EL PRIVILEGIO DE PROPORCIONAR CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA. CASO CLÍNICO. PARTE 2.

The privilege of providing end of life care. Clinical case. Part 2.

AUTORA: Thais Mateo Puebla.

COAUTORA 1: Beatriz de la Iglesia Azaña.

COAUTORA 2: Sandra González Sanromán.

Acréditi Formación s.l.

C/Diego Velázquez, nº 3

C.P. 26007 La Rioja

e-mail: editorial@acreditiformacion.com

www.acreditiformacion.com

www.publicacionescientificas.es

Reservados todos los derechos

Esta publicación no puede ser reproducida o trasmitida, total
o parcialmente, por cualquier medio, electrónico o mecánico,

ni por fotocopia, grabación u otro sistema de reproducción de información

sin el permiso por escrito de la Editorial.

El contenido de este libro

es responsabilidad exclusiva de los autores.

La editorial declina toda responsabilidad sobre el mismo.

ISBN: 978-84-18564-15-4

ÍNDICE.

RESUMEN.....1

ABSTRACT. 3

INTRODUCCIÓN. 5

METODOLOGÍA.....24

DESARROLLO.....33

1. ACTUACIÓN ENFERMERA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA. CASO CLÍNICO.....33

1.1. Valoración del paciente. 34

1.2. Fase diagnóstica. 47

1.3. Planificación. 47

1.4. Evaluación. 92

CONCLUSIONES. 92

REPERCUSIONES. 94

REPERCUSIÓN 1. 94

REPERCUSIÓN 2. 96

BIBLIOGRAFÍA. 98

Bibliografía citada:.....98

Bibliografía consultada: 100

RESUMEN.

Título: El privilegio de proporcionar cuidados al final de la vida. Caso clínico. Parte 2.

Autoras: Thais Mateo Puebla, Beatriz de la Iglesia Azaña, Sandra González Sanromán.

Como se mencionó en la primera parte de esta publicación, los cuidados al final de la vida son los que se brindan al paciente que sufre una enfermedad avanzada y compleja cuyos objetivos principales son evitar el sufrimiento y acompañar en esta situación de índole difícil y amenazante en la que afloran sentimientos de incertidumbre. Estos cuidados no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades del paciente y la familia. Se hacen imprescindibles ya que en la actualidad conviven millones de personas que sufren enfermedades neoplásicas terminales, progresivas e incurables. El objetivo de este trabajo es aplicar los conocimientos desarrollados en la primera parte donde conocimos al paciente oncológico en

situación de últimos días y a su familia a través de una búsqueda bibliográfica de diversos artículos científicos en bases de datos como Google Académico, PubMed, Scielo, Redalyc, Fisterra, Elsevier, Medigraphic, Dialnet y páginas de Organismos Oficiales y de Asociaciones. Después se plantea un caso clínico de un paciente tipo con cáncer pulmonar avanzado en estadio IV para el que se desarrolla un plan de cuidados individualizado a través del uso de las taxonomías con lenguajes estandarizados. Como conclusión podríamos destacar que el Proceso Enfermero como método de trabajo en cuidados paliativos facilita que el equipo de enfermería participe de forma activa en la toma de decisiones, sea una pieza clave en el diálogo interdisciplinar y acompañe en el proceso asistencial al paciente y la familia hasta el final de sus días.

Palabras clave: enfermería, cuidados paliativos, paciente oncológico, plan de cuidados, apoyo emocional.

ABSTRACT.

Title: The privilege of providing end of life care. Clinical case. Part 2.

Authoras: Thais Mateo Puebla, Beatriz de la Iglesia Azaña, Sandra González Sanromán.

As mentioned in the first part of this post, end of Life Care is aimed at patients who have a complex and advanced disease. The main goal of End of Life Care is to prevent and relieve suffering and to offer support during the difficult and threatening situation of arising uncertainty. Care should not be limited to the very last days of life. Instead it should be applied gradually throughout all stages of the advancing disease and progressively according to the patient and family needs. End of Life Care is essential these days as the number of people with terminal, progressive and incurable neoplasia accounts for millions.

The objective of this work is to apply the knowledge developed in the first part where we met the cancer patient in the last days situation

and his family through a bibliographic search of various scientific articles in databases such as Google Scholar, PubMed, Scielo, Redalyc, Fisterra, Elsevier, Medigraphic, Dialnet and pages of Official Organizations and Associations.

Next, a case study is proposed for one patient prototype with advanced pulmonary cancer (stage IV). An individualised care plan is designed for this patient using taxonomies with standardised languages.

This work concludes that the Nursing Process, as a method of work in palliative care, facilitates the active participation of the nursing team in decision making; it is key for interdisciplinary communication and to accompany the patient and family during the assistance process until the end of life.

Keywords: Nursing, palliative care, oncologic patient, care planning, mental health support.

INTRODUCCIÓN.

En la primera parte incidimos en el indiscutible aumento de la esperanza de vida que con el tiempo ha conllevado al aumento gradual de algunas enfermedades crónicas unidas al envejecimiento progresivo de la población. En la actualidad, se ha observado que conviven millones de personas que sufren enfermedades terminales, progresivas e incurables y que a su vez viven una situación difícil y angustiosa de sus últimos días. Pensando en estas personas, en mejorar su bienestar y su calidad de vida, buscando el acercamiento a una muerte tranquila, es necesario la aplicación de unos “cuidados especiales”, cuidados con una “identidad común”. Son cuidados pensados en la individualidad de la persona y no en la enfermedad que padece, cuidados en esta etapa final de la vida que cubran todas las necesidades humanas de bienestar y confort. Para lograrlo entran en juego los cuidados paliativos, que son unos cuidados basados en valores, cuidados humanizados y cuyo objetivo es

lograr que estos pacientes tengan una vida digna hasta el final.

Creemos importante antes de comenzar a desarrollar el objetivo principal de este trabajo, el desarrollo de un plan de cuidados, el conocer algunos términos relacionados con los cuidados paliativos y los pacientes a los que estos van dirigidos.

1. Diferencias entre paciente oncológico y paciente no oncológico.

Los cuidados paliativos pueden ir destinados a múltiples pacientes que sufren diversas enfermedades. Una clasificación a nivel general seria la de diferenciar a los pacientes oncológicos y los no oncológico ya que difieren en sintomatología y en el impacto emocional que conlleva su enfermedad y por lo tanto en los cuidados necesarios y en el tratamiento aplicado. En el desarrollo de este trabajo nos centraremos en el paciente oncológico para el desarrollo de los objetivos.

1.1. Enfermedad terminal oncológica.

Es una enfermedad terminal donde se ha comprobado que la histología del tumor no ejerce ninguna influencia en la supervivencia del paciente.

El paciente que sufre una enfermedad terminal oncológica reúne diversas características comunes:

- Presencia de enfermedad oncológica avanzada, progresiva e incurable con diagnostico histológico. Se podrá aceptar la ausencia del diagnóstico histológico en situaciones excepcionales en las que el paciente no pueda someterse a una investigación exhaustiva de su neoplasia, se deberán haber excluido tumores tratables.
- Haber recibido tratamiento curativo eficaz y encontrarse en situación de nula o escasa respuesta al tratamiento aplicado para su patología oncológica especifica. En algunas ocasiones se utilizarán tratamiento

como la quimioterapia, la radioterapia, la hormonoterapia, etc. para aumentar la calidad de vida del paciente.

- Presencia de sintomatología múltiple, multifactorial, intensa y cambiante.
- Impacto emocional en el paciente o en la familia relacionado con el proceso de muerte.
- Pronóstico de vida limitado a los últimos meses de vida (1).

1.2. Enfermedad terminal no oncológica.

Los pacientes que sufren una enfermedad terminal no oncológica reúnen las siguientes características:

- Poseen las mismas características que los pacientes oncológicos diferenciándose en que la patología de base no será de origen oncológica.
- El tratamiento para la patología de base ha sido optimizado al máximo posible. Este

tratamiento sin embargo se prolongará hasta el final de la vida, en casos excepcionales se sustituirá por tratamiento paliativo cuando la situación del paciente este muy próxima al exitus.

- Impacto emocional del paciente y la familia en este caso relacionado o no con la muerte (1).

2. Morbilidad.

2.1. Prevalencia.

La prevalencia es el número de casos con enfermedad oncológica durante un periodo o un momento concreto. La definición más usual y empelada en el campo de la medicina para la prevalencia es el número de pacientes diagnosticados con un tipo de tumor concreto que continúan vivos a los 5 años del diagnóstico. La prevalencia viene determinada por la supervivencia e incluye tanto a las personas diagnosticadas recientemente y a las diagnosticadas en el pasado. Los tumores

constituyen una de las principales causas de ingreso hospitalario. En el 2015 fueron 3.599.306 estancias hospitalarias. Los tumores más prevalentes a nivel mundial son los siguientes: mama, próstata, colorrectal, pulmón, cérvix, estómago, vejiga, útero, tiroides y riñón (2).

Figura 1: Prevalencia de tumores a nivel mundial (población general).

Fuente: SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2018.

Estos datos corresponden a las tumoraciones padecidas en el año 2012 en la población general, sin distinción de sexo ni edad a nivel mundial.

En España, los diez tumores más prevalentes son el de mama, el de próstata, el colorrectal, el de vejiga, el de pulmón, el melanoma, el de útero, el de riñón, el linfoma no Hodgkin y el de estómago.

2.2. Incidencia.

En cuanto a la incidencia, números de casos nuevos de enfermedad oncológica en una población y en un tiempo determinado. A nivel mundial el cáncer sigue siendo unas de las principales causas de morbilidad, son aproximadamente 14 millones de personas afectadas en el 2012 (últimos datos disponibles a nivel mundial) y se prevé que en 2035 aumente un 70% llegando a alcanzar los 24 millones de personas (2).

Figura 2: Estimación del número de nuevos casos en el mundo para los años 2012 y 2035.

Año	Número estimado de nuevos cánceres (todas las edades)	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2012		7.410.376	6.657.518	14.067.894
	< 65 años	3.537.216	3.846.166	7.383.382
	> = 65 años	3.873.160	2.811.352	6.684.512
2035		13.142.205	10.838.653	23.980.858
	< 65 años	5.043.994	5.246.930	10.290.924
	> = 65 años	8.098.211	5.591.723	13.689.934
	Cambio demográfico	5.371.829	4.181.135	9.912.964
	< 65 años	1.506.778	1.400.764	2.907.542
	> = 65 años	4.225.051	2.780.371	7.005.422

Fuente: SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2018.

A nivel nacional, el cáncer también es una de las principales causas de morbilidad alcanzando 215.535 personas afectadas en el 2012, 228.482 en el 2017 y se prevé que en el 2035 sigan aumentando estas cifras hasta alcanzar los 315.413 casos de enfermedad oncológica (2).

Figura 3: Estimación del número de nuevos casos en España para los años 2012 y 2035 (excluidos tumores cutáneos no melanoma).

Año	Número estimado de nuevos cánceres (todas las edades)	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2012		128.550	86.984	215.534
	< 65 años	46.202	39.225	85.427
	> = 65 años	82.348	47.759	130.107
2035		198.157	117.256	315.413
	< 65 años	61.211	42.503	103.714
	> = 65 años	136.946	74.753	211.699
	Cambio demográfico	69.607	30.272	99.879
	< 65 años	15.009	3.278	18.287
	> = 65 años	54. 598	26.994	81.592

Fuente: SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2018.

3. Mortalidad.

La mortalidad es el número de fallecimientos ocurridos en un tiempo concreto, suele ser en un año y en una población determinada. A nivel mundial, el cáncer es la segunda causa de muerte.

Se dieron 8,8 millones de muertes en el 2015 y se prevé que en el 2035 asciendan a más de 14 millones (2).

Figura 4: Estimación de la mortalidad en el mundo para el año 2012 y 2035 en la población general (excluidos tumores cutáneos no melanoma).

Año	Número estimado de nuevos cánceres (todas las edades)	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
2012		4.653.385	3.548.190	8.201.575
	< 65 años	1.896.169	1.539.484	3.435.653
	> = 65 años	2.757.216	2.008.706	4.765.922
2035		8.498.822	6.135.322	14.634.144
	< 65 años	2.715.529	2.139.310	4.854.839
	> = 65 años	5.783.293	3.996.012	9.779.305
	Cambio demográfico	3.845.437	2.587.132	6.432.569
	< 65 años	819.360	599.826	1.419.186
	> = 65 años	3.026.077	1.987.306	5.013.383

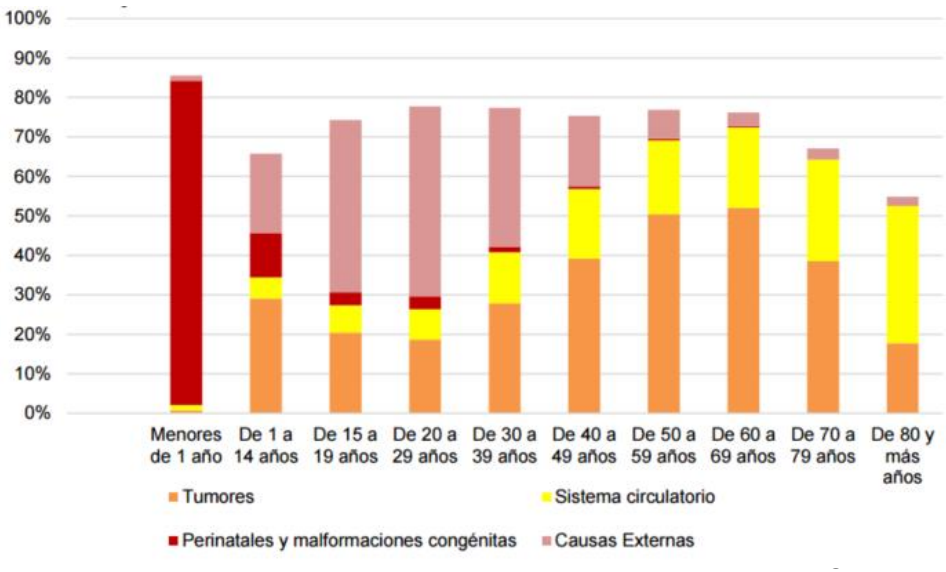
Fuente: SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2018.

En España, los tumores fueron una de las principales causas de muerte, siendo el 27,5% de los fallecimientos por esta causa. Se produjeron 410.611 defunciones, de las cuales 112.939

fueron por causa oncológica. Fue la primera causa de muerte en los hombres y la segunda en las mujeres.

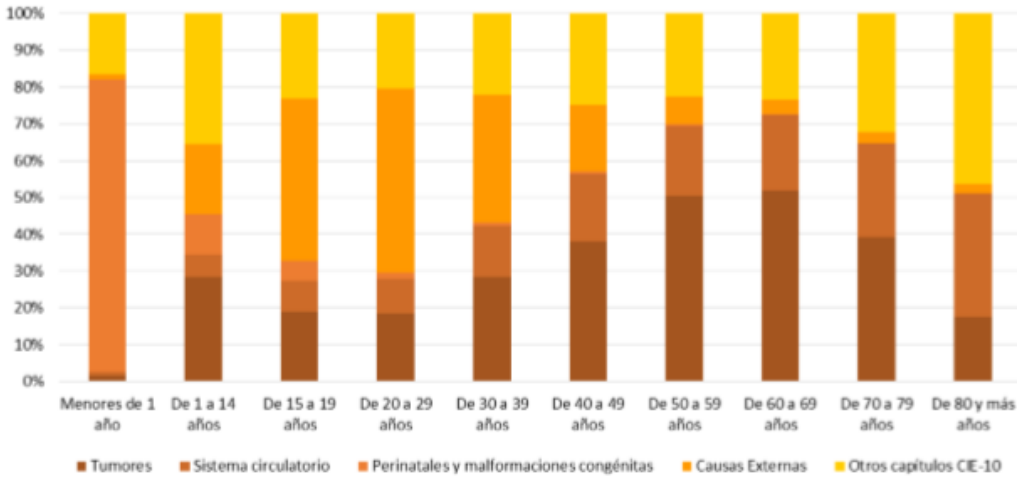
La primera causa de defunción en España fue las enfermedades del aparato circulatorio, que han ido disminuyendo en los últimos años y los tumores como segunda causa de muerte pero que por el contrario han ido aumentando en los últimos años (3).

Figura 5: Principales causas de muerte según edad en el año 2014.



Fuente: INE IN de E. Defunciones según la Causa de Muerte. Vol. 2016. 2017. p. 3-10.

Figura 6: Principales causas de muerte según edad en el año 2016.



Fuente: INE IN de E. Defunciones según la Causa de Muerte. Vol. 2016. 2017. p. 3-10.

4. Necesidad de proporcionar Cuidados Paliativos.

Después de haber analizado los datos estadísticos de morbilidad acerca de las personas que sufren alguna tumoración y de la mortalidad por esta misma causa a nivel mundial y nacional, es imprescindible desarrollar la necesidad de la aplicación de los cuidados que demandan estos pacientes. En la etapa final de la enfermedad oncológica incurable se aplican los cuidados paliativos. La AECC inicia la actividad de los cuidados paliativos en Madrid en el año 1991 en colaboración con unidades hospitalarias del INSALUD. En el año 1992 implanta el “programa coordinado de cuidados paliativos en domicilio al paciente oncológico terminal” en el que interviene la AECC, atención primaria y atención hospitalaria asumiendo cada una de las partes una serie de funciones y responsabilidades. Desde entonces ese fue el modelo de funcionamiento que la AECC siguió a la hora de implantar una nueva unidad. La creación de unidades fue creciendo gradualmente.

Según el estudio de McNamara, se revisaron las diez principales causas de muerte en España y vieron que el 90% de esos pacientes afectados necesitaban cuidados paliativos y de esos cuales, el 60% eran pacientes oncológicos.

Otro dato significativo es el que se publicó en la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud que estima que entre un 20 y un 25% de las personas que fallecen anualmente precisan de Cuidados Paliativos.

Tras un estudio que se realizó en varios hospitales de la provincia de Andalucía en el año 2008, se identificaron diversas necesidades y elementos de complejidad que hacen indispensables la aplicación de los cuidados paliativos en la situación de últimos días. Algunas de estas problemáticas fueron la ausencia de cuidadores, la claudicación familiar, las inadecuadas condiciones de las viviendas y el entorno, la demanda de eutanasia, los conflictos dentro del equipo terapéutico por la toma de decisiones, etc.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (actualmente Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) identificó una problemática doble en cuanto a los cuidados paliativos se refiere. La primera fue que el sistema de registro de los pacientes en los sistemas de AP (puerta de entrada al sistema) no resulta efectivo y como segundo problema que la cobertura asistencial no llega a la mayor parte de la población.

En España para cubrir la demanda, en el año 2013 disponíamos de 458 dispositivos dedicados a la atención de los cuidados paliativos. Estos dispositivos los podemos clasificar en equipos especializados en cuidados paliativos y los equipos no específicos. La diferencia principal entre estas dos categorías es el tipo de atención ofrecida. Los equipos específicos de cuidados paliativos atienden únicamente a pacientes en la etapa final de la vida mientras que los equipos no específicos de cuidados paliativos atienden también pacientes en otras fases de la enfermedad. Los equipos son:

- Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).
- Equipo de Soporte domiciliario (ESD).
- Equipo de Soporte Hospitalario (ESCPH).
- Equipo de Soporte Mixto (ESM).

En conclusión, a pesar del número de dispositivos dedicados a los Cuidados Paliativos, se estima que sigue siendo necesario aumentar los recursos materiales como personales para poder alcanzar y cubrir la elevada necesidad y la demanda asistencial de estos pacientes.

No obstante, cabe destacar que también a nivel provincial existen grandes diferencias dentro de las mismas Comunidades Autónomas, por lo que se hace necesario que, de cara a impulsar medidas dirigidas a garantizar la equidad, resulte imprescindible analizar también no solo el número de unidades, los profesionales de que disponen y la cobertura poblacional que ofrecen, sino también a la ubicación geográfica a la que van destinadas esas medidas (4,5).

5. Justificación de la elección del tema.

En este trabajo nos centraremos en los CP, en la etapa final de la vida, centrándonos en el paciente oncológico en situación de últimos días mediante un caso clínico donde se expondrán los cuidados necesarios. Así mismo veremos la relación directa entre el estado de ánimo de la persona y la mejora de su calidad de vida en estos últimos días ante la muerte, prestando atención en el desempeño de rol del profesional de enfermería en esta etapa del ciclo vital.

La elección de este tema fue decisiva después de haber realizado mis prácticas en diversas plantas donde pude tener contacto con personas que se encontraban en situación de últimos días y que necesitaban recibir cuidados paliativos. Tras el paso por estas unidades, me surgieron multitud de dudas acerca de cómo brindar los mejores cuidados de calidad a estos pacientes. Pude observar que en estos pacientes se incrementan los cuidados, son personas con unas necesidades especiales, llamémoslas “necesidades humanas”.

Pude ver que no solo bastaba con brindar el bienestar físico del paciente, sino que había que hacer hincapié en su bienestar psicológico y emocional; y no solo cuidados centrados en el del propio paciente, sino cuidados en toda la familia que le rodea y que en esos momentos está a su lado. Otro motivo que justifica mi elección para estudiar este tema es por la relación directa con los cuidados paliativos y el cáncer en experiencias familiares vividas.

Por último, tras la búsqueda bibliográfica realizada y reflejada en la primera parte, creo que es necesario que mi tema se centrara en los imprescindibles cuidados paliativos ya que cada año son más las personas que sufren enfermedades oncológicas terminales y que precisan de estos cuidados, siendo actualmente superior la demanda que la oferta. Hay que seguir investigando también en la forma de aplicar estos cuidados y hay que seguir aprendiendo técnicas y mejoras para proporcionar una atención de calidad haciendo que estos pacientes mueran con la mayor dignidad posible.

6. Objetivos.

Por los motivos expuestos y tras la primera búsqueda bibliográfica que se desarrolla en la primera parte donde se exponen unos objetivos más generales para conocer al paciente oncológico en situación de últimos días y su familia, en esta segunda parte se introducen los siguientes objetivos específicos:

- Planificar la actuación enfermera para proporcionar cuidados paliativos en los últimos días de vida.
- Aplicar lo desarrollado a través de un caso clínico con un paciente tipo.

METODOLOGÍA.

Diseño: Esta publicación “El privilegio de proporcionar cuidados al final de la vida, caso clínico. Parte 2” desarrolla un caso clínico. Para su elaboración se realizó primeramente una revisión bibliográfica durante los meses de noviembre de 2018 a marzo de 2019 que se expone en la primera parte y posteriormente se plantea un caso clínico con la consiguiente elaboración de un plan de cuidados.

Estrategias de búsqueda:

Para la realización de la búsqueda bibliográfica se utilizaron diversas bases de datos como Google Académico, PubMed, Scielo, Redalyc, Fisterra, Elsevier, Medigraphic y Dialnet. También se utilizaron páginas de Organismos Oficiales Estatales y Autonómicos como la Organización Mundial para la Salud, el Servicio de Salud de Castilla – La Mancha, el Instituto Nacional de Estadística y la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Además, se obtuvo información de Asociaciones relacionadas con el tema tratado

como la Asociación Española Contra el Cáncer, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, la Sociedad Española de Oncología Médica, la American Psychiatric Association y la American Cancer Society. A parte de la plataforma electrónica, se hizo uso de libros en papel adquiridos en la biblioteca de la UCLM en Toledo. Para la realización del caso clínico se utilizó un paciente tipo que sufría una enfermedad oncológica (en este caso, cáncer de pulmón en estadio IV) que se encontraba en situación de últimos días. El plan de cuidados se elaboró desde un marco de valoración basado en el modelo de los once Patrones Funcionales de Marjory Gordon y empleando la Taxonomía NANDA, NOC y NIC. El plan de cuidados comprende el periodo en el que el paciente se encuentra ingresado en la unidad de cuidados paliativos, identificando los diagnósticos de enfermería más relevantes, incluyendo unos criterios de resultados y unas intervenciones adaptadas a su situación personal. Las palabras claves que se han empleado para la búsqueda han sido las siguientes: “enfermería”,

“cuidados paliativos”, “oncología”, “plan de cuidados”, “apoyo emocional”. Para la búsqueda en Pubmed se utilizó el lenguaje controlado a través de la terminología “MeSH” y “DeCS” combinada con los operadores booleanos y para el resto de los buscadores se utilizó el lenguaje libre. Los criterios de inclusión para la revisión bibliográfica y para la elaboración del plan de cuidados fueron:

- Que estuviesen publicados en los últimos siete años. Se incluyen algunos artículos de años con una antigüedad mayor a la descrita por su relevancia en el tema expuesto.
- Que estuviesen redactados en diversos idiomas (español e inglés).
- Que incluyesen las palabras claves mencionadas.
- Bibliografía que aportara evidencia científica.

A continuación, los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla con el fin de clarificar y comprender la bibliografía utilizada. Los siguientes artículos son los que han aportado evidencia científica al trabajo ajustándose a los criterios de inclusión. Se presentan por orden de aparición y se refleja el autor y la base de datos donde se ubican. Las principales herramientas fueron los libros de NANDA, NOC y NIC.

Nº del estudio	Base de datos	Titulo	Autores	Año
1.	Google Académico	Guía de cuidados paliativos de la comunidad de Madrid. Unidad de Bioética.	Salas Campo T, Vicente Sánchez F, Valentín Maganto V, de Miguel Sánchez C, Sanz Llorente B.	2008
2.	Google Académico	Las cifras del cáncer en España.	Sociedad Española de Oncología Médica.	2018
3.	INE	Defunciones según la Causa de Muerte.	Instituto Nacional de Estadística.	2017

4.	AECC	Informe de la situación actual en cuidados paliativos.	Oriol I. Gómez M, Gándara A, Herrera E.	2014
5.	Google Académico	Criterios y niveles de complejidad en Cuidados Paliativos.	Fernández-López A, Sanz-Amores R, Cía-Ramos R, Boceta-Osuna J, Martín-Roselló M, Duque-Granado A, Melero-Bellido JM.	2008
6.	Google Académico	Manual de valoración de Patrones	Álvarez Suarez JL, Del Castillo F, Fernández D,	2010

		Funcionales de Marjory Gordon.	Muñoz M.	
7.	Biblioteca UCLM	Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación.	NANDA International.	2013
8.	Biblioteca UCLM	Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. 5 ed.	Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas ES.	2013

9.	Biblioteca UCLM	Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed.	Gloria M.Bulechek, Howard K.Butcher, Joanne M.Dochterman.	2013
10.	Biblioteca UCLM	Vínculo de NOC y NIC a NADA y diagnósticos médicos.	Johnson M.	2012
11.	AECC	Sedación Paliativa.	Asociación Española Contra el Cáncer.	2019
12.	Google Académico	Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos.	Edmonton E, Assessment S.	2017

	PubMed	Usability, Acceptability, and Usefulness of an mHealth App for Diagnosing and Monitoring Patients With Breakthrough Cancer Pain.	Boceta J, Samper D, de la Torre A, Sánchez-de la Rosa, González G.	2019
	Google Académico	Guía de manejo integral de cuidados paliativos.	Consejo de Salubridad General.	2018

DESARROLLO.

1. ACTUACIÓN ENFERMERA EN LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA. CASO CLÍNICO.

Con el fin de planificar la actuación de enfermería en estos pacientes en los últimos días de vida, para este trabajo se seleccionó un paciente tipo, ingresado en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos de un hospital de Toledo, con diagnóstico de Cáncer de pulmón en progresión Estadio IV, con signos y síntomas compatibles con una situación de últimos días. Una vez consensuados con el paciente y su familia cuales eran los objetivos en su cuidado, se abordaría el plan de cuidados propuesto.

En primer lugar, se realizó una valoración del paciente y su familia utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (6), lo que nos permitió la recogida e interpretación de los datos. Con la información obtenida se enunciaron los Problemas de Salud basados en la clasificación taxonómica de la NANDA (7), y sus

correspondientes criterios de resultados, siguiendo la clasificación de resultados de enfermería (NOC) (8), los cuales permitieron identificar, denominar, validar y clasificar resultados e indicadores del paciente y su familia susceptibles de ser alcanzados mediante intervención enfermera. Para la consecución de dichos resultados se asignaron las convenientes intervenciones de enfermería siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (9), con el fin de poder evaluar posteriormente la intervención. Para ello se utilizaron como guías las publicaciones de Interrelaciones NANDA, NOC y NIC (10). Finalizaríamos el Proceso de Enfermería con la evaluación del plan de cuidados.

1.1. Valoración del paciente.

Varón de 61 años, casado y con dos hijos. Uno de sus hijos está casado, activo laboralmente e independizado viviendo lejos, otra hija está soltera y vive en la casa familiar, está en paro y con una hija de tres años a su cargo.

El paciente fue diagnosticado hace cuatro meses de Adenocarcinoma de pulmón en estadio IV con metástasis óseas. Se encuentra con tratamiento activo de quimioterapia (el último ciclo fue administrado hace dos semanas, con mala tolerancia). También toma su tratamiento farmacológico habitual.

Ha acudido al servicio de urgencias esta mañana por encontrarse mal y por presentar disnea de mínimos esfuerzos, dolor descontrolado y refiere que “está empezando a perder la cabeza”. Debido a sus antecedentes, por la tarde se decide su ingreso en la planta de oncología para ser valorado y cuidado. Presenta los siguientes patrones alterados:

La valoración del paciente ha sido realizada siguiendo el modelo por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (6).

- **Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.**
    - Percibe que su salud está empeorando y que está empezando a “perder la cabeza”.
    - Diversas hospitalizaciones para la administración de su ciclo de quimioterapia. Su último ingreso fue hace dos semanas.
    - Participa en las campañas de prevención.
    - Exfumador de 20 cigarrillos diarios hace 12 años.
    - Consumidor de un vaso de vino al día en la comida.
    - No alergias conocidas.
    - Tratamiento farmacológico:
        - Durogesic 25 mcg/72h.
        - Paracetamol y Metamizol alternos c/8h y Dexketoprofeno a demanda.
        - Fortecortin 4mg en el desayuno.

        - Omeprazol 20 mg en el desayuno.
        - Abstral 100 mcg sublingual si precisa por dolor o disnea.
        - Oxigeno domiciliario con gafas nasales. Anteriormente 16 horas al día, actualmente ha aumentado a 24 horas al día precisando subir el flujo de oxígeno a 4lpm.
    - Aspecto físico: astenia y anorexia.

- **Patrón 2. Nutrición-metabólico.**
    - Tolerancia únicamente a líquidos espesos, realizando tan solo una comida/día.
    - Problemas para la masticación
    - Ingesta hídrica: 1,5L de agua diarios.
    - Bien perfundido. Sueroterapia de 1500 ml/24 horas.

- Peso: 66 kg, altura: 1,75 m, IMC: 21,55 kg/m2. Refiere haber perdido peso en los últimos cuatro meses, su peso habitual oscilaba los 75 kg.
- Apetito disminuido desde hace dos meses aproximadamente. Refiere “como porque llega la hora”.
- En ocasiones presenta episodios nauseosos, aunque no llega a producirse el vómito.
- El estado de la mucosa oral se encuentra alterado en la exploración. Presenta la mucosa seca con inicio de muguet, lo que origina disconfort.
- Temperatura: 37, 2º (febrícula).
- Buen estado dental, higiene correcta.
- Piel: turgencia normal-seca, color rosado.
- Vía venosa periférica en miembro superior izquierdo.
- Abdomen sin alteraciones.

- Edemas distales en MMII.

- **Patrón 3. Eliminación.**

  Intestinal:

  - Deposiciones diarias. En los últimos tres días ha experimentado un episodio de estreñimiento, no realiza deposición desde hace tres días y medio.

  Urinario:

  - 6-7 micciones diarias.
  - No presenta alteraciones.

- **Patrón 4. Actividad-Ejercicio.**

  - Refiere encontrarse cansado y sin fuerzas.
  - Imposibilidad a la deambulación.
  - Realiza en su mayoría vida cama-sillón.
  - Es dependiente para las AVD. Necesita ayuda de personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. Es capaz de ir al baño,

pero necesita ayuda para el vestido y el aseo.

- Aspecto muy delgado (caquéctico). Exploración de fuerza muscular: disminuida.
- Mano dominante: derecha. Puede utilizarla sin problema.
- Tensión arterial:
  - Brazo derecho (tumbado): 120/80 mmHg.
  - Brazo izquierdo (tumbado): 115/80 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 67 ppm. Pulso fuerte y rítmico. Pulsos pedios normales.
- Respiración dificultosa:
  - 14 rpm.
  - Presencia de disnea de mínimos esfuerzos con crisis de reposo.
  - En la exploración pulmonar se evidencian roncus y sibilantes generalizados,

crepitantes en bases bilaterales.

- **Patrón 5. Sueño-descanso.**
    - Duerme alrededor de cinco horas diarias. Se acuesta sobre la 1 am, pero no consigue dormirse hasta pasadas las 2 am. Se levanta a las 8 de la mañana. Refiere que, en los últimos meses, desde el diagnóstico de la enfermedad, le cuesta conciliar el sueño, con frecuentes despertares nocturnos.
    - Presencia de insomnio mixto.
    - Sueño no reparador, sus miedos se acentúan por la noche y le impiden relajarse.
    - Métodos para promover el sueño: ninguno, en ocasiones medicación especifica.
    - Se han modificado sus hábitos de sueño en los últimos cuatro meses aproximadamente.

- **Patrón 6. Cognitivo-Perceptual.**
    - Audición: dentro de los límites normales.
    - Visión: dentro de los límites normales. En ocasiones presenta alucinaciones de tipo visual, no táctiles.
    - Respuesta a estímulos: pupilas isocóricas con reacción a estimulo luminoso.
    - Orientación: orientado en espacio, tiempo y persona. En ocasiones sufre desorientaciones que fluctúan.
    - Estado de conciencia: el estado de consciencia varia durante el día, en ocasiones se encuentra alerta, confuso o somnoliento. Este último estado es el que predomina.
    - Estado emocional: ansioso y triste. Se intensifica al caer la tarde. Se evidencian signos de nerviosismo e inquietud.

- Habla: clara. Dificultosa cuando el estado de somnolencia se acentúa.
- Sensibilidad: completa.
- Dolor:
  - Refiere dolor torácico intenso, de características óseas.
  - Dolor costal a la palpación.
  - Según la Escala Visual Analógica refleja un nivel basal de 4 puntos, con irruptivos de EVA 7- 8 puntos más de tres veces al día.
  - Escala Conductual Behavioral Pain Scale (BPS): 6 puntos (Figura 2), en momentos de somnolencia.
  - El grado de dolor se acentúa por las noches, lo que le impide descansar. Refiere padecer un dolor continuo,

punzante que se en ocasiones se agrava.

- Refiere sensación de malestar continuo.

- Refiere no tener toda la información que desearía. Piensa que su familia puede estar ocultándole aspectos sobre su enfermedad ya que el cada vez se encuentra más cansado y sin fuerza, no nota mejoría.

- **Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto**.
  - Refiere haber perdido bastante peso en los últimos seis meses lo que ha originado un cambio importante en su imagen corporal.
  - Se observa congruencia con los comportamientos verbales y no verbales.
  - No manifiesta pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, así como,

angustia, ira y tristeza. Se considera "enfermo" y se encuentra cansado de luchar contra la enfermedad.

- Es consciente de su problema de salud, aunque sospecha que su familia le oculta información al respecto.

- **Patrón 8. Rol-Relaciones**.
  - Estado civil: casado.
  - Tiene dos hijos. Un hijo que apenas puede visitarle ya que vive lejos de la unidad familiar y una hija que vive en el domicilio familiar con su hija de tres años. Vive con su mujer, su hija y su nieta.
  - Su mujer y su hija en la entrevista refieren estar agotadas, dicen que es un proceso demasiado complicado y que no saben si van a poder brindar los cuidados adecuados. Exteriorizan sufrimiento y desesperación del núcleo familiar.

- Situación laboral: se encuentra de baja laboral, pero refiere no ser un problema que le cause malestar ya que pensaba prejubilarse en pocos meses. Su profesión durante años ha sido la de mecánico de coches.

- **Patrón 9. Sexualidad-reproducción**. Patrón no valorable en el contexto de su situación.

- **Patrón 10. Adaptación -Tolerancia al estrés**.
  - Refiere encontrase cada vez más débil y sin fuerzas, esto le provoca repetidos episodios de ansiedad e impotencia. Manifiesta sentirse incapacidad para afrontar los acontecimientos y preocupación.
  - Cuando se le pregunta qué espera de la enfermera, nos dice “quiero que me quite el dolor, que me ayude a paliar mi problema con el sueño y que me acompañe en este proceso de mi enfermedad”.

- Nos comenta que le confortan los ambientes tranquilos, sin ruidos y cuando las enfermeras le prestan atención, le sonríen y le dan la mano al escucharle.

- **Patrón 11. Valores y creencias**. Se declara agnóstico y no precisa ningún tipo de soporte espiritual.

1.2. Fase diagnóstica.

Los Diagnósticos de Enfermería los hemos priorizado de acuerdo con el paciente y su familia. Conforman 14 diagnósticos que se verán desarrollados en el siguiente apartado.

1.3. Planificación.

En esta fase se establecen los criterios de resultado (NOC) (8), y se proponen las intervenciones dirigidas a la resolución de

problemas (NIC) (9), con sus correspondientes actividades.

DIAGNÓSTICO (NANDA): DOLOR CRÓNICO (00133). Dolor crónico r/c enfermedad oncológica m/p la expresión de dolor, la observación de evidencias de dolor (gestos de protección, expresión facial y posturas antiálgicas, fatiga e inquietud.	
NOC	**NIC**
Control del dolor (1605). *Indicadores:* o Reconoce el comienzo del dolor. o Utiliza medidas de alivio no analgésicas. o Utiliza los analgésicos de	**Manejo del dolor (1400).** *Actividades:* – Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. – Observar signos no verbales de molestias, especialmente en pacientes o en situaciones que no

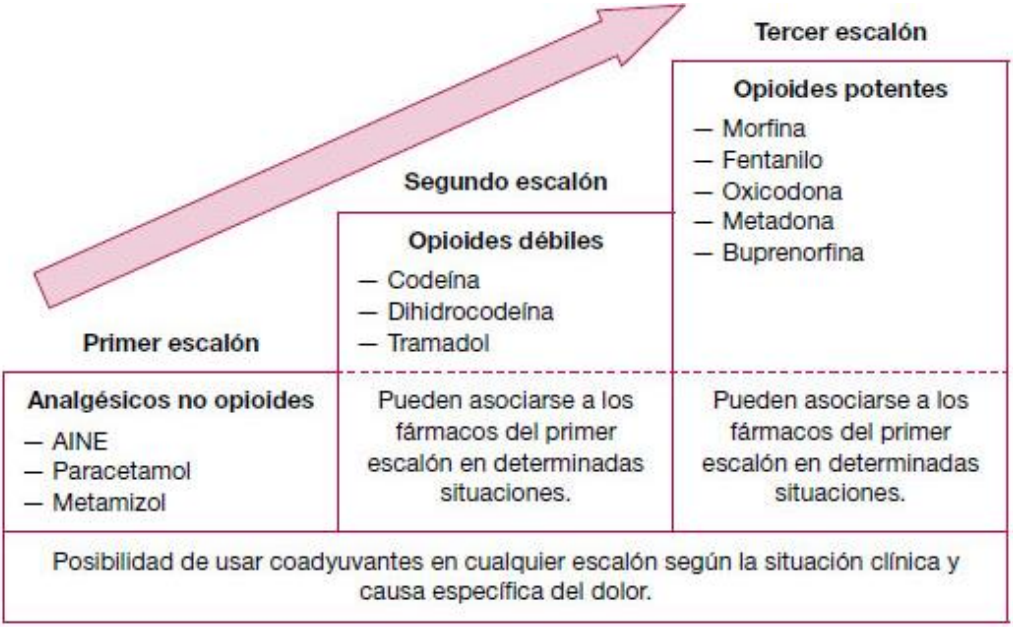
forma apropiada. ○ Refiere cambios en los síntomas al personal sanitario. ○ Refiere dolor controlado. **Nivel del dolor (2102).** *Indicadores:* ○ Dolor referido. ○ Expresiones faciales de dolor. ○ Agitación. ○ Muecas de dolor.	puedan comunicarse. – Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. – Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta al paciente a las molestias (temperatura, iluminación, ruidos). – Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacologías e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor. – Utilizar medidas antes de que este sea muy intenso. – Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados que faciliten el alivio del dolor.

○ Tensión muscular. ○ Frecuencia respiratoria y cardiaca. ○ Sudoración. **Satisfacción del paciente/usuario: manejo del dolor (3016).** *Indicadores:* ○ Dolor controlado. ○ Control de los efectos secundarios de la medicación. ○ Los profesionales	– Utilizar un enfoque multidisciplinario. – Integrar a la familia, si fuera necesario. **Administración de medicación. Analgésicos (2300).** *Actividades:* – Seguir los cinco principios de la administración de la medicación. – Tomar nota de los antecedentes médicos, alergias y contraindicaciones. – Observar una posible aspiración por parte del paciente, si es adecuado. – Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el fármaco.

sanitarios trabajan como equipo para manejar el dolor.	– Notificar al paciente el tipo de medicación, la razón para su administración, las acciones esperadas y los efectos adversos, si procede. – Administrar la medición con la técnica y vía adecuada. – Observar el efecto terapéutico y los efectos adversos. – Documentar los medicamentos administrados y a respuesta del paciente.

Como refleja la Figura 7, en el cuarto escalón, en los cuidados paliativos podría hacerse uso de la **sedación paliativa.** Definida como la administración de fármacos en las dosis y combinaciones mínimas necesarias para reducir la consciencia del paciente en fase terminal, con el fin de aliviar los síntomas refractarios evitando el sufrimiento del paciente y consiguiendo una muerte confortable. También se muestran a continuación los tres primeros escalones de la analgesia que podríamos utilizar según el tipo y el grado de dolor (11).

Figura 7. Analgesia usada para pacientes en fase terminal de su enfermedad según valoración del dolor.



Fuente: Edmonton E, Assessment S. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. 2017 (12).

DIAGNÓSTICO (NANDA): DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT (00183). Disposición para mejorar el confort r/c el disconfort que produce la enfermedad m/p deseos de aumentar el confort y la relajación.	
NOC	**NIC**
Estado de comodidad (2008). *Indicadores:* ○ Bienestar físico. ○ Control de síntomas. ○ Bienestar psicológico. ○ Entorno físico. ○ Apoyo social de familia y amigos.	**Cuidados en la agonía (5260).** *Actividades:* – Identificar las prioridades de cuidados del paciente. – Animar al paciente y familia a compartir sentimientos sobre la muerte. – Observar signos de ansiedad y dolor y tratarlo. – Controlar el deterioro de las capacidades físicas y/o mentales. – Incluir a la familia en las decisiones y actividades

○ Vida espiritual. ○ Cuidados compatibles con las necesidades. **Calidad de vida (2000).** *Indicadores:* ○ Satisfacción con las condiciones medioambientales. ○ Dignidad. **Muerte confortable (2007).** *Indicadores:* ○ Higiene personal. ○ Relajación muscular.	sobre los cuidados, según se desee. – Apoyar al paciente y familia en los estadios del duelo. – Administrar la medicación por vías alternativas cuando se desarrollen problemas en la deglución. – Posponer la alimentación cuando el paciente se encuentre fatigado. Ofrecer líquidos y comidas blandas cuando el paciente lo desee. – Establecer periodos de descanso. – Ayudar con los cuidados básicos. – Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer en la cabecera del paciente.

○ Ingesta de alimentos y líquidos según se desee. ○ Sufrimientos. ○ Agitación. ○ Dolor. **Muerte digna (1307).** *Indicadores:* ○ Pone sus asuntos en orden. ○ Expresa esperanza. ○ Participa en las decisiones de os cuidados.	**Manejo ambiental: confort (6482).** *Actividades:* – Ubicar al paciente en una habitación individual a temperatura de 22-25ºC, libre de ruidos y con una iluminación correcta. – Atender inmediatamente las llamadas del timbre, siempre debe estar a su alcance. – Crear un ambiente limpio, seguro y tranquilo. – Determinar las fuentes de incomodidad, como vendajes mojados, posición de la sonda, ropa de cama, etc. – Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio.

○ Controla las decisiones sobre la donación de órganos. ○ Mantiene las Instrucciones Previas. ○ Mantiene el sentido de control del tiempo que le resta. ○ Intercambia afecto con los demás. ○ Expresa preparación para morir.	– Facilitar medidas de higiene (secar las cejas, aplicar cremas dérmicas, lavado corporal, del pelo y la cavidad bucal). Importante vigilar la piel. – Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad siguiendo los principios de alineación corporal, apoyo con almohadas. – Ofrecer recursos educativos de cuidado al paciente y a la familia. **Apoyo emocional (5270).** *Actividades:* – Animar al paciente a que exprese sus sentimientos y escucharle de forma activa. – Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo.

	– Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. – Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional. – Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad. **Apoyo en la toma de decisiones (5250).** *Actividades:* – Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. – Respetar el derecho del paciente a recibir o no información.

	– Servir de enlace entre el paciente y la familia y entre el paciente y los profesionales sanitarios. – Respetar siempre sus decisiones en el cuidado y sus instrucciones previas. – Ayudar al paciente a explicar sus decisiones a otras personas.

DIAGNÓSTICO (NANDA): DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL (00045). Deterioro de la mucosa oral r/c sequedad e inicio de muguet m/p disconfort y problemas en la masticación.	
NOC	**NIC**
Salud oral (1100). *Indicadores:* o Limpieza de la boca. o Integridad de la mucosa oral.	**Restablecimiento de la salud bucal (1730).** *Actividades:* – Realizar la higiene oral. – Animar al paciente y a la familia para participar en la frecuencia de la higiene/cuidado oral. – Utilizar enjuagues o mezclas preparadas (medio vaso de agua con dos cucharadas de agua oxigenada y una pizca de bicarbonato).

	– Indicar que se utilice un cepillo suave o una gasa. – Cepillar la lengua desde dentro hacia fuera, los dientes y las encías varias veces al día, antes y después de las comidas. – Aconsejar evitar alimentos picantes, salados, ácidos, y secos. – Indicar que se eviten alimentos y líquidos calientes. Los fríos son mejor tolerados por el paciente. – Aplicar lubricante para humedecer los labios y boca. – Realizar enjuagues con manzanilla y limón. – Mascar o chupar trozos de piña, caramelos, chicles sin azúcar, etc. para evitar la boca seca.

DIAGNÓSTICO (NANDA): RIESGO DEL DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047). Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad física (encamamiento) y por el estado de desequilibro nutricional (anorexia).	
NOC	**NIC**
Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101). *Indicadores:* ○ Integridad de la piel. ○ Lesiones cutáneas.	**Cuidados de la piel (3584).** *Actividades:* – Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera y mantenerla limpia, seca y sin arrugas. – Proporcionar soporte a las zonas edematosas. En este caso los MMII. **Vigilancia de la piel (3590).** *Actividades:* – Inspeccionar diariamente la piel. – Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edemas, etc.

○ Hidratación.	– Documentar los cambios en la piel y en las mucosas. – Instruir al familiar o cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel. **Manejo de presiones (3500).** *Actividades:* – Vestir al paciente con prendas holgadas. – Colocar al paciente sobre un colchón o cama terapéutica. – Comprobar la movilidad y actividad del paciente. – Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas.

DIAGNÓSTICO (NANDA): BAJA ESTIMA SITUACIONAL (00120). Baja estima situacional r/c deterioro funcional y cambios en el transcurso de la enfermedad m/p verbalizaciones y expresiones por parte del paciente de impotencia, inutilidad, incapacidad para afrontar los acontecimientos y preocupación.	
NOC	**NIC**
Autoestima (1205). *Indicadores:* ○ Aceptación de las propias limitaciones. ○ Sentimientos sobre su propia persona. ○ Comunicación abierta.	**Potenciación de la autoestima (5400).** *Actividades:* – Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. – Ayudar a establecer objetivos a corto plazo para conseguir una autoestima más alta. – Explorar las razones de autocrítica o culpa. – Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.

Imagen corporal (1200). *Indicadores:* ○ Adaptación a cambios en el estado de salud. **Modificación psicosocial: cambio de vida (1305).** *Indicadores:* ○ Establecimiento de objetivos realistas a corto plazo. ○ Mantenimiento de la autoestima.	**Aumentar el afrontamiento (5230).** *Actividades:* – Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. – Valorar la compresión del paciente del proceso de enfermedad. – Disponer un ambiente de adaptación. – Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. – Animar la implicación familiar **Humor (5320).** *Actividades:* – Determinar la hora de día en la que el paciente es más

	receptivo. – Comentar las ventajas de la risa con el paciente. – Brindar sonrisas en los momentos de bajo estado de ánimo.

DIAGNÓSTICO (NANDA): ANDIEDAD ANTE LA MUERTE (00147). Ansiedad ante la muerte r/c experimentar el proceso de agonía, empeoramiento de la enfermedad (síntomas físicos y psíquicos) m/p la expresión de pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía, nerviosismo, inquietud, angustia, ira y tristeza.	
NOC	**NIC**
Autocontrol de la ansiedad (1402). *Indicadores:* ○ Controla la respuesta de la ansiedad. ○ Planea estrategias de superación efectivas. ○ Refiere disminución	**Disminución de la ansiedad (5820).** *Actividades:* – Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. – Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. – Animar a la familia a permanecer con el paciente. – Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

de la duración de los episodios. **Aceptación: estado de salud (1300).** *Indicadores:* ○ Se adapta al cambio en el estado de salud. ○ Expresa autoestima positiva. **Esperanza (1201).** *Indicadores:* ○ Expresión de significado de la vida.	– Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. **Apoyo emocional (5270).** *Actividades:* – Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. – Abrazar o tocar al paciente para proporcionar apoyo. – Permanecer con el paciente, dándole seguridad durante los periodos de más ansiedad. – Crear un ambiente que facilite la confianza. **Escucha activa (2920).** *Actividades:* – Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. Utilizar

○ Expresión de paz interior. ○ Expresión de sensación de autocontrol. **Salud espiritual (2001).** *Indicadores:* ○ Expresión de significado y fin de la vida. ○ Expresión de serenidad. ○ Interacción con otros	también el silencio y al escucha. – Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. – Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. **Dar esperanza (5310).** *Actividades:* – Reconocer la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona. – Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente. – Evitar disfrazar la verdad.

para compartir pensamientos, sentimientos y creencias.	– Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia. – Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. – Destacar el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al paciente que no responden a estímulos. **Administración de medicación pautada (2300).** *Actividades:* – Seguir los cinco principios de la administración de la medicación. – Tomar nota de los antecedentes médicos, alergias y contraindicaciones.

	– Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el fármaco. – Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente.

DIAGNÓSTICO (NANDA): DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO (00096). Deprivación del sueño r/c disconfort prolongado (físico y psicológico) m/p confusión, ansiedad, somnolencia, fatiga, alucinaciones visuales pasajeras, aumento a la sensibilidad al dolor y manifestado por el paciente.	
NOC	**NIC**
Descanso (0003). *Indicadores:* ○ Calidad del descanso. ○ Tiempo del descanso. ○ Patrón del descanso. **Sueño (0004).** *Indicadores:* ○ Calidad del sueño. ○ Horas de sueño.	**Mejorar el sueño (1850).** *Actividades:* – Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las condiciones físicas y psicológicas que lo impiden. – Ajustar el ambiente para facilitar el sueño. – Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. – Disponer siestas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño.

○ Patrón del sueño. **Severidad de los síntomas (2103).** *Indicadores:* ○ Disconfort asociado. ○ Sueño inadecuado.	– Agrupar las actividades de cuidados nocturnos para minimizar el número de despertares. – Enseñar técnicas fomentadoras de sueño, terapia de relajación. – Administración de medicación

DIAGNÓSTICO (NANDA): FATIGA (00093). Fatiga r/c el estado de la enfermedad oncología terminal m/p la expresión de falta de energía que no desaparece, cansancio, incapacidad para realizar las AVD, somnolencia y manifestado por el paciente.	
NOC	**NIC**
Conservación de la energía (0002). *Indicadores:* ○ Equilibrio entre actividad y descanso. ○ Utiliza las siestas para restaurar la	**Manejo de la energía (0180).** *Actividades:* – Vigilar aparición de signos de fatiga física y emocional. – Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas. – Ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía. – Facilitar la alternancia de reposo y actividad. – Fomentar las siestas y programar periodos de descanso.

energía. ○ Adapta el estilo de vida al nivel de energía.	– Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados. – Planificar las actividades para los periodos en los que el paciente tiene más energía.

DIAGNÓSTICO (NANDA): RIESGO DE COMPROMISO DE LA RESILIENCIA (00211). Riesgo de compromiso de la resiliencia r/c la situación de últimos días de vida.	
NOC	**NIC**
Afrontamiento de problemas (1302). *Indicadores:* ○ Identifica patrones de superación eficaces. ○ Verbaliza sensación de control y aceptación. ○ Utiliza los sistemas de apoyo. ○ Refiere aumento en el bienestar psicológico. **Aceptación: estado de salud (1300).**	**Identificación de riesgos (6610).** *Actividades:* – Determinar la disponibilidad y calidad de los recursos. – Identificar los recursos del centro para ayudar a disminuir los factores de riesgo. – Identificar las estrategias de afrontamiento típicas y fijar objetivos mutuos. **Fomentar la resiliencia (8340).** *Actividades:* – Fomentar el apoyo familiar.

Indicadores: ○ Reconoce a realidad de la situación de salud. ○ Expresa autoestima positiva. ○ Se adapta al cambio en el estado de salud. ○ Toma decisiones relacionadas con la salud. ○ Expresa que la vida es digna de ser vida. **Satisfacción del paciente/usuario: cuidados (3001).** *Indicadores:* ○ El personal ha demostrado	– Fomentar conductas positivas de salud y fomentar el valor de la salud. – Fomentar la adhesión a rutinas anteriores. – Ayudar a la familia a ser optimistas a pesar de la situación difícil por la que están pasando. **Mejorar el afrontamiento (5230).** *Actividades:* – Ayudar al paciente a identificar objetivos apropiados a corto plazo. – Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. – Utilizar un enfoque sereno y un ambiente de aceptación.

amabilidad y respeto. Proporciona apoyo. ○ Muestra preocupación por las necesidades del paciente y familia. ○ Rapidez de respuesta, llamadas y preguntas.	– Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. – Evaluar la capacidad del paciente para la toma de decisiones. – Alentar una actitud de esperanza realista para manejar sentimientos de impotencia – Explorar y recalcar los éxitos anteriores del paciente.

DIAGNÓSTICO (NANDA): CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00061). Cansancio del rol del cuidador r/c la gravedad de la enfermedad del paciente y la responsabilidad y complejidad de los cuidados m/p agotamiento, inquietud y manifestación del familiar en cuanto a la dificultad para completar los cuidados necesarios.	
NOC	**NIC**
Bienestar del cuidador principal (2508). *Indicadores:* ○ Satisfacción con la salud física y emocional. ○ Apoyo del profesional sanitario. ○ La familia comparte las	**Apoyo al cuidador principal (7040).** *Actividades:* – Determinar la aceptación del cuidador de su papel y el nivel de conocimientos. – Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. – Proporcionar información sobre el estado del paciente según sus preferencias.

responsabilidades de los cuidados. **Resistencia del papel del cuidador (2210).** *Indicadores:* ○ Descanso para el cuidador familiar. **Apoyo familiar durante el tratamiento (2609).** *Indica.:* ○ Los miembros preguntan cómo pueden ayudar. ○ Se informan sobre la enfermedad.	– Enseñar técnicas de cuidado y ayudar a adquirir conocimientos y equipo. – Identificar fuentes de cuidado por relevo. – Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo. – Apoyar al cuidador principal y animarle a cuidar de sí mismo. **Aumentar los sistemas de apoyo (5440).** *Actividades:* – Determinar el grado de apoyo familiar. – Implicar a familiares, allegados y amigos en los cuidados y planificación. Toma de decisiones. – Explicar a los demás implicados la manera en que

○ Los miembros animan al miembro enfermo. ○ Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en los cuidados. ○ Proporcionan información y se apoyan con otros miembros.	pueden ayudar. **Apoyo a la familia (7140).** *Actividades:* – Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados. – Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico de enfermedad terminal y escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia y paciente.

DIAGNÓSTICO (NANDA): DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES (00002). Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c inapetencia m/p anorexia, pérdida de peso mayor al 10% de su peso corporal en los últimos seis meses y palabras del paciente *"como porque llega la hora".*	
NOC	**NIC**
Apetito (1014). *Indicadores:* ○ Deseo de comer. ○ Ingesta de nutrientes. ○ Ingesta de alimentos. ○ Ingesta de líquidos. **Estado nutricional (1004).**	**Monitorización nutricional (1160).** *Actividades:* – Evaluar la deglución. **Terapia nutricional (1120).** *Actividades:* – Determinar las preferencias de alimentos del paciente.

Indicadores: ○ Hidratación. ○ Ingesta de nutrientes. ○ Ingesta de alimentos. ○ Ingesta de líquidos.	– Elegir suplementos nutricionales. – Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente. – Fomentar que se traigan comidas hechas en casa si el paciente lo desease. – Usar espesantes si fuese necesario. – Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. – Crear un entorno agradable y relajante a la hora de las comidas.

DIAGNÓSTICO (NANDA): ESTREÑIMIENTO (00011). Estreñimiento r/c actividad física insuficiente, estrés emocional, uso de opiáceos/sedantes y cambios en el patrón de alimentación y m/p falta de emisión de heces en tres días.	
NOC	**NIC**
Eliminación intestinal (0501). *Indicadores:* o Patrón de eliminación. o Cantidad de heces en relación con la dieta. o Facilidad de eliminación de heces.	**Manejo del estreñimiento / impactación fecal (0450).** *Actividades:* – Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. – Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. – Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos.

	– Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales. – Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces. – Administrar e enema o la irrigación, cuando proceda. El enema administrado en cuidados paliativos contiene: agua templada, lactulosa y aceite de oliva. **Administración de medicación: oral. Laxantes (2304).** *Actividades:* – Seguir los cinco principios de la administración de la medicación. – Tomar nota de los antecedentes médicos, alergias y contraindicaciones.

	– Observar una posible aspiración por parte del paciente, si es adecuado. – Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el fármaco. – Documentar los medicamentos administrados y la respuesta del paciente.

DIAGNÓSTICO (NANDA): CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126). Conocimientos deficientes r/c falta de información aportada por el equipo multidisciplinar y familia m/p verbalizaciones y expresiones del paciente.	
NOC	**NIC**
Conocimientos: manejo del cáncer (1833). *Indicadores:* ○ Signos y síntomas del cáncer. ○ Curso habitual del proceso de la enfermedad. ○ Estadios del cáncer.	**Enseñanza: proceso de enfermedad (5602).** *Actividades:* – Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. – Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. – Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. – Evitar promesas tranquilizadoras vacías.

○ Pasos en el régimen terapéutico. ○ Efectos de la medicación. ○ Importancia de una actitud positiva para afrontar el proceso del cáncer.	– Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda. – Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente. – Identificar los pactos de silencio de la familia e intervenir. – Explorar apoyos posibles.

DIAGNÓSTICO (NANDA): DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO (00108). Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro musculoesquelético y dolor causado por enfermedad oncológica incapacitante y m/p incapacidad para realizarse la higiene diaria.	
NOC	**NIC**
Autocuidados: higiene (0305). *Indicadores:* ○ Mantiene la higiene corporal. ○ Mantiene la higiene oral. ○ Mantiene la higiene capilar.	**Ayuda con el autocuidado: baño/higiene (1801).** *Actividades:* – Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. – Proporcionar los objetos personales deseados y colocarlos en sitios accesibles. – Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. – Facilitar que el paciente se lave los dientes y se

	bañe, según corresponda. – Controlar la integridad cutánea del paciente. – Fomentar la participación de la familia.

1.4. Evaluación.

Para finalizar la eficacia del Plan de Cuidados propuesto, pasaríamos a la Fase de Evaluación, donde valoraríamos la consecución de los criterios de resultados previamente fijados y acordados con el paciente y su familia.

CONCLUSIONES.

- En la actualidad, ha aumentado el número de personas que padece una enfermedad oncológica y que padece una situación de últimos días agónica.
- Por esto, consideramos que es un privilegio acercar a los pacientes hacia una muerte tranquila, por lo que creemos que los cuidados paliativos son una exigencia ética y un derecho de las personas.
- Los cuidados paliativos son una necesidad en la que es primordial conseguir la plena dignidad en el proceso de morir, por esto el

objetivo de la enfermera debe ser facilitar y conducir el proceso de muerte de forma serena, con el menor sufrimiento posible del paciente, acompañándole hasta el final a él y a su familia.

- La elaboración de un plan de cuidados individualizado es la principal herramienta en la que podremos valorar a la persona en situación de últimos días, identificar unos problemas y necesidades y programar unos cuidados a través de objetivos e intervenciones.
- En el plan de cuidados debemos incluir a la familia y el entorno del paciente. No debemos olvidar evaluarlo periódicamente.
- El Proceso Enfermero como método de trabajo en cuidados paliativos facilita que la enfermera participe de forma activa en la toma de decisiones, sea pieza clave en el diálogo interdisciplinar y acompañe en el proceso asistencial del paciente hasta el final de sus días.

REPERCUSIONES.

REPERCUSIÓN 1.

Antes de la lectura de esta revisión bibliográfica y caso clínico he comprobado que mi formación académica en el grado de enfermería era incompleta ya que escasamente se hacía hincapié en los cuidados paliativos al tratarse de un tema tan complejo y controvertido.

Después del estudio de esta revisión acerca de los cuidados al final de la vida, he adquirido conocimientos sobre la importancia de aportar unos cuidados psicológicos, emocionales y físicos de calidad tanto al paciente como a la familia y acompañantes de ese paciente. También he podido profundizar mis conocimientos acerca de la morbilidad y la mortalidad que el cáncer causa a nivel mundial y nacional y de lo necesarios que son estos cuidados paliativos.

Toda la información adquirida sobre este tema considero que puede ponerse en práctica en diversos ámbitos sanitarios. El primero que

planteo sería el de los cuidados paliativos en la atención especializada. En este ámbito hospitalario donde estas personas que se encuentran en situación de últimos días pasan sus últimas horas, podemos fomentar a parte de los cuidados físicos que se proporcionan en la mayoría de las plantas de los hospitales, unos cuidados emocionales y psicológicos que brinden a la persona una muerte digna y de calidad. A parte considero, que también se podrían aplicar este tipo de cuidados a una de las partes más importantes del entorno del paciente, la familia y acompañante.

El segundo ámbito en el que se podrían aplicar los conocimientos del desarrollo de esta publicación sería en el de la atención domiciliaria. En este sector es importante conocer y valorar a este tipo de pacientes de forma minuciosa para aplicar un tratamiento y cuidados individualizados adaptados a su ambiente. Es vital hacer hincapié también en este ámbito de la parte emocional para proporcionar una situación de descanso y paz en el domicilio.

REPERCUSIÓN 2.

Tras haber realizado una lectura y análisis del desarrollo he podido darme cuenta de que mis conocimientos acerca de los cuidados paliativos eran escasos y erróneos. Es un tema que no se desarrolla de forma extensa en el grado de enfermería y del que florecen diversas dudas a la hora de ponerlo en práctica aplicando unos cuidados a las personas que lo necesitan por encontrarse en situación de últimos días de vida.

Después de releer y profundizar en esta publicación puedo extraer la necesidad en la formación de los profesionales sanitarios en este ámbito ya que sin los conocimientos suficientes no se puede llegar a entender la complejidad de la situación por la que están pasando estos usuarios y familiares y por lo tanto no se puede llegar a abordar una atención individualizada y de calidad para conseguir esa muerte digna considerada como un derecho fundamental de las personas.

Los cuidados paliativos, como el nombre que recibe esta publicación, son un privilegio para las

personas que los brindan. Estos se pueden aplicar a numerosos ámbitos de los cuales destacaré la atención especializada y la atención en centros sociosanitarios como las residencias de mayores.

En el ámbito hospitalario es importante saber valorar a este tipo de pacientes y disponer de planes de abordaje para la problemática que sufren tanto ellos como sus familias o acompañantes, destacando al cuidador principal. También hay que tener claro que los cuidados que apliquemos en las plantas de los hospitales sean siempre cuidados encaminados en el bienestar, confort y acompañamiento y no en la terapéutica.

En el ámbito sociosanitario como en el que pueden aplicarse estos cuidados paliativos en residencias, es importante destacar que estas instituciones deben estar preparadas para abordar la situación de últimos días y estar dotadas de personal cualificado, habitaciones individuales y de otros medios y recursos que aseguren una muerte digna.

BIBLIOGRAFÍA.

Bibliografía citada:

1. Salas Campo T, Vicente Sánchez F, Valentín Maganto V, de Miguel Sánchez C, Sanz Llorente B. Unidad de Bioética C de S. Guía de Cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. 2008. p. 6-7.

2. SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España. 2018.

3. INE IN de E. Defunciones según la Causa de Muerte. Vol. 2016. 2017. p. 3-10.

4. Oriol I. Gómez M, Gándara A, Herrera E. Informe de la situación actual en cuidados paliativos. 2014.

5. Fernández-López A, Sanz-Amores R, Cía-Ramos R, Boceta-Osuna J, Martín-Roselló M, Duque-Granado A, Melero-Bellido JM. Criterios y niveles de complejidad en

Cuidados Paliativos. Med Pal. Vol 15, nº 5. 2008.

6. Álvarez Suarez JL, Del Castillo F, Fernández D, Muñoz M. Manual de valoración de Patrones Funcionales de Marjory Gordon. AP Area V Gijon. 2010.

7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación. 2012-2014. Elsevier. 2013.

8. Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean L.Maas ES. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. Eselvier. 2013.

9. Gloria M.Bulechek, Howard K.Butcher, Joanne M.Dochterman CMW. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier. 2013.

10. Johnson M. Vínculo de NOC y NIC a NADA y diagnósticos médicos. Elsevier. 3ed.; 2012.

11. Asociación Española Contra el Cáncer. Sedación Paliativa. [Internet]. AECC. 2019. Disponible en: https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/viviendo-concancer/final-vida/sedacion-paliativa

12. Edmonton E, Assessment S. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos. 2008.

Bibliografía consultada:

Boceta J, Samper D, de la Torre A, Sánchez-de la Rosa, González G. Usability, Acceptability, and Usefulness of an mHealth App for Diagnosing and Monitoring Patients With Breakthrough Cancer Pain. JMIR Cancer. 2019.

Consejo de Salubridad General. Guía de manejo integral de cuidados paliativos. Early Institute e Instituto Nacional de Cancerología. Ciudad de México. 2018.