



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO DE ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Grado

Caso clínico a propósito de un varón con cáncer de mama

ALUMNA: Noelia Vilches Ruiz

TUTOR: D. Alfonso Jesús Cruz Lendínez

DEPARTAMENTO: Enfermería

LUGAR Y FECHA DE LECTURA: Sala de Juntas
B3, día 10 de Junio del 2015

UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD



GRADO DE ENFERMERÍA

Trabajo de Fin de Grado

CASO CLÍNICO A PROPÓSITO DE UN VARÓN CON CÁNCER DE MAMA



ALUMNA: Noelia Vilches Ruiz

TUTOR: D. Alfonso Jesús Cruz Lendínez

DEPARTAMENTO: Enfermería

LUGAR Y FECHA DE LECTURA: Sala de Juntas
B3, día 10 Junio del 2015

X

Noelia Vilches Ruiz
Estudiante 4º curso de Enfermería Univ. Jaén

INDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. MARCO TEÓRICO DEL PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE DN TRATAMIENTO PALIATIVO	7
4. OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS	8
5. METODOLOGÍA DEL PLAN DE CUIDADOS.....	9
6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS	10
6.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	10
6.2. ENTREVISTA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN	15
6.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)	19
6.4. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)	21
6.5. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	27
6.5.1. PLAN DE ACTUACIÓN INDIVIDUALIZADO PARA EL PACIENTE:.....	31
6.6. ÚLTIMOS INFORMES MÉDICOS	32
6.7. RESULTADOS	34
6.8. DISCUSIÓN.....	40
6.9. CONCLUSIONES	41
7. ANEXOS	42
7.1. Escala de Depresión y ansiedad- HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale).....	42
7.2. Cribado de deterioro Cognitivo (TEST DE PFEIFFER):	45
7.3. Autonomía para las actividades de la vida diaria (ESCALA BARTHEL):.....	46
7.4. Escala de Valoración Analógica del Dolor (E.V.A):	49
7.5. Ejercicios para costillas (FISIOTERAPIA OSTEOPÁTICA); Centro de Fisioterapia “David Carrascosa Fernández” de Linares.	49
7.6. AGRADECIMIENTOS.....	50
8. BIBLIOGRAFÍA.....	51



1. RESUMEN

El cáncer de mama en hombres es un fenómeno atípico, diferente al cáncer de mama en la contraparte femenina, constituyendo menos del 1% de todos los tumores de mama. El pronóstico del cáncer de mama en hombres parece ser peor en la población masculina que en la femenina, aun encontrándose en el mismo estadio, y es el diagnóstico tardío el que reduce las posibilidades de supervivencia. El diagnóstico está basado en: Evaluación clínica, mamografía, ecografía y biopsia. Como tratamiento local y regional, destacan la cirugía y radioterapia, dependiendo de la presentación clínica, mientras que el tratamiento sistémico, hormonal o quimioterapia, se utilizan en función de los hallazgos clínicos y biológicos. El tratamiento del cáncer de mama en hombres, se ha extrapolado de los estudios existentes en la población femenina, debido al número limitado de casos, toda la evidencia existente procede de la literatura en mujeres. En este trabajo se desarrolló un plan de cuidados individualizado, adaptado a un varón de 39 años con cáncer de mama en evolución metatásica, en tratamiento actual con Quimioterapia. Gracias al uso de los lenguajes estandarizados se establecieron Diagnósticos, Objetivo, Intervenciones del Plan de Cuidados, que ayudaron a proporcionar un modelo de análisis del estado actual del paciente, proporcionando de ésta forma un enfoque basado en los resultados.

Palabras Clave: Cáncer de mama en hombres; enfermedades raras; hombres.

ABSTRACT:

Breast cancer in men is different breast cancer in female counterpart, atypical phenomenon constituting less than 1% of all breast tumors. The prognoses of breast cancer in men are even higher for the male population than female, even being in the same stadium, and late diagnosis reduces the chances of survival. The diagnosis is based on: Clinical evaluation, mammography, ultrasound and biopsy. As local and regional treatment include surgery and radiation therapy, depending on the clinical presentation, while the systemic, hormonal or clinical and laboratory findings. The treatment of breast cancer in men has been extrapolated from existing studies in the female population, due to the limited number of cases, all the evidence from the literature on

women. In this work an individualized care plan, suited to a man of 39 years with breast cancer in metastatic evolution, current chemotherapy was developed. Through the use of standardized languages, Diagnostics, Objectives, Outcomes of Care Plan, which helped provide a model for analyzing the current state of the patient, thereby providing results-based approach is established.

Keywords: Breast cancer in men; unusual diseases; men.

2. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama masculino es un fenómeno atípico, diferente al cáncer de mama en la contraparte femenina; que constituye menos del 1% de todos los tumores malignos de la glándula mamaria, a diferencia del cáncer de mama femenino, que sin duda, ocupa un primer puesto en frecuencia y mortalidad a nivel mundial de entre todos los cánceres existentes.

La edad de diagnóstico suele encontrarse entre los 60 o 70 años, superando a la edad media de presentación en la población femenina. Existen diversos tipo de cáncer, el tipo de cáncer mamario predominante en el hombre es el Tipo No Especial, (antes denominado Ductual), por a la ausencia de lóbulos terminales en la mama masculina, mientras que el carcinoma lobulillar, tanto in situ como invasor, es realmente insólito en los hombres.¹

El pronóstico del cáncer de mama en hombres parece ser peor en la población masculina, que en la femenina, aun encontrándose en el mismo estadio, y es el diagnóstico tardío el que reduce las posibilidades de supervivencia.³

Como factores de riesgo destacan: Edad, alteraciones genéticas, obesidad, enfermedad testicular previa, condiciones mamarias benignas (*Ginecomastia*), trastornos hormonales, antecedentes familiares, radiación no terapéutica... A diferencia de las mujeres, cuyos factores de riesgo son derivados, obviamente, de la exposición a estrógenos.

Entre todos los factores de riesgo destacados, los únicos que presentan una asociación demostrada son los genéticos; según los últimos estudios entre el 15-20% de los hombres que han desarrollado cáncer de mama a lo largo de su vida, disponen de

historia familiar de cáncer de mama y ovario y que el 10% de todos los tumores muestran predisposición genética.

Al contrario que en la mujer, el cáncer de mama no supone una causa importante de muerte en el hombre. La disminución en la mortalidad puede asociarse con los avances existentes en las terapias y el tratamiento adyuvante, ya que en la población afectada, en este caso la masculina, no se realizan ni programas de tamizaje, ni intervenciones de los posibles factores de riesgo.

Al tratarse de una enfermedad poco frecuente, no es posible identificar estudios que proporcionen su abordaje y manejo terapéutico, es por esto que casi toda la información y estrategias registradas para el manejo del cáncer mamario en hombres, son adaptaciones de la experiencia con mujeres.¹

Fundamentalmente el tratamiento se basa en medidas locales y regionales a través de la cirugía y radioterapia y en medidas sistémicas con hormonoterapia y quimioterapia.

- *Resección quirúrgica:* Utilizada en el 70% de los casos, se trata del tratamiento de elección en el cáncer mamario masculino.
- *Radioterapia complementaria posquirúrgica:* Más frecuente en hombres que en mujeres después de realizar la mastectomía, ya que en hombres es más frecuente que la enfermedad, localmente, sea detectada en un estadio más avanzado.
- *Tratamiento endocrinólogo:* Constituido por tratamientos hormonales aditivos, como es el caso del Tamoxifeno.
- *Quimioterapia antineoplásica posquirúrgica adyuvante:* En muchos estudios se ha observado que la quimioterapia posquirúrgica adyuvante está asociada a una reducción en el riesgo de recaída y un beneficio en la supervivencia.²

Este trabajo recoge la elaboración de un Plan de Cuidados individualizado de un hombre de 39 años con un cáncer de mama que ha ocasionado varias metástasis; en tratamiento actual con Quimioterapia.

He elegido este caso clínico para incidir en la importancia del cáncer de mama masculino, por su gran importancia entre la población que lo sufre, aun teniendo una baja incidencia. Para en todo momento hacer conscientes a la comunidad de

profesionales y a la sociedad de la existencia de esta enfermedad e importancia de su rápida detección.

Los hombres que lo padecen presentan más dificultades para hacer frente a dicha enfermedad, puesto que existe una cantidad desbordante de información, métodos de estrategias y apoyo social en el caso de las mujeres, mientras que los hombres se encuentran lidiando contra una situación angustiosa y estresante, al mismo tiempo que estigmatizante de su masculinidad.

Este Caso Clínico fue elaborado con previo consentimiento tanto de la familia como del paciente, manteniendo en todo momento su confidencialidad.

3. MARCO TEÓRICO DEL PLAN DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE EN TRATAMIENTO PALIATIVO

El presente Plan de Cuidados va dirigido a un paciente con una enfermedad oncológica avanzada y por lo tanto en tratamiento paliativo.

Los cuidados paliativos son el cuidado integral y activo de pacientes cuya enfermedad no sufre respuesta a ningún tratamiento curativo, por lo que es fundamental el control del dolor y de otros síntomas, además de problemas psicológicos, sociales y espirituales. Los cuidados paliativos se encuentran enfocados a una mejora de la calidad de vida tanto para pacientes como para sus familias, que afrontan todos los problemas derivados de una enfermedad con compromiso vital.

En este tipo de casos los cuidadores/as son esenciales, acompañan al paciente en las diferentes fases de la enfermedad, con el impacto emocional que conlleva, convirtiéndose en su principal fuente de recursos y apoyo social y sin duda son los principales aliados y colaboradores del equipo de Cuidados Paliativos para la puesta en funcionamiento y éxito del Plan Asistencial, convirtiéndose por todo ello, referentes para educación sanitaria diana de nuestras actuaciones.⁴

Además del dolor, los diversos problemas psicológicos y espirituales, existen otros diagnósticos enfermeros prevalentes entre los pacientes con una enfermedad oncológica avanzada, como pueden ser: deterioro de la integridad cutánea, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidados, deterioro de la deglución ⁴..., sin embargo

he seleccionado destacado aquellos diagnósticos que constituyen una gran carga emocional entre los pacientes, familia y profesionales y sobresalen por su importancia, al tratarse de un paciente de tan temprana edad.

Con todo esto quiero recalcar la importancia que tiene para este tipo de casos la actuación del Equipo de Cuidados Paliativos, cuyos *objetivos de actuación* son los siguientes:

- ✓ Promover el bienestar tanto al paciente como a su familia, a través del alivio de síntomas, soporte emocional y comunicación, proporcionando además, sensación de protección y disponibilidad por parte de los profesionales.
- ✓ Garantizar una valoración de necesidades de forma que el paciente y su familia reciban una adecuada atención, asegurando un efectivo control de síntomas que evite el sufrimiento innecesario, mejorando la percepción por el paciente de confort y calidad de vida ajustada a sus deseos y al respeto de su autonomía, intimidad y confidencialidad.
- ✓ Garantizar la coordinación entre los diferentes niveles para proporcionar la continuidad de una atención en el domicilio 24 horas al día, 365 días al año.
- ✓ Garantizar, en la medida de lo posible, la muerte del paciente, en el lugar que desee, teniendo en cuenta su situación socio-familiar.
- ✓ Garantizar el derecho del paciente a negarse a un tratamiento determinado, sin que eso suponga la disminución del prestigio en su asistencia.
- ✓ Garantizar el acceso de los profesionales al registro de Voluntad Vital Anticipada.^{4,5}

4. OBJETIVOS DEL PLAN DE CUIDADOS

El *objetivo general* consiste en detectar los problemas tanto reales como potenciales de nuestro paciente, estableciendo un Plan Asistencial que cubra todas sus necesidades y al mismo tiempo proporcione las intervenciones y actividades de enfermería pertinentes en todo momento.

Objetivos específicos:

- ✓ Destacar y priorizar, de forma integral todos los problemas, y diagnósticos enfermeros, sufridos por un paciente que se encuentra enfrentándose a un cáncer de mama con múltiples metástasis.
- ✓ Ayudar al paciente a afrontar su situación, proporcionando apoyo frente a su pronóstico.
- ✓ Mejorar en todo momento su calidad de vida.

5. METODOLOGÍA DEL PLAN DE CUIDADOS

Para la elaboración del Plan de Cuidados se hizo uso de las cinco etapas del *Plan de Atención de Enfermería* (PAE), que se engloban en los *Standards of Clinical Nursing Practice de la American Nurses Association: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación*.

Se realizó la valoración del paciente haciendo uso de los *Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon*. Como herramientas de valoración y apoyo en esta etapa del proceso se utilizaron:

- *Cribado de Deterioro Cognitivo* (Test de Pfeiffer).⁹
- *Autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria* (Escala de Barthel).¹⁰
- *Escala de Depresión y Ansiedad* (HADS) – Hospital Anxiety and Depression Scale.⁵
- *Escala de Valoración Analógica del Dolor* (E.V.A).¹¹

Tras la valoración se identifican los diversos problemas, tanto reales como potenciales, que derivan en los diagnósticos de enfermería, identificados mediante la *Taxonomía II de la North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA).⁶

A partir de los Diagnósticos seleccionados se realiza una *Red de Razonamiento Clínico* en la cual se refleja la relación entre los diversos diagnósticos enfermeros: los diagnósticos centrales, son los problemas enfermeros localizados en el paciente y tratados en el presente Plan de Cuidados, y los encontrados en el exterior, y coloreados de un azul más intenso, son los problemas, diagnóstico médico principal y derivados de este que conducen a los enfermeros.

Una vez identificados los distintos diagnósticos enfermeros, seleccionamos los objetivos e intervenciones del Plan de Cuidados, utilizando para ello los lenguajes estandarizados:

- *Clasificación de Resultados de Enfermería, Nursing Outcomes Classification (NOC).*⁷
- *Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Nursing Interventions Classification (NIC).*⁸

6. DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

6.1. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Anamnesis:

Hombre de 39 años que presenta un carcinoma de mama primario que ha originado varias metástasis (*Metástasis cerebrales, oculares, glotis, pulmonares y quiste en el segmento VIII del hígado*) actualmente en tratamiento con Capecitabina.

Alergias:

- No Alergias Medicamentosas Conocidas.
- Alergia Alimentaria a piña.
- Dermatitis alérgica a metales.

Antecedentes personales:

- Amigdalectomía.
- Espondiloartrósis anquilosante.

Antecedentes Oncológicos:

- **Año 1989:** Desde los 14 años, la familia del paciente estaba bastante preocupada porque apreciaban que las mamas eran algo más grandes y que a veces le drenaban líquido seroso por el pezón derecho.

Ya de pequeño el paciente fue a consulta médica para informarse sobre este problema, sin embargo el personal que les atendió restó importancia al asunto y

les recomendó que solo cuando la mama comenzara a causarle dolor, consultaran de nuevo; por lo que desde el principio no se le llevó a cabo ningún tipo de prevención, ni actuación en consecuencia.

- **Noviembre del año 2005**, hace dos meses que ha comenzado a drenar líquido de color oscuro por el pezón derecho. Se realiza Ecografía mamaria, cuyos resultados indican una dilatación de los conductos galactóforos de la mama derecha, el resto de la exploración es normal, con un buen estado general; el resultado de la citología de la secreción informa de la negatividad para células neoplásicas malignas.
- **Diciembre del año 2007**, informa haberse detectado un pequeño bulto en la mama derecha; tras la exploración se localiza una tumoración en la zona externa de la mama derecha, de aproximadamente 8 meses de evolución; sin embargo en este momento no refiere secreción.
- **Enero del 2008**; Consulta de cirugía: en el informe de mamografía se observa un nódulo de 4 cm de eje mayor, de contornos irregulares y retracción del parénquima adyacente, así como micro calcificaciones pleomórficas en su interior, en mama derecha.

Los hallazgos son compatibles con nódulo mamario con características radiológicas malignas.

- **Marzo del año 2008**: Se practica una biopsia selectiva de 3 adenopatías axilares derechas.

Informe anatomopatológico:

- Dos ganglios con macro metástasis de 25-21 mm.
 - La tercera adenopatía se encuentra en ausencia de infiltración.
- **Abril del año 2008**, comienza tratamiento con Quimioterapia Neoadyuvante para intentar reducir el tumor mamario, en este momento dicho tumor se encontraba en fase III.
 - **Julio del año 2008**, fin del tratamiento con Quimioterapia Neoadyuvante.
 - **Septiembre del año 2008**, se extrae una pieza de mastectomía radical, y se realiza el vaciamiento axilar derecho.

Informe anatomopatológico de la pieza:

Carcinoma ductal infiltrante de 1.6 cm con un grado II en la escala de Nottingham que habría tenido una respuesta a la terapia coadyuvante inferior al 30%.

- **Septiembre del año 2008:** Comienza tratamiento con Radioterapia y Tamoxifeno.

El paciente sigue una serie de controles y exploraciones que aparecen sin alteraciones significativas.

Durante estas exploraciones de control se comienzan a detectar micro nódulos en el parénquima pulmonar, sin embargo tras sucesivas consultas se concluye en que no sufren cambios en el tamaño y forma. El paciente continúa con tratamiento de Radioterapia y Quimioterapia por el espacio de 5 años, con un seguimiento regular cada 6 meses.

- **Año 2011:** Debido a las condiciones que le impone su trabajo, el paciente viaja a Perú.
- **Diciembre del año 2013,** el medico suspende Tamoxifeno tras 5 años de tratamiento.
- **Abril del año 2014:**

Durante su estancia en Perú, comienza a perder visión del ojo derecho, y es aquí donde, le es diagnosticado, en el *informe de tomografía de coherencia óptica*, una lesión tumoral metastásica localizada en el polo posterior, con un compromiso macular bien delimitado que ha producido un desprendimiento de la retina.

- **Abril del año 2014,** el caso se deriva a Oncología (Perú).
- **Mayo del año 2014:**

Tras la realización de una resonancia magnética se detecta:

- *Lesiones de pequeño tamaño en ambos hemisferios cerebrales.*
- *Lesión del globo ocular derecho.*
- *Lesión nodular por debajo de la glotis.*

- *Metástasis pulmonar múltiple bilateral.*
- *Quiste en el segmento VIII del hígado.*
- **Mayo del año 2014:**

Debido a la situación, regresa de Perú para iniciar el tratamiento en Linares.

 - Se le realiza una biopsia pulmonar y del nódulo pleural parietal, que resulta con una metástasis compatible con un origen primario mamario (**Mayo 2014**)
 - Recibe primeramente Radioterapia Olocraneal y Coroide: 10 sesiones para tratar las lesiones cerebrales y oculares. Recibe dosis de 3000 cGy y con un fraccionamiento de 5 x 300 a la semana en 10 fracciones desde el **día el 27 Mayo 2014 al 10 de Junio 2014.**
- **Junio del año 2014:** Comienza tratamiento con Quimioterapia (*Docetaxel*).
- **Noviembre de 2015:** A pesar de la gravedad, tras recibir todo el tratamiento y actualmente con sus seguimientos y recomendaciones, tras sucesivas exploraciones y controles se confirma la estabilidad de dicho paciente.

Antecedentes familiares:

- Abuela paterna con cáncer de mama y ovario. Fallecida con 45 años.
- Tía paterna con leucemia. Fallecida con 18 años.
- Prima hermana con cáncer de mama.

Tratamiento médico actual:

- Administrado último ciclo de DOCETAXEL, terminado este tratamiento.
- Disminución de corticoides, DEXAMETASONA (*FORTECORTIN*), sin clínica neurológica. Actualmente suspendido tratamiento con corticoides.
- Actualmente en tratamiento con CAPECITABINA (*XELODA*).
- METOCLOPRAMIDA (*PRIMPERAN*): Control de las náuseas.
- TRAMADOL: Para control del dolor.
- LORAZEPAM (*ORFIDAL*): En tratamiento complementario con Tramadol, para control del dolor.

- UREA: Para tratar la descamación de la piel, provocada por el tratamiento con la quimioterapia.
- DEXCLORFENIRAMINA MALEATO (*POLARAMINE*): Complementario con la Urea para tratar el deterioro tisular que ha provocado el tratamiento con quimioterapia.
- OMEPRAZOL: Protector de estómago, para evitar molestias gástricas derivadas del tratamiento con toda la medicación.

MEDICAMENTO	DOSIS	VÍA	OBSERVACIONES
CAPECITABINA (XELODA)	150 mg cada 12 horas.	Oral	
TRAMADOL	50 mg	Oral	Sí dolor.
LORAZEPAM (ORFIDAL)	1 mg	Oral	Sí dolor.
METOCLOPRAMIDA (PRIMPERAN)	10 mg, un comprimido antes de las comidas.	Oral	
DEXCLORFENIRAMINA MALEATO (POLARAMINE)	2 mg, un comprimido cada 8 horas.	Oral	
UREA	Preparación tópica al 20%, 2 veces al día.	Tópica	
OMEPRAZOL	20 mg, un comprimido cada 24 horas.	Oral	
DOCETAXEL	SUSPENDIDO 	SUSPENDIDO 	ÚLTIMO CICLO ADMINISTRADO. TERMINADO ESTE TRATAMIENTO.
DEXAMETASONA (FORTECORTIN)	SUSPENDIDO 	SUSPENDIDO 	DISMINUCIÓN SIN CLÍNICA NEUROLÓGICA. TERMINADO ESTE TRATAMIENTO.

Tabla 1: Medicación actual del paciente.

6.2. ENTREVISTA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Se realizó la valoración del paciente utilizando los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

Cuando le pregunto al paciente sobre su estado de salud este reconoce que a pesar de su situación con la enfermedad, el progreso de esta y su gravedad se encuentra bien, con algunas excepciones, sin embargo cuando hablo con su familia me informan que suele hacer esta referencia al respecto para no preocupar a nadie, pero que desde el comienzo de la enfermedad es cierto que ha sufrido un bajón considerable.

El paciente conoce su proceso de salud, conoce su diagnóstico y su pronóstico.

Como antecedentes personales en dicho paciente, destacan:

- Amigdalectomía.
- Dermatitis alérgica a metales.
- Espondiloartrósis anquilosante.

Medicación que toma habitualmente:

- Actualmente en tratamiento con CAPECITABINA.
- METOCLOPRAMIDA: Control de las náuseas.
- TRAMADOL: Para control del dolor.
- LORAZEPAM: Complementario con Tramadol para control del dolor.
- UREA: Para tratar la descamación de la piel, provocada por el tratamiento con la quimioterapia.
- DEXCLORFENIRAMINA MALEATO: Complementario con la Urea para tratar el deterioro tisular que ha provocado el tratamiento con quimioterapia.
- OMEPRAZOL: Protector de estómago, para evitar molestias gástricas derivadas del tratamiento con toda la medicación.

Refiere padecer una dermatitis alérgica a metales y alergia alimentaria a la piña.

Sigue una dieta alcalina de progresión, que ha sido establecida por el médico, ya que acudió a consulta para solucionar unos problemas de digestión que sufría; refiere tener pirosis durante las comidas, lo que le reduce el apetito.

Reconoce que no se trata de una dieta fácil, puesto que no tolera todos los alimentos, es bastante delicado a la hora de comer y no todos los alimentos le gustan.

El paciente manifiesta de forma verbal que esta “harto” de todo el proceso por el que está pasando.

El tratamiento con quimioterapia le genera náuseas y vómitos, las cuales trata con la METOCLOPRAMIDA.

El estado de la piel es seco y con lesiones dérmicas: Presenta descamación de la piel en la zona de la cara y el pecho (*Efecto secundario del tratamiento con quimioterapia*); este problema lo trata hidratando estas zonas con Urea.

En la espalda presenta una serie de granitos pequeños y de color rojo que está tratando con DEXCLORFENIRAMINA MALEATO (Polaramine).

Estado de la mucosa oral: Seca (*Refiere ser un efecto adverso del tratamiento con la quimioterapia*).

Es independiente tanto para las ABVD como para los autocuidados; Escala de Barthel con una puntuación de 100 puntos: *Paciente totalmente Independiente*.

Refiere no hacer ejercicio físico puesto que reconoce que se fatiga con una situación de actividad normal, no puede andar ni siquiera cortas distancias sin que tenga dificultad respiratoria (*Disnea de reposo*).

Cuando le pregunto al respecto, el paciente y la familia me informa de que cuando fue intervenido de la biopsia de pulmón, la intervención desembocó en este problema, de forma que parte del diafragma de la parte derecha se encuentra comprimiendo el pulmón, mientras que el resto de diafragma se encuentra en su posición normal.

El médico recomienda seguir una serie de estiramientos y ejercicios físicos para que el diafragma retorne a su posición inicial, los cuales realiza de forma escasa.

Sale de forma escasa a la calle: “No quiero salir a la calle, para que la gente me recuerde que estoy enfermo, y que únicamente me pregunten, ¿Cómo vas?, ¿Cómo llevas la enfermedad?, ¿Ya estás bien?”

Presenta un dolor generalizado que se produce cuando pasa mucho tiempo inactivo, sobre todo cuando se levanta por las mañanas. Cuando le preguntamos sobre la intensidad del dolor, y le preguntamos de una escala del 0 al 10, donde 0 es “nada de dolor” y 10 es “un dolor intenso”, refiere una puntuación de 7-8 en la escala EVA.

Posee un déficit visual provocado por la lesión tumoral en el ojo derecho.

El paciente presenta un estado de ánimo aparentemente bueno, sin embargo puedo observar, y la familia nos lo confirma, que tiene cambios bastante visibles en el estado de ánimo y en su temperamento.

Me informan de que el radiólogo les comentó que se trataba de un efecto secundario de la radioterapia que recibió para tratar las lesiones tumorales del cerebro, ya que estuvo expuesto a una gran cantidad de radiación para esta finalidad; el radiólogo comenta que se trata de un acontecimiento bastante raro, pero que en su caso es algo normal y previsible de que ocurriera.

Su hermana me comenta que estos cambios se han podido observar claramente: mal carácter, poco hablador, y lo que más les ha sorprendido ha sido que ha ido acortando su forma de conversar; de llevar una conversación normal y corriente, a únicamente hablar de forma concisa y breve, reduciendo el diálogo de forma notoria.

Test Pfeiffer: 0 Errores; no existe deterioro cognitivo.

Podemos destacar una gran negatividad entorno a su situación; la hermana nos informa de que cada vez que va a consulta a cualquier revisión pregunta que cuanto tiempo le queda de vida y que cuando va a morir.

Test de Ansiedad y depresión: 9 ítems respondidos para la escala de ansiedad y 6 ítems respondidos para la escala de depresión, por lo que el paciente presenta una sintomatología dudosa.

Vive con su hermana, su cuñado y sus sobrinos. Está divorciado desde hace cuestión de un año. Mantiene poca interacción social por el motivo anteriormente comentado (“*No quiero salir a la calle, para que la gente me recuerde que estoy enfermo, y que únicamente me pregunten, ¿Cómo vas?, ¿Cómo llevas la enfermedad?, ¿Ya estás bien?*”)

La familia me informa de que no comenta nada acerca de su proceso para no preocuparlos, puedo confirmarlo una vez realizada la valoración, puesto que únicamente responde de forma adecuada y correcta cuando su hermana está presente y le impulsa a que lo haga.

Si analizamos la situación a día de hoy para poder comprender la perspectiva del proceso, podemos destacar, que a pesar de la gravedad de la enfermedad, esta en mayor o menor medida, se está reduciendo.

Si desglosamos dicha valoración, encontramos que el paciente presenta los siguientes problemas:

PATRÓN FUNCIONAL	PROBLEMA DETECTADO	CAUSA
<i>Patrón nutricional y metabólico</i>	Pirosis, dificultad de digestión de las comidas	Posiblemente por toda la historia medicamentosa que lleva desde el comienzo de la enfermedad.
<i>Patrón Actividad y Ejercicio</i>	Fatiga	Disnea de reposo causada por la alteración de la posición del diafragma.
<i>Patrón Estado de la Piel y Mucosas</i>	Deterioro de la integridad cutánea	Tratamiento con Quimioterapia.
<i>Patrón Cognitivo y Perceptual</i>	Dolor generalizado	Sedentarismo, proceso de enfermedad...
<i>Patrón Autopercepción y Autoconcepto</i>	Cambios de humor y disminución del contenido de las conversaciones	Posibilidades: - Deterioro cognitivo, provocado por las lesiones cerebrales. - Tratamiento con corticoides. - Tratamiento con Radioterapia.
<i>Patrón Rol y Relaciones</i>	Disminución de la interacción social	Para evitar temas de conversación relacionados con el proceso de su enfermedad, para evitar preocupaciones...

Tabla 2: Relación de patrones y problemas detectados.

Voy a abordar todos y cada uno de los problemas destacados, a través de unas intervenciones y actividades que se le implementaran al paciente y evaluaré el resultado de estas mediante unos objetivos y los indicadores de estos, que nos informaran sobre si dichas intervenciones han tenido éxito o no, si estos se cumplen o permanecen estables.

Principalmente he de centrarme en los problemas orgánicos, como la disnea, que como enfermera abordaré a través de la intervención de la fatiga, y el dolor, pues destacan por su prioridad, y una vez mantengamos controlados estos, solucionaré el resto, abordando también de esta forma la problemática psicológica del caso. También veo oportuno y labor de la enfermera, intervenir sobre los cuidados de la piel y las mucosas, un punto muy importante en este tipo de pacientes.

Para ello, identificamos los distintos diagnósticos de enfermería, haciendo uso para ello de la bibliografía NANDA, Diagnósticos Enfermeros ⁶.

6.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (NANDA)

Destaco un total de 11 diagnósticos.

DOMINIO ACTIVIDAD Y REPOSO:

00168 Sedentarismo *r/c* falta de interés y motivación *m/p* elige una rutina diaria con falta de ejercicio físico.

00093 Fatiga *r/c* estados de enfermedad (alteración de la posición fisiológica del diafragma) *m/p* verbalización del paciente.

00092 Intolerancia a la actividad *r/c* disnea *m/p* informes verbales de fatiga (Producido por la alteración de la posición fisiológica del diafragma).

00032 Patrón respiratorio ineficaz *r/c* fatiga *m/p* disnea de reposo.⁶

DOMINIO PERCEPCIÓN/COGNICIÓN:

00122 Trastorno de la percepción sensorial (Visual) *r/c* estado de la enfermedad (Metástasis ocular) *m/p* disminución de la agudeza visual.⁶

DOMINIO AUTOPERCEPCIÓN:

00124 Desesperanza *r/c* enfermedad *m/p* falta de iniciativa y pasividad.⁶

Figura 1: Red de razonamiento clínico

Inicialmente me voy a centrar en el problema orgánico, que se encuentra localizado en tres diagnósticos fundamentales, como son:

- **00132** Dolor agudo r/c agentes lesivos (biológicos; enfermedad) m/p informe verbal del paciente.
- **00093** Fatiga r/c estados de enfermedad (alteración de la posición fisiológica del diafragma) m/p verbalización del paciente.
- **00046** Deterioro de la integridad cutánea r/c medicación (Quimioterapia) m/p alteración de la superficie de la piel.⁶

En orden de prioridad, los diagnósticos a tratar serían:

- ✓ Dolor.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Deterioro de la integridad cutánea.

Se tratan de tres síntomas que tratan de forma fundamental los profesionales de la Unidad de Cuidados Paliativos, ya que, en un estadio de la enfermedad avanzado, todo este tipo de pacientes llegan a presentar dichos problemas.

En el caso de este paciente solucionaríamos en primer lugar el dolor, puesto que, la fatiga derivada de la dificultad respiratoria, no se trata de un acontecimiento que esté causando graves problemas al paciente, puesto que ya de por sí, sin la disnea de base, su grado de actividad es muy bajo.

6.4. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)

DIAGNÓSTICO:

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (biológicos; enfermedad) m/p informe verbal del paciente.⁶

NOC:

1605 Control del dolor.⁷

Objetivo a alcanzar por el paciente: El paciente, haciendo uso de los recursos disponibles conseguirá referir un dolor controlado.

INDICADORES:

Dominio: Patrón Cognitivo y Perceptual.

Escala: 1.- Nunca demostrado; 2.- Raramente demostrado; 3.- A veces demostrado; 4.- Frecuentemente demostrado; 5.- Siempre demostrado.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
160501 Reconoce factores causales.	2	4
160503 Utiliza medidas preventivas.	2	4
160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas.	2	4
160508 Utiliza los recursos disponibles.	2	4
160511 Refiere dolor controlado.	2	4
PUNTUACIÓN GLOBAL: 2; el control del dolor está raramente demostrado.		

Tabla 3: Indicadores NOC Control del Dolor.⁷

DIAGNÓSTICO:

00093 Fatiga r/c estados de enfermedad (alteración de la posición fisiológica del diafragma) m/p verbalización del paciente.⁶

NOC: 0005 Tolerancia a la actividad.⁷

Objetivo a alcanzar por el paciente: El paciente, haciendo uso de las pautas e indicaciones recomendadas, conseguirá referir facilidad en la ventilación y ausencia de fatiga.

INDICADORES:

Dominio: Patrón Actividad y Ejercicio.

Escala: Escala: 1.- Gravemente comprometido; 2.-Sustancialmente comprometido; 3.- Moderadamente comprometido; 4.-Levemente comprometido; 5.- No comprometido.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
000508 Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.	2	4
000509 Paso al caminar.	2	4
000511 Tolerancia a subir escaleras.	2	4
000514 Habilidad para hablar durante el ejercicio.	2	4
PUNTUACIÓN GLOBAL: 2; la tolerancia a la actividad está sustancialmente comprometida.		

Tabla 4: Indicadores NOC Tolerancia a la actividad.⁷

En último lugar, pero no por ello menos importante trataré el deterioro de la integridad cutánea.

DIAGNÓSTICO:

00046 Deterioro de la integridad cutánea *r/c* medicación (Quimioterapia) *m/p* alteración de la superficie de la piel.⁶

NOC:

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.⁷

Objetivo a alcanzar por el paciente: El paciente, haciendo uso de las recomendaciones precisas, mantendrá una correcta integridad de la piel y mucosas.

INDICADORES:

Dominio: Estado de la Piel y Mucosas.

Escala: 1.- Gravemente comprometido; 2.-Sustancialmente comprometido; 3.- Moderadamente comprometido; 4.-Levemente comprometido; 5.- No comprometido.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
110101 Temperatura de la piel.	3	5
110104 Hidratación.	3	5
110113 Piel intacta.	3	5
110115 Lesiones cutáneas.	3	5
110119 Descamación cutánea.	3	5
PUNTUACIÓN GLOBAL: 3; La integridad de la piel está moderadamente comprometida.		

Tabla 5: Indicadores NOC estado de piel y mucosas.⁷

Una vez solucionados los problemas orgánicos, daríamos paso a tratar los psicológicos, lo cuales residen también una gran importancia en este paciente.

Para empezar es necesario conocer el hecho que provoca los cambios en el humor y temperamento del paciente.

Podemos deducir varias opciones que nos aclaren el comportamiento relacionado con el estado de humor del paciente, entre los cuales destacamos:

- *Tratamiento con radioterapia:* Que la radiación, en el caso de este paciente, de gran parte de la cabeza, haya causado este tipo de alteraciones.
- *Tratamiento con corticoides:* Uno de los efectos secundarios provocados por el tratamiento con este tipo de medicación son los cambios de humor.
- *Posible deterioro cognitivo provocado por la lesión tumoral cerebral.*

Para descartar una u otra opción, en primer lugar voy a realizar un Test de Pfeiffer, en el que el resultado nos oriente acerca del funcionamiento cognitivo del paciente.

Resultado Obtenido en el Test de Pfeiffer: 0 Errores, por lo que el paciente no presenta ningún deterioro cognitivo.

Por lo tanto deberemos aceptar que estos cambios tan notorios en el estado de ánimo son provocados por el tratamiento tan intenso que ha tenido con la Radioterapia, puesto que la opción del tratamiento de los Corticoides también está descartada, ya que dicho tratamiento fue suspendido.

En siguiente lugar vamos a centrarnos en los otros dos diagnósticos destacados anteriormente, que en orden de prioridad, los diagnósticos a tratar serían:

- **00069** Afrontamiento ineficaz **r/c** incertidumbre **m/p** cambio en los patrones de comunicación habituales.
- **00052** Deterioro de la integración social **r/c** ausencia de integración en la sociedad **m/p** interacción disfuncional con los demás.⁶

DIAGNÓSTICO:

00069 Afrontamiento ineficaz **r/c** incertidumbre **m/p** cambio en los patrones de comunicación habituales.⁶

NOC:

1302 Superación de problemas.⁷

Objetivo a alcanzar por el paciente: El paciente, haciendo uso de estrategias de superación de problemas efectivas, es capaz de verbalizar sensación de control de su proceso.

INDICADORES:

Dominio: Patrón Autopercepción y Autoconcepto.

Escala: 1.- Nunca demostrado; 2.- Raramente demostrado; 3.- A veces demostrado; 4.- Frecuentemente demostrado; 5.- Siempre demostrado.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
130201 Identifica patrones de superación eficaces.	2	4
130203 Verbaliza sensación de control.	2	4
130206 Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento.	2	4
130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere.	2	4

130212 Utiliza estrategias de superación efectivas.	2	4
130215 Busca ayuda profesional de forma adecuada.	2	4
PUNTUACIÓN GLOBAL: 2; la superación de problemas está raramente demostrada.		

Tabla 6: Indicadores NOC Superación de Problemas.⁷

DIAGNÓSTICO:

00052 Deterioro de la integración social **r/c** ausencia de integración en la sociedad **m/p** interacción disfuncional con los demás.⁶

NOC:

1503 Implicación social.⁷

Objetivo a alcanzar por el paciente: El paciente conseguirá desarrollar sus habilidades sociales de forma que podrá mantener una relación e interacción social efectiva, fomentando de esta forma la participación en la comunidad.

INDICADORES:

1503 Implicación social.

Dominio: Patrón Rol y Relaciones.

Escala: 1.- Nunca demostrado; 2.- Raramente demostrado; 3.- A veces demostrado; 4.- Frecuentemente demostrado; 5.- Siempre demostrado.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA
150301 Interacción con amigos íntimos.	2	4
150302 Interacción con vecinos.	2	4
150303 Interacción con miembros de la familia.	3	4
150311 Participación en actividades de grupo.	1	4

PUNTUACIÓN GLOBAL: 2; la implicación social está raramente demostrada.

Tabla 7: Indicadores NOC Implicación Social.⁷

6.5. CLASIFICACIÓN DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

Diagnóstico:

00132 Dolor agudo r/c agentes lesivos (*biológicos; enfermedad*) m/p informe verbal del paciente.⁶

En cuando al dolor, el paciente tiene un mal control de dolor, puesto que lleva un mal régimen terapéutico, es totalmente reacio a tomar su medicación de forma adecuada.

Cuando le preguntamos sobre como controla el dolor que le aparece, el paciente responde que no hace nada al respecto, intento profundizar un poco más preguntándole si hace uso de algún tipo de medicación para su control y recibo como respuesta “De vez en cuando mi hermana me da su medicación, la que toma para su fibromialgia”, realizando un estudio de la medicación que refiere, encuentro que se trata de Tramadol y Orfidal.

El paciente está incluido dentro del Programa de Cuidados Paliativos, lo que también me extraña que por parte de estos profesionales no se le haya hecho ningún control de este síntoma. Tengo la oportunidad de preguntar al respecto, y soy informada de que este paciente fue tratado con MST y Sevredol en su día, rechazando el tratamiento sin explicación.

Se trata de un punto importante a tratar puesto que el paciente lleva un mal control del dolor, dolor que nos expresa que es importante, (Escala EVA 7-8 puntos), fundamental solucionar en acuerdo con el paciente este problema.

Intervención y actividades propuestas:

1400 Manejo del dolor.

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

- ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- ✓ Observar claves no verbales de molestias.
- ✓ Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (*sueño, apetito, humor, relaciones,...*)
- ✓ Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor.
- ✓ Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (*miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos*).
- ✓ Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (*farmacológica, no farmacológica e interpersonal*) que faciliten el alivio del dolor.
- ✓ Enseñar el uso de medidas no farmacológicas (*relajación, musicoterapia, terapia de juegos...*) antes, después, y si fuera posible, durante las actividades dolorosas; antes de que se produzca el dolor o de que aumente, y junto con otras medidas de alivio del dolor.
- ✓ Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.⁸

Diagnóstico:

00093 Fatiga **r/c** estados de enfermedad (*alteración de la posición fisiológica del diafragma*) **m/p** verbalización del paciente.⁶

Intervención y actividades propuestas:

0180 Manejo de la energía.

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

- ✓ Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- ✓ Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- ✓ Corregir los déficits del estado fisiológico como elementos prioritarios.

- ✓ Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga utilizando combinaciones de categorías farmacológicas y no farmacológicas, si procede.
- ✓ Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia.
- ✓ Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- ✓ Vigilar la respuesta cardiocirculatoria a la actividad (*Disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria*).
- ✓ Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/ actividad.
- ✓ Facilitar la alternancia de periodos de descanso y actividad.
- ✓ Limitar los estímulos ambientales (*luz y ruidos*) para facilitar la relajación.
- ✓ Utilizar ejercicios de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.⁸

Diagnóstico:

00046 Deterioro de la integridad cutánea **r/c** medicación (*Quimioterapia*) **m/p** alteración de la superficie de la piel.⁶

Intervención y actividades propuestas:

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 membranas mucosas.

- ✓ Vigilar el color y la temperatura de la piel.
- ✓ Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- ✓ Tomar nota de los cambios de la piel y membranas mucosas.
- ✓ Instaurar medidas para evitar mayor deterioro.
- ✓ Instruir al paciente, o a cualquier miembro de la familia/cuidador acerca de los signos de la pérdida de integridad de la piel.⁸

Diagnóstico:

00069 Afrontamiento ineficaz **r/c** incertidumbre **m/p** cambio en los patrones de comunicación habituales.⁶

Intervención y actividades propuestas:

5230 Aumentar el afrontamiento.

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieren en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.

- ✓ Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- ✓ Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- ✓ Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- ✓ Disponer de un ambiente de aceptación.
- ✓ Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- ✓ Proporcionar información objetiva acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- ✓ Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- ✓ Evaluar la capacidad del paciente para la toma de decisiones.
- ✓ Favorecer situaciones que aumenten la autonomía del paciente.
- ✓ Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- ✓ Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
- ✓ Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento.⁸

Diagnóstico:

00052 Deterioro de la integración social r/c ausencia de integración en la sociedad m/p interacción disfuncional con los demás.⁶

Intervención y actividades propuestas:

5100 Potenciación de la socialización.

Definición: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.

- ✓ Fomentar la implicación en relaciones potenciales ya establecidas.
- ✓ Animar al paciente a desarrollar relaciones.
- ✓ Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
- ✓ Fomentar a compartir problemas comunes con los demás.

- ✓ Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás.
- ✓ Animar al paciente a cambiar de ambiente, como salir a caminar o al cine.
- ✓ Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades especiales futuras por parte del paciente.⁸

6.5.1. PLAN DE ACTUACIÓN INDIVIDUALIZADO PARA EL PACIENTE:

Comento con el paciente la importancia de seguir una serie de actividades para mejorar la evolución de los diagnósticos seleccionados.

En la siguiente tabla se encuentra recogidas las actividades que he seleccionado para que mi paciente realice, con el fin de mejorar su calidad de vida.

DIAGNÓSTICO	ACTIVIDADES A REALIZAR
DOLOR	El paciente valorará en todo momento el dolor existente, actuando en consecuencia.
	El paciente hará uso de la medicación prescrita por el médico.
	El paciente llevará a cabo un diario del dolor, en el que se registre el tipo del dolor, medicación administrada, reducción de la molestia, o uso de rescates por aumento de dolor.
	Se comentará con el paciente la posibilidad de realizar técnicas de relajación para aumentar el control del dolor.
FATIGA	El paciente valorará el problema que ocasiona la fatiga, actuando en consecuencia.
	El paciente llevará a cabo un grado de actividad propio y adecuado a la situación en la que se encuentre, e irá aumentando en función de las necesidades, de forma gradual
	El paciente llevará a cabo los ejercicios pautados por el fisioterapeuta. (<i>Anexos</i>)
	El paciente valorará la evolución de su capacidad de ventilación en todo momento.
INTEGRIDAD CUTÁNEA	El paciente valorará el estado de la piel en todo momento, registrando cualquier cambio identificado.
	El paciente llevará a cabo una buena nutrición e hidratación.
	El paciente aplicará los ungüentos prescritos por el médico para la solución de los problemas cutáneos derivados del tratamiento por Quimioterapia.
	El paciente hidratará correctamente la piel después de la higiene diaria.
AFRONTAMIENTO	El paciente será capaz de comprender y aceptar la situación por la que está pasando, una vez asimilada la noticia.
	El paciente será capaz de expresar sus miedos y sentimientos al respecto.
	El paciente será capaz de solucionar todos y cada uno de los problemas que surjan a lo largo de la evolución de su enfermedad.
INTERACCIÓN SOCIAL	El paciente fomentará las relaciones con la sociedad.
	El paciente fomentará los lazos familiares.
	El paciente planificará planes de futuro.
	El paciente fomentará la participación en actividades de la sociedad.

Tabla 8: Plan de actuación individualizado aplicado al paciente.

Comento con el paciente la posibilidad de llevar a cabo estas actividades para dar solución a los diagnósticos anteriormente mencionados; el paciente se compromete a llevarlos a cabo, por lo que iré valorándolo para ver si los indicadores de dichos diagnósticos de enfermería varían hasta eliminar los problemas presentes en este caso clínico.

6.6. ÚLTIMOS INFORMES MÉDICOS



Enero del año 2015:

RESONANCIA MAGNÉTICA:

Estudio de cráneo sin alteraciones. No se identifican LOES. Lesión subglótica de las características descritas, con aspecto radiológico benigno. Debe considerarse la posibilidad de hemangioma subglótico.



Febrero del año 2015:

CLÍNICA OFTALMOLÓGICA DE MADRID:

Observaciones: Tras exploración optométrica del segmento anterior de ambos ojos no se observan alteraciones. Se realizan campos visuales de ambos ojos, encontrándose el del ojo derecho fuera de límites normales y el del ojo izquierdo fuera de límites normales.

Tras exploración oftalmológica, del segmento posterior de ambos ojos se observa en el ojo derecho atrofia por compresión.



Febrero del año 2015:

TAC BODY:

Nódulos pulmonares inferiores a 10 mm en número muy importante. Engrosamiento nodular de cisura mayor sugerente de metástasis.



Marzo del año 2015:

PET TAC:

Informa de lesión lítica de 10 mm en pala iliaca izquierda y de 23 mm en cuerpo vertebral 3ª lumbar sospechosa de METAS, aunque como no hay estudios previos no se puede concluir.

A modo de resumen, incluyo en esta tabla, la evolución del paciente en cuanto a las lesiones que se han detectado en las últimas revisiones.

LESIONES INICIALES EN EL PACIENTE	LESIONES ACTUALES EN EL PACIENTE
Lesiones de ambos hemisferios cerebrales.	No se detectan lesiones en los hemisferios cerebrales.
Lesión del Globo ocular derecho.	Ojo sin alteraciones significativas; atrofia por comprensión.
Lesión nodular de la glotis.	Lesión nodular de la glotis (Lesión con posibles características benignas), posible hemangioma.
Metástasis pulmonares.	Metástasis pulmonares.
Quiste en el segmento VIII del hígado.	Quiste en el segmento VIII del hígado.
	Lesión en pala iliaca izquierda y en vertebra 3ª lumbar.

Tabla 9: Evolución de las lesiones derivadas de la metástasis en el paciente.

ESTUDIO GENÉTICO:

Debido a sus antecedentes familiares de cáncer de ovario y mama, el paciente cumple criterios para el estudio genético, por lo que tras previa autorización se realiza test genético (*Secuenciación de BRCA1 y BRCA2*).

Resultados de test genético: Variantes de significado incierto en BRCA1 y BRCA2. La mutación en BRCA-2 c.1342 A>C presente en heterocigosis ha sido descrita como patogénica en algunas bases de datos pero cuando está presente en homocigosis.

SE RECOMIENDA SEGUIMIENTO DE ALTO RIESGO A SUS HERMANAS.

6.7. RESULTADOS



Jueves 29 de Enero del 2015.

Una vez establecido mi plan de actuación, comienzo el seguimiento del paciente.

Como base podemos observar los siguientes puntos:

- Mal control del dolor.
- Fatiga, provocada por un problema de deterioro de la ventilación, derivada de una situación disneica de reposo.
- Afrontamiento ineficaz de la situación.
- Deterioro de las relaciones personales y la socialización.
- Deterioro de la integridad cutánea como consecuencia del tratamiento con Quimioterapia.

Hablo con el paciente las posibilidades para la solución de los puntos anteriormente observados.

En cuanto al *control del dolor*, el paciente es un poco reacio a tomar la medicación de forma adecuada, refiere dolor con una escala EVA 7-8, pero no acepta tomar la medicación.

Hablo con su hermana para solucionar este problema, de forma que establecemos una pauta de medicación en función de lo establecido por su médico.

DOLOR	Puntuación Actual	Puntuación Diana
	2	4

Si nos centramos en la *fatiga*, comento con el paciente la necesidad de seguir los ejercicios pautados por su fisioterapeuta, y este se compromete a realizarlos todas las mañanas, junto con pequeños paseos a la tarde que además de favorecer la problemática respiratoria, también lo integrarán en mayor o menor medida con la sociedad.

FATIGA	Puntuación Actual	Puntuación Diana
	2	4

Al mismo tiempo animo al paciente para que participe en la relación socio-familiar, fomentando las actividades al aire libre,

En todo momento animo a la familia para que a través de todas estas actuaciones lo animen y ayuden a afrontar su enfermedad y todo lo que ello conlleva, de forma que entre todos intentaremos que sea consciente y capaz de afrontar el proceso.

SUPERACIÓN DE PROBLEMAS	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>	INTERACCIÓN SOCIAL	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	2	4		2	4

El deterioro de integridad cutánea que sufre, en mayor o menor medida está controlado, únicamente recalco la necesidad de llevar una buena hidratación, una buena alimentación y un adecuado uso, en todo momento, de los productos establecidos por el médico para favorecer a la desaparición de dichas lesiones.

INTEGRIDAD CUTÁNEA	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	3	5

La variación de estos indicadores será valorada a lo largo de las semanas en las que lleve el control y seguimiento de dicho paciente.



Jueves 05 Febrero 2015.

Observo si hay algún cambio en lo referido la semana anterior.

Dolor: El paciente sigue siendo reacio a tomar la analgesia de forma adecuada, continúa aguantándose el dolor, le pregunto el motivo pero no obtengo respuesta.

DOLOR	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	2	4

Insisto con el paciente el hecho de llevar el correcto régimen terapéutico, tomándose la medicación sin miedo en todo momento para reducir las molestias derivadas del dolor.

Fatiga: El paciente ha comenzado a realizar los ejercicios para mejorar el estado respiratorio, sin embargo refiere no tener ningún cambio importante.

FATIGA	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	2	4

Pregunto por los ejercicios que lleva a cabo, informándome que solo realiza los prescritos por su fisioterapeuta, insisto en que lleve un aumento gradual de ejercicios de forma que aumente la actividad de un día para otro.

Continúa sin salir de casa, permanece constantemente al ordenador, convirtiéndose en una de las escasas actividades que hace a lo largo de todo el día, de forma que apenas se relaciona con la familia, evitando constantemente conversar con ellos.

INTEGRACIÓN SOCIAL	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	2	4



Viernes 16 Febrero 2015.

El paciente comienza a referir mejor control del dolor, ya está comenzando a tratarlo cuando se siente molesto, sin embargo su hermana reconoce que aún hay momentos que lo oculta sin hacer nada al respecto.

DOLOR	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	3	4

El paciente comienza a ventilar algo mejor y a mantener un control sobre la disnea de reposo, por lo que la fatiga va remitiendo poco a poco.

Ha comenzado a hacer y mantener los ejercicios osteopáticos, pero continúa sin salir a la calle, refiere no hacerlo por el frío.

FATIGA	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	3	4

Continúa sin salir, aislado del medio, familia y conversaciones de forma voluntaria.

INTEGRACIÓN SOCIAL	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	2	4



Sábado 21 Febrero 2015.

La situación continúa igual:

- *Dolor* controlado medianamente, insistimos en todos los puntos anteriormente descritos (Aconsejamos que haga uso de la medicación prescrita por el médico siempre que lo necesite, haciendo uso de un fármaco de rescate entre horas si el dolor se transforma en más intenso).
- *Fatiga* controlada medianamente, insistimos en que progrese con los ejercicios de forma gradual, aumentando su intensidad.
- Continúa, sin establecer más relaciones que las usuales; continúa igual de poco comunicativo.
- *Integridad tisular*, bien tratada, las lesiones dérmicas continúan, pero van reduciéndose poco a poco.

INTEGRIDAD CUTÁNEA	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	4	5

Las sucesivas visitas que hago a lo largo de lo que queda del mes de febrero no registran ningún tipo de cambios, insisto en potenciar las actividades registradas y aportadas al paciente en el Plan de Actuaciones.



Lunes 06 Marzo 2015.

El paciente se encuentra mucho más animado, más positivo, está haciendo planes de futuro con su pareja; me informa de que como se siente mucho mejor ha decidido, en acuerdo con su familia, volver a su antiguo piso para vivir con su actual pareja.

INTERACCIÓN	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
SOCIAL	3	4

Comento con el paciente la posibilidad de aprovechar la situación, que se encuentra con mucha más energía, para intentar hacer los preparativos para la llegada de su compañera sentimental; acordamos que por las mañanas hará una visita a su antiguo piso, de forma que aumentará su grado de actividad, actividad que combinada con los ejercicios osteopáticos seguidos, beneficiará a la fatiga existente.

La situación anteriormente descrita parece animarlo a afrontar de forma más positiva todos y cada uno de los problemas que aparecen a lo largo de la jornada.

- Dolor estable.
- Fatiga reduciéndose poco a poco.
- Mejor afrontamiento a los problemas y la situación, e incluso más comunicativo y reactivo con el medio.

SUPERACIÓN DE	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
PROBLEMAS	3	4



Sábado, 14 Marzo 2015.

Su familia me informa de que está cumpliendo su parte, se ve más positivo, animado e inspirado, mejor estado anímico, ha comenzado a darle sentido a todo lo que hace y lo encuentro mucho más receptivo, incluso ha comenzado a mantener relaciones sociales, de forma que ha comenzado a solicitar apoyo para llevar a cabo las preparaciones. Han aumentado las salidas a la calle, todas las tardes, o en su gran mayoría, visita su antiguo piso.

La familia se observa también mucho más animada.

IMPLICACIÓN	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
SOCIAL	4	4

Aprovecho el momento para preguntarle cómo se siente, respecto *el dolor y la fatiga*.

Reconoce que el dolor lo sigue teniendo algo abandonado, no le presta mucha atención cuando este aparece, tomándose la medicación cuando le apetece; reconoce que este influye en la posibilidad de realizar mayor grado de actividad, informándome de que el aumento en la actividad física lo empeora de forma muy notoria.

DOLOR	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	3	4

La fatiga se encuentra mejor controlada, asegura tener mejor capacidad respiratoria y que incluso es capaz de seguir una marcha normal sin fatigarse, la evalúa con mucha mejoría en comparación con otros meses.

FATIGA	<i>Puntuación Actual</i>	<i>Puntuación Diana</i>
	4	4

Tras sucesivas visitas realizadas al paciente se confirma su estabilidad.



Jueves 09 de Abril del 2015:

Su situación general continúa igual.

- Actualmente el dolor continúa siendo intenso, y las medidas terapéuticas tomadas para su control y supresión son mínimos, comento con el paciente y la familia la posibilidad de volver a contactar con el Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos de Linares, los cuales llevan el seguimiento de dicho caso.
- La *fatiga*, gracias a la realización de las actividades y ejercicios prescritos por los profesionales correspondientes, se está reduciendo poco a poco, sin embargo le está contraindicado la realización de grandes esfuerzos, puesto que está no se encuentra solucionada de forma total.
- En lo referente a la *integridad tisular*, el tratamiento tópico, la buena hidratación, incluyendo la medicación prescrita para esta finalidad están dando muy buenos resultados y el deterioro a día de hoy es mínimo, por lo que se puede decir que conseguimos llegar a la *puntuación diana de 5 Puntos*; sin embargo concienso al paciente de que en el caso de que este problema desapareciera, siga una prevención para evitar su futura aparición.
- Tras la llegada de su compañera sentimental, el paciente se encuentra mucho más receptivo, con mejor estado de ánimo y de forma muy notoria sus salidas han aumentado, favoreciendo de esta forma su *relación con la sociedad* y al mismo tiempo, su forma de *aceptar y procesar su enfermedad*.

Sin embargo a pesar de que mi presentación del Plan de Cuidados finalice en este punto, me comprometo y ofrezco a la familia y el paciente a llevarles un seguimiento y solucionar todas y cada una de sus dudas que surjan en el día a día proponiéndole a ayudarles a conseguir fomentar un adecuado estilo y calidad de vida.

6.8. DISCUSIÓN

La situación del cáncer de mama masculino en la actualidad es un problema con una baja incidencia, tal y como dicen los últimos estudios, constituye menos del 1% de todos los tumores malignos de la mama. Es por este motivo que el cáncer de mama, no ocupa el primer lugar de muerte entre los hombres, pero sí entre las mujeres, ya que este

tipo de tumor gana el primer puesto tanto en frecuencia como en mortalidad entre la población femenina.

Según las últimas investigaciones la edad de diagnóstico suele encontrarse entre los 60 a 70 años, sin embargo este testimonio no es fiel al 100% y se confirma que la enfermedad puede llegar a afectar a cualquier varón de cualquier edad; se ha podido observar con claridad, que el paciente diana de este caso clínico, es un varón con 39 años, que lleva padeciendo la patología desde los 14 años de edad.

El tipo de carcinoma mamario más frecuente entre la población masculina es el Ductual, teoría que puede ser confirmada por este caso clínico, en el que nos encontramos con un carcinoma mamario Ductual Infiltrante.

También es cierto que el pronóstico se considera peor en hombres que en mujeres, esto se puede aclarar razonando que toda prevención primaria que es realizada en mujeres (Mamografía, TAC, diversas pruebas diagnósticas centradas en la detección del cáncer mamario...), todo tamizaje e intervención de los factores de riesgo presentes entre la población masculina... no se llevan a cabo en hombres, debido a la rareza de la enfermedad; y sumado a la causa consecuente de la disminución de parénquima mamario, la infiltración linfática y que la metástasis resultante es mucho más rápida y frecuente, convierte el diagnóstico y pronóstico más devastador entre los hombres.

Tras el estudio de este caso clínico, se puede confirmar que la historia familiar de cáncer mamario y de ovario, conforman un factor de riesgo para que cualquier paciente ya sea masculino o femenino, padezca esta patología con tan baja incidencia.

Con la existencia de estudios e investigación científica que proporcione un abordaje terapéutico específico, todos estos factores pueden volverse, sin ningún tipo de duda, a favor del paciente masculino con cáncer de mama.

6.9. CONCLUSIONES

La valoración inicial realizada sobre la situación del paciente presentó diversas dificultades, puesto que se trata de un paciente poco colaborador, preocupado por su situación y por las emociones que dicho proceso desemboca sobre su familia.

Poco a poco y gracias a la ayuda de su hermana, fui ganando su confianza, de forma que me dejó analizar su situación y ayudarlo en todo momento estableciendo mis cuidados enfermeros.

Con el plan de cuidados elaborado conseguimos trabajar sobre todos los aspectos de dicho paciente oncológico, garantizando en todo momento una óptima calidad de asistencia y atención. Respecto al trastorno oncológico el Plan se centró en aspectos tan importantes como son, el dolor, la fatiga y el deterioro de la integridad cutánea, y con respecto a los trastornos psicológicos, el plan se centró en situaciones tan frecuentes como son el deterioro de la integración social y el afrontamiento ineficaz.

Gracias a este plan de cuidados se consiguieron orientar los cuidados buscando evitar y retrasar en lo máximo posible, la dependencia, el deterioro tanto físico, como psicológico, como emocional, manteniendo en la medida de lo posible y mejorando en todo momento la calidad de vida del paciente.

A la vista de los resultados del Plan de Cuidados, cabe destacar la importancia que tiene en este tipo de enfermedades el apoyo de la familia y los seres queridos, los cuales juegan un papel fundamental con su presencia, sus ánimos, y su ayuda continua, a la mejoría del paciente; y de la misma forma, el acceso a relaciones amorosas, las cuales, sin ningún tipo de duda, protegen a las personas de las consecuencias y efectos negativos de los sucesos vitales estresantes, favoreciendo su adaptación al proceso de la enfermedad, como es el caso del cáncer.

Finalmente destacar la dificultad de hallazgo de artículos e investigación acerca del cáncer de mama masculino, lo que me induce a pensar que quizás lo que más importancia tendría tras estudiar la temaria del cáncer mamario masculino sería incidir en la gran importancia de la investigación masculina en lugar de la femenina, puesto que ya existe muchísima información acerca de la mujer, al contrario que en los hombres.

7. ANEXOS

7.1. Escala de Depresión y ansiedad- HADS (Hospital Anxiety And Depression Scale)

Se trata de una auto o hetero evaluación utilizada como screening para trastornos de ansiedad y del ánimo. Las preguntas hacen referencia al estado del paciente en los últimos 7 días. Esta escala está formada por 14 ítems, 7 de los cuales miden la ansiedad (Ítems: **1, 3, 5, 7, 9, 11, 13**), y los 7 restantes la depresión (Ítems: **2, 4, 6, 8, 10, 12, 14**). Cada ítem tiene una puntuación de 0 a 3; una puntuación por encima de 11 puntos es indicativa de sintomatología ansiosa o depresiva, entre 8 y 10, sintomatología dudosa y entre 0 y 7 ausencia de sintomatología.⁵

1. Me siento tenso /a nervioso/a:

- 3- *Casi todo el día.*
- 2- *Gran parte del día.*
- 1- *De vez en cuando.*
- 0- *Nunca.*

2. Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre:

- 0- *Ciertamente igual que antes.*
- 1- *No tanto como antes.*
- 2- *Solamente un poco.*
- 3- *Ya no disfruto con nada.*

3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3 - *Sí, y muy intenso.*
- 2 - *Sí, pero no muy intenso.*
- 1 - *Sí, pero no me preocupa.*
- 0 - *No siento nada de eso.*

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0- *Igual que siempre.*
- 1- *Actualmente, algo menos.*
- 2- *Actualmente, mucho menos.*
- 3- *Actualmente, en absoluto.*

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3 - *Casi todo el día.*
- 2 - *Gran parte del día.*
- 1 - *De vez en cuando.*
- 0 - *Nunca.*

6. Me siento alegre:

- 3 - *Nunca.*
- 2 - *Muy pocas veces.*
- 1 - *En algunas ocasiones.*
- 0 - *Gran parte del día.*

7. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajadamente:

- 0- *Siempre.*
- 1- *A menudo.*
- 2- *Raras veces.*
- 3- *Nunca.*

8. Me siento lento/a y torpe:

- 3 - *Gran parte del día.*
- 2 - *A menudo.*
- 1 - *A veces.*
- 0 - *Nunca.*

9. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

- 0- *Nunca.*
- 1- *Solo en algunas ocasiones.*
- 2- *A menudo.*
- 3- *Muy a menudo.*

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3 - *Completamente.*
- 2 - *No me cuido como debería de hacerlo.*
- 1 - *Es posible que no me cuide como debiera.*
- 0 - *Me cuido como siempre lo he hecho.*

11. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3 - *Realmente mucho.*
- 2 - *Bastante.*
- 1 - *No mucho.*
- 0 - *En absoluto.*

12. Espero las cosas con ilusión:

- 0- *Como siempre.*
- 1- *Algo menos que antes.*

2- *Mucho menos que antes.*

3- *En absoluto.*

13. Experimento de repente sensaciones de gran angustia y temor:

3 - *Muy a menudo.*

2 - *Con cierta frecuencia.*

1 - *Raramente.*

0 - *Nunca.*

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0- *A menudo.*

1- *Algunas veces.*

2- *Pocas veces.*

3- *Casi nunca.*

7.2. Cribado de deterioro Cognitivo (TEST DE PFEIFFER):

Se trata de un cuestionario heteroadministrado, constituido por 10 ítems. El punto de corte se encuentra en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir, y de 4 o más para los que no. A partir de esta puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.⁹

ÍTEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? -Día, mes, año-.	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección?-Preguntar solo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -Día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.	

PUNTUACIÓN TOTAL	
-------------------------	--

7.3. Autonomía para las actividades de la vida diaria (ESCALA BARTHEL):

Se trata de un cuestionario heteroadministrado formado por 10 ítems tipo Likert. El rango valores se encuentra entre 0 y 100. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: ¹⁰

- **0-20: Dependencia total.**
- **21-60: Dependencia severa.**
- **61-90: Dependencia moderada.**
- **91-99: Dependencia escasa.**
- **100: Independencia.**

INDICE DE BARTHEL		
COMER	Totalmente independiente.	10 Puntos
	Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, etc.	5 Puntos
	Dependiente.	0 Puntos
LAVARSE	Independiente, entra y sale solo del baño.	5 Puntos
	Dependiente.	0 Puntos
VESTIRSE	Independiente, capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos, etc.	10 Puntos
	Necesita ayuda.	5 Puntos
	Dependiente.	0 Puntos

ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, los dientes, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	<i>5 Puntos</i>
	Dependiente.	<i>0 Puntos</i>
DEPOSICIONES	Continente.	<i>10 Puntos</i>
	Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.	<i>5 Puntos</i>
	Incontinente.	<i>0 Puntos</i>
MICCIÓN	Continente o es capaz de cuidarse la sonda o colector.	<i>15 Puntos</i>
	Incontinencia ocasional (Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas).	<i>10 Puntos</i>
	Necesita ayuda para cuidados de la sonda o colector.	<i>5 Puntos</i>
	Incontinente.	<i>0 Puntos</i>

USAR EL RETRETE	Independiente para ir al WC, usa cuña o el orinal. Se sienta y se levanta sin ayuda. (Aunque puede usar barreras de apoyo), se limpia y se pone y quita la ropa sin ayuda.	<i>10 Puntos</i>
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo.	<i>5 Puntos</i>
	Dependiente.	<i>0 Puntos</i>
TRASLADARSE	Independiente para ir del sillón a la cama. Si usa silla de ruedas la usa independientemente.	<i>15 Puntos</i>
	Mínima ayuda física o supervisión.	<i>10 Puntos</i>
	Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda.	<i>5 Puntos</i>
	Dependiente.	<i>0 Puntos</i>
DEAMBULAR	Independiente, camina sin ayuda al menos 50 metros, aunque se ayuda de bastón, muletas, prótesis, o andador sin ruedas.	<i>15 Puntos</i>
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	<i>10 Puntos</i>
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	<i>5 Puntos</i>
	Dependiente.	<i>0 Puntos</i>

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	Independiente para subir o bajar escaleras, sin ayuda o supervisión, aunque se ayuda de muletas o bastones o se apoya en la barandilla.	10 Puntos
	Necesita ayuda física o supervisión.	5 Puntos
	Dependiente.	0 Puntos
PUNTUACIÓN TOTAL:		

7.4. Escala de Valoración Analógica del Dolor (E.V.A):

La escala de Valoración Analógica del Dolor (E.V.A) consiste en una escala que permite valorar y medir la intensidad del dolor.

Se trata de una escala numérica que puntúa el dolor, de forma que 0 representa ausencia de dolor y 10 representa un dolor muy intenso.¹¹

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AUSENCIA DE DOLOR										DOLOR MUY INTENSO

7.5. Ejercicios para costillas (FISIOTERAPIA OSTEOPÁTICA); Centro de Fisioterapia “David Carrascosa Fernández” de Linares.

De pie, con la mano izquierda en la parrilla costal izquierda, al mismo nivel que la zona condolida del costal derecho. Con el brazo por encima de la cabeza o en posición de reposo, dependiendo del dolor que tengamos. Realizamos inclinación del tronco hacia el lado izquierdo todo lo que podamos.

- Primer y segundo día: 10 movimientos: 4 veces al día.
- A partir del tercer día: 10 movimientos: 6-8 veces al día.

- Tras la primera semana: Combinar los movimientos de inclinación con inspiración (tomar aire) y al volver a la posición inicial, se espira (echar aire).

Características: Cada movimiento debe ser más amplio que el anterior, sin miedo.

Llegando al límite máximo es como se logran los mejores resultados.

OTRAS RECOMENDACIONES:

Comprar espirómetro incentivo (Se puede solicitar que el médico de cabecera lo recete) y realizar ejercicios de respiración forzada gracias a su uso.

7.6. AGRADECIMIENTOS.

No puedo finalizar mi Trabajo de Fin de Grado, sin mostrar mi gratitud y agradecimientos, este trabajo no habría podido ser elaborado sin la colaboración de muchas personas que me han ofrecido su apoyo y conocimientos, dedicando parte de su tiempo, para que este Caso Clínico pudiera salir adelante de la mejor forma posible.

En primer lugar, agradecer toda la ayuda aportada por mi tutor de Trabajo de Fin de Grado, Alfonso Jesús Cruz Lendínez, por atenderme en todo momento, orientándome en la realización de este Plan de Actuación Enfermera, ayudándome y dándome todas las directrices para mejorarlo y defenderlo de la mejor forma posible, aun debiendo atender sus altos cargos en la Universidad de Jaén.

A todos aquellos profesionales del Hospital San Agustín de Linares, como han sido las profesionales encargadas de la Unidad de Cuidados Paliativos: Purificación Jaén Castillo, enfermera del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital San Agustín de Linares y María del Pilar Sánchez Navarro, médico del Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos del Hospital San Agustín de Linares, que sin duda alguna me han hecho comprender la importancia asistencial que conllevan los Cuidados Paliativos a este tipo de pacientes, facilitándome en todo momento la bibliografía pertinente para la elaboración de dicho Caso Clínico.

Agradecerle también a la familia de mi paciente toda su colaboración, apoyo y dedicación, puedo confirmar que sin ellos no habría podido alcanzar este punto.

Por supuesto he de tener presentes a todos y cada uno de los profesores componentes del Grado de Enfermería de la Universidad de Jaén, los cuales me han

ayudado a forjar mis conocimientos como enfermera, un punto sin duda esencial y fundamental para la elaboración de este Plan de Cuidado y no solo agradecerles la ayuda proporcionada para la elaboración de este trabajo, sino también toda la administrada a lo largo de estos cuatro años académicos, que sin duda alguna, han sido duros en el día a día, pero que llegados a este punto me han proporcionado una gran satisfacción.

Y creo que no puedo olvidarme de mi familia, presentes en cada momento difícil de mi vida, pero sobre todo, presentes y constantes en el apoyo proporcionado no solo a lo largo de la elaboración de este proyecto, sino también a lo largo de mis cuatro años de mi carrera profesional, gracias a ellos, lo difícil se torna fácil, pues no hay mejor apoyo que el de una familia que te quiere y te brinda todo lo necesario para seguir adelante.

Gracias a todos los que me han mostrado el camino hacia el mundo profesional, completando mi personalidad y fortalezas como enfermera, por todo esto y mucho más mi más sincera gratitud.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Prada, N.; Ángel, J.; Ríos, D et al. Cáncer de mama en hombres. ¿Es una entidad diferente al cáncer de mama en la mujer? Revisión de la literatura. Rev Colomb Cancerol. 2014; 18 (2): 78-82.
- (2) Gloria, M.; Matute, G.; Estrada, M.; Ocampo, A.; Restrepo, C.; Estrada, J et al. Cáncer mamario en hombres. Rev Colomb Cir. 2011; 26: 293-307.
- (3) Tallón Aguilar, L.; Serrano Borrero, Y.; López Porras, M.; Sousa Vaquero, JM.; De León Carrillo, J et al. Cáncer de mama en el varón. Cirugía y Cirujanos, vol.79, núm.4, julio-agosto, 2011, pp. 320-323.
- (4) Gil, J.; Nabal Vicuña, M et al. Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos. Monografías Secpal N°1 Mayo 2012.
- (5) Cia Ramos, R et al. Cuidados Paliativos: Proceso Asistencia Integrado. 2ª Edición. Sevilla: Consejería de Salud, 2007.

- (6) Herdman, T.H. Diagnósticos de enfermería (NANDA). 1ª Ed. Barcelona: Elsevier, 2012.
- (7) Moorhead, S.; Johnson, M.; L.Maas, M.; Swanson, E et al. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (8) Bulechek, G.M.; Butcher, H.K.; Mc Closkey Dochterman, J et al. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- (9) Servicio Andaluz de Salud. Cribado de deterioro cognitivo- Test de Pfeiffer versión española [Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico]; Acceso 18 Enero 2015; Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_DetCognitivo_Pfeiffer.pdf
- (10) Servicio Andaluz de Salud. Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria- Barthel [Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico]; Acceso 18 Enero 2015; Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT4_AutoAVD_Barthel.pdf
- (11) Servicio Andaluz de Salud. Cuestionario de Dolor Español- CDE [Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico]; Acceso 18 Enero 2015; Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnf/PT6_CuestDolor_CDE.pdf