Badalona. GRICOPAL

Introducció

La ketamina és un agent anestèsic amb evidència com a co-analgèsic en dolor oncològic refractari amb activitat antagonista N-metil-d-aspartat i activitat en els receptors opioides. L'experiència d'ús oral prolongat en pacients amb càncer és limitada.

Objectius

Descriure el cas d'un pacient amb dolor oncològic refractari tractat amb metadona i ketamina per via oral durant mesos, sense efectes secundaris.

Material i mètodes

Es descriu el cas d'un home de 40 anys afecte de liposarcoma gluti diagnosticat el 2017, sense afectació a distància, amb dolor oncològic neuropàtic refractari malgrat tractament amb metadona intravenosa (iv). Donat que el pacient era reticent a tècniques anestèsiques es va administrar ketamina iv (dosis inicial de 0,15 mg/kg/h). La dosi es va titular fins a 210 mg cada 12 hores iv amb òptim control del dolor i sense efectes secundaris. Es va decidir canviar a metadona i ketamina oral (ketamina 45 mg cada 8 h), amb tolerància correcta i bon control del dolor. El pacient ha seguit amb metadona i ketamina orals durant 12 mesos sense efectes secundaris. Actualment segueix tractament oncològic, sense progressió coneguda, i manté autonomia per a les activitats de la vida diària.

El pacient ha signat el consentiment informat per la difusió del cas.

Resultats i conclusions

La ketamina iv ha mostrat resultats favorables en pacients amb dolor oncològic. L'evidència del seu ús prolongat en pacients amb càncer és escassa, amb casos clínics que descriuen el seu ús via oral fins a 3 mesos. El cas presentat és el d'utilització més llarga de ketamina oral per dolor oncològic mai comunicat. Els efectes adversos més freqüents són els trastorns cognitius, les al·lucinacions, la sedació i l'alteració dels enzims hepàtics. El pacient presentat no ha patit cap efecte advers.

Conclusions: L'ús de la ketamina per tractar el dolor oncològic està augmentant, junt amb la seva evidència d'eficàcia i seguretat per a un ús a llarg termini. El present cas mostra l'exemple d'intervenció d'un servei de cures pal·liatives durant 5 anys en casos de dolor complex, en un pacient en curs de tractament oncoespecífic.

PO07 | Tornant al passat?

Dra. Marta Albiol Serra¹, Dra. Gloria Vidal Villalon, Dr. Diego Diaz Cardenas, Infermera Àngels Porras Alcaraz, Infermera Stoyanka Vangelov, Infermera Anna Viñals Barquero

¹*Consorci Sanitari Alt Penedés Garraf*

Pacient de 69 anys que presenta els següents antecedents patològics: macroglobulinemia de Waldenström (09/2018), HTA, DM tipus 2, fumador, artritis sèptica de genoll per moraxella, sinusitis crònica, poliartritis erràtica.

Tractament oncoespecífic: primera línia rituximab, resposta parcial; segona línia (02/2021) ibrutinib. Ingressa al nostre centre per dolor toràcic. Rx tòrax: nòdul de recent aparició. Rep tractament amb levofloxacino. Hemocultius i PCRs negatives. TAC toràcic i PET-TAC per completar estudi del nòdul. Es presenta a comitè de pulmó.

Durant l'ingrés presenta cefalea hemicranial dreta retroorbitaria, pungitiva, intensa, que refereix com crònica, intensificada. No focalitat neurològica ni febre ni neutropènia.

Davant aquesta situació plantejem com a principal diagnòstic cefalea secundària a metàstasi per una possible neoplàsia primària de pulmó. La RM mostra lesió parietal dreta suggestiva de cavernoma; es descarta metàstasi cerebral.

Revisant història clínica compartida, trobem diagnòstic de cefalea tipus Cluster 2008, pel que s'inicia tractament específic, sense resposta.

Davant intensificació de símptomes i sospita d'afectació central de malaltia de Waldenström, realitzem PL amb resultat patològic no concluent, on una part de mostra es deriva H. Clínic per anàlisi fenotípic i l'altra es cultiva per gèrmens freqüents. Es fa tractament empíric per possible infecció vírica o bacteriana en immunodeprimit. El pacient pateix agitació psico-motriu i es trasllada a semicrítics mentre no obtenim resultats. Aquests són negatius per fenotip i cultius.

Realitzem segona PL on es demana Tuberculosi i criptococcosi, obtenint aquest últim cultiu positiu.

Assumim diagnòstic com a criptococcosi disseminada (pulmonar i meníngica) Post tractament dirigit per a criptococcosi el pacient millora i pot retornar a domicili.

Conclusió

La dificultat del cas recau en el procés diagnòstic.

Atribuim la simptomatologia a:

1. Antecedents patològics del pacient?
2. Sospita de procés neoforatiu (pulmonar i cerebral)?



3. Infecció oportunista provocada per ibrutinib?

És aquesta última la correcta.

Disposem de poca literatura científica que descriu la immunoteràpia com a causa de immunosupressió que faciliti infeccions per gèrmens oportunistes com el criptococ i menys debutant en forma de meningitis amb una alta mortalitat. Existeix molta més evidència d'aquesta infecció en pacients immunosuprimits per VIH.

Cada vegada és més present la immunoteràpia i per tant els seus efectes adversos.

PO43 | Tratamiento paliativo de la disnea con oxigenoterapia de alto flujo. A propósito de un caso

Dra. Andrea Paz Ladino Vásquez¹, Dra. Carla Capellades², Dra. Marisol Domínguez³, Dra. Juana María Martínez³, Adriana Montalbetti⁴, Dra. Cristina Farriols²

¹Hospital Clínic de Barcelona, ²Hospital del Mar, ³Hospital del Mar, ⁴Programa de atención domiciliaria y equipos de soporte (PADES). Sant Martí Nord, Mutuam

Introducción: Se ha descrito que el uso de la oxigenoterapia de alto flujo (OAF) puede ser una alternativa no farmacológica útil en pacientes con disnea refractaria en atención paliativa. La OAF mejora el manejo de secreciones y la ventilación, reduciendo la disnea.

Objetivo: Presentar la utilidad de la ventilación con OAF como tratamiento sintomático de la disnea refractaria en una paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada.

Material y métodos: Mujer de 70 años, dependiente para las actividades básicas de la vida diaria por disnea de mínimos esfuerzos. EPOC enfisematoso grave (GOLD D, BODE 10, FEV1 del 22%). NECPAL estadio III. Fragilidad moderada (VIG Frail 0,48). Complejidad alta (HexCom-Red). Ingresó en el servicio de Neumología por infección por SARS-COV-2, en tratamiento con paxlovid. Requirió oxigenoterapia, tratamiento broncodilatador y corticoideo. Ante sospecha de sobreinfección respiratoria se inició tratamiento antibiótico empírico con cefepime.

Evolucionó con persistencia de la disnea, por lo que se inició ventilación mecánica no invasiva, que se retiró por mala tolerancia. Ante la mala evolución clínica se cambió el tratamiento antibiótico a meropenem y linezolid. A pesar del tratamiento instaurado la paciente se mantuvo con disnea de reposo basal, con imposibilidad de movilizarse. Fue valorada por la UFFIS de paliativos, iniciándose tratamiento sintomático con morfina subcutánea en infusión continua y coordinando la posibilidad de retorno a domicilio, que era su principal deseo. Asimismo, se valoró por neumología inicio de OAF como tratamiento paliativo de la disnea (flujo 25L/min, FiO2 35%), con lo que disminuyó la sintomatología y pudo ser dada de alta a domicilio, en seguimiento por PADES.

En domicilio se mantuvo la OAF con buena tolerancia, presentando mejoría de la disnea, mejorando la capacidad para ABVDs, e incluso disminuyó el requerimiento de morfina, que se cambió a vía oral.

Resultados y conclusiones: en el caso presentado la paciente presentó una clara mejoría de la disnea y el confort con la OAF, incluso en domicilio. La OAF puede ser una herramienta útil en la atención paliativa de pacientes con disnea. Destacamos de este caso, la importancia de la coordinación entre los servicios tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios.

TRACTAMENTS NO FARMACOLÒGICS: FISIOTERÀPIA, MUSICOTERÀPIA, ESTRATÈGIES NO FARMACOLÒGIQUES PEL CONTROL DE SÍMPTOMES

PO22 | Musicoterapia a domicili, una eina per a persones en situació de final de vida

Sra. Marta Goicoechea¹, Sr. Íñigo Berrío¹

Introducció: La musicoteràpia fa ús de sons, peces musicals i estructures rítmiques per aconseguir diferents efectes terapèutics directes i indirectes a nivell fisiològic, social, psicològic i intel·lectual. La música pot ser una eina útil en l'atenció a persones que es troben en situació d'últims dies (SUD) o en situació pal·liativa.

Objectiu: descriure l'experiència de la incorporació de la musicoteràpia a persones ateses per un equip d'atenció domiciliària.

Material i mètodes: es va proposar la intervenció amb musicoteràpia a aquelles persones ateses per un equip d'atenció domiciliària de Girona que accedissin a la participació de l'estudi i que poguessin interactuar amb els instruments o ritmes de la música durant el nombre de sessions proposades, es va individualitzar al màxim per a cada participant i família. Es va realitzar musicoteràpia activa o receptiva depenent de la necessitat i de l'estat del pacient en cada sessió. Es van treballar tècniques actives per crear i explorar el potencial comunicatiu de la persona com la relaxació i la integració viscuda amb les tècniques receptives. Es van fer sessions setmanals de 1-2 hores durant els primers 6 mesos i a posterior 1 sessió cada 15 dies.

Resultats: Van participar 4 persones, totes dones, amb edats compreses entre els 35-89 anys; una de les participants va entrar en SUD després de la segona sessió, 2 van poder participar de les sessions durant uns 2 mesos de mitjana. I 1 de les participants en va gaudir durant 1 any; i les seves respectives famílies i/o cuidadors (10). El 75% de les participants amb diagnòstic oncològic. Van participar en l'experiència un mínim de 2 setmanes i un màxim d'1 any. Els cuidadors van ser marits, fills, mares i cuidadors privats 24h. Un 20% eren homes entre 30-89 anys, i les dones entre 40-87 anys.

Conclusions: La Musicoteràpia aplicada a domicili en persones amb necessitats pal·liatives, combinada amb l'atenció mèdica, és una eina de suport i acompanyament humà. És necessari formació i major recerca sobre els efectes de la Musicoteràpia.

TREBALL SOCIAL: PACIENT, FAMÍLIA I ENTORN

PO08 | Implementació del programa formatiu en la Unitat de Treball Social Sanitari: compartint experiències i coneixement.

Sra. Montse Metlikovez Castillo¹, Sra. Sabelia Seguro Calabozo, Sra. Mercè Riquelme Olivares

¹*ICO Badalona*

Títol: Implementació del programa formatiu en la Unitat de Treball Social Sanitari: compartint experiències i coneixement.

Autors: Metlikovez Castillo, Montse*, Seguro Calabozo, Sabelia* i Riquelme Olivares, Mercè**. * Treballadora Social. **Responsable Unitat de Treball Social Sanitari . ICO Badalona. Hospital Germans Trias i Pujol

Introducció:

La Unitat de Treball Social Sanitari (UTSS) , per donar resposta a la constant evolució de la pròpia disciplina i per actualitzar i compartir coneixements sobre l'atenció oncohematològica i les cures pal·liatives, va crear espais de formació continuada. La funció de docència/formació dintre de la UTSS és reconeguda pel professional i aporta un benefici directe a la pràctica assistencial.

Objectius:

Amb l'objectiu general d'ampliar coneixements sobre la pròpia professió i exercitar-la amb el màxim rigor, es va crear un grup docent amb els treballadors socials de la UTSS i dels dispositius assistencials de la zona d'influència (PADES, CSS i Hospitals comarcals). Els objectius específics han estat: oportunitat de crear un grup de treball específic a mig/llarg termini, homogeneïtzar pràctiques assistencials i generar sinergies de treball a nivell institucional i comunitari.

Materials i mètodes:

Al Febrer 2022 es va convidar als treballadors socials de la zona d'influència a participar a la proposta



formativa i van accedir de forma majoritària. Es van calendaritzar les sessions de forma anual (dates i temes a tractar. Inici: març 2022 .Metodologia: format híbrid (presencial i on-line) Horari: de 9.00 a 10.30 h. Existeix un control d'assistència i contesten una enquesta de satisfacció al final de cada sessió.

Resultats i conclusions:

Nª sessions 2022 : 9. Nº participants: 11. Nª sessions programades 2023: 11 nº participants: 11 Temes: revisió de contingut específic de la disciplina de Treball Social i casos pràctics. Punts forts: participació activa dels participants, continguts d'interès. Punts dèbils: Assistència irregular i baixa resposta de les enquestes de satisfacció. Com a punt de millora en el 2023 s'ha decidit donar continuïtat del format formatiu amb major difusió i augment de la participació de professionals.

PO10 | Factors facilitadors i barreres per a l'adaptació dels pacients oncològics i les seves famílies.

Sra. Mercè Riquelme Olivares¹

¹ICO Badalona

Introducció:

Existeixen factors que son considerats com a facilitadors i també com a barreres a l'adaptació de la realitat derivada de l'aparició d'una malaltia oncològica per les persones malaltes i per les seves famílies. Des de Treball Social (TS) es fonamental conèixer aquests factors per així promoure i/o mitigar els seus efectes.

Objectius:

Conèixer els aspectes considerats com a facilitadors i com a barreres que milloren o dificulten l'adaptació durant el procés de malaltia. Descriure els resultats segons les categories: individuals, familiars i socials.

Materials i mètodes:

Metodologia descriptiva i explicativa, disseny longitudinal (2 moments d'anàlisi: moment del diagnòstic malaltia i 2-4 mesos posteriors). Tècniques: Entrevistes en profunditat a persones malaltes i a familiars referents (64 entrevistes). Grups de discussió amb TS experts (6 grups – 51 TS). Estratègies de recollida d'informació a través de definició de les dimensions i categories definides. Anàlisi: Atlas-Ti. Metodologia qualitativa amb finalitat bàsica i aplicada, cercant respostes de la realitat per generar coneixement i fer propostes de millora de la pràctica professional de TS.

Resultats i conclusions:

Es realitza proposta de taules on es recullen els factors facilitadors i les barreres que son descrits pels tres agents: pacient, família i treballadors socials i es classifiquen per individuals, familiars i socials. A destacar: Individuals: Facilitadors: certs trets de personalitat, disposar d'un òptim accés a la informació i bona capacitat de compressió d'aquesta. Barrera: gestió complicada de la incertesa. Familiars: Facilitadors: presència familiar i disponibilitat de competència. Barreres: existència de membres vulnerables i situacions de sobrecàrrega familiar. Socials: Facilitadors: rebre mostres de recolzament i afecte de l'entorn i bones relacions amb els professionals. Barreres: no posar límits ni respecte pel propi espai personal, temes de conversa exclusius sobre la malaltia, les condicions laborables.

La intervenció de TS té com a objectiu reforçar les fortaleces existents i reduir els riscos de l'impacte de les barreres a l'adaptació de la presència del càncer en un dels membres de la família.

PO11 | Sentiments i reaccions emocionals dels pacients oncològics i les seves famílies. Estudi Qualitatiu.

Sra. Mercè Riquelme Olivares¹

¹ICO Badalona

Introducció:

El càncer sovint és un fet inesperat que impacta a la vida de les persones i generen un gran nombre de sentiments i reaccions emocionals derivats del diagnòstic en un dels membres de la família. Aquestes expressions emocionals poden influir en el procés d'afrontament i sovint generen conductes que poden

constituir un factor de risc. Des del Treball Social Sanitari (TSS) es fonamental tenir present l'aparició d'aquestes per poder atendre-les i acompanyar-les.

Objectius:

Conèixer els sentiments, les reaccions emocionals i les estratègies d'afrontament que responen a les situacions segons són percebudes per les persones malaltes i la seva família durant el transcurs de la malaltia. Descriure els resultats segons el citat pels tres agents: malalts, familiars i treballadors socials.

Materials i mètodes:

Metodologia descriptiva i explicativa, disseny longitudinal (2 moments d'anàlisi: moment del diagnòstic malaltia i 2-4 mesos posteriors). Tècniques: Entrevistes en profunditat a persones malaltes i a familiars referents (64 entrevistes). Grups de discussió amb treballadors socials experts (6 grups – 51 TS). Estratègies de recollida d'informació a través de definició de les dimensions i categories definides. Anàlisi: Atlas-Ti. Metodologia qualitativa amb finalitat bàsica i aplicada, cercant respostes de la realitat per generar coneixement i fer propostes de millora de la pràctica professional del TSS.

Resultats i conclusions:

Es realitza proposta de taules on es recullen els sentiments i les reaccions emocionals que son descrites pels tres informants. Les emocions bàsiques reconegudes pels tres son: ira, por, tristesa i sorpresa. Per altre banda de les emocions compostes, només l'ansietat és reconeguda pels tres i la culpa només és verbalitzada des dels treballadors socials

L'impacte emocional és derivat en part, per la relació de la malaltia amb el final de la vida i també per l'aparició de múltiples reaccions emocionals que no havien sentit anteriorment. La coincidència de les reaccions emocionals demostra que per al pacient, la seva família és un element essencial donat que genera seguretat, sentiment de pertinença i harmonia. Des del TSS es reconeix l'impacte de la malaltia però enumeren en menor nombre els sentiments que els altres dos informants.

PO14 | Intervisió Inter centres: Una experiència des de les Cures pal·liatives i el Treball Social Sanitari

Carolina Martínez Colomer¹, Margarita Miquel Valentí², Marta Colomina Faixes³, Gemma Riera Tornés

¹Institut Català D'Oncologia, ²Mutuam, ³Institut d'assistència sanitària

Introducció

La complexitat en les cures pal·liatives (CP) i situacions de final de vida son abordades per equips de treball social sanitari (TSS). Aquets s'adonen de la importància de disposar d'espais d'autocura professional. La intervisió aconsegueix un espai de reflexió personal mitjançant la participació d'experts sobre la intervenció professional.

Objectius

Crear un espai on poder revisar la pràctica quotidiana, compartir i rebre assessorament. Realitzar una reflexió personal sobre la implicació a nivell personal, emocional ... potenciant així l'autocura del professional.

Materials i mètode

Durant el 2021-22 es realitza l'experiència en tres sessions bimensuals. Les sessions seran presencials. El format a seguir serà : presentació del cas, posició del professional, definició del problema, feedback del grup, definició de l'àrea on reflexió on reflexionar en els aspectes clínics i interpersonals.

Avaluació mitjançant escala ProQol Qüestionari sobre la qualitat de vida del professional.

Complimentada a final de cada sessió.

Resultats

Comparem les respostes prèvies i posteriors a les tres intervissions:

En l'Escala de satisfacció per compassió comprovem que els quatre subjectes de l'estudi el grau de satisfacció per compassió ha incrementat. D'una situació inicial de satisfacció moderada hem passat a una situació en que dues elles declaren un nivell de satisfacció alt. En l'Escala d'esgotament 'burnout' els quatre individus presentaven un nivell d'esgotament moderat abans de les intervissions. Després, tots



ells han experimentat una reducció en valor absolut del seu esgotament. En l' Escala de trauma secundari, partíem d'una situació en que dos dels individus declaraven un nivell de trauma secundari baix, i la resta un nivell moderat.

En el segon qüestionari destaca una valoració baixa i molt propera a zero. De manera global s'han millorat el grau de satisfacció, ha disminuït l'esgotament i el nivell de trauma secundari.

Conclusions

El qüestionari PROqol reflecteix que ens ha aportat l'espai d' intervenció tant a l'autoajuda professional com la qualitat en l'assistència; incrementant les habilitats professionals, les bones pràctiques i una millora de la qualitat en l'atenció que realitza a les persones malaltes, a les seves famílies i al seu entorn cuidador en les CP.

PO51 | Ús de l'escala valoració TSO i Escala Zarit en pacients ingressats a la Unitat sociosanitària

Sra. Montse Graell Tor¹, Sra. María Gispert Barral

¹Fundació Sant Hospital Seu D'Urgell, ²Hospital Seu d'Urgell

Us de l'escala de valoració del grau de risc social i l'escala de valoració de sobrecàrrega del cuidador en pacients ingressats a la Unitat sociosanitària

Montse Graell i Maria Gispert

Fundació Sant Hospital

Introducció

L'any 2015, quasi una de cada cinc persones era més gran de 65 anys i les previsions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) indiquen que el 2029 seran una de cada quatre persones i el 2064 més d'una de cada tres.

L'escala de valoració sociofamiliar TSO té com a objectiu avaluar de manera fiable i objectiva el grau de risc social de la situació d'una persona gran major de 65 anys en contextos sociosanitaris comunitaris. El seu ús permet prioritzar les intervencions i orienta sobre les àrees a iniciar l'acció professional.

L'escala Zarit té com a objectiu avaluar el grau de sobrecàrrega del cuidador d'una persona dependent i/o amb demència.

Objectiu

Utilitzar l'escala per detectar el grau de risc social de la persona i el grau de sobrecàrrega del cuidador a l'ingrés, durant l'estada i l'alta del recurs sociosanitari. Plantejar intervenció social específica.

Metodologia

A l'ingrés de la persona al recurs es passarà l'escala TSO. Es realitzarà la intervenció en el grup amb "risc de problema social" (puntuació >12 i <15). En paral·lel es realitzarà l'escala Zarit al cuidador principal. Es realitzarà el pla d'intervenció amb la persona i la família i se'n farà el seu seguiment. Es reavaluarà la situació aplicant l'escala TSO (abans de tres mesos). En cas de mantenir el "risc de problema social", es revisarà i modificarà el pla de treball amb la temporalitat establerta.

Resultats

L'estudi proposat és un plantejament de treball de camp mitjançant la recollida de dades extretes d'ambdues escales on es valorarà l'evolució dels resultats de les escales en relació a les intervencions dutes a terme. El treball s'iniciarà al proper setembre del 2023 amb una durada d'un any.

Conclusions

L'aplicació dels instruments i la detecció de la situació social ens haurà de permetre orientar les intervencions i el pla de treball amb la finalitat de minimitzar el risc potencial i alhora disminuir la possible sobrecàrrega familiar.

ALTRES TEMÀTIQUES

CO-05 / Consum d'opioïdes en un hospital d'aguts

Dra. Verònica Romaní Costa¹, Dra. Paula Arcenillas Quevedo¹, Sra. Antònia Expósito López¹, Dra. Inés Arancibia Freixa¹

¹Fundació Assistencial Mútua Terrassa

Introducció

Alguns paràmetres del consum d'opioïdes haurien d'evidenciar l'impacte de la intervenció de l'equip de suport hospitalari de cures pal·liatives (UFISS).

Objectiu

Analitzar el consum hospitalari d'opioïdes anual.

Determinar si concomitantment a la prescripció d'opioïde es prescriu els fàrmacs recomanats per minimitzar-ne la toxicitat.

Material i mètode

Estudi observacional en les unitats d'hospitalització convencional on intervé l'UFISS (s'exclou quiròfans, sala de parts, medicina intensiva, psiquiatria), d'un hospital universitari de 350 llits, amb una àrea d'influència de 350.000 habitants.

Es van quantificar els opioïdes administrats durant el 2022 mitjançant el programa de gestió del servei de Farmàcia.

Es va avaluar l'ús de neurolèptic, de procinètic i de laxant en els pacients amb una prescripció d'opioïde, mitjançant un tall transversal.

Resultats i conclusions

El 2022 s'ha utilitzat: 9.538 vials de clorur mòrfic 10mg; 683 comprimits de sulfat de morfina 10mg; 80, 510, 79, 152, 40 i 30 comprimits d'alliberació prolongada de sulfat de morfina de 5, 10, 15, 30, 60 i 100 mg respectivament; 3.620 vials de 0,15mg de citrat de fentanil; 550, 588, 243, 182 i 95 pegats transdèrmics de fentanil de 12, 25, 50, 75 i 100 micrograms/hora respectivament; i 103 vials de meperidina.

No hi ha canvis rellevants respecte anys previs, excepte pel fentanil parenteral que ha augmentat significativament (0 vials el 2002, 545 el 2012 i 3.620 el 2022) i per la meperidina que ha disminuït significativament a tot l'hospital (5.047 vials el 2002, 2.593 el 2012 i 200 el 2022).

S'ha avaluat la prescripció farmacològica de 202 malalts en el tall transversal. N'hi havia 53 (26%) que tenien prescrit algun opioïde; concomitantment, tenien prescrit un neurolèptic en 12 casos (23%), un procinètic en 20 (38%) i un laxant en 22 (42%).

Valorem positivament la incorporació del fentanil parenteral i el desús de la meperidina. Ens alerta que més de la meitat de les prescripcions d'opioïde no s'acompanyin dels fàrmacs recomanats per minimitzar-ne la toxicitat; millorar-ho és el nostre objectiu per als propers mesos.

PO02 / Empoderament dels fisioterapeutes en la gestió emocional de pacients oncològics i pal·liatius.

Sra. Meritxell Enrich i Grífol¹, Carlos Ibars Terés², **Dra. Priscila Muñoz San Juan¹**, Emili Resa Vaqué³, Anna Azamar Capdevila¹, M. Ángeles Sánchez Ainaga¹

¹Pades Pallars Hospital Comarcal del Pallars, ²EAPS DomusVi Lleida, ³Servei de Rehabilitació Hospital Comarcal del Pallars

Introducció.

La fisioteràpia és una de les disciplines d'un equip multidisciplinar en atenció pal·liativa. Els pacients projecten el malestar sobre els fisioterapeutes, que perceben limitacions en els recursos de gestió de la complexitat emocional. Provocant percepció d'ineficàcia i desgast físic i emocional.

Objectiu:

Incrementar la competència en gestió emocional dels fisioterapeutes del servei de rehabilitació de l'hos-



pital comarcal del Pallars.

Valorar la relació entre percepció e capacitat de resiliència y capacitat de gestió emocional.

Metodologia:

N= 12 fisioterapeutes d'atenció al pacient oncològic en hospital/o domicili. Disseny de programa de formació de 8 sessions basats en el Model d'intel·ligència emocional (Salovey y Mahoney, 1990). Valoració pre post sobre capacitat de gestió emocional i la seva relació amb la capacitat de resiliència. Utilització dels qüestionaris Trait Meta-Mood Scale (TMMS-24) per avaluació d'expressió, maneig i reconeixement de les emocions i Escala de Resiliència CD-RISC.

Resultats:

Increment de puntuacions en TMMS 24 en tots els participants.

Variable atenció, puntuació inicial mitjana 22; puntuació final mitjana 29

Variable claredat, puntuació inicial mitjana 23'5; puntuació final mitjana 28'5.

Variable reparació, puntuació inicial mitjana 24'5; puntuació final mitjana 28.

Increment de la puntuació en escala CD – RISC en tots els professionals .

La mitjana de puntuació grupal inicial 38; puntuació grupal final 43.

Existeix una correlació positiva entre anys d'experiència laboral i la capacitat de resiliència.

El 83,3% dels participants mostren satisfacció total amb els curss.

Conclusions:

La formació en gestió emocional dels fisioterapeutes es mostra eficaç i satisfactòria per a l'increment dels recursos d'acompanyament emocional bàsica . Així mateix, l'increment de capacitat de gestió emocional bàsica, influeix positivament en la capacitat de resiliència dels professionals. Reforçar aquesta capacitat és un factor protector de burnout per als professionals de l'equip assistencial. Serà necessari continuar responnent a les necessitats de suport i formació dels professionals dels equips d'atenció pal·liativa.

PO19 / Factors que predisposen a les persones ateses pel PADES a morir a domicili vs hospital.

Sr. Dani Lorite¹, Sra. Clara Lago Porredon¹, Sra Raquel López Avilés¹, Sra. Janna Ortínez Cuadrat¹

¹Pades CSA Hospital Universitari d'Igualada

L'atenció pal·liativa contemporània contempla, cada vegada més, el desig de la persona d'on vol viure el final de la seva vida. En la revisió bibliogràfica destaquem que la gran majoria d'autors destaca com el gold standard del lloc per morir el propi domicili de la persona; no obstant, hi ha molts factors que predisposen a que això es pugui dur a terme, i d'altres factors que condicionen que no es pugui assumir. Més enllà del tipus i trajectòria de malaltia, el control simptomàtic en positiu o negatiu i la presència d'un bon suport social, per exemple, a nivell internacional apareixen factors com els polític-econòmics, els geogràfics i els culturals. Això determina una gran heterogeneïtat de factors que predisposen a morir al domicili o a l'hospital.

Objectiu principal:

Identificar els factors que predisposen a morir a domicili, o a l'àmbit hospitalari, de les persones ateses pel servei de PADES de l'Anoia que hagin esdevingut èxits durant l'any 2022.

Metodologia:

S'ha dut a terme una revisió bibliogràfica per la base de dades PUBMED. Dels 24 articles hem indexat els factors que predisposen a morir a domicili, i els factors que no predisposen a morir a domicili, segons la bibliografia internacional.

S'ha realitzat una revisió de totes les històries clíniques dels pacients atesos entre el 01/01/2022 fins al 31/12/2022 que hagin esdevingut èxits durant el procés assistencial.

Resultats:

Els resultats del nostre estudi demostren que, podem afirmar que hi ha dos grans factors que predisposen a morir a domicili i que apareixen amb una alta freqüència en les visites realitzades a les persones i les seves famílies durant el continuum assistencial: El desig de morir a casa i el vincle terapèutic.

Hem observat que un dels factors predisponents que apareix en la revisió de dades és que la persona disposi d'un bon suport social, en forma de cuidador efectiu amb habilitats i eines per a proporcionar una atenció de qualitat en aquesta etapa de vida.

Observem principalment dos factors que predisposen a no morir a domicili: Falta de recursos o habilitats per part de les persones cuidadores i la presència de simptomatologia refractària.

PO26 | Body mapping como herramienta docente. Aproximación al significado de la espiritualidad en enfermería

Sra. Clara Lago Porredon^{1,4}, Dra. María Dolores Fernández Pascual², Dra. Laura Martínez Rodríguez³, Dra. Eva Barallat Gimeno⁴, Sra. Jordina Domenech Sorolla Domenech⁴, Dr. Abilio Reig Ferrer²

¹PADES Anoia. Hospital Universitari d'Igualada, ²Departamento de Psicología de Salud. Universidad de Alicante., ³Departament de Infermeria Fonamental i Medicoquirúrgica. Universitat de Barcelona., ⁴Universitat de Lleida

Introducción: La dinámica del Body-mapping además de ser una forma de arte, se utiliza también como técnica de representación para la generación de conocimiento. Es una técnica narrativa utilizada para facilitar la comprensión de uno mismo, de nuestros cuerpos, y del mundo en el que vivimos, promoviendo la autoconsciencia de las dimensiones de la espiritualidad a través del esbozo, pintura que muestran las imágenes mentales, ideas, miedos y preocupaciones que forman parte de las competencias espirituales en el ejercicio enfermero.

Objetivo: Explorar las percepciones, vivencias y discursos de estudiantes de enfermería que brindan cuidados de enfermería espiritual al final de la vida. Analizar qué elementos de las dimensiones de la espiritualidad (intra-inter-trans) emergen y cómo se expresan al hacerlas conscientes durante el proceso de formación de enfermería.

Metodología: Estudio cualitativo exploratorio. Se utiliza el body-mapping como técnica (de representación) en la generación de datos. Se realiza un análisis de contenido de los relatos que acompañan las imágenes de los dibujos y los dibujos de 40 estudiantes de 4º curso de enfermería. Aplican Criterios de rigor.

Resultados: Emergen todas las dimensiones de la espiritualidad (según la definición de la SECPAL). La dimensión que emerge con más riqueza es la intrapersonal, seguida de la interpersonal. La dimensión transpersonal emerge de forma residual y ligada a prácticas religiosas. El estudiantado elabora un discurso positivo sobre sus percepciones y significados en la relación de la dimensión espiritual y el significado de la integración de la espiritualidad en el cuidado de los pacientes al final de la vida.

Conclusiones: Los estudiantes identifican la omisión de la enseñanza del cuidado espiritual en su currículo de enfermería. Sin embargo, reconocen que este es un concepto importante que debe integrarse en el cuidado debido a su lugar.

PO34 | Habilitats comunicatives dels estudiants d'Infermeria en una simulació clínica d'una situació de final de vida

Dra. Eva Barallat Gimeno¹, Dra. Teresa Botigué Satorra¹, Dra. Aïda Bonet Auge¹, Sra. Clara Lago Porredon¹, Dra. Laia Selva Pareja¹, Dra. Olga Masot Ariño¹

¹Universitat de Lleida

Introducció: Les habilitats comunicatives són necessàries en la relació clínica, però es converteixen en fonaments en les cures pal·liatives. Per això, cal garantir que l'estudiantat del Grau en Infermeria disposi d'elles al finalitzar la seva formació universitària.

Objectiu: Avaluar les habilitats comunicatives que tenen els estudiants d'últim curs del Grau en Infermeria a través de la simulació clínica d'una valoració en una persona en situació de final de vida.



Materials i mètodes: Estudi de disseny quasi-experimental amb metodologia mixta en estudiants de l'assignatura "Atenció al pacient al final de vida" del Grau en Infermeria. Les habilitats comunicatives es van avaluar mitjançant l'escala CICAA (part QUAN) i es van recollir observacions dels avaluadors i comentaris de l'estudiantat de cadascun dels ítems (part QUAL).

Resultats: La mostra total estudiada va ser de 24 estudiants. En termes generals i segons les tasques de l'escala CICAA, l'estudiantat té més facilitat en identificar i comprendre els problemes de salut del pacient (mediana: 2; RI: 1,0-2,0), seguit de connectar amb el pacient (mediana: 1,25; RI: 1,0-2,0) i més dificultats en acordar amb el pacient sobre els problemes, decisions i accions i ajudar-lo a entendre, elegir i actuar (mediana: 1; RI: 0-1). Concretament, reben adequadament al pacient (55,6%), es mostren cortesos i amables (75%), faciliten el discurs (70,8%), mantenen contacte visual (100%), usen preguntes obertes (75%), exploren la causa del problema (56,5%), les emocions i sentiments generats (58,3%), com afecta a la seva vida i entorn (82,6%) i avaluen l'entorn sociocultural (75%). Per contra, no resumeixen la informació rebuda (83,3%), no donen l'oportunitat de participar en la presa de decisions (54,2%), no comproven que ha comprès la informació (50%) i no aconsegueixen compromisos explícits respecte al pla a seguir (60,9%). En aquests darrers casos, l'estudiantat manifesta que no ha sabut com fer-ho i tenir dificultats per resumir aspectes emocionals.

Conclusions: Els estudiants del Grau en Infermeria disposen d'habilitats comunicatives per afrontar situacions d'atenció al final de la vida, no obstant, caldrà fer més èmfasi en la formació relacionada amb la comprovació, negociació, informació i motivació.

PO35 | El PADES redueix el consum de recursos al final de la vida? Estudi pre-post intervenció

Dra. Ingrid Bullich Marín^{1,2}, Anna Schiaffino Rubinat^{3,4}, Gemma Martínez Díaz¹, Marta Miralpeix Monclús¹, Josefina Aroca Martínez¹, Jose Antonio Medina Bernaldez¹

¹*Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí*, ²*Institut d'Investigació i Innovació Parc Taulí*, ³*Departament de Salut. Generalitat de Catalunya*, ⁴*Institut Català d'Oncologia*

Introducció

El consum de recursos sanitaris augmenta al final de vida. El PADES és un recurs domiciliari específic de cures pal·liatives (CP) que contribueix a disminuir el número d'ingressos hospitalaris (IH) i visites a urgències (VU) de les persones ateses.

Objectius

Avaluar l'impacte de la intervenció del PADES (atenció PADES) en IH i VU.

Conèixer quins factors s'associen a tenir algun IH o VU durant el seguiment del PADES.

Materials i mètodes

Estudi pre-post atenció PADES. En cada persona es comparen els IH i les VU que es produeixen durant el temps d'atenció PADES vs el període equivalent previ a l'atenció PADES de les persones ateses al 2022. Variables dependents: IH i VU durant l'atenció PADES. Variables independents: sociodemogràfiques (edat, sexe) i clínic-assistencials (diagnòstic, comorbiditat, estat funcional, estat cognitiu, procedència, destí...) dels pacients.

Es realitza l'anàlisi descriptiu i es calcula l'associació entre variables amb SPSS-22.

Resultats i conclusions

Mostra=319 persones. 59,2% dones. Edat mitjana: 76,45 anys (DE=12,76). 82,8% diagnòstic oncològic. 69,6% estat cognitiu normal. Mitjana Barthel: 50,97 (DE=26,46). Mitjana PPS: 47,62 (DE=13,02). Procedència: 39,8% atenció primària (EAP); 27,0% Centre atenció intermèdia (CAI); 29,5% Unitat funcional sociosanitària CP. Destí a l'alta: 41,4% defunció domiciliària; 28,8% CAI; 16,3% EAP. Estada mitjana PADES: 45,59 (DE=46,18).

El període anterior a l'atenció PADES, el 27,3% ha tingut algun IH (18,5% han fet un IH i 8,8% 2 o més

IH). Durant l'atenció PADES és el 40,8% (35,7% han fet 1 IH i 5% 2 o més IH). La mitjana de dies de l'IH es redueixen de 5,04 a 4,22.

El període anterior a l'atenció PADES, el 32,0% ha tingut alguna VU (20,4% han fet una VU i 11,6% 2 o més VU). Durant l'atenció PADES és el 21,0% (18,5% han fet 1 VU i 2,5% 2 o més VU).

Les variables que es relacionen amb IH i VU durant l'atenció PADES són el tipus de diagnòstic, la destinació a l'alta, el Barthel i els dies d'IH.

En conclusió, el PADES redueix el percentatge de persones amb VU, especialment de les multifreqüentadores, així com de múltiples IH i dies d'estada de l'IH.

PO36 / Convivències intergeneracionals. Comprant records, connectant vides

Dra. Susanna Forné González¹, Eva March Álvarez¹, Jilma Mendoza Soto¹, Sonja Georgiu¹, Verónica de los Angeles Viera¹, Cristina Aguar Peñalver¹, Roser Julià Juncadella¹

¹Fundació Sant Hospital

Introducció

Els projectes intergeneracionals són eines, oportunitats i formes de creació d'espais per a les trobades, la sensibilització, la promoció del recolzament social i l'intercanvi recíproc, compromès i voluntari de recursos, aprenentatges, idees i valors dirigits a produir i reforçar, entre generacions, llaços afectius, canvis i beneficis individuals i comunitaris, que permetin construir societats més justes, integrades i socials.

Objectiu

Valorar l'impacte que han tingut les convivències intergeneracionals en la gent gran de la residència i del centre de dia.

Material i mètode

Descriptiu del projecte i de l'experiència vivencial entre persones grans (amb i sense deteriorament cognitiu/ afectació funcional) i alumnes de 6è de primària.

Fases del projecte:

Inicial: reunió de treball entre els agents implicats per definir objectius i línies d'actuació per tal d'adequar-los a les necessitats detectades. Reunió amb familiars i residents per explicar el projecte.

Intermèdia: trobada de coneixença entre alumnes i gent gran, visita guiada a les botigues centenàries de la Seu i entrevistes per recollir informació sobre la seva història de vida, el comerç i els hàbits de consum de la seva època. L'Arxiu Comarcal recull la transmissió oral de la memòria biogràfica i històrica, enregistrament i conservació en el fons documental de l'arxiu. Visita a les botigues-museu de Salàs de Pallars i activitats de convivència.

Final: valoració del projecte per part de la gent gran i dels professionals implicats. Difusió del projecte i cloenda conjunta.

La valoració de l'experiència es va registrar mitjançant el qüestionari NPT-ES al finalitzar les convivències juntament amb un qüestionari breu no estandarditzat de l'experiència viscuda per cada participant.

Resultats

La puntuació mitjana obtinguda en l'escala NPT-ES va ser de 13,8 sobre un màxim de 15 punts, mostrant un nivell alt de participació, de relació entre infants i gent gran i de gaudi en les activitats plantejades. Les persones grans van fer una valoració molt positiva de l'experiència considerant les convivències una activitat molt valuosa entre ambdues generacions.

Conclusions

L'experiència intergeneracional produeix beneficis directes en la gent gran, fomenta la seva participació, genera i reforça vincles afavorint el seu benestar físic, emocional i relacional fora de l'entorn residencial.

PO37 / Neoplàsia de pròstata al domicili

Sra. Marta Llobera Solanas¹, Olga Mejón Casas¹, Carina Cano del Olmo¹, Beatriz Cortina Cabrerizo¹, Sara Gabernet Foix¹, Manuel Cáceres Becerra¹

¹PADES GSS(Hospital Universitari Santa Maria)

Introducció



El càncer avançat és un problema de salut que afecta la qualitat de vida dels pacients i limita la seva supervivència. Els equips PADES són equips d'atenció domiciliària que atenen pacients amb patologia oncològica i no oncològica en fase avançada i final de vida, amb l'objectiu de controlar símptomes i aliviar el sofriment des d'un abordatge biopsicosocial.

El càncer de pròstata és el tumor sòlid més freqüent en els homes, i tres de cada quatre desenvolupen metàstasis òssies.

Objectius

Determinar les característiques del pacient amb neoplàsia de pròstata que atèn PADES.

Material i mètodes

Estudi descriptiu retrospectiu, mitjançant revisió d'històries clíniques dels pacients atesos per PADES GSS amb dx principal de neoplàsia de pròstata, l'any 2022.

Resultats

Del total de 1618 històries revisades, el 2,53% tenen dx principal neo de pròstata.

Edat mitjana: 82,68 anys. Estada mitjana a PADES: 45,39 dies.

Altes: 48,78% per exitus al domicili; 34,15% per estabilització; 9,76%, ingrés a Hospital d'Aguts; 7,32% ingrés a CSS.

Presència de metàstasis òssies: 68,29%; d'aquests presenten dolor un 78,57%.

Dolor: 65,75%. El 25,93% han estat valorats per Fisioteràpia (FST). Dels que tenen dolor, un 81,48% té metàstasis òssies.

Valoració de FST: 21,95%

Caigudes: 19,51%. Un 25% dels pacients que han caigut han estat valorats per FST. Caigudes: el 50% les han patit pacients amb dependència total i el 37'5% amb dependència severa.

Dependència funcional (Barthel a l'ingrés): 24,39% total, 19,51% severa, 21,95% moderada, 29,27% lleugera, 2,44% independent.

Conclusions

- Tot i que la incidència del dolor és elevada, el que presenten aquests pacients no sempre està en relació a les metàstasis òssies.
- Ens ha sorprès el reduït nombre de pacients valorats per Fisioteràpia, i els escassos pacients amb aquest dx principal: caldria avaluar recollida de dades.
- El perfil de pacient PADES amb neo de pròstata és: pacient d'uns 82 anys, ingressat en programa PADES uns 45 dies; amb metàstasis òssies i dolor; amb dependència total o severa, i amb un baix índex de caigudes, essent alta per èxitus a domicili.

PO48 | Complejidad "A propósito de un caso"

Dra. Beatriz Romero González¹, Dra. Marta Albiol Serra¹, Dr. Diego Díaz Cárdenas¹, Sra. Cruz Sánchez Julvé¹, Sra. Olivia Gimenez Rafael¹, Enf. Stoyanka Vangelov¹

¹Hospital Residencial Los Camilos

Objetivo: Identificar de forma temprana la complejidad.

Varón de 58 años natural de China. Residente en España (20 años), barrera idiomática.

Fumador activo (40 paquetes /año). Sin comorbilidades.

Tiene dos hijos (en China y Grecia), sólo realizan contacto telefónico. Sin familiares ni personas de referencia en España. Trabajador en hostelería. Vive en piso (propiedad del empresario donde trabaja).

Diagnosticado de Adenocarcinoma pulmonar T4N3M1c (adenopatías supraclaviculares, mediastino anterior, hilio pulmonar izquierdo, retroperitoneales, metástasis en glándula suprarrenal izquierda y metástasis líticas segmento D6-D8 del raquis con afectación costovertebral izquierda). Inició quimioterapia paliativa con mala respuesta. Presenta dolor irruptivo a nivel dorsal EVA 8/10 en tratamiento con fentanilo parche, dolor de difícil control. Se solicita radioterapia antiálgica.

Paciente ingresa en hospital por deterioro del estado general, dolor no controlado. Se realiza TAC y se objetiva progresión de la enfermedad y derrame pleural masivo. Se inicia bomba de fentanilo e iniciamos contacto con uno de sus hijos, explicamos situación clínica de su padre. Familia no estaba informada del diagnóstico oncológico. El paciente expresa el deseo de viajar a su país, además de que no dispone de vivienda, ya que no se encuentra trabajando, sin embargo, dado el empeoramiento del estado general se desestima esa posibilidad. Posterior a la intervención multidisciplinar se valora que la mejor opción terapéutica del paciente es permanecer ingresado en la unidad de cuidados paliativos y que su hijo se desplace desde Grecia para poderlo acompañar en el proceso de final de vida. Finalmente, el paciente fallece en compañía de sus dos hijos.

Conclusiones: Para establecer la complejidad es necesaria una valoración integral de las necesidades del paciente y su familia. Nuestro caso presentaba criterios de alta complejidad que son: la presencia de síntomas refractarios, situación social de difícil abordaje (falta de cuidador), barrera idiomática y necesidad de coordinación entre los diferentes recursos, por lo que se realizó una valoración multidimensional del paciente y su familia con una intervención conjunta y transversal. En una situación terminal, es importante valorar la complejidad, para así garantizar cuidados de calidad con el objetivo de proporcionar confort y dignidad en el final de la vida.

PO53 | La simulación clínica en la adquisición de habilidades de cuidados espirituales en estudiantes de enfermería

Sra. Jordina Domènech Sorolla

Introducción:

Desde la visión enfermera para realizar un abordaje completo de las necesidades del paciente, entendiéndose como un ser humano con las esferas bio-psico-social, es necesario dar unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica actualizada.

Se puede observar que actualmente los graduados de enfermería salen correctamente preparados del Grado con unas competencias teóricas y prácticas adquiridas. Se reconoce también una necesidad de mejora en la formación sobre habilidades comunicativas e interpersonales para aumentar la comprensión de los cuidados espirituales. La simulación clínica es una herramienta capaz de mejorar las habilidades de los estudiantes de enfermería en entornos seguros.

Objetivo:

Explorar las habilidades de los cuidados espirituales de enfermería de los estudiantes de primer curso mediante la simulación clínica.

Diseño:

Estudio cualitativo fenomenológico.

Los estudiantes de enfermería de primer curso de la Universidad de Lleida (n=45) realizaron una actividad de simulación clínica con 12 escenarios relacionados con la espiritualidad. Posteriormente realizaron un trabajo de Debriefing clínico escrito los cuales se sometieron a un análisis multidimensional de los textos mediante el programa IRAMUTEQ.

Resultados y conclusiones:

Las fases de la codificación se realizaron a lo largo de tres momentos del proyecto: una codificación inicial, focalizada y teórica. Además, los debriefings clínicos estaban divididos en cuatro partes: descripción, análisis, aplicación y conclusiones. A partir de los textos el programa ha realizado el análisis semántico obteniéndose así unos body-mapping y wordcloud de palabras.

En la fase de descripción se puede observar que paciente se sitúa en el centro y existe un fenómeno muy rico en conceptos y matices alrededor de la espiritualidad

Por lo tanto, se concluye que, la simulación se configura como una metodología clave para trabajar las competencias espirituales. Es necesario profundizar en la generación de conocimiento (patrones de conocimiento, impacto sobre los estudiantes, evaluación, desarrollo por niveles competenciales...). Además, se tiene un efecto beneficioso en el crecimiento de "lo personal" en el estudiantado.

Palabras clave:

Estudiantes de enfermería, simulación clínica y cuidados espirituales



ÍNDEX D'AUTORS/ES

A

Aguar Peñalver, Cristina	PO36	Álvaro Pardo, Margarita	PO05
Aguilá Soriano, Susana	PO09	Amador Gutiérrez, Luisa	PO27
Alberca Patazca, Evelyn	PO49	Andrés Carrillo, Cristina	PO24
Alberich Ribé, Carles	CO-03	Arancibia Freixa, Inés	CO-05
Albiol Serra, Marta	PO48, PO07	Arcenillas Quevedo, Paula	CO-05
Alier Comadran, Mariona	PO15, PO16, PO017	Aroca Martínez, Josefina	PO35
Alvarado Escobar, Christian	PO49, PO50	Azamar Capdevila, Anna	PO02

B

Baños Gala, Magi- Eladi	PO24	Bonet Auge, Aïda	PO34
Barallat Gimeno, Eva	PO26, PO34, PO46	Borreguero Guerrero, Eduard	PO12
Barceló Castellví, Sandra	PO47	Boté, Cristina	PO04, PO03
Berrío , Íñigo	PO22	Botigué Satorra, Teresa	PO34
Bigata, Teresa	CO-01	Bottaro Parra, David	PO29, PO46
Blasi Martínez, Rosa	PO46	Bullich Marín, Ingrid	PO35
Bleda Perez, Montserrat	PO05	Busquet Duran, Xavier	PO38

C

Cabezas, Inés	PO29	Castarlenas Sancho, María Isabel	PO09
Cáceres Becerra, Manuel	PO37	Castellví Sampol, Àngela	PO20
Calafell Llabrés, Belén	PO54	Cerdá Sebastian, Gabriela	PO06
Calls, Jordi	PO03	Cerejido Gómez, Samantha	PO23
Calsina-Berna, Agnès	PO05, PO06	Cimerman, Jacqueline	PO29
Camarero Díez, Victoria	PO09	Colomina Faixes, Marta	PO14
Camprubí Rovira, Marta	CO-04, PO18	Cortina Cabrerizo, Beatriz	PO37
Canal Sotelo, Jaume	PO46	Costa González, Maria Jesus	CO-01
Cano del Olmo, Carina	PO37	Costafreda Mas, Miriam	PO33, PO44
Capellades , Carla	PO43	Costas Muñoz, Emma	PO28

Carbó Casanovas, Teresa	CO-04, PO18	Crespo, Iris	PO21
Casarramona Vivas, Èlia	PO28	Cuenca Casbas, Paula	PO06

D

De Magrinyà Claramunt, Josep M ^a	PO13	Domingo Villar, Ana	PO42, PO44
Delgado Velasco, María	PO52	Dominguez , Marisol	PO43
Diaz Cardenas , Diego	PO36	Duaso Magaña, Enric	PO49, PO50
Domenech Sorolla, Jordina	PO07, PO26, PO48, PO53		

E

Enrich Claramunt, Marta	PO40	Escriche Matas, Raquel	PO12
Enrich i Grífol, Meritxell	PO02	Expósito López, Antònia	CO-05

F

Farriols Danes, Cristina	PO09, PO27, PO43	Ferrer Cobo, Esther	CO-02
Feijóo Cid, María	PO38	Fontanet Munarriz, Montserrat	PO52
Fernández Pascual, María Dolores	PO26	Forné González, Susanna	PO36
		Freixedes Martínez, Vanessa	PO12

G

Gabarró, Teresa	PO03	Gómez Losada, Èlia	PO27
Gabernet Foix, Sara	PO37	Gómez Romero, María José	PO31
Gabilondo Molina, Elena	CO-02, PO30	Gómez-Batiste, Xavier	PO31
Galán Fernández, Jessica	PO23	Gómez-Romero, María José	PO32
Gamboa, Andrés	PO50	González Barboteo, Jesús	PO31
García Domínguez, Rosa	PO45	González Garcés, Assupmta	PO13



Garrido Ballart, Paula	PO05	González Gardo, Laura	CO-01
Garriga Badia, Aurora	PO39, PO40	Gonzalez Melero, Susana	PO09, PO27
Garrillo Cepeda, jennifer	PO25	González-Zobl, Griselda	PO39, PO40
Georgiu, Sonja	PO36	Graell Tor, Montse	PO51
Gil Carrión, Irene	PO28	Granados, Virgínia	PO06
Gil Juanmiquel, Laura	PO24	Grifoll, Marc	PO29
Giménez Rafael, Olivia	PO48	Gumà, Josep	PO29
Goicoechea, Marta	PO22		

Í

Ibars Terés, Carlos	PO02	Izquierdo, José	PO15
Íñiguez Rueda, Lupicinio	PO38		

J

Jaume Prat, Raquel	PO52	Julià Juncadella, Roser	PO36
Jornet Mesa, Laura	PO13	Julià Torras, Joaquim	PO05, PO06, PO21

L

Ladino Vásquez, Andrea Paz	PO33, PO41, PO42, PO43, PO44	López Avilés, Raquel	PO19
Lago Porredon, Clara	PO19, PO26, PO34, PO49	López Matons, Núria	PO28
Limonero, Joaquim T.	PO31, PO32	López Postigo, Montserrat	PO45

Liras García, Mercedes	PO20	Lorite, Dani	PO19
Llobera Solanas, Marta	PO37	Lozano Monterde, Trinidad	PO45

M

Majó, Josep	PO15, PO16	Mellado Casquet, Cristina	PO45
Malumbres Talavera, Jenifer	PO20	Méndez , Silvina Marcela	CO-02
Manzano Monfort, Griselda	CO-02	Mendoza Soto, Jilma	PO36
March Álvarez, Eva	PO36	Metlikovez Castillo, Montse	PO08
Martín Marco, Antonio	PO46	Mijancos, Carolina	PO25
Martín Pérez, Anastasi	PO20	Miquel Valentí, Margarita	PO14
Martínez, Carolina	PO15, PO16	Miralpeix Monclús , Marta	PO35
Martínez , Juana María	PO43	Miranda Flores, MªEmilia	PO47
Martínez Colomer, Carolina	PO14	Moggia, Danilo	CO-06
Martínez Díaz, Gemma	PO35	Molina Hinojosa, José Carlos	PO12
Martinez Illan, Marina	PO42, PO44	Monforte-Royo, Cristina	PO21
Martinez Martinez, Nuria	PO52	Montalbetti , Adriana	PO43
Martínez Rodríguez, Laura	PO26	Montiel Romero, Isabel	PO01
Masanés Toran, Ferran	PO33, PO41	Moral, Ana Maria	PO15, PO16, PO17
Masot Ariño, Olga	PO34	Morcillo Pérez, Mònica	CO-03
Maté Méndez, Jorge	PO31	Moreno Espinosa, Jordi	PO27
Mateo, Dolors	PO31	Moreno Gabriel, Eduard	PO38
Mateu Gelabert, M. Teresa	PO47	Morros Torné, Concepció	CO-04, PO18
Mató, Laura	PO15, PO16, PO17	Moya Jiménez, Lucia	PO40
Medina Bernaldez, Jose Antonio	PO35	Muñoz San Juan, Priscila	PO02



Mejón Casas, Olga	PO37	Muñoz Serrano, Maria Teresa	PO12
-------------------	------	-----------------------------	------

N

Naval Marcos, Mireia	CO-04, PO18	Nitola Mendoza, Lina María	PO05, PO06, PO46
Navarro Vilarrubí, Sergi	CO-01		

O

Oller Bonache, Adrian	PO28, PO46	Otero, Sol	PO03
Ortínez Cuadrat, Janna	PO19		

P

Palacio, Carolina	PO32	Pergolizzi, Denise	PO21
Pardos Plaza, Laura	PO01	Pintado Outumuro, Elena	PO20
Parra, Andrea	PO44	Porras Alcaraz, Àngels	PO07
Pellicé Ariño, Martina	PO33, PO41, PO42	Pujadas Gil, Cristina	PO45
Pena, Cristina	PO17		

Q

Quintela, Marta	PO03
-----------------	------

R

Reig Ferrer, Abilio	PO26	Rodríguez Mesa, Dulce	PO29
Reina García, Patricia	PO28	Rodríguez Torrella, Claudia	PO41

Resa Vaqué, Emili	PO02	Rodríguez Zambrano, Faby Nathalie	PO40
Riera, Gemma	PO16, PO17	Rodríguez-Prat, Andrea	PO21
Riera Minguet, Neus	PO39	Rojas, Yohana	PO17
Riera Tornés, Gemma	PO14	Romaní Costa, Verònica	CO-05
Riquelme Olivares, Mercè	PO08, PO10, PO11	Romero González, Beatriz	PO48
Rocafort Vidal, Pilar	CO-02	Romero Ros, Jordi	CO-02
Rodríguez Fernández, Laura	PO24	Rossich Verdés, Romy	PO24
Rodríguez González, Tania	PO27	Rovira González, Natàlia	PO13
Rodríguez López, Erika	PO45	Ruíz Fernández, Marta	PO20

S

Saborido García, Rosario	CO-04, PO18	Saurina Solé, Anna	PO04, PO03
Salas Sol, Olga	PO09	Schiaffino Rubinat, Anna	PO35
Salazar, Adelaido	PO44	Seguro Calabozo, Sabelia	PO08
Salazar Rustarazo, Adelaido	PO33, PO41, PO42	Selva Pareja, Laia	PO34
Salvanyà, Lluïsa	CO-06	Serna Mont-Ros, Judith	PO25
Sánchez Ainaga, María Ángeles	PO02	Solé Llop, Gisela	PO39
Sánchez Julvé, Cruz	PO48	Soler, María Jose	PO04
Sánchez Lozano, Paula	PO24	Soteras i Corbellà, Rosa	PO52
Sánchez Rodríguez, Marta Mónica	PO41	Suárez Pañeda, Julia	PO33, PO42



Sanjuan Aragón, Marta	PO13	Surroca Torrents, Anna	PO12
T			
Taló Solé, Mercé	PO52	Torán Monserrat, Pere	PO38
V			
Valdesoiro Pulido, Francisco	PO41	Vidal Villalon, Gloria	PO07
Valentini, Adrian	PO49	Villa Garcia, Noèlia	PO39
Vangelov, Stoyanka	PO07, PO48	Villanueva Gómez, Carme	CO-04, PO18
Verdaguer Mata, María	PO38	Viñals Barquero , Anna	PO07
Vidal, Ana	PO03, PO49, PO50	Virgós Bonfill, Mònica	CO-03, PO13
		Vivas Solé, Sílvia	PO39, PO40

EXPOSICIÓ COMERCIAL I PATROCINIS



Exposició comercial

L'exposició comercial està situada al Hall de l'Ateneu.

L'horari de l'exposició comercial és el següent:

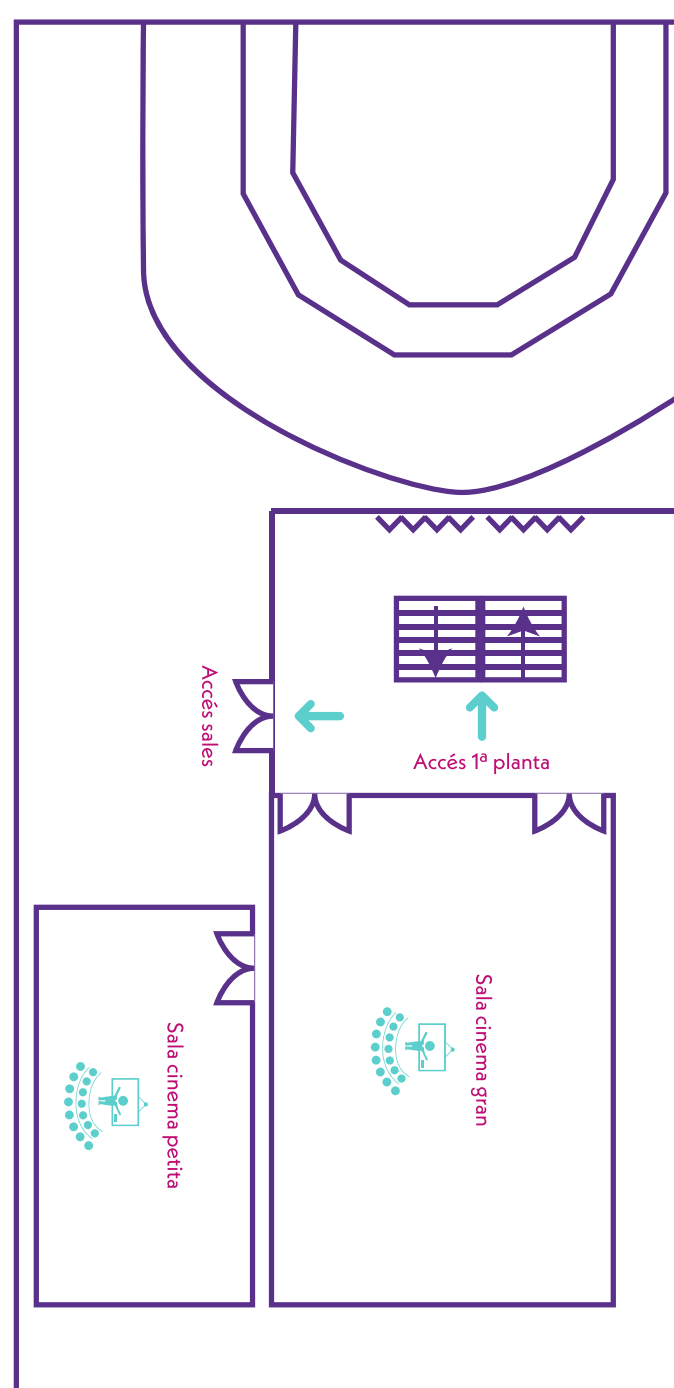
Divendres, 2 de juny de 2023: de 10:30h a 21:00h

Dissabte, 3 de juny de 2023: de 09:30h a 15:30h

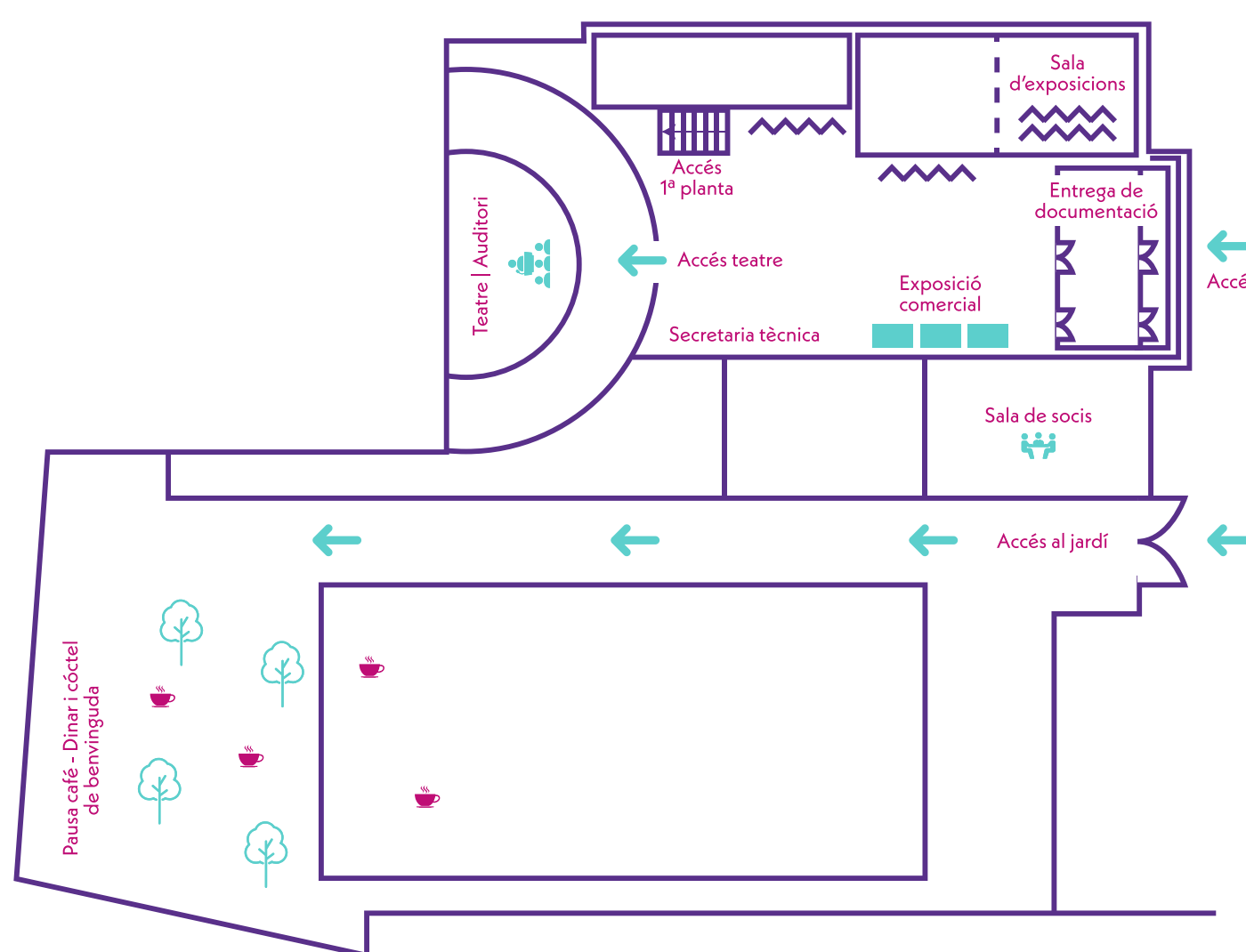
Els contactes de les cases comercials estaran disponibles a les pauses cafè i còctel de benvinguda al jardí.

Volem expressar el nostre agraïment a totes les empreses i entitats que han col·laborat i han fet possible l'SCBCP 2023.

PLANTA 1



PLANTA BAIXA I PISTA EXTERIOR



Patrocinis

Exposició comercial:

KYOWA KIRIN

convatec
— forever caring —

CASEN RECORDATI
GROUP

Patrocinadors:



COL·LEGI OFICIAL
INFERMERES I INFERMERS
BARCELONA



Col·laboradors:



Organitza



Societat Catalano-Balear
de Cures Pal·liatives

Secretaria Tècnica

Bco
Congresos
Barceló
GRUPO

www.bcocongresos.com
Tel: +34 93 882 38 78
scbcp2023@bcocongresos.com

PAQUETS DE PATROCINI



Col·laboració PLATÍ

7.000€ + IVA

- Simposi satèl·lit de 90 minuts.
- 2 espais a l'exposició comercial amb connexió elèctrica (estand modular i muntatge no inclosos).
- Inclusió del logo de l'empresa expositora dins de l'apartat corresponent.
- Inclusió del logo de l'empresa expositora a les newsletters que enviarem periòdicament per promocionar el congrés.
- Inclusió del logo de l'empresa expositora.
- Inserció gratuïta de publicitat a la bossa dels delegats.
- Logo de l'empresa expositora a la pantalla de la sala plenària durant les pauses.
- 3 inscripcions gratuïtes al congrés (accés a totes les sessions i àrea d'exposició comercial).
- 6 passis d'expositor (només permet accés a l'àrea d'exposició comercial).
- Prioritat per escollir altres opcions de patrocini.



Col·laboració OR

4.500€ + IVA

- Simposi satèl·lit de 30 minuts.
- 1 espai a l'exposició comercial amb connexió elèctrica (estand modular i muntatge no inclosos).
- Inclusió del logo de l'empresa expositora dins de l'apartat corresponent.
- Inclusió del logo de l'empresa expositora a les newsletters que enviarem periòdicament per promocionar el congrés.
- Inclusió del logo de l'empresa expositora.
- Inserció gratuïta de publicitat a la bossa dels delegats.
- Logo de l'empresa expositora a la pantalla de la sala plenària durant les pauses.
- 2 inscripcions gratuïtes al congrés (accés a totes les sessions i àrea d'exposició comercial).
- 4 passis d'expositor (només accés a l'àrea d'exposició comercial).
- Prioritat per escollir altres opcions de patrocini (lanyards, blocs de notes, bolis, internet corner, ...).