



UNIVERSIDAD DE JAÉN

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Plan de cuidados en paciente con cáncer de próstata metastático.

**PATIENT CARE PLAN WHIT PROSTATE
CANCER METASTATIC.**

Alumna: María Isabel Benedicto Mena

Tutora: Yolanda Rustarazo Franco

Presentación: Jaén, 8 Junio de 2015. Sala de Juntas D2

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE CON CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO.

Alumna: María Isabel Benedicto Mena

Tutora: Yolanda Rustarazo Franco

Firma del autor:



JUNIO, 2015

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. METODOLOGIA.....	4
3.1. DATOS DEL PACIENTE.....	5
3.2. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	6
3.3. PLAN DE CUIDADOS.....	8
3.3.1. VALORACIÓN.....	8
3.3.2. FASE DIAGNÓSTICA.....	11
3.3.3. FASE DE PLANIFICACIÓN.....	12
3.3.4. FASE DE EJECUCIÓN.....	26
3.3.5. FASE DE EVALUACIÓN.....	28
4. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES.....	28
5. AGRADECIMIENTOS.....	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	30

1. RESUMEN

El cáncer de próstata metastásico en un estado avanzado tiene una morbilidad muy elevada; se ha demostrado que la administración de algunos fármacos puede detener la metástasis y reducir el dolor, pero en este estadio tiene muy mal pronóstico. El objetivo de este estudio fue elaborar un plan de cuidados en un paciente varón de 69 años con cáncer de próstata metastásico en estado avanzado, que estaba siendo tratado en régimen ambulatorio. El plan de cuidados fue desarrollado según el lenguaje estandarizado NANDA, NOC, NIC y el modelo teórico de Virginia Henderson para la valoración de las necesidades. El desarrollo de nuestro plan de cuidados permitió, gracias a la comunicación entre los miembros del equipo, que el paciente tras recibir toda la información de su proceso de enfermedad y pronóstico, manifestara su voluntad, retirando así el tratamiento y aplicando cuidados paliativos en su domicilio y pudiera llegar a la etapa final de su vida sin dolor y arropado por su familia. Como conclusión resaltar la importancia que tiene identificar a un paciente en esta situación y la rápida aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico para garantizar una muerte digna.

Palabras clave: Cáncer de próstata, metástasis, bifosfonatos, cuidados paliativos.

ABSTRAC

Metastatic prostate cancer in an advanced state has a very high morbidity, they have shown that the administration of some drugs can stop metastasis and reduce pain, but at this stage has a very poor prognosis. The objective of this study was to develop a plan of care in a patient 69 year old man with metastatic prostate cancer in an advanced stage, which was being treated as outpatients. The care plan was developed according to the standardized language NANDA, NOC, NIC and the theoretical model of Virginia Henderson for assessing needs. The development of our care plan would allow, through communication between team members, the patient after receiving all the information in their disease process and prognosis, express their will, thus removing treatment and using palliative care at home and could reach the final stage of its life painless and supported by his family. In conclusion highlight the importance of identifying a patient in this situation and the rapid application of the limitation of therapeutic effort to ensure a dignified death.

Key words: Prostate cancer, metastases, bisphosphonates, palliative care.

2. INTRODUCCIÓN

Según los resultados de la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de próstata es el más frecuente entre los varones, con una incidencia en España en 2012 de entre 215.534 casos, 2/3 partes ≥ 65 años y con riesgo de presentar cáncer antes de los 75 años de 25.1%¹.

En el cáncer de próstata metastásico, el cáncer se origina cuando las células de la próstata empiezan a crecer de forma descontrolada y anormal, estas células forman un tumor y cuando estas células cancerígenas se propagan a otras partes del organismo, estamos hablando de metástasis. Las metástasis óseas son más frecuentes de morbilidad en el 65-70% de los pacientes con cáncer de próstata avanzado.

La extensión de un cáncer es uno de los factores más importantes para seleccionar el tratamiento y predecir el pronóstico. En nuestro caso nos encontramos según el sistema TNM de estadificación ante una categoría T4,N1,M1c, extensión del cáncer hacia los tejidos adyacentes de la próstata, se ha propagado a los ganglios linfáticos y presencia de metástasis a distancia por su propagación al hígado y a los huesos, etapa IV. La tasa de supervivencia relativa a 5 años en este caso sería del 28% de supervivencia desde el momento del diagnóstico^{2,3}.

El tratamiento con bifosfonatos según varios ensayos clínicos ha demostrado que disminuye la incidencia de complicaciones óseas en pacientes con cáncer de próstata metastásico que reciben terapia hormonal, puede ayudar a aliviar el dolor, disminuye los niveles de calcio en sangre y también pueden reducir el crecimiento de la metástasis. El más usado es el *ácido zoledrónico* que se administra vía intravenosa una vez cada tres o cuatro semanas, pero puede ocasionar también efectos secundarios, incluyendo síntomas parecidos a la gripe, dolor en los huesos o en las articulaciones y problemas renales y un efecto menos común, como la osteonecrosis del hueso mandibular. Pero encontramos una diferencia en los pacientes que se encuentran en la fase hormonosenible (HS) y los que están en la fase hormonoindependiente (HI), ya que los HS tienen mejor respuesta al tratamiento con ácido zoledrónico, por la disminución del dolor y por mostrar una ligera mejoría con respecto a los HI, aunque en ambos existe una mejoría del dolor en reposo y con el movimiento. Destacar que tenemos otro fármaco que puede ser útil cuando el cáncer

de próstata se ha propagado a los huesos, el *denosumab* que tiene la misma acción que el ácido zoledrónico, pero a diferencia de este, se administra vía subcutánea cada cuatro semanas y los efectos secundarios son menores, los más comunes incluyen náuseas, diarrea, debilidad y cansancio, pero como efecto menos común también puede ocasionar osteonecrosis del hueso mandibular. Los estudios han demostrado que el *denosumab* retrasa significativamente la aparición del primer acontecimiento óseo y que parece funcionar mejor que el ácido zoledrónico, también puede ser útil si el ácido zoledrónico ya no surte efecto^{3,4,5,6,7}.

En nuestra sociedad, desde la antigüedad se ha reconocido que una adecuada relación médico-paciente es un factor importante en la recuperación de los enfermos. A lo largo de la historia han aparecido diferentes modelos de relación médico-paciente que con los años han ido cambiando y evolucionando, de una medicina paternalista de mediados del siglo XX, en la que consiste en que el médico comunica al paciente lo que considera mejor para su tratamiento, sin tener en cuenta los valores del enfermo; a un modelo deliberativo, que se trata de un modelo bidireccional, en el que la comunicación es activa entre médico-paciente, hay respeto por los valores de este y una inclusión de la familia en todo lo referente al proceso de enfermedad^{8,9}. Una patología crónica implica una serie de decisiones complejas, con implicaciones éticas, para brindar calidad de vida y poder ofrecer una muerte digna, la bioética se define con unos principios que son: el principio de autonomía que otorga la capacidad del paciente y de su familia en la elección y/o rechazo de alternativas de tratamiento indicadas para disminuir los síntomas; el principio de justicia que orienta a los profesionales a un trato igualitario para todas las personas; el principio de no maleficencia que consiste en no hacer el mal, no dañar al paciente ni exponerlo a riesgos innecesarios; y por último el principio de beneficencia que consiste en la obligación moral de actuar en beneficio ante los demás^{9,10}.

El desarrollo de la bioética ha puesto en relevancia temas de gran importancia en relación a los derechos y deberes de los pacientes, como el ensañamiento terapéutico o distanasia que significa la administración de un tratamiento inútil, sin ningún beneficio para la persona en su fase terminal, esto ocurre cuando en medicina se piensa que se debe hacer todo lo posible para salvar la vida de los pacientes y es aquí donde juega un papel importante la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET), que lo que quiere evitar es

precisamente una situación de obstinación terapéutica y por lo tanto conseguir la retirada o no administración de un tratamiento ineficiente, evitar la maleficencia y realizar el principio de beneficencia. Gracias a esto nuestro paciente puede llegar a tener una muerte digna con los cuidados paliativos, ya que estos se administran en pacientes con enfermedad terminal, con pocas posibilidades a la respuesta al tratamiento, presencia de múltiples problemas o síntomas y con un pronóstico de vida inferior a 6 meses, con esto conseguimos que el paciente y la familia no tengan amenazada su dignidad y que pueda tener una muerte digna^{11,12,13,14,15}.

El objetivo principal de este trabajo fue elaborar un plan de cuidados enfermero individualizado, dirigido a un paciente diagnosticado con cáncer de próstata en estadio IV con metástasis, que estaba siendo tratado de forma ambulatoria cada 21 días con Ácido Zoledrónico.

Hemos elegido este caso clínico porque estimamos fundamental que las enfermeras participemos de forma activa en los procesos de toma de decisiones de los pacientes y familias. Las enfermeras que estamos en contacto con pacientes que padecen patologías crónicas tenemos que adelantarnos a las necesidades de nuestros pacientes; tenemos que identificar los problemas de independencia y autonomía, guiar y apoyar a la persona afectada y a su familia en el afrontamiento de las emociones y el proceso de enfermedad; coordinar los recursos existentes y aportar los cuidados garantizando la calidad de vida del paciente y su familia, respetando y facilitando que el resto de los miembros acepten las decisiones del paciente y su familia para ayudarlos al final de la vida.

3. METODOLOGÍA

En la realización de este Plan de Cuidados Enfermero se utiliza como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, perteneciente a la Escuela de Necesidades, que se basa en las teorías de necesidades y desarrollo humano para conceptualizar a la persona. Para Virginia Henderson, “el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápido posible”¹⁶.

La decisión de utilizar este modelo de cuidados se debe a que considera a la persona

como un todo, por su fácil adaptación a todos los ámbitos donde la enfermera actúa, así como por ser uno de los modelos más conocidos y de gran utilidad en nuestro entorno. Dentro de este marco del modelo de Virginia Henderson se aplica como metodología el Proceso de Enfermería, que consta de una estructura teórica que individualmente cubra las necesidades del paciente y la familia.

Este modelo consta de cinco etapas correlativas e interrelacionadas que desarrollaremos una a una en nuestro plan de cuidados.

Para la estandarización de los diagnósticos de enfermería, criterios de resultados, indicadores, intervenciones de enfermería y actividades empleamos la taxonomía NANDA, NOC y NIC^{17,18,19,20,21}.

Para el desarrollo de este trabajo, hemos realizado una búsqueda bibliográfica en distintas bases de datos, con la utilización de palabras clave como:

- SCIELO: Limitación del tratamiento y limitación del esfuerzo terapéutico.
- PUBMED: Zoledronic acid and prostate cancer and phase IV.
- CUIDEN: Distanasia.
- MEDLINE PLUS: Carcinoma prostático or supervivencia.
- GOOGLE ACADÉMICO: Cuatro modelos relación médico-paciente, evolución modelos de la relación médico-paciente y bioética en atención a los pacientes paliativos.

También se consultaron libros y diferentes páginas web, entre ellos los de NANDA, NOC, NIC.

La revisión de fuentes bibliográficas se realizó con el objetivo de obtener información acerca de la actuación ante un paciente con carcinoma prostático, el encarnizamiento terapéutico y la limitación del esfuerzo terapéutico. Para el desarrollo del Plan de cuidados se aplicaron las competencias del plan de Estudios desarrollado en el Grado de Enfermería en la Universidad de Jaén.

3.1. Datos del paciente

Varón de 69 años de edad, residente en Andújar que vive con su mujer que es su cuidadora principal; no tienen hijos, solo una cuñada y sus sobrinos que los visitan a

menudo.

El primer contacto de nuestro paciente con el hospital es en el año 2010, en consulta de cirugía por un quiste sebáceo, a finales de 2012 acude derivado de Atención Primaria a dermatología por Carcinoma basocelular en pirámide nasal.

En enero del año 2013 es derivado nuevamente por hematuria, en donde se le diagnostica Hiperplasia Benigna de Próstata (HBP); en noviembre de este mismo año se le realiza una biopsia de próstata y se le pide una gammagrafía ósea, obteniendo unos resultados de afectación ósea metastásica masiva y por consiguiente el diagnóstico de **Carcinoma Prostático Metastásica grado IV**, por lo que el urólogo solicita una tomografía axial computarizada (TAC) y lo deriva al hospital de referencia, al servicio de Oncología y paralelamente le pautó como tratamiento Ácido Zoledrónico vía intravenosa cada 21 días.

3.2. Presentación del caso.

Vamos a presentar el caso de un paciente diagnosticado de **Carcinoma Prostático Metastásica grado IV** desde noviembre del año 2013, que estaba en tratamiento ambulatorio con *Ácido Zoledrónico* cada 21 días.

Durante la valoración realizada por la enfermera el último día que el paciente acude para la administración de su tratamiento ambulatorio, el paciente y su cuidadora principal relataron que tenía programada una extracción sanguínea y un TAC en el plazo de un mes y que el señor no quería acudir.

Ni el paciente ni la cuidadora tienen información acerca del proceso de enfermedad de su marido, por lo que la enfermera se puso en contacto con el facultativo para preparar una entrevista con ambos y que éste le explique el pronóstico de la enfermedad y su posible evolución a la vista de los resultados aportados por las pruebas complementarias.

Tras la voluntad del paciente de no someterse a querer acudir más a hospitales, se anula el tratamiento y pruebas pendientes, nos ponemos en contacto con la Unidad del Dolor para ajustarle el tratamiento analgésico domiciliario y contactamos con el Enfermero Gestor de Casos del Centro de Salud.

El paciente falleció unos días después junto a sus familiares, a finales de Junio de 2014.

Antecedentes personales y familiares:

- No alergias medicamentosas conocidas y no refiere tener hábitos tóxicos para la salud.
- Sus antecedentes médicos son:
 - No hipertensión arterial, no diabetes mellitas, no dislipemia.
 - Carcinoma basocelular en pirámide nasal (resuelto en 2012)
 - Cardiopatía; arritmia.
 - Hiperplasia benigna de próstata (HBP)
 - Carcinoma Prostático metastásico grado IV.

El tratamiento habitual que estaba tomando para estas patologías antes de la detección del caso era: Pantoprazol sódico; Acenocumarol; Bisoprolol; Dutasterida y hidroclicloruro de tamsulosina; Ciproterona acetato; Leuprorelina acetato; Ácido zoledrónico; Carbonato cálcio y colecalciferol; Besilato de amlodipino; Simvastatina; Hidroclicloruro de tramadol y paracetamol; Furesemida.

Resultado de pruebas complementarias:

- En el último TAC los datos obtenidos son:
 - Existen múltiples metástasis óseas blásticas y múltiples lesiones hipodensas hepáticas compatibles con metástasis.
 - Vejiga, parece muy engrosada con múltiples divertículos en su pared.
 - Existen múltiples adenopatías patológicas muchas de ellas con un aspecto necrótico:
 - Torácicas (paraaórticas izquierdas, y paraaórticas derechas), retroperitoneales (paraaórticas izquierdas, paraaórtica derecha, ilíaca común derecha, ilíaca externa derecha, inguinal derecha, ilíaca interna derecha, ilíaca común izquierda, ilíaca externa izquierda, ilíaca interna izquierda).
 - Próstata muy aumentada de tamaño de 6 x 6,4 cm, bordes irregulares que invade las vesículas seminales y la grasa perirrectal y contacta con la pared anterior del recto.
 - Adenopatías perirrectales derechas de 1,4 y 1 cm.
- Gammagrafía ósea: Afectación ósea metastásica masiva.

3.3. Plan de cuidados

El objetivo principal del plan de cuidados es construir una estructura teórica que individualmente cubra las necesidades del paciente y la familia. Se pretende conseguir la calidad en los cuidados y la calidad de vida del paciente/familia.

En nuestro caso todos los datos son cogidos de la historia clínica del paciente y de la información aportada por la enfermera que detectó el caso, a partir de estos, hemos elaborado el siguiente plan de cuidados, en el cual hemos encontrado limitaciones en cada una de sus fases, por la falta de información, como en la valoración por la cual algunas necesidades no fueron valoradas, en la fase de ejecución en la cual no podemos poner en práctica nuestras actividades propuestas en los intervenciones y por último en la fase de evaluación por no ha sido viable, por el fallecimiento de nuestro paciente.

El Proceso de Enfermería es un todo cíclico, dinámico e inseparable, pero estructurado en secuencias lógicas, tal y como se presenta a continuación se distinguen cinco etapas.

3.3.1. Valoración

Esta fase incluye la recopilación de datos de la persona, sus necesidades, problemas, limitaciones, incapacidades, etc. El objetivo es con estos datos identificar los problemas del paciente y familia y/o diagnósticos de enfermería.

Realizamos la recogida de datos de la historia clínica del paciente y de la información aportada por la enfermera que detecta el caso. Se Realiza una valoración integral de las necesidades básicas a partir del modelo conceptual de Virginia Henderson.

Necesidad de respirar

Presenta dificultad respiratoria, con utilización de musculatura accesoria, con una Saturación de O₂ al 94% no se observan secreciones mucosas, ni tos.

Necesidad de comer y beber

En el estado en el que se encuentra, ha perdido el apetito, se encuentra normohidratado y mantenía una dieta normal, con una ingesta adecuada de líquidos, sin intolerancias alimenticias. Presenta ligera palidez de piel y mucosas.

Necesidad de eliminación

Presenta hábito de eliminación intestinal espaciado (cada 4 o 5 días), con heces duras, precisando de ayuda para hacer de vientre. Es portador de sonda vesical permanente colocada desde octubre del 2013.

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada

A la llegada presenta un gran deterioro, según nos cuenta su mujer no es autónomo para las ABVD por que necesita ayuda en todas ellas.

Presenta un aspecto muy cansado, con disnea de esfuerzo, ayudado por su mujer a la hora de caminar, por lo que va cogido de su brazo.

Necesidad de dormir y descansar

No valorada.

Términos a tener en cuenta: medicación para esta necesidad, hábitos de sueño, descanso, sueño, ritmo circadiano.

Necesidad de vestirse y desvestirse

No valorada.

Términos a tener en cuenta: vestimenta, ropa, si necesita ayuda a la hora de esta necesidad.

Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales:

No valorada.

Términos a tener en cuenta: grados de temperatura, producción de calor, eliminación de calor, si usaba la ropa adecuada según el entorno.

Necesidad de higiene y protección de la piel

No valorada.

Términos a tener en cuenta: estado de la piel, cuero cabelludo y uñas, hidratación de piel y mucosas, coloración, higiene corporal y bucodental.

Necesidad de evitar peligros del entorno

El paciente se encuentra muy flojo y por su deterioro físico, le proporcionamos un sillón acolchado en el periodo de la administración del tratamiento.

El paciente colabora adecuadamente al tratamiento proporcionado. Se encuentra bien orientado. No tiene déficit sensorial. El paciente refiere según la escala para medición del dolor Escala Visual Análoga (EVA) una puntuación de 9.

El paciente realiza los cuidados necesarios para mantener su salud.

A la recepción consciente y colaborador. No presenta hábitos tóxicos para la salud como el alcohol, tabaco y otras drogas.

Necesidad de comunicarse

Funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos, sin alteraciones cognitivas y sin problemas para la comunicación.

Orientado, no cooperador, toda la información la recibimos de su mujer. Manifiesta sus emociones, pero no a nosotros, sino a su mujer.

No tiene problemas para tomar decisiones y tiene muy claro que no quiere seguir administrándose el tratamiento ni realizarse más pruebas. Se siente muy cansado y quiere descansar en su domicilio.

Necesidad de actuar según sus creencias y valores

No valorada.

Términos a tener en cuenta: creencias, fe, ideología, moral, religión, ritual, espiritualidad y valores.

Necesidad de ocuparse para realizarse

No valorada.

Términos a tener en cuenta: autonomía, autoestima, rol social, estatus social, en que dedica su tiempo libre, el trabajo realizado.

Necesidad de recrearse

No valorada.

Términos a tener en cuenta: diversión, juego, ocio y placer.

Necesidad de aprendizaje

No presenta ningún problema para comprender y entender lo que sucede en su entorno.

Tiene déficit de conocimientos acerca del proceso de su enfermedad, la mujer nos dice “solo sabemos que el urólogo nos ha derivado a Jaén y que le tienen que poner mientras este tratamiento (Ácido Zoledrónico) aquí en el hospital”.

Tienen interés en adquirir la información del proceso y evolución de su enfermedad, poder mejorar el alivio del dolor y sobre todo la voluntad del marido de permanecer en su domicilio.

Valoración del cuidador principal/ acompañante

Su cuidadora principal y su acompañante en todo momento es su mujer. Verbaliza una gran preocupación por la falta de información y por el hecho de que su marido no quiere seguir administrándose el tratamiento, ni más pruebas diagnósticas. Quiere en todo momento que se cumpla la voluntad de su marido.

Buena salud y buena disposición para dar cuidados.

3.3.2. Fase diagnóstica

Esta fase es considerada la más importante del proceso enfermero, ya que se interpretan los datos obtenidos en la valoración mediante el análisis y síntesis de los mismos, concluyéndose con la identificación y formulación del problema de salud. Para la clasificación de los diferentes problemas detectados hemos aplicado el modelo de Virginia Henderson, donde se clasifican los problemas en *problemas de colaboración*, y *diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA*.

Según los datos obtenidos, estos serían los diagnósticos y problemas de colaboración que se tendrían que haber identificado y registrado en nuestro paciente.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

Tras la valoración encontramos dos problemas a tratar principalmente, los cuales traducimos a diagnósticos de enfermería.

 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES *RELACIONADO CON* POCA FAMILIARIDAD CON LOS RECURSOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN *MANIFESTADO POR* INFORMAR DEL PROBLEMA.

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA *RELACIONADO CON* DETERIORO NEUROMUSCULAR *MANIFESTADO POR* INESTABILIDAD POSTURAL.

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

 00133 DOLOR CRÓNICO *RELACIONADO CON* INCAPACIDAD FÍSICA CRÓNICA *MANIFESTADO POR* ESCALA DE MEDIDA (EVA).

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, con un inicio lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante y una duración superior a 6 meses.

3.3.3. Fase de planificación

Una vez concluida la valoración e identificados los diagnósticos enfermeros y las complicaciones potenciales, utilizamos el pensamiento crítico y priorizamos los cuidados en función de las necesidades y los deseos del paciente. A continuación, planteamos los

resultados esperados definidos por la Nursing Outcomes Classification (NOC), que los clasificaremos por la escala de medición tipo Likert de 5 puntos, expresando el número 1 la situación menos deseable y el 5 la mejor condición.

Posteriormente, se determinan las intervenciones de enfermería oportunas y definidas por la Nursing Interventions Classification (NIC), cada intervención, a su vez, se concreta con actividades.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA, NOC Y NIC.

Vamos a desarrollar los dos diagnósticos enfermeros encontrados en este paciente, con sus NOC y sus NIC desarrollados, a modo de resumen simplifico el primer diagnóstico en la (Tabla 1), los indicadores de los resultados NOC en la (Tabla 2 y 3) y el segundo diagnóstico en la (Tabla 4), los indicadores de los resultados en la (Tabla 5 y 6).

<u>NANDA</u> 00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADO CON POCA FAMILIARIDAD CON LOS RECURSOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN MANIFESTADO POR INFORMAR DEL PROBLEMA.			
<u>NOC</u> (1847) Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica.		<u>NOC</u> (1833) Conocimiento: Manejo del cáncer.	
<u>NIC</u> (1400) Manejo del dolor.	<u>NIC</u> (7400) Orientación en el sistema sanitario.	<u>NIC</u> (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento.	<u>NIC</u> (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

Tabla 1. Primer diagnóstico. Elaboración propia.

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES RELACIONADO CON POCA FAMILIARIDAD CON LOS RECURSOS PARA OBTENER LA INFORMACIÓN MANIFESTADO POR INFORMAR DEL PROBLEMA.

Definición: carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

RESULTADOS, NOC:

- **(1847) Conocimiento: Manejo de la enfermedad crónica.**

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre una enfermedad crónica específica, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (durante el proceso)
<i>184709 Estrategia para manejar el dolor</i>	1	5
<i>184729 Cuándo contactar con un profesional sanitario</i>	2	4

Tabla 2. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

-Estrategia para manejar el dolor: Valor escala 1, gravemente comprometido el conocimiento para manejar el dolor y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.

-Contactar con un profesional: Valor escala 2, sustancialmente comprometido el conocimiento de cuando acudir a un profesional sanitario y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 4, levemente comprometida.

- **(1833) Conocimiento: Manejo del cáncer.**

Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el cáncer, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (al alta definitiva)
<i>183303 Diagnóstico específico del cáncer</i>	1	5
<i>183309 Tratamientos alternativos</i>	1	5

Tabla 3. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

- Diagnóstico específico del cáncer: Valor escala 1, gravemente comprometido el conocimiento de la enfermedad, no conocen el diagnóstico y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.
- Tratamientos alternativos: Valor escala 1, gravemente comprometido el conocimiento de otros tratamientos, como por ejemplo, tratamiento paliativo para el dolor y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.

INTERVENCIONES, NIC:

- **(1400) MANEJO DEL DOLOR.**

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

Actividades:

- Evaluar, con el paciente, cuidadora principal (su mujer) y el equipo de profesionales médicos, la eficacia del tratamiento para el dolor administrado hasta el momento.

- Utilización de analgesia prescrita controlada por el paciente o su cuidadora por orden del mismo.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias, como la temperatura de la habitación, iluminación y ruidos que sean adecuados.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor, como el miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimiento.

- (7400) ORIENTACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO.

Definición: Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.

Actividades:

- Informar al paciente y a la cuidadora principal acerca de los recursos sanitarios que tiene a su disposición, como el servicio del enfermero gestor de casos, el servicio de urgencias, el dispositivo de cuidados críticos y urgencias (DCCU) y la unidad del dolor del hospital.
- Ayudar a la cuidadora principal a identificar los riesgos para su marido, para saber cuándo tiene que contactar con los servicios antes mencionados, como por ejemplo, cuando su marido se encuentre con dolor y no disminuya con el tratamiento, si presentara algún tipo de lesión, tipo úlcera, cuando necesite algún soporte de ayuda como una silla de ruedas o cuando vea que su marido está empeorando.
- Observar el adecuado seguimiento actual de los cuidados y ofrecerle nuestro apoyo.
- Informar y facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria.
- Solicitar servicios de otros profesionales sanitarios para el paciente, como contactar personalmente con el equipo de Unidad del Dolor, para reajustar tratamiento.

- (5618) ENSEÑANZA: PROCEDIMIENTO/TRATAMIENTO.

Definición: Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento específico.

Actividades:

- Concertar una cita con el especialista, explicándole la situación del enfermo y su cuidadora y preparar una entrevista con ambos.
- Acompañar tanto al enfermo como a la cuidadora en el momento de la información, ya que ha confiado en nosotros y se sentirá mejor si le surgen dudas.
- Interactuar con el facultativo y expresarle los deseos del paciente de no seguir con el tratamiento, ni con más pruebas diagnósticas.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exponga sus inquietudes.

- (5602) ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD.

Definición: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad.

Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente y la cuidadora principal relacionado con su enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informar al cuidador.
- Proporcionar el número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.
- Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados.
- Informar de los distintos tratamientos alternativos disponibles para su situación, como la sedación paliativa.

<u>NANDA</u> 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON DETERIORO NEUROMUSCULAR MANIFESTADO POR INESTABILIDAD POSTURAL.			
<u>NOC</u> (0208) Movilidad.		<u>NOC</u> (0204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.	
<u>NIC</u> (6490) Prevención de caídas.	<u>NIC</u> (3590) Vigilancia de la piel.	<u>NIC</u> (3500) Manejo de presiones.	<u>NIC</u> (0180) Manejo de la energía.

Tabla 4. Segundo diagnóstico. Elaboración propia.

00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA RELACIONADO CON DETERIORO NEUROMUSCULAR MANIFESTADO POR INESTABILIDAD POSTURAL.

Definición: limitación del movimiento físico independiente, intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

RESULTADOS, NOC:

- (0208) MOVILIDAD.

Definición: Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con mecanismos de ayuda.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (durante el proceso)
20802 <i>Mantenimiento de la posición corporal</i>	3	3
20805 <i>Realización del traslado</i>	2	3

Tabla 5. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

-Mantenimiento de la posición corporal: Valor escala 3, moderadamente comprometida la movilidad y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 3, moderadamente comprometida.

-Realización del traslado: Valor escala 2, sustancialmente comprometido el traslado independientemente y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 3, moderadamente comprometida.

- (0204) CONSECUENCIAS DE LA INMOVILIDAD: FISIOLÓGICAS.

Definición: Gravedad del compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (durante el proceso)
20411 <i>Fuerza muscular</i>	2	2
20414 <i>Movimiento articular</i>	3	3

Tabla 6. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

-Fuerza muscular: Valor escala 2, sustancialmente comprometida la inmovilidad y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 2, sustancialmente comprometida.

-Movimiento articular: Valor escala 3, moderadamente comprometidos los movimientos articulares y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 3, moderadamente comprometida.

INTERVENCIONES, NIC:

- (6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS.

Definición: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Compartir con el paciente observaciones sobre la marcha y el movimiento.
- Proporcionar dispositivos de ayuda, como bastón o andador para caminar, para conseguir una marcha estable.
- Enseñar a la cuidadora a utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño...
- Verificar que disponen de barandillas y pasamanos visibles y adecuados en casa para el paciente.
- Informar tanto al paciente como a la cuidadora sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y como disminuir estos riesgos.

- (3590) VIGILANCIA DE LA PIEL.

Definición: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

Actividades:

- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o edemas en la piel o mucosas.
- Vigilar el color y temperatura de la piel.

- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Observar si hay zonas de presión o fricción.
- Observar si la ropa le queda ajustada.
- Instaurar medidas preventivas para evitar mayor deterioro, como un colchón antiescaras.
- Instruir a la cuidadora acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.

- (3500) MANEJO DE PRESIONES.

Definición: Minimizar la presión sobre las partes corporales.

Actividades:

- Comprobar la movilidad y actividad del paciente.
- Observar la fuerza muscular a la hora de moverse.
- Colocar al paciente sobre una superficie almohadillada.
- Si permanece en cama, hacer cambios posturales al menos cada 2 horas.
- Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama.
- Vigilar el estado nutricional del paciente.

- (0180) MANEJO DE LA ENERGÍA.

Definición: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.

Actividades:

- Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga, como la incertidumbre de no saber sobre su enfermedad.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Corregir el déficit del estado fisiológico.
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.
- Informar a la cuidadora de la ayuda que ella puede hacer para ayudarlo a sentarse en la cama o hacer traslados cama-sillón.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN (problema que la enfermera no lo puede resolver de forma autónoma y lo hace en colaboración con otros profesionales sanitarios)

Vamos a desarrollar este diagnóstico enfermero, con sus NOC y sus NIC desarrollados, a modo de resumen lo simplifico en la (Tabla 7) y los indicadores de resultados en la (Tabla 8 y 9).

<u>NANDA</u> 00133 DOLOR CRÓNICO RELACIONADO CON INCAPACIDAD FÍSICA CRÓNICA MANIFESTADO POR ESCALA DE MEDIDA (EVA).			
<u>NOC</u> (1605) Control del dolor.		<u>NOC</u> (3016) Satisfacción del paciente: manejo del dolor.	
<u>NIC</u> (2300) Administración de la medicación.	<u>NIC</u> (8180) Consulta por teléfono.	<u>NIC</u> (6482) Manejo ambiental: confort.	<u>NIC</u> (8020) Reunión multidisciplinar sobre cuidados.

Tabla 7. Diagnóstico de problema de colaboración. Elaboración propia.

00133 DOLOR CRÓNICO RELACIONADO CON INCAPACIDAD FÍSICA CRÓNICA MANIFESTADO POR ESCALA DE MEDIDA (EVA).

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular, con un inicio lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante y una duración superior a 6 meses.

RESULTADOS, NOC:

- (1605) CONTROL DEL DOLOR.

Definición: Acciones personales para controlar el dolor.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (durante el proceso)
<i>160511 Refiere dolor controlado</i>	2	5
<i>160508 Utiliza los recursos disponibles</i>	1	5

Tabla 8. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

- Refiere dolor controlado: Valor escala 2, sustancialmente comprometido y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.
- Utiliza recursos disponibles: Valor escala 1, gravemente comprometido y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.

- (3016) SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: MANEJO DEL DOLOR.

Definición: Grado de percepción positiva de los cuidados de enfermería para aliviar el dolor.

Indicadores:

Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación diana (durante el proceso)
<i>301605 Acciones tomadas para proporcionar comodidad</i>	3	5
<i>301615 Los profesionales sanitarios trabajan como un equipo para manejar el dolor</i>	2	5

Tabla 9. Indicadores de Resultados. Elaboración propia.

Los indicadores de este objetivo, graduados en escala tipo Likert son:

- Acciones tomadas para proporcionar comodidad: Valor escala 3, moderadamente comprometido la comodidad y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.
- Los profesionales trabajan en equipo para mejorar el dolor: Valor escala 2, sustancialmente comprometido el manejo del dolor y nuestro objetivo es alcanzar una puntuación diana de 5, nada comprometido.

INTERVENCIONES, NIC:

- (2300) ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN.

Definición: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones de los medicamentos.
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda.
- Validar y registrar la comprensión del paciente y la familia sobre las acciones esperadas y efectos adversos de la medicación.

- (8180) CONSULTA POR TELÉFONO.

Definición: Identificar las preocupaciones del paciente, escucharlo y proporcionar apoyo, información o enseñanzas por teléfono en respuesta a dichas preocupaciones.

Actividades:

- Informar al paciente y familia acerca del proceso de las llamadas y obtener su consentimiento.
- Identificar las inquietudes sobre el estado de salud.
- Identificar el grado de apoyo y de implicación en los cuidados de la familia.
- Obtener datos relacionados con la eficacia del tratamiento actual y actuar ante esto.
- Dar instrucciones claras de cómo acceder al cuidado que necesite.
- Consultar con el medico los principales cambios en el régimen del tratamiento.
- Mantener la confidencialidad.

- (6482) MANEJO AMBIENTAL: CONFORT.

Definición: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad del mismo.
- Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes.
- Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, exceso de calefacción o frio.
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

- (8020) REUNIÓN MULTIDISCIPLINAR SOBRE CUIDADOS.

Definición: Planificación y evaluación de los cuidados del paciente con profesionales sanitarios de otras disciplinas.

Actividades:

- Identificar los diagnósticos de enfermería actuales.
- Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica,
- Describir la respuesta del paciente y de la familia a las intervenciones de enfermería.
- Recomendar cambios al plan de tratamiento.
- Aportar los datos que faciliten la valoración del plan de cuidados del paciente.
- Aclarar las responsabilidades relacionadas con la puesta en práctica del plan de

cuidados del paciente.

Se realizó una planificación de alta y seguimiento domiciliario programado para control evolutivo de situación clínica y sus necesidades, mediante derivación a Enfermería Gestora de Casos (EGC) y coordinación con los diferentes profesionales que precisan para conseguir los objetivos marcados como Unidad del Dolor y DCCU.

3.3.4. Fase de ejecución

En la fase de ejecución, ayudamos al paciente a realizar actividades para mantener la salud, para recuperarse de la enfermedad o parar conseguir una muerte digna. Las intervenciones realizadas son individualizadas según los principios fisiológicos, la edad, los antecedentes culturales, el equilibrio emocional y las capacidades físicas e intelectuales.

En nuestro caso, solo desarrollamos nuestro plan de cuidados hasta la fase de planificación, por tratarse de un plan de cuidados que no ha podido ser puesto en práctica por el fallecimiento de nuestro paciente; obtuvimos los datos de la valoración de la historia clínica y de la información aportada por la enfermera que recibió al paciente para la administración del Ácido Zoledrónico el último día del tratamiento ambulatorio. A continuación describimos la secuencia de las actuaciones realizadas por la enfermera en todo el proceso desde la captación del paciente hasta su fallecimiento.

El último día que el paciente acude a la administración ambulatoria del tratamiento la enfermera detectó que el paciente apenas podía caminar, se encontraba en una mala situación física e incluso fue testigo de la dificultad que mostraba el paciente para sentarse, por lo que le facilitó un sillón acolchado para proporcionarle confort y bienestar mientras le administraba el tratamiento pautado y así intentar reducir el dolor que presentaba.

Al interactuar con el paciente/cuidadora y detectar que no tenían información acerca del proceso de su enfermedad, procedió a concertar una cita con el urólogo, a este le explicó la situación en la que se encontraban tanto física, como psicológicamente el paciente/cuidadora en las últimas dos semanas y preparó una entrevista entre ambos.

Una vez que son informados del pronóstico de la enfermedad y de su posible evolución, el paciente /cuidadora reflejan que no quieren tener que ir mas al hospital, ni realizarse más pruebas, por lo que su labor aquí fue interdisciplinariamente, la anulación de

volver a administrarse el tratamiento ambulatorio con ácido zoledrónico y la cancelación de la cita programada en oncología, siguiendo en todo momento la voluntad del paciente.

A continuación la enfermera se puso en contacto con uno de los facultativos de la Unidad del Dolor del hospital que le reajusto el tratamiento analgésico, ya que nuestro paciente se encontraba con mucho dolor.

A partir de aquí se planificó que según en la situación en la que se encontraban y por la propia voluntad del paciente, que este permanecería en su domicilio, por lo que se puso en contacto con el enfermero gestor de casos del centro de atención primaria, para proporcionarle en todas las medidas posibles que tuvieran a su disposición todo lo que necesitarán en esta, su última etapa de la vida. Se le proporcionó una cama articulada, con un colchón antiescaras para la prevención de úlceras por presión y una silla de ruedas para su traslado. Y se le dio la información necesaria a la cuidadora de los servicios que tenían que solicitar si encontraban algún problema.

En todo momento la enfermera estaba en contacto con esta familia por vía telefónica y acudiendo a su domicilio e informándose de todo el proceso y de su evolución por medio del enfermero gestor de casos.

Tras una semana del reajuste del tratamiento la cuidadora principal se puso en contacto con la enfermera vía telefónica, para que le asesorara y le ayudara, ya que había contactado con el DCCU y este le había dicho que si empeoraba, lo mejor sería ir al hospital, pero la cuidadora volvió a manifestar la voluntad de su marido de no acudir a mas hospitales, por lo que contactó con la enfermera, para que le aconsejara y ayudara ya que su marido había comenzado de nuevo con el dolor y no cedía con el tratamiento. La enfermera contactó de nuevo con la unidad del dolor, para reajustar el tratamiento aumentando la sedación.

Finalmente la enfermera tras la última llamada de la cuidadora, acudió al domicilio del mismo a los pocos días y comprobó que el paciente se encontraba con todos los cuidados necesarios y en compañía de su familia, a las pocas horas se produjo el fallecimiento de nuestro paciente sin dolor y sin sufrimiento, arropado por su familia.

3.3.5. Fase de evaluación

Esta es la etapa final del proceso enfermero, aunque en todas las fases se produce una valoración continua. En esta etapa analizamos el grado de consecución de los objetivos propuestos y así evaluar la eficacia de nuestro plan de cuidados. En nuestro caso no ha sido viable.

4. DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

Realizar un Plan de Cuidados individualizado en un paciente con Cáncer de Próstata metastásico, que fue detectado en la administración ambulatoria del tratamiento con ácido zoledrónico, es una herramienta que nos ha ayudado a valorar necesidades y complicaciones, detectando las situaciones de riesgo, y aportando al paciente y la familia mayor seguridad a la hora de planificar nuestro plan de cuidados, con el fin de mejorar los cuidados prestados y su calidad de vida en su última etapa.

Hemos podido comprobar que en este caso, nuestro paciente no había sido informado correctamente del proceso de su enfermedad, que estaba siendo tratado con un tratamiento ambulatorio con Ácido Zoledrónico; hay estudios que proponen otras alternativas terapéuticas como el denosumab^{5,6} y sobre todo, desde el punto de vista enfermero, hemos visto la necesidad de ayudar a nuestros pacientes cuando manifiestan su voluntad de rechazar el tratamiento y aceptar sus deseos de morir dignamente, recibiendo de todos los profesionales sanitarios implicados en sus cuidados una atención humana y que les acompañe hasta el final.

Las limitaciones encontradas a la hora de la realización de este caso clínico ha sido una escasa información encontrada en la historia clínica del paciente (historia del hospital y de otros niveles asistenciales) y el fallecimiento del paciente, lo que ha imposibilitado llevar a cabo el plan de cuidados en cada una de sus fases.

Enfermería es una profesión autónoma que de forma serena y argumentada puede dar un paso adelante para “discutir” dentro del equipo multidisciplinar y teniendo en cuenta la voluntad del paciente, la idoneidad de plantear la limitación del esfuerzo terapéutico para

evitar el sufrimiento, acompañar y cuidar al paciente en su última etapa.

Como conclusión podemos decir que la actuación realizada por la enfermera fue efectiva, ya que gracias a la captación del paciente en ese estado, fue ayudado y se resolvieron sus principales necesidades, garantizando su calidad de vida aportando cuidados paliativos, dándole así una muerte sin dolor y arropado por su familia.

El hecho de haber realizado este trabajo ha hecho que me replantee la atención que ofrecemos a los pacientes habitualmente; es común que nos encontremos ante pacientes con patologías crónicas y/o en fase paliativa; sin ser conscientes podemos estar realizando encarnizamiento terapéutico, pensando que es lo mejor para nuestros pacientes y sin tener en cuenta la situación en la que se encuentran y la voluntad del propio paciente y su familia. Quiero resaltar la importancia que tiene identificar a un paciente en esta situación y la rápida aplicación de la limitación del esfuerzo terapéutico para garantizar unos cuidados paliativos adecuados y poder ofrecer una muerte digna.

5. AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a Yolanda Rustarazo Franco, coordinadora del Hospital Alto Guadalquivir, Supervisora del área de Consultas Externas, tutora del Trabajo Fin de Grado y pieza clave en la realización de este, ya que ha sido mi punto guía para poder realizar este trabajo. Además agradecer a la enfermera que detectó el caso, por darnos toda la información y actuaciones que realizó con nuestro paciente, ya que ha sido un punto fundamental para la realización de este trabajo, por la gran falta de documentación en el programa informático utilizado en el hospital.

Por último y no por ello menos importante me gustaría hacer mención a todos los profesores de Grado de Enfermería de la Facultad Ciencias de La Salud de Ceuta, ya que gracias a ellos he obtenido mis conocimientos enfermeros durante mis 3 primeros años, y no dejar atrás el agradecimiento a los profesores de Grado en Enfermería de la Universidad de Jaén, por acogerme en este último año de mi carrera, a todo el personal de enfermería que he tenido como tutores en el Hospital Alto Guadalquivir, por su gran implicación día a día con los alumnos y por ofrecer todo su conocimiento para nuestra enseñanza.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Las Cifras del Cáncer en España 2014 [en línea]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2014. [fecha de acceso 20 de abril de 2015]. URL disponible en: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf
2. Detección Temprana, Diagnóstico y Clasificación por Etapas del Cáncer de Próstata [base de datos en línea]. American Cancer Society; última actualización el 06 de febrero de 2015. [fecha de acceso 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-early-staging>
3. Po-hui Chisng, Hwei-Chung Wang. Zoledronic acid treatment for cancerous bone metastases: a phase IV study in Taiwan. JCRT, 9(4), 653-659, 2013. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2013;volume=9;issue=4;spage=653;epage=659;aulast=Chiang>
4. Efectividad y Tolerabilidad del Ácido Zoledrónico en el Tratamiento del Cáncer de Próstata Metastásico [base de datos en línea]. Madrid: Actas Urológicas Españolas; mayo de 2008. [fecha de acceso 20 abril de 2015]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000500003&lng=es&nrm=iso
5. Cáncer de Próstata Metastásico [en línea]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; marzo de 2014. [fecha de acceso 20 de abril de 2015]. URL disponible <http://www.seom.org/es/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/genitourinario/prostata?start=10#content>
6. Tratamiento Contra el Cáncer de Próstata [base de datos en línea]. American Cancer Society; última actualización el 06 de febrero de 2015. [fecha de acceso 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/cancerdeprostata/guiadetallada/cancer-de-prostata-treating-treating-pain>
7. Andrej Kmetec, Tine Hajdinjak. Evaluation of Safety and Analgesic Consumption in Patients with Advanced Cancer Treated with Zoledronic Acid. PMC, 47(3), 289-295,

septiembre de 2013. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3794885/>

8. Adolfo Orestes Antúnez Baró, Ania Torres González, La Relación Médico-Paciente: complejidad de un vínculo indispensable. MediCiego 2014; 20(1). [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2014/mdc141g.pdf>

9. Ana María Cerezo. Modelos de Relación Médico-Paciente en Adultos Mayores con Cáncer. [Estudio de casos]. Publicado el 31 de mayo de 2012. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2740/Modelos_Cerezo.pdf?sequence=1

10. Olga Lidia Alonso Mariño. Aspectos Bioéticos de los Cuidados Paliativos al Paciente Oncohematológico. ACTA MÉDICA DEL CENTRO. [en línea]. 2014. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]; Vol.9, No.1. URL disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/217/pdf>

11. P. Hernando, G. Diestre. Limitación del Esfuerzo Terapéutico: cuestión de profesionales o ¿también de enfermeros? [base de datos en línea]. Pamplona: Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2007. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600010&lng=es&nrm=iso

12. J. Masiá. Dignidad Humana y Situaciones Terminales [base de datos en línea]. Pamplona: Anales del Sistema Sanitario de Navarra; 2007. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600004&lng=es&nrm=iso

13. Chaiane Amorim Biondo, María Júlia Paes de Silva. Distanasia, Eutanasia y Ortotanasia: percepciones de los enfermeros de unidades de terapias intensivas e implicaciones en la asistencia. Rev. Latino-am Enfermagem, 17(5), 2009. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n5/es_03.pdf

14. Teresa de Jesús Salazar Gómez. Muerte Digna o Ensañamiento Terapéutico:

-
- una reflexión para profesionales de la salud. Rev. Enfermería Universitaria. [en línea]. 2008. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]; Vol.5, No.1. URL disponible en: <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/30271-64654-1-PB.pdf>
- 15 . Taboada, Paulina. Limitación de Esfuerzo Terapéutico y Principio Ético de Proporcionalidad Terapéutica, en García, José Juan (director): Enciclopedia de Bioética. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/146-limitacion-de-esfuerzo-terapeutico>
16. Virginia Henderson. [Internet]. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/mod/resource/view.php?inpopup=true&id=61971>
17. Herdman, T.H. NANDA INTERNACIONAL, Diagnosticos Enfermeros, Definiciones y Clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
18. María Teresa Luis Rodrigo. LOS DIAGNOSTICOS ENFERMEROS. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.
- 19 . Sue Moorhead. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5º Ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
20. Gloria M. Bulechek. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
21. Johnson, M. Vínculos de NOC y NIC a NANDA y Diagnósticos Médicos. 3º Ed. Barcelona: Elsevier; 2012.

OTRA BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- J.L. Monzón Marín, I. Saralegui Reta. Recomendaciones de Tratamiento al Final de la Vida del Paciente Crítico [base de datos en línea]. Madrid: Medicina Intensiva; abril de 2008. [fecha de acceso 20 abril de 2015]. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912008000300004&lng=es&nrm=iso

- Claudia Zevallos-Palacios, Renato Quispe. La Participación del Paciente en la Toma de Decisiones Clínicas como Estrategia para Salvaguardar sus Derechos. Rev. Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 32(2), 2013. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000200043&script=sci_arttext
- Gabriela Sanabria. La Comunicación Medico Paciente. Rev. Inst. Med. Trop, 7(2), diciembre de 2012. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]. URL disponible en: <file:///C:/Users/Manuel/Downloads/217-642-1-PB.pdf>
- Gerardo Tirado Pedregosa, César Hueso Montoro. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. INDEX DE ENFERMERÍA. [en línea]. Granada, 2011. [fecha de acceso el 20 de abril de 2015]; Vol.20, No.1-2. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100023&script=sci_arttext