



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Grado en Enfermería
Trabajo Fin de Grado

Cuidados paliativos domiciliarios en un paciente con cáncer de laringe. Caso clínico.

Autor: María del Carmen Polaina Medina
Director del caso clínico: Rafael Villar Dávila

Sala de Juntas D3 el 9 de Junio del 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
Grado en Enfermería
Trabajo Fin de Grado

Cuidados paliativos domiciliarios en un paciente con cáncer de laringe. Caso clínico.

Autor: María del Carmen Polaina Medina
Director del caso clínico: Rafael Villar Dávila

Sala de Juntas D3 el 9 de Junio del 2015

María del Carmen
P.M.

ÍNDICE:

1. RESUMEN.....	4
ABSTRAC.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
2.1. CÁNCER DE LARINGE.....	5
2.1.1. Definición y cifras.....	5
2.1.2. Clasificación.....	5
2.1.3. Manifestaciones clínicas.....	6
2.1.4. Factores de Riesgo.....	7
2.1.5. Pronóstico.....	8
2.1.6. Diagnóstico.....	8
2.1.7. Tratamiento.....	9
2.2. CUIDADOS PALIATIVOS	9
2.2.1. Definiciones y cifras.....	9
2.2.2. Objetivos.....	10
2.2.3. Organización.....	10
2.2.4. Cuidados paliativos en domicilio y labor de la enfermería en el equipo de soporte domiciliario.....	11
2.2.5. Valoración de la unidad paciente-familia.....	12
2.2.6. Fases adaptativas del enfermo.....	13
2.2.7. Counselling.....	13
2.2.8. Vía subcutánea.....	14
2.2.9. Situación de últimos días y sedación.....	15
2.2.10. Planificación anticipada de decisiones.....	16

2.3. JUSTIFICACIÓN.....	16
3. OBJETIVOS PROPUESTOS.....	17
4. METODOLOGÍA.....	17
5. DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	18
6. VALORACIÓN GENERAL.....	19
7. PLAN DE CUIDADOS.....	23
8. FASE DE EJECUCIÓN.....	30
9. FASE DE EVALUACIÓN.....	36
10. DISCUSIÓN.....	39
11. CONCLUSIONES.....	42
12. BIBLIOGRAFÍA.....	43

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Estudios por imágenes utilizados en el cáncer de laringe.....	9
Tabla 2. Ventajas de la atención domiciliaria en cuidados paliativos.....	11
Tabla 3. Fuentes utilizadas en la búsqueda para cáncer de laringe y cuidados paliativos.....	18
Tabla 4. Diagnósticos de enfermería desarrollados de forma indirecta.....	23
Tabla 5. Diagnósticos, NOC e indicadores.....	24
Tabla 6. Diagnósticos, NIC Y Actividades.....	25
Tabla 7. Evaluación de los indicadores propuestos para el paciente.....	36

ÍNDICE DE ABREVIATURAS:

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).....	4
Nursing Outcomes Classification (NOC).....	4
North American Nursing Diagnosis Association (NIC).....	4
Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).....	5

Comité Americano Conjunto sobre el Cáncer (AJCC).....	5
Exceso de producción del factor de crecimiento epidérmico (EGFR).....	7
Virus del papiloma humano (VPH).....	7
Situación de últimos días (SUD).....	15
Planificación anticipada de decisiones (PAD).....	16
Cirugía menor ambulatoria (CMA).....	19
Escala visual analógica (EVA).....	19
Actividades básicas de la vida diaria (AVD).....	19
Índice de masa corporal (IMC).....	20

1. RESUMEN:

Los cuidados paliativos son la atención integral y continuada que se prestan a los pacientes en situación terminal, a sus familias y/o cuidadoras. Esta atención la presta un equipo interdisciplinar de forma coordinada cuando el objetivo ya no es la curación. La clave de estos cuidados es la atención domiciliaria, ya que permite al paciente una mayor calidad de vida en el proceso de morir con dignidad atendido por su familia y seres queridos. El principal objetivo que se propone es la atención integral al paciente y a la familia atendiendo a sus necesidades para mejorar su calidad de vida.

El caso clínico que se presenta es de un paciente diagnosticado de cáncer de laringe que recibe cuidados paliativos domiciliarios, en la que su cuidadora principal, es su mujer. Para ello se elaboró un plan de cuidados siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson, utilizando las taxonomías NANDA, NIC, NOC. Entre los diagnósticos enfermeros que se desarrollaron, los principales a tratar fueron dolor crónico y ansiedad.

Al paciente y a su familia se les prestaron los cuidados integrales basados en sus necesidades hasta el final de sus días, por parte del equipo de atención primaria en coordinación con el equipo de cuidados paliativos.

La principal conclusión es que debería existir mejor información para una mayor implicación del conjunto paciente, familia y/o cuidadoras en los cuidados paliativos domiciliarios, puesto que cada vez adquiere una mayor importancia para el sistema sanitario y para la sociedad.

Palabras claves: Cuidados Paliativos, Neoplasias Laríngeas, Atención Domiciliaria de Salud, Enfermero Terminal, Laringe, Atención de Enfermería.

Abstract:

The palliative cares are the integral attention and continued that they provide to the patients in terminal situation, to his families and to his carers. This attention provides it a team interdisciplinar of form coordinated, when the aim no longer is the healing. The key of these cares is the home health care, since it allows to the patient a greater quality of life in the process to die with dignity, attended by his family and his blood relatives. The main aim that proposes is the integral attention to the patient and to the family, attending to his needs to improve his quality of life.

The clinical case presented is of a patient diagnosed of larynx cancer receiving home based palliative care, in which his main carer, is his wife. This was a plan of care following the

conceptual model of Virginia Henderson, using NANDA, NIC and NOC taxonomies. Among the diagnosis developed by nurses to treat principals were chronic pain and anxiety.

They were presented both to the patient and his family the integral care based on their needs until the end of his days. The primary care team in coordination with the palliative care team are in charge of these care to patients.

The main conclusion is that there should be a better information and greater involvement among carers, patients and family in palliative care that patients receive at home, since every time is more important in the health care system and society

Key words: Palliative Care, Laryngeal Neoplasms, Home Nursing, Terminally Ill, Larynx, Nursing Care.

2. INTRODUCCIÓN:

Para introducir este artículo, vamos a hablar de los dos puntos clave del mismo. En primer lugar vamos a centrar en su patología principal, el cáncer de laringe y en segundo lugar vamos a hacer mención de la clase de cuidados que necesita el paciente, los cuidados paliativos.

2.1. CANCER DE LARINGE:

2.1.1. Definición y cifras:

El cáncer de laringe es una neoplasia maligna más frecuente de la cabeza y cuello, descartando los carcinomas derivados de la piel.(1) (2)Este tipo de cáncer es la segunda casusa de muerte de la especialidad y representa un 2% de los tumores malignos del organismo y un 25% de los tumores de cuello y cabeza. (2)

Según la publicación de la SEOM en 2012; la incidencia del cáncer de faringe en ambos sexos es de un 0.2% implicando a 350 personas en España, la mortalidad es de un 0.2% implicando a 188 personas y la prevalencia en 5 años también de un 0.2% implicando a unas 909 personas. También según esta publicación se muestra que el cáncer de faringe tiene una mayor incidencia, prevalencia en 5 años y mortalidad en los hombres con un 0.2% que en las mujeres con un 0.1%. (3)

2.1.2. Clasificación:

Según la AJCC, la clasificación según extensión, presencia de adenopatías y metástasis a distancia se realiza mediante la estadificación TNM y es la siguiente: (1) (4)

-Tumor primario (T): TX en el que no se puede evaluar dicho tumor primario, T0 en el que no existe evidencia de tumor primario y Tis que es el carcinoma in situ. (1) (4)

-Ganglios linfáticos regionales (N): NX en el que no se puede evaluar los ganglios linfáticos regionales, NO en el que no existe metástasis de los ganglios linfáticos regionales, N1 en el que existe metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral (3cm menos en su mayor dimensión), N2a en el que existe metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral (3-6 cm), N2b en el que existe metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales (3-6 cm), N2c: en el que existe metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales (3-6 cm), N3 en el que existe metástasis en un ganglio linfático más de 6 cm en su mayor dimensión. (1) (4)

-Metástasis a distancia (M): MX en el que no se puede evaluar metástasis a distancia, M0 en el que no existe metástasis a distancia, M1 en el que existe metástasis a distancia. (1) (4)

2.1.3. Manifestaciones clínicas:

Con respecto a las manifestaciones clínicas que presentan las personas con cáncer de laringe nos encontramos que las más frecuentes son: disfonía, disfagia, odinofagia, disnea, hemoptisis, otalgia y masa cervical. La masa cervical puede ser una manifestación inicial de cáncer de laringe y tiene una mayor frecuencia en los que son de localización supraglótica. (1)

Dependiendo de la localización del tumor, puede tener variaciones en los síntomas:

-En los tumores supraglóticos los síntomas son más tardíos debido a que el tumor dispone de mucho más espacio para crecer por lo que la disfonía tarda más en aparecer ya que aparece cuando el tumor tiene un tamaño considerable. También se pueden observar otalgia, disfagia y odinofagia. (1)

-En los glóticos se presenta de forma precoz la disfonía debido a la masa en la cuerda vocal o la parálisis cordal. (1)

-En la subglotis la manifestación clínica que aparece de forma más temprana es la disnea. (1)

A parte de estas manifestaciones clínicas que son las más usuales, nos podemos encontrar otros síntomas menos usuales y que no son indicadores claros de un tumor laríngeo. Estos pueden ser: dolor en la garganta que no desaparece, tos constante, dolor al tragar, problemas de deglución, dolor de oídos, dificultad para respirar y pérdida de peso. (5)

2.1.4. Factores de riesgo:

Los factores de riesgo del cáncer de laringe son los siguientes:

A) Ambientales:

-Tabaco: es el factor de riesgo más importante para el cáncer de laringe ya que produce una hiperplasia epitelial generalizada con metaplasia, edema e inflamación crónica de la mucosa de las cuerdas vocales y debido a que numerosos estudios han demostrado que un 97% de las personas que presentan este tipo de cáncer son fumadoras. (1) (4) (2)

-Alcohol: este es otro riesgo importante, ya que las personas que beben alcohol tienen un mayor riesgo de tener un cáncer de laringe, sobretodo asociado a localizaciones hipofaríngeas y supraglóticas. El consumo conjunto de alcohol y tabaco multiplican el riesgo de poseer este tipo de cáncer ya que actúan con un efecto sinérgico. (1) (4) (2)

-Exposiciones ocupacionales de las personas: el aserrín, los vapores de pinturas, productos químicos utilizados en la industria metalúrgica, petrolera, plásticos y textiles. También el asbesto, exposición a toxinas, a metales pesados, el gas mostaza, el ácido sulfúrico, el polvo de piedra y de mármol, el carbón y el grafito. (1) (4)

B) Genéticos:

-Modelo de progresión genética. (1)

-Biología molecular: el gen tumoral p53, la amplificación del protooncogen 11q13, exposición proteínica, de ARN y de la proteína eIF4c, exceso de producción de EGFR, cromosoma 9p21, 17p13 y p16. (1) (4)

C) Infecciosos:

-Infección por VPH: los pacientes que presentan papilomatosis recurrentes por VPH 16 tienen un alto índice de carcinomas en el transcurso de la enfermedad. (1) (4)

D) Exposiciones a radiaciones.

F) Locales:

-Reflujo faringo-laríngeo (gastroesofágico): es un cofactor en el desarrollo de este tipo de cáncer debido a las alteraciones epiteliales encontradas por la irritación que produce, como son la metaplasias del tercio posterior de la laringe. (1) (4)

G) Dietéticos y nutricionales:

-Están relacionados con la insuficiencia de folatos y niveles de vitamina B12 y homocisteína. También está relacionado al poco consumo de vitamina A y los betas carotenos presentes en la dieta de una persona. (1) (4) (2)

2.1.5 Pronostico:

El pronóstico del cáncer de laringe varía al igual que las manifestaciones clínicas del lugar donde se produzca:

-Los tumores glóticos son los que tienen un mejor propósito, ya que presentan una metástasis ganglionares del 2 al 5% de los casos por la escasa red linfática que presentan. Estos tumores presentan una supervivencia a los 5 años de un 80-90%. (4)

-Los tumores supraglóticos son más agresivos que los tumores góticos ya la metástasis es más frecuente dándose en un 40-50% de los casos. Estos tumores presentan una supervivencia a los cinco años de un 50-70% (4)

-Los tumores subglóticos presentan una metástasis en el 50% de los casos. Estos tumores presentan una supervivencia a los 5 años del 30%. (4)

El porcentaje de la metástasis regional tardía (más de dos años) es la siguiente, en el tumor supraglótico es de un 16%, en el gótico es de un 4%, y en el subgótico es de un 11%. La metástasis más frecuente que se da en otros órganos es en el parénquima pulmonar, dándose también en el hígado, cerebro, piel y hueso. (4)

2.1.6. Diagnostico:

Para el diagnóstico del cáncer de laringe se debe tomar como principal referencia la historia clínica detallada del paciente, para poder acceder a sus antecedentes familiares, personales, y demás datos del paciente que puedan servir de relevancia para el diagnóstico clínico.

A parte de acceder a la historia clínica del paciente se realizan las siguientes pruebas o procedimientos:

- Un examen físico de cabeza y cuello en el que se realiza una palpación buscando adenopatías cervicales ya que son un claro signo de un carcinoma laríngeo. También se evalúa la movilidad del complejo laringotraqueal y la extensión del tumor en el exterior de la laringe. (1) (4) (6)

- Una inspección para ver la presencia o no de asimetrías o masas cervicales. (1)
- Una palpación del cuello y base de la lengua. (1)
- Una exploración mediante faringoscopia y laringoscopia indirecta. (1)
- Una biopsia para tener una muestra del tejido que se va a extraer mediante la laringoscopia y la endoscopia. (6)

También se realiza el diagnóstico del cáncer de laringe mediante los estudios de imágenes, que son pruebas que se le realizan al paciente con el fin de: ver la extensión local, regional y/a para establecer el estadiaje, ver la respuesta o estatus del postratamiento, y para ver el seguimiento del paciente. (4) Los estudios por imágenes que se utilizan son:

Tabla 1. Estudios por imágenes utilizados en el cáncer de laringe	
PRINCIPALES: (1) (4) (6)	OTROS: (1)
-Radiografías convencionales y con ingesta de bario. -Tomografía computada (con o sin contraste iodado) -Resonancia magnética. -Tomografía por emisión de positrones. -Endoscopia autofluorescente.	-tomografía lineal. -fluoroscopia. -tomografía de coherencia óptica. -ultrasonido de alta frecuencia.

2.1.7. Tratamiento:

El tratamiento del cáncer de laringe puede ser o bien curativo o bien con fines paliativos para mejorar y/o mantener la calidad de vida de la persona afectada. Las posibilidades terapéuticas con las que se cuentan son tres: la radioterapia, la quimioterapia y la cirugía. (4)

Cuando la finalidad es curativa casi siempre se elige una de las posibilidades terapéuticas, excepto en casos especiales; cuando la finalidad es paliativa se suelen asociar varias de las posibilidades terapéuticas para conseguir unos mejores resultados. (4)

2.2. CUIDADOS PALIATIVOS:

2.2.1. Definición y cifras:

Los cuidados paliativos es la atención total, integral, activa y continuada que se dan a los pacientes en un estado terminal en el que la prioridad ya no es la curación sino dar los mejores cuidados para este paciente y para su familia. Estos cuidados son llevados a cabo por un equipo interdisciplinar de profesionales coordinados. (7) (8)

Estos cuidados van dirigidos a todas las personas que tienen una enfermedad incurable, progresiva y avanzada independientemente de la edad, la causa de la enfermedad y el lugar donde se encuentre el paciente. (8) Por otro lado estos cuidados van dirigidos a la familia de estas personas para ayudarla a sobrellevar esta situación lo mejor posible, ya que la familia es el pilar fundamental de los cuidados y sobre ellos recae la carga del trabajo, la carga emocional y las repercusiones en salud. (7)

En una situación terminal de causa oncológica como vamos a hablar en este artículo, los parámetros que nos pueden dar una aproximación pronóstica son: la capacidad funcional que tenga el paciente, los síntomas y signos clínicos, los datos analíticos y la impresión clínica del profesional sobre la situación del paciente. (7)

En España en febrero de 2000 existían en España 208 dispositivos de Cuidados Paliativos, la mitad de ellos domiciliarios que atendían a unos 23.000 pacientes anuales (80% oncológicos). En abril de 2002 existían 294 dispositivos asistenciales en España. (9)

Cada año necesitan de cuidados paliativos unos 3.000-3.5000 pacientes por cada millón de habitantes o un 33% de los que mueren anualmente. En Andalucía se estima entre 28.000 a 30.000 requerirán cada año de estos cuidados, cantidad a la que hay que añadir los pacientes que están dentro del período terminal, pero que fallecen al año siguiente. (10)

2.2.2. Objetivos:

El objetivo fundamental de Cuidados Paliativos es proporcionar calidad de vida al paciente y a la familia en cara a la enfermedad. Estos cuidados no intentan ni alargar ni acortar la supervivencia de la persona y atiende integralmente a las necesidades psicológicas, físicas, sociales y espirituales del paciente y de su familia. (7)

Sus objetivos específicos son: el alivio de los síntomas como son el dolor, adecuada información y comunicación con el paciente y la familia, respeto a la autonomía, apoyo a las personas cuidadoras y/o familia, prestación de continuidad asistencial a lo largo de su evolución y por último atención al duelo (si fuera necesario). (8)

2.2.3. Organización:

Los cuidados paliativos son llevados a cabo por el personal sanitario de cualquier ámbito asistencial y para ello debe haber una coordinación entre los diferentes recursos sanitarios con los que contamos actualmente:

-el primer eslabón son los recursos convencionales (profesionales de atención primaria y hospitalaria) que se encargan de atender a los pacientes y a su familia cuando la situación no tiene grandes complicaciones. (7) (8)

-el segundo eslabón son las unidades de cuidados paliativos que son equipos multidisciplinarios que disponen de camas en hospitales para el ingreso de pacientes si fuera necesario y el equipo de soporte de cuidados paliativos que atienden a los pacientes domiciliarios y en domicilio. Ambos se encargan de dar respuesta a las situaciones más complicadas. (7) (8)

-el tercero eslabón son los recursos de atención urgente (servicios de urgencias de atención primaria, hospitalaria y/o domiciliaria) que son encargado de asistir a las situaciones urgentes, coordinado su asistencia con el resto de los recursos. (7) (8)

2.2.4. Cuidados paliativos en domicilio y labor de enfermería en el equipo de soporte domiciliario:

Estos cuidados paliativos se pueden dar en cualquier lugar pero la clave es la atención domiciliaria, en cuyo caso los profesionales de referencia serán los del centro de salud (médico y enfermera de familia) en los que destaca la enfermera gestora de casos. La atención domiciliaria en cuidados paliativos es fundamental, ya que nos permite aumentar la calidad de vida del paciente en el proceso de morir con dignidad atendido por su familia y seres queridos en el ámbito en el que esta persona quiere estar en sus últimos días. Esto podrá llevarse a cabo cuando sea decisión del paciente y existan las condiciones necesarias o sea posible crearlas. (7)

La atención domiciliaria presenta una serie de ventajas (que se muestran en la siguiente tabla) no tiene solo ventajas para el paciente sino que también presenta ventajas para la familia y el sistema de salud. (11)

Tabla 2. Ventajas de la atención domiciliaria en cuidados paliativos		
PARA EL PACIENTE	PARA LA FAMILIA	PARA EL SISTEMA DE SALUD
-Se encuentra en el ambiente que el paciente desea -Tiene mayor intimidad y confort. -Puede realizar sus AVDB e AVDI. -Tiene mayor variación de las comidas y horarios de las	-Mayor satisfacción por estar en su casa y participar en los cuidados. -Puede realizar los cuidados con mayor tranquilidad -Siente que se respeta los deseos del paciente de estar en su domicilio.	-Se disminuyen las estancias hospitalarias largas y costosas. -Se disminuye el encarnizamiento terapéutico. -Ahorro económico en sanidad. -Mayor eficiencia de la

mismas.	-Se previene el duelo patológico.	salud pública.
---------	-----------------------------------	----------------

La labor de enfermería en el equipo de soporte domiciliario es: (12)

-Proporcionar los cuidados físicos al paciente en el domicilio al igual que se hace en el hospital, incorporando también la revisión del tratamiento, ayudando a la familia en la realización del aseo o enseñando a movilizar al paciente. (12)

-Proporcionar consejos dietéticos, sobre todo a los familiares ya que conocen sus preferencias. (12)

-Instruir a los familiares en las técnicas específicas de enfermería en caso de familiares que tengan que realizar dichas técnicas y el profesional sanitario esté ausente. Estas pueden ser administración de medicación por vía subcutánea, curas... (12)

-Proporcionar apoyo emocional al paciente y a la familia. (12)

-Informar en cada visita que le realicemos al paciente de todos sus cambios con respecto al a evolución de la enfermedad, para evitar así situaciones imprevistas y preparar a la familia para los acontecimientos que puedan pasar. (12)

-Detectar los problemas que requieran de la intervención de otros profesionales para darle solución. (12)

-Mantener el contacto con el Equipo de Atención Primaria correspondiente a cada paciente, también con el Equipo de la Unidad de Cuidados Paliativos de apoyo o el hospital de referencia, a través de sus unidades o equipos de soporte. Con esto se pretende agilizar pruebas, derivar en caso de complicación o por si hay situaciones difíciles de mantener en domicilio. (12)

2.2.5. Valoración de la unidad paciente-familia:

Un aspecto muy importante en los cuidados paliativos es la valoración de la unidad paciente – familia. En esta valoración mediante la historia clínica, el examen físico y la entrevista semi-estructurada del profesional con el paciente y su cuidador se aborda toda la situación de manera integral para detectar las necesidades de este conjunto. Esta valoración incluye: valoración de la enfermedad, valoración física, valoración psico-emocional, valoración sociofamiliar, valoración espiritual, valoración de sufrimiento y calidad de vida, valoración de la situación de últimos días y valoración del duelo. (7)

Otro aspecto muy importante es la valoración de enfermería en la que la enfermera es la encargada de valorar continuamente al paciente y su familia. La enfermera será la encargada de recoger (indirecta o directamente) e interpretar toda clase de información de la situación del paciente. Esta valoración se puede realizar con muchos modelos; en este caso lo vamos a realizar por necesidades humanas de Virginia Henderson. (7)

2.2.6. Fases adaptativas del enfermo:

En estos pacientes es muy importante la detección de los problemas emocionales, ya que su detección nos permite saber lo que pasa en su interior, lo que piensan, lo que quieren, lo que quieren comunicarnos, sus circunstancias consigo mismo y con los demás. Estas emociones son adaptativas y van surgiendo conforme va transcurriendo la evolución de la enfermedad, en el caso del paciente terminal las principales que podemos encontrar son las siguientes: ansiedad, tristeza, hostilidad, rabia, miedo, culpa, negación y retraimiento. (7)

Según la Dra. Elizabeth Kübler-Ross hay cinco fases adaptativas por las que atraviesan los pacientes terminales desde el diagnóstico de su enfermedad hasta el final. No todos los pacientes pasan por estas fases ni siguen un criterio secuencial y son las siguientes: fase de negación-aislamiento, fase de indignación-ira, fase de pacto-negociación, fase de depresión, fase de aceptación. En la última fase, aparece la fase de deatexis, que es la preparatoria al final de la enfermedad y en la que el paciente deja de importarle todo y le molesta todo. La Dra. Elizabeth también nos indica que la familia pasa por las mismas fases que el enfermo. (7) (9)

2.2.7. Counselling:

Las habilidades de comunicación son muy importante, ya que es el instrumento terapéutico fundamental que nos lleva a tener una relación más cercana y de confianza con el paciente y la familia. En el caso de los pacientes paliativos la comunicación con debe adecuarse al modelo contractual: relación de ayuda. Counselling. (7)

Este modelo se basa en una relación de ayuda entre el profesional, el paciente y la familia para asegurar la calidad de vida del paciente y cuidar al profesional. Para poder llevar a cabo este modelo hace falta adquirir la habilidad de comunicación, las habilidades emocionales (intrapersonales e interpersonales), y las habilidades de motivación para el cambio. (7) (9)

Todas estas habilidades se pueden utilizar para intervenir en la familia en los siguientes aspectos que están muy presentes en los pacientes terminales: conspiración del silencio y claudicación familiar.

a)Conspiración del silencio: consiste en que la familia decide ocultar al paciente el diagnóstico o pronóstico de su enfermedad terminal. En estos casos el profesional sanitario debe seguir las recomendaciones familiares y respetar su decisión. En la mayoría de los casos, se da que tanto el paciente como la familia sabe la situación, pero ni la familia se lo comunica al paciente, ni el paciente expresa que lo sabe, por lo que se produce el “doble silencio”. (7)

b)Claudicación familiar: es cuando la familia es incapaz de hacer frente con todas las actuaciones que ello conlleva de las necesidades y demandas que requiere el paciente. Por lo que no es capaz de dar una respuesta adecuada a estas necesidades. (7)

2.2.8. Vía subcutánea:

Para tratar los síntomas de este tipo de pacientes, la vía más utilizada cuando no es posible la vía oral en cuidados paliativos es la vía subcutánea, especialmente cuando el paciente se encuentra en su domicilio. (7) (13)

Esta vía es la preferente porque:

- Es de uso fácil, eficaz, poco agresivo, poco doloroso, más seguro y cómoda para los pacientes y sus familias. (7) (13)
- No es necesario un control especializado por el profesional sanitario y el paciente y la familia lo pueden utilizar con una mínima enseñanza y entrenamiento. (7) (13)
- No es necesario que el paciente este ingresado en el hospital, sino que se realiza en el domicilio. (7) (13)
- Tiene escasos efectos secundarios, menos riesgo infecciones que la vía intramuscular e intravenosa, se detectan pronto las complicaciones que puedan surgir. (7) (13)
- Se pueden utilizar muchos fármacos y su absorción es rápida (7) (13)
- Preserva la autonomía del paciente y no hace falta su colaboración, en casos de que el paciente no pueda o no quiera realizarlo. (7) (13)
- Está muy bien aceptada en los pacientes terminales y sus familias. (7) (13)
- Es económica y no necesita de mucho material para su colocación (7) (13)

Para la utilización de esta vía, las zonas de punción son varias: la región pectoral infraclavicular, la parte anterior y externa de los brazos en zona deltoidea, la cara anterior de los muslos, la región abdominal infraumbilical y regiones inter o subescapular. Se debe elegir la zona con mayor tejido subcutáneo, mayor facilidad de acceso, menor sensibilidad, y la más cómoda para el paciente y para la administración de la medicación. (7) (13)

Los fármacos utilizados en esta vía son: los analgésicos (opioides, antiinflamatorios, anestésicos), los anticolinérgicos, las benzodiacepinas, los neurolépticos, los antieméticos, los corticoides, los antibióticos y otros (furosemida, omeprazol, ranitidina, ketamina...) Estos se pueden administrar por infusión en bolos o continua. (7) (13)

Como sueroterapia para hipodermocclisis se puede utilizar: soluciones isotónicas como suero fisiológico 0.9%, suero glucosado 5% o suero glucosalino. Se debe evitar las soluciones hipertónicas y el metamizol, diazepam y clorpromazina por su alto nivel irritante local. (7) (13)

2.2.9. Situación de últimos días y sedación:

La situación de agonía o SUD es la fase que precede a la muerte, es decir, la fase de los últimos días del paciente que aparece en la etapa final de muchas enfermedades. Esta situación es percibida tanto por el equipo terapéutico como por el propio paciente y su familia con una gran carga y estrés emocional y requiere de mucha demanda por parte del paciente terminal por lo que se debe hacer gran hincapié y extremar la asistencia y coordinación de los recursos sanitarios. Esta situación no suele durar más de una semana y cuando el paciente terminal pierde la consciencia alrededor de tres días. (7)

Los síntomas más frecuentes referenciados por Lichter en la SUD son: estertores 56%, dolor 51%, agitación- inquietud 42%, disnea 22%, retención de orina 21%, vómitos 14%, sudoración 14%, y convulsiones 12%. (7)

En la SUD es imprescindible tener informado al paciente y la familia y prestarle los siguientes cuidados: cuidados generales entre los que destacan cuidados de la piel, de la boca y labios, de la eliminación; control de síntomas; cuidados espirituales; cuidados emocionales del paciente; y atención a la familia. (7)

En la SUD, se recurre a la sedación paliativa y terminal. En ambas se realiza con previo consentimiento del paciente y al no ser posible de este, de la familia. La sedación paliativa consiste en la administración de los fármacos pertinentes en las dosis y combinaciones

requeridas, para reducir la conciencia de este paciente en situación terminal con el fin de aliviar sus síntomas refractarios. Mientras que la sedación terminal es más profunda y tiene como objetivo aliviar el sufrimiento intenso, físico y espiritual en un paciente cuya muerte está muy próxima. (14)

Los fármacos que se utilizan de forma más frecuente en estos dos tipos de sedación de forma aislada o en combinación son los sedantes, neurolépticos y anestésicos. (14)

2.2.10. Planificación anticipada de decisiones:

Por último, mencionar el documento de planificación anticipada de decisiones. Este es un proceso voluntario comunicativo entre una persona capaz y los profesionales sanitarios encargados de su atención en el cual se recogen los valores, deseos y preferencias que el paciente quiere que se tengan en cuenta en su atención sanitaria, principalmente en los momentos finales de su vida. (15)

En este proceso deben participar a parte de los mencionados anteriormente, la familia, personas de su confianza y en primordialmente su representante. También deberá ser registrado en la historia de salud de la persona, revisado periódicamente, y comunicado a todas las personas implicadas en la atención sanitaria de la persona enferma. (15)

Este es un documento que debe incluir: valores relevantes, preferencias sanitarias de carácter general, indicaciones sanitarias concretas (rechazo de intervenciones, solicitud de instauración de intervenciones, donación de órganos y tejidos), cuestiones no sanitarias relacionadas con el proceso de muerte, expresión de sus sentimientos, y designación de una persona representante. No obstante es la propia persona junto al profesional sanitario la que decide el contenido del PAD y cuando debe iniciarse este proceso. (15)

2.3. JUSTIFICACIÓN:

He elegido realizar un caso clínico de un paciente oncológico que recibe cuidados paliativos en su domicilio porque cada vez son más los pacientes informados que demandan recibir estos cuidados debido a la comodidad que ello supone, al ambiente familiar y sobretodo porque no les supone grandes cambios en su estilo de vida. Otra razón es porque conforme van pasando los años esta atención a este tipo de pacientes adquiere cada vez más importancia en nuestro sistema sanitario y para la sociedad, ya que se considera un punto clave de la atención domiciliaria.

Esta importancia viene dada por el progresivo envejecimiento de la población, el aumento de la morbilidad y mortalidad por enfermedades oncológicas y no oncológicas, frecuente demanda de los servicios de urgencias por el paciente y sus familias, la escasez de cuidadoras informales y la insuficiente oferta de cuidadores formales por parte de las instituciones. (7)

Pero sobretodo lo elegido como experiencia profesional, ya que quería ahondar en el tema de los cuidados paliativos domiciliarios, y Lázaro me pareció un caso en el que podía vivir de cerca y de forma completa toda la fase de la enfermedad y los cuidados que ello conlleva a lo largo de todo el proceso.

3. OBJETIVOS PROPUESTOS:

1. Proporcionar atención integral al paciente y la familia como unidad a tratar, teniendo en cuenta sus necesidades para mejorar su calidad de vida.
2. Presentar una guía de trabajo de enfermería en este tipo de pacientes

Objetivos específicos directamente derivados del plan de cuidados:

- Controlar los signos y síntomas del paciente, centrándonos en el dolor y los síntomas refractarios.
- Eliminar la ansiedad del paciente y de la familia.
- Conseguir que el paciente pueda andar por la casa y trasladarse de la cama al sillón con la mínima ayuda posible. Todo esto antes de que la enfermedad este muy avanzada y este encamado 24 horas.

4. METODOLOGÍA:

Para la elaboración del caso clínico accedí al paciente a través de mis prácticas en el Centro de Salud de Mengíbar, en la que la enfermera gestora de casos me presento el caso de este paciente y me motivo a la elección del mismo.

Una vez elegido el caso, para llevar a cabo el trabajo realice una búsqueda muy exhaustiva a través de diferentes bases de datos y revistas científicas. También utilice libros de la junta de Andalucía proporcionados por la enfermera gestora de casos del Centro de Salud, documentos de google académico y de la biblioteca de la universidad de Jaén.

Realice dos búsquedas diferentes, una para el cáncer de laringe y otra para los cuidados paliativos:

Tabla 3. Fuentes utilizadas en la búsqueda para cáncer de laringe y cuidados paliativos.			
BÚSQUEDA	FUENTES	SELECCIONADOS	ELEGIDOS
CANCER DE LARINGE	-Cuiden Plus	4	1
	-Cochrane	2	0
	-Scielo	3	1
	-Google académico	6	3
	-Biblioteca Universidad de Jaén	2	1
CUIDADOS PALIATIVOS	-Cuiden Plus	2	0
	-Cochrane	3	0
	-Cinhal	1	0
	-PubMed	2	0
	-Scielo	2	1
	-Google académico	7	2
	-Libros de la Junta de Andalucía	6	5
	-Biblioteca Universidad de Jaén	6	4

Por último, para llevar a cabo el proceso de enfermería seguí el modelo teórico de las catorce necesidades de Virginia Henderson, con las que identifique los diagnósticos más relevantes del paciente con sus objetivos e intervenciones de enfermería.

5. DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Para la descripción del caso, vamos a utilizar nombres ficticios, para respetar la intimidad del paciente y su esposa.

Lázaro, paciente de 61 años, que reside actualmente en su domicilio familiar donde va a recibir los cuidados durante el proceso de su enfermedad. A nivel personal se encuentra un poco más animado y es poco comunicativo, con una situación familiar estable, casado, con hijos mayores que conviven fuera del domicilio familiar.

Es un paciente incluido en cuidados paliativos el 1/11/2014 derivado por médico de familia para realizarle la valoración y seguimiento. Este paciente presenta un cáncer de faringe irresecable detectado en octubre del 2014 con antecedentes de isquemia arterial IIB en 2012, diabetes mellitus en 2012, lesión leucocitoclastica en paladar blando en abril del 2013 y cáncer epidermoide de paladar en julio del 2013. Tiene antecedentes familiares, ya que una tía paterna murió por cáncer de colon y dos primos maternos por un cáncer de faringe. Es fumador activo de unos cuarenta cigarrillos diarios, bebedor habitual de un vino o cervezas en las comidas, y su actividad física actual es sedentarismo.

A Lázaro se le intervino quirúrgicamente en octubre para realizarle un vaciamiento cervical que no pudo llevarse a cabo en su totalidad por imposibilidad de separar el tumor de grandes vasos cervicales. Actualmente el paciente ha estado ingresado en el centro hospitalario tras recibir el primer ciclo de quimioterapia por pancitopenia yatrogénica y está pendiente de ingreso en CMA para reservorio, por mal acceso venoso.

Los síntomas que presenta son dolor no siempre controlado con analgesia prescrita, mazacotes adenopáticos disminuidos recientemente, y pérdida de peso importante en los últimos meses, por lo que está en seguimiento por nutrición. Está en tratamiento farmacológico con prednisona 30mg, fentanilo 12 mg y tras contactar con cuidados paliativos, nos comentan que será presentado en sesión clínica por buena respuesta a tratamiento con quimioterapia.

Lázaro está informado de su enfermedad, conoce la gravedad pero no conoce pronóstico. La familia es la única que conoce la situación paliativa del paciente y nos comunica que el paciente quiere recibir los cuidados en su domicilio ya que no le gusta la idea de ir al hospital. La mujer de Lázaro es la que asume el rol de cuidadora principal.

6. VALORACIÓN GENERAL:

Los cuestionarios de vamos a utilizar en la valoración del paciente son: la escala de EVA y el índice de Barthel (ABVD).

El índice de Barthel (AVD), en la que tiene una puntuación de un 60, dependencia moderada.

Los datos se recogen de la valoración inicial que se le realiza al paciente en su propio domicilio, del paciente y de su cuidadora principal. Se realiza siguiendo el método de Virginia Henderson, vigente en el Centro de Salud de Mengíbar.

1. Necesidad de respirar normalmente:

Este paciente no presenta dificultad para respirar y no está tomando medicación respiratoria.

Es fumador desde los 20 años de un paquete o dos de tabaco diarios, y nos comenta que en alguna ocasión intento dejarlo pero que ahora no tiene pensado dejarlo. También presenta edemas en los miembros inferiores.

Sus constantes son las siguientes: la frecuencia respiratoria es de 100 rpm, la frecuencia cardiaca es de 91 ppm, y la tensión arterial es de 130/80 mmHg.

2. Necesidad de alimentarse e hidratarse adecuadamente:

Este paciente presenta problemas para deglutir debido a la intervención quirúrgica a la que ha sido sometido. También presenta problemas de dentición ya que le faltan algunas piezas dentales. Por lo que se diagnostica: (00002) desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades. (16)

Es totalmente independiente para comer y para prepararse la comida; aunque siempre la prepara su mujer.

Sigue una dieta diabética, ya que es diabético desde el año 2012, no presenta alergias alimentarias. Su apetito está disminuido en los últimos meses, por lo que está en seguimiento por nutrición por haber tenido una pérdida importante de peso en los últimos meses.

Su peso es de 58 kg, su talla de 1.79 y su IMC es de 18.1 (infrapeso: delgadez aceptable).

Su mujer nos comenta que hace 3 comidas diarias y que la mayoría de alimentos que le prepara son triturados y fáciles de deglutir. También nos comenta que bebe aproximadamente entre 1 L y 1.5 L de agua diaria.

3. Necesidad de eliminar por todas las vías corporales:

Esta necesidad no está alterada, debido a que no presenta problemas de eliminación vesical ni fecal, ni tampoco de sudoración.

La frecuencia para ir a orinar es de 5 a 6 veces más o menos al día. No tiene problemas de incontinencia, retención y tampoco presenta sondaje vesical.

La eliminación fecal es normal, no presenta estreñimiento ni diarrea. Tiene una frecuencia de una vez diaria. No tiene problemas de incontinencia, no utiliza ayudas para la defecación.

Es posible que tenga problemas futuros de estreñimiento debido a la toma de opioides para paliar su dolor, el sedentarismo y el desequilibrio nutricional. Por lo que se diagnostica: (00015) riesgo de estreñimiento. (16)

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas:

Su situación actual es cama-sillón y presenta una reducción de energía para tolerar la actividad debido a su pérdida de peso. Este hombre requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza para la actividad/movilidad. Por lo que se le diagnostica: (00085) deterioro de la movilidad física. (16)

Su actividad física actual es sedentarismo por incapacidad física. Por lo que se diagnostica: (00168) sedentarismo. (16)

No presenta limitación de amplitud de movimientos articulares pero sí presenta pérdida de fuerza en los miembros inferiores.

5. Necesidad de dormir y descansar:

Este hombre presenta cambios en el patrón del sueño, debido a que tiene interrupciones del sueño debido a la ansiedad que le genera la enfermedad pero no toma tratamiento para dormir. Por lo que se diagnostica: (00146) ansiedad y (00198) Trastorno del patrón de sueño. (16)

No ha recibido educación para la salud sobre medicación, relajación y uso de sustancias naturales.

6. Necesidad de escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse:

Esta necesidad está alterada debido a que necesita la ayuda de otra persona, en este caso su mujer, para ponerse y quitarse ropa y calzado. Por lo que se diagnostica: (00109) déficit de autocuidado: vestido. (16)

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente:

Esta necesidad no está alterada puesto que presenta normotermia, con una temperatura de 36°C.

8. Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel:

Este paciente requiere ayuda parcial por su mujer para la higiene personal y presenta un aspecto general adecuado. Por lo que se diagnostica: (00108) déficit de autocuidado: baño. (16)

Presenta una pérdida de la continuidad de la piel por una herida quirúrgica en el cuello debido a que ha sido intervenido quirúrgicamente.

9. Necesidad de evitar los peligros ambientales y lesionar a otras personas:

Este paciente está consciente y orientado. No presenta ningún tipo de alergia y está vacunado incorrectamente de difteria tétanos, gripe y hepatitis B.

Presenta un dolor crónico que se localiza en el cuello, brazo y espalda; con un nivel de intensidad en la escala de EVA es de 7 sobre 10. Por lo que se diagnostica: (00133) dolor crónico.

No ha recibido educación para la salud de higiene postural ni métodos físicos naturales. No ha presentado caídas ni quemaduras en los últimos meses.

Es consumidor de alcohol diario en la comida y cena.

No tiene alteración de la percepción ni déficit visual ni auditivo.

10. Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, opiniones y temores:

No presenta dificultades para la comunicación, conoce diagnóstico pero no pronóstico.

Nos comenta que desea recibir sus cuidados paliativos en casa y no en el hospital.

Su cuidadora principal es su mujer con la que comparte el hogar y es la que se encarga de sus cuidados y de atenderlos e informarnos de todo lo relacionado con el paciente y su situación.

Con respecto a la comunicación con los demás tiene disminuida las relaciones sociales debido a su aislamiento en casa.

No presenta problemas familiares y la reacción de la familia ante la enfermedad es de preocupación, implicación y ansiedad.

11. Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias:

Este paciente no acepta su estado de salud, tiene alteración de la imagen corporal y autoapreciación negativa. Por lo que se diagnostica: (00069) afrontamiento inefectivo. (16)

Su situación actual ha alterado su trabajo y su rol social y no es capaz de adaptarse a estos cambios.

Es católico, pero no tiene por costumbre ir a misa, ni otras prácticas religiosas.

12. Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de relación personal:

Este hombre era camionero y actualmente está desempleado debido a baja laboral por enfermedad.

13. Necesidad de participar en actividades recreativas:

Este paciente no participa en ningún tipo de actividad recreativa, ya que en este último mes no ha salido de casa. Por lo que se diagnostica: (00097) déficit de actividades recreativas. (16)

14. Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles:

Su nivel de escolarización es leer y escribir.

Tiene falta de información sobre la enfermedad, medición, autocuidados, medidas higiénico-dietéticas, signos de riesgo, recursos sanitarios y recursos sociales. Por lo que se diagnostica: (00126) conocimientos deficientes. (16)

La cuidadora principal (mujer) también tiene falta de información sobre los temas anteriormente descritos, por lo que se le informa adecuadamente a ambos de todos estos aspectos teniendo en cuenta hasta qué punto quieren recibir información.

7. PLAN DE CUIDADOS:

Una vez realizada la valoración enfermera a través de las necesidades humanas de Virginia Henderson, identificamos los diagnósticos NANDA presentes en nuestro caso clínico.

Los diagnósticos que presenta nuestro paciente y que vamos a desarrollar por su vital importancia para mejorar la calidad de vida durante su enfermedad son: (00146) Ansiedad, (00126) Conocimientos deficientes, (00085) Deterioro de la movilidad física, (00133) Dolor crónico, (00015) Riesgo de estreñimiento. (16)

Otros diagnósticos que aparecen en nuestro paciente y que vamos a desarrollar de forma indirecta mediante intervenciones enfermería de los diagnósticos principales son:

Tabla 4. Diagnósticos de enfermería desarrollados de forma indirecta.	
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (16)	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (16)
-Afrontamiento inefectivo (00069): no se desarrolla puesto que lo tratamos en las intervenciones para eliminar el diagnóstico de ansiedad.	-Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002): no se desarrolla puesto que el paciente está en seguimiento por nutrición.
-Déficit de autocuidado: baño (00108), vestido (00109): no se desarrollan puesto que ya lo tratamos en las intervenciones enfermeras del diagnóstico de deterioro de la	-Trastorno del patrón de sueño (00198): no se desarrolla puesto que es un efecto de la ansiedad y una vez que consigamos los objetivos propuestos para tratar la ansiedad

movilidad física. -Déficit de actividades recreativas (00097) y sedentarismo (00168). No se desarrollan puesto que no se consideran diagnósticos esenciales para la mejora de la calidad de vida del paciente en esta situación terminal.	se resolverá este diagnóstico.
--	--------------------------------

Para cada uno de los diagnósticos y problemas de colaboración mencionados anteriormente se proponen unos resultados e intervenciones enfermeras siguiendo las taxonomías NIC y NOC.

Tabla 5. Diagnósticos, NOC e indicadores.	
DIAGNÓSTICO: (00146) <u>Ansiedad</u> r/c cambios de estado de salud y crisis situacional (tratamiento oncológico) m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, incertidumbre, trastorno del sueño. (16)	
NOC: <u>1402 Autocontrol de la ansiedad.</u> (17) Indicadores: 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad: presente 2, diana 5. 140202 Elimina precursores de la ansiedad: presente 1, diana 5. 140214 Refiere dormir de forma adecuada: presente 3, diana 5. 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad: presente 2, diana 5. 140217 Controla la respuesta de ansiedad: presente 1, diana 5. (17)	NOC: <u>1300 Aceptación: estado de salud</u> (17) Indicadores: 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud. Presente 1, diana 5. (17)
DIAGNÓSTICO: (00133) <u>Dolor crónico</u> r/c incapacidad física o psicosocial crónica (síntomas cáncer de laringe) m/p verbalización del paciente. (16)	
NOC: <u>1605 Control del dolor.</u> (17) Indicadores: 160502 Reconoce el comienzo del dolor: presente 3, diana 5. 160505 Utiliza analgésicos de forma adecuada: presente 3, diana 5. 160507 Refiere síntomas al profesional sanitario: presente 3, diana 5. 160508 Utiliza los recursos disponibles: presente 2, diana 5. (17)	NOC: <u>1608 Control de síntomas.</u> (17) Indicadores: 160801 Reconoce el comienzo del síntoma: presente 3, diana 5. 160803 Reconoce la intensidad del síntoma: presente 3, diana 5. 160804 Reconoce la frecuencia del síntoma: presente 3, diana 5. 160807 Utiliza medidas de alivio del síntoma: presente 3, diana 5. (17)
NOC: <u>2102 Nivel de dolor.</u> Indicadores: 210201 Dolor referido: presente 1, diana 5. 210204 Duración de los episodios de dolor: presente 1, diana 5. 210205 Expresiones orales de dolor: presente 1, diana 5. (17)	

DIAGNÓSTICO: <u>00126 Conocimientos deficientes</u> r/c falta de interés en el aprendizaje y poca familiaridad con los recursos para obtener información m/p verbalización del paciente y de la cuidadora principal. (16)	
NOC: <u>1803 conocimiento: proceso de la enfermedad.</u> (17) Indicadores: 180302 Descripción del proceso de enfermedad: presente 3, diana 5. 180304 Descripción de los factores de riesgo: presente 2, diana 5. 180305 Descripción de los efectos de la enfermedad: presente 2, diana 5. (17)	Indicadores continuación: 180306 Descripción de los signos y síntomas: presente 4, diana 5 180307 Descripción del curso habitual de la enfermedad: presente 3, diana 5. 180311 Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones: presente 2, diana 5. (17)
DIAGNÓSTICO: <u>(00015) Riesgo de estreñimiento</u> r/c efectos secundarios farmacológicos (opiáceos, anticolinérgicos, sedantes...) (16)	
NOC: <u>0501 Eliminación intestinal.</u> (17) Indicadores: 050101 Patrón de eliminación: presente 4, diana 5. 050110 Estreñimiento: presente 4, diana 5. 050113 Control de la eliminación de las heces: presente 5, diana 5. 050121 Eliminación fecal sin ayuda: presente 5, diana 5. (17)	NOC: <u>1902 Control del riesgo</u> (17) Indicadores: 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo: presente 1, diana 5. 190202 Controla los factores de riesgo ambientales: presente 2, diana 5. 190203 Controla los factores de riesgo personales: presente 2, diana 5. (17)
DIAGNÓSTICO: <u>(00085) Deterioro de la movilidad física</u> r/c dolor, malnutrición, disminución de la fuerza y sedentarismo m/p falta de aliento inducida por el movimiento. (16)	
NOC: <u>0210 Realización de transferencia.</u> (17) Indicadores: 021001 Traslado de la cama a la silla: presente 3, diana 5. 021002 Traslado de la silla a la cama: presente 3, diana 5. (17)	NOC: <u>0200 Ambular.</u> (17) Indicadores: 020001 Soporta el peso: presente 2, diana 4. 020003 Camina a paso lento: presente: 3, diana 4. 020015 Anda por la casa: presente 3, diana 4. (17)

Tabla 6. Diagnósticos, intervenciones de enfermería (NIC) y actividades:
DIAGNÓSTICO: (00146) Ansiedad. (16)
NIC: <u>5820 Disminución de la ansiedad.</u> (18) Actividades: -Utilizar un enfoque sereno de seguridad. -Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente -Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad del paciente -Ayudar la paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad -Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relación

-Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. (18)
NIC: 4920 Escucha activa. (18) Actividades: -Establecer el propósito de la interacción -Mostar interés en el paciente -Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. -Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones, personales y otras distracciones. -Mostar conciencia y sensibilidad a las emociones -Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. -Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. -Identificar temas predominantes. -Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación -Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. -Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo y terminar de forma prematura). (18)
NIC: 1850 Mejorar el sueño. (18) Actividades: -Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente. -Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados. -Explicar la importancia de un sueño adecuado durante la enfermedad, situaciones de estrés psicosocial... -Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño. -Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, vías aéreas obstruidas, dolor/molestias, frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño. -Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón, cama) para favorecer el sueño). -Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. -Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. (18)
NIC: 5230 Aumentar el afrontamiento. (18) Actividades: -Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado -Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones -Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. -Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación. -Disponer de un ambiente de aceptación. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. -Animar al paciente a desarrollar relaciones. -Fomentar las actividades sociales y comunitarias. -Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. -Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo. -Animar la implicación familiar, si procede. -Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. (18)
DIAGNÓSTICO: (00133) Dolor crónico. (16)
NIC: 1400 Manejo del dolor. (18) Actividades: -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, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre localidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles).
- Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor.
- Evaluar, con el paciente y el equipo de cuidados, la eficacia de las medidas pasadas de control del dolor que se hayan utilizado.
- Ayudar al paciente y a la familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que pueden influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación, ruidos).
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (fatiga, miedo, monotonía y falta de conocimientos).
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológicas, no farmacológicas e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor, si procede.
- Explorar el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.
- Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda.
- Integrar a la familia en la modalidad del alivio del dolor, si fuera posible.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados. (18)

NIC: 2210 Administración de analgésicos. (18)

Actividades:

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Elegir el analgésico o combinación de los mismos, cuando se prescriba más de uno.
- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto analgésico óptimo.
- Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.
- Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente.
- Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario para potenciar la analgesia.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis).
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, pero especialmente después de dosis iniciales, se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas, vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
- Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).
- Colaborar con el médico si se indican fármacos, dosis, vía de administración o cambios de intervalo con recomendaciones específicas en función de los principios de la analgesia.
- Enseñar el uso de analgésicos, estrategias para disminuir los efectos secundarios y expectativas de implicación en las decisiones sobre el alivio del dolor. (18)

NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos. (18)

Actividades: -Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. -Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. -Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y duración de los efectos de cada medicamento. -Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. -Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. -Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. -Instruir al paciente acerca de los posibles efectos secundarios adversos de cada medicamento. -Informar al paciente sobre posibles interacciones de fármacos / comidas, si procede. -Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos. -Instruir al paciente sobre el cuidado adecuado de los dispositivos utilizados en la administración. -Instruir al paciente acerca de la eliminación adecuada de las agujas y jeringas en casa, y dónde deshacerse de los recipientes de objetos afilados en la comunidad. -Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. -Incluir a la familia / ser querido, si procede. (18)
DIAGNÓSTICO: 00126 Conocimientos deficientes. (16)
NIC: NIC: 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. (18) Actividades: -Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. -Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y fisiología, según cada caso. -Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. -Describir el proceso de la enfermedad, si procede. -Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, si procede. -Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. -Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede. -Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir / minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede. -Enseñar al paciente medidas para controlar / minimizar síntomas, si procede. -Explorar recursos / apoyo posibles, según cada caso. (18)
NIC: NIC: 5520 Facilitar el aprendizaje. (18) Actividades: -Comenzar la instrucción sólo después de que el paciente demuestre estar dispuesto a aprender. -Establecer metas realistas, objetivas con el paciente. -Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente. -Disponer un ambiente que induzca el aprendizaje. -Relacionar la información con los deseos / necesidades personales del paciente. -Utilizar un lenguaje familiar. -Relacionar el contenido nuevo con los conocimientos anteriores, cuando sea posible. -Presentar la información de manera estimulante. -Fomentar la participación activa del paciente. -Mantener sesiones de enseñanza cortas, si procede. (18)
DIAGNOSTICO: (00015) Riesgo de estreñimiento. (16)
NIC: 0450 Manejo del estreñimiento/impactación. (18) Actividades: -Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

-Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. -Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. -Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. -Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios. -Enseñar al paciente / familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. -Enseñar al paciente / familia a mantener un diario de comidas. -Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede. -Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación. -Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impactación. -Administrar laxantes o enemas, si procede. -Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda. -Pesar al paciente regularmente -Enseñar la paciente/ familia el tiempo de resolución del estreñimiento. (18)
NIC: 0440 Entrenamiento intestinal. (18) Actividades: -Planificar un programa intestinal con el paciente y demás personas relacionadas. -Enseñar al paciente / familia, los principios de la educación intestinal. -Instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibras. -Proporcionar alimentos ricos en fibras y / o que hayan sido identificados por el paciente como medio de ayuda. -Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. -Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones. -Disponer intimidad. -Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. -Modificar el programa intestinal, si es necesario. (18)
DIAGNÓSTICO: (00085) Deterioro de la movilidad física. (16)
NIC: 1800 Ayuda al autocuidado. (18) Actividades: -Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados. -Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. -Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. -Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, privada y personalizada. -Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño) -Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. -Repetir de forma coherente las rutinas sanitarias como medio de establecerlas. -Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. -Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada Establecer una rutina de actividades de autocuidados. (18)
NIC: 0840 Cambio de posición. (18) Actividades: - Colocar sobre un colchón / cama terapéuticos. - Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, si procede. - Animar al paciente a participar en los cambios de posición, si procede. - Colocar en la posición terapéutica indicada. - Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no está contraindicada.

- Colocar en posición de alineación corporal correcta.
- Colocar en posición para el alivio de disnea (posición de semi Fowler), cuando corresponda.
- Poner apoyos en las zonas edematosas (almohadas debajo de los brazos y apoyo de escroto), si procede.
- Proporcionar un apoyo adecuado para el cuello.
- Evitar colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor.
- Girar mediante la técnica de hacer rodar troncos.
- Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, según el programa específico, si procede
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance. (18)

NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal. (18)

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Determinar la aceptación del cuidador de su papel.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental.
- Identificar fuentes de cuidado prolongados.
- Informar al personal / centro de los servicios de emergencia sobre la estancia del paciente en casa, estado de salud y tecnologías utilizadas con el consentimiento del paciente o de la familia.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente
- Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. (18)

8. FASE DE EJECUCIÓN:

Como es un paciente que está dentro de la unidad de cuidados paliativos en su domicilio familiar, la atención integral y los cuidados enfermeros al paciente los realizamos mediante visitas domiciliarias programadas y contacto telefónico con la cuidadora principal y el paciente.

1º visita de contacto (enfermera):

Realizada el día 10 de noviembre del 2014. Paciente derivado por Médico de Familia para realizar valoración y seguimiento en Cuidados Paliativos.

Cuando acudimos al domicilio del paciente no se encuentra en el mismo. Su hija nos comenta que está ingresado en el Hospital Médico quirúrgico de Jaén, recibiendo tratamiento con quimioterapia paliativa.

Programamos nueva visita domiciliaria, ya que la hija nos comenta que en fecha de hoy será dado de alta al domicilio.

2ª visita de valoración (enfermera):

Se realiza el día 17 de noviembre del 2014. Cuando llegamos al domicilio nos encontramos que el paciente esta postrado en el sofá y la mujer junto a él.

En esta visita tenemos la primera toma de contacto con el paciente/cuidador/entorno familiar de manera integral, en el que valoramos:

- El grado de conocimiento del paciente y/o cuidadora con respecto a su diagnóstico y pronóstico de su enfermedad. Si existe o no conspiración de silencio.

- Situación actual del paciente, signos y síntomas. Realizamos valoración mediante las necesidades de Virginia Henderson, utilizando las escalas de valoración correspondiente

- Grado de implicación del cuidador y/o familia respecto a las necesidades de cuidados del paciente. También valoramos el entorno familiar como unidad a tratar.

Tras la valoración, realizamos el plan de cuidados, estableciendo los principales diagnósticos enfermeros con sus objetivos e intervenciones así como las derivaciones al resto de los profesionales implicados en el seguimiento de pacientes paliativos (equipo multidisciplinar).

En la 3ª visita de seguimiento (enferma de familia/enfermera gestora de casos):

Realizamos visita conjunta con enfermera gestora de casos el día 24 de noviembre del 2014. Valoramos la existencia o no de síntomas refractarios y si hay dificultades o no por parte de la paciente/cuidadora a la hora de llevar a cabo los cuidados.

En esta visita realizamos Planificación Anticipada de Voluntades. También comenzamos educación para la salud sobre el proceso de enfermedad y damos nociones básicas a la cuidadora para el cambio de posición del paciente y la ayuda al autocuidado.

Se valora la necesidad de material de ayudas técnicas (cama eléctrica, colchón antiescaras, colchón viscoelástico, silla de ruedas, grúa eléctrica...). La familia rechaza las ayudas técnicas, lo único que solicita es un andador para poder pasear por la casa y evitar el riesgo de caídas.

Informamos al paciente que tiene riesgo de estreñimiento debido a la toma de opiáceos y sedentarismo. Por lo tanto le damos educación para la salud sobre signos y síntomas, factores de riesgo... del estreñimiento y también le proporcionamos consejos higiénico-dietéticos.

4ª visita (enfermera y médico de familia):

Acudimos al domicilio por demanda de la cuidadora principal el día 5 de diciembre del 2014 por empeoramiento del paciente. Al llegar nos encontramos ante un paciente que ha empeorado considerablemente, ya que presenta una pérdida importante de peso y masa muscular, disfagia, dolor mal controlado con analgesia prescrita y aparición de estreñimiento. No presenta ni vómitos ni náuseas.

El médico de familia modifica el tratamiento para paliar el dolor del paciente. Nosotros le informamos para que sirven los nuevos medicamentos, los horarios de las tomas, efectos secundarios, que hacer si se le olvida alguna dosis, entre otras.

También administramos por vía subcutánea cloruro mórfico al 1%. Valoramos la posibilidad de canalización de vía subcutánea si continua con dolor mal controlado con analgesia prescrita.

Nos encontramos ante un paciente con mucha ansiedad por su empeoramiento de salud por lo que conjuntamente escuchamos al paciente y cuidadora sin interrumpir y a continuación llevamos a cabo una serie de intervenciones para disminuir la ansiedad y aumentar el afrontamiento del paciente y/o cuidadora.

Seguidamente contactamos telefónicamente con la Unidad de Cuidados Paliativos y tras informarles de la situación en la que se encuentra el paciente se recomienda ingreso programado en la Unidad de Cuidados Paliativos del Doctor Sagaz. Se le comunica a la cuidadora y al paciente, el cual rechaza el ingreso ya que prefiere permanecer en su domicilio.

1º Contacto telefónico (enfermera gestora de casos):

El día 12 de diciembre del 2014 contactamos telefónicamente con María Dolores, la cuidadora, nos informa que la alimentación complementaria prescrita por la Unidad de Nutrición no le gusta y que por lo tanto se toma de vez en cuando un puré preparado por ella. También nos comenta que hoy solo ha tomado gelatina, que la situación sigue estabilizada ya que no ha empeorado el paciente y que el dolor está controlado con la nueva analgesia prescrita.

5º visita de seguimiento (enfermera de familia, enfermera gestora de casos en coordinación con equipo de cuidados paliativos):

Realizamos esta visita el día 17 de diciembre del 2014.

Cuando valoramos al paciente nos encontramos que presenta vía oral precaria, por lo que le resulta imposible tomar la medicación de rescate vía oral e ingesta de líquidos y alimentos. Nos encontramos también, al valorar el nivel de dolor, que este ha aumentado y que continúa estreñido.

Realizamos derivación a médico de familia y ante la ausencia de este, realizamos derivación telefónica a equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, para control de síntomas refractarios. Este prescribe: aumento del parche de Fentanilo de 125 mg a 150 mg para que lo inicie este mismo día y modificación de tratamiento para el estreñimiento.

El equipo de Soporte de Cuidados Paliativos, plantean al paciente y a la cuidadora la posibilidad de sonda nasogástrica (debido a la ansiedad de la familia ante la ausencia de ingesta por vía oral) y canalización de vía subcutánea para administrar rescate de mórfico. Nos comentan que se lo van a pensar por lo que estaremos en contacto telefónico para actuar según decisión del paciente y la familia.

2º Contacto telefónico (enfermera gestora de casos):

El día 18 de diciembre del 2014 realizamos un nuevo contacto telefónico con la cuidadora, esta nos refiere que la situación continua igual, que el paciente tiene una pérdida casi completa de la vía oral por lo que no ha tomado la medicación de rescate para el dolor.

Nos informa de que el paciente rechaza la sonda nasogástrica ya que eso le supone desplazarse a la consulta del Dr. Sagaz, pero que si acepta la canalización de la vía subcutánea. Pactamos visita domiciliaria a las dos horas para la canalización de la vía subcutánea y nueva valoración del paciente.

6ª visita pactada telefónicamente (enfermera gestora de casos y equipo de urgencias):

Al entrar al domicilio nos encontramos que el paciente se encuentra postrado, mucho más deteriorado, triste, poco comunicativo, con dolor mal controlado y aumento de secreciones. Pérdida total de vía oral.

Realizamos nuevamente índice de Barthel con un resultado de 35, dependencia severa.

Tras dar su consentimiento procedemos a la canalización de la vía subcutánea en la parte anterior y externa del brazo izquierdo en zona deltoidea. Seguidamente explicamos a la familia y al paciente la técnica y el procedimiento para la administración de medicación por esta vía (ventajas, indicaciones, administración de fármacos, mantenimiento, complicaciones....).

Entregamos a la familia medicación a administrar: 1/2 ampolla de coluro mórfico 10mg/ml cada 4 horas si dolor y 1 ampolla de butilbromuro de escopolamina 20mg cada 12 horas.

Continúa la conspiración del silencio por parte de la familia al paciente.

7º visita de seguimiento (enfermera gestora de casos):

En esta visita realizada el día 23 de diciembre del 2014, valoramos nuevamente al paciente para comprobar control de los síntomas, manejo de vía subcutánea, estado del paciente y manejo de la medicación.

Nos encontramos que el dolor no está controlado con la analgesia prescrita y aparece deterioro del patrón del sueño. Por un lado se deriva a médico de familia que prescribe: 1 ampolla de cloruro mórfico 10 mg/ml cada 4 horas si dolor y ½ ampolla de midazolan 15 mg/3ml cada 24 horas. Continuar con 1 ampolla de butilbromuro de escopolamina cada 12 horas y parches de fentanilo de 150 mg cada 72 horas.

Por otro lado, se realiza educación sanitaria a la cuidadora sobre medidas no farmacológicas para mejorar el sueño y por lo tanto disminuir la ansiedad del paciente.

Su esposa es muy colaboradora. Tiene un manejo y técnica de administración de medicación por vía subcutánea correcta.

Se suministra medicación y material necesario para el manejo de la vía subcutánea.

Se pacta con la cuidadora seguimiento telefónico diariamente.

8º visita, situación de últimos días (enfermera gestora de casos):

Se realiza el día 29 de diciembre del 2014.

La familia nos informa que ha pasado mala noche con episodios de respiración agitada y que no orina desde ayer.

Tras valoración de signos y síntomas nos encontramos que el paciente se encuentra en SITUACIÓN DE ÚLTIMOS DÍAS:

-Encamado 24 horas, somnolencia, anuria, estertores, sudoración, inquietud- agitación.

Informamos a la familia de la situación del paciente.

9º visita, situación de últimos días (enfermera gestora de casos):

Se realiza el día 2 de enero del 2015

Nos encontramos ante una situación más estabilizada y tranquila por parte de la familia ya que el paciente está tranquilo.

Paciente en situación de agonía, por lo que prestamos los cuidados en la fase de agonía.

Manejo adecuado de vía subcutánea y medicación por parte de la cuidadora principal y sus hijas.

10º visita, exitus (equipo de urgencias):

Día 8 de enero del 2015 exitus del paciente.

Familia muy agradecida con el equipo puesto que se han prestado los cuidados integrales del paciente y familia por parte del equipo de atención primaria en coordinación con equipo de Cuidados Paliativos, respetando sus deseos, intimidad y aportándole calidad de vida hasta el final de sus días.

11º visita, atención al duelo (enfermera gestora de casos):

Realizamos visita domiciliar de atención al duelo a la cuidadora el día 15 de enero del 2015, en la que:

-Valoramos las necesidades de María Dolores y la presentación de manifestaciones del duelo (fisiológicas, afectivas, cognitivas y conductuales)

-Identificamos la pérdida

-Escuchamos de forma activa a María Dolores

-Proporcionamos apoyo emocional necesario

-Fomentamos la expresión de sentimientos acerca de la pérdida de su marido

-Fomentar la identificación de los miedos más profundos respecto de la pérdida

-Animamos a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida

-Identificamos fuentes de apoyo comunitario

-Ayudamos a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida, para ayudarla así a vivir sin su marido.

9. FASE DE EVALUACIÓN:

Tabla 7. Evaluación de los indicadores propuestos para el paciente. (17)					
DIAGNOSTICO	NOC		INDICADOR INICIAL	INDICADOR PRESENTE	INDICADOR DIANA
ANSIEDAD	1402 Autocontrol de la ansiedad	140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad	2	5	5
		140202 Elimina precursores de la ansiedad	1	5	5
		140214 Refiere dormir de forma adecuada	3	4	5
		140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	2	5	5
		140217 Controla la respuesta de ansiedad	1	5	5
	1300 Aceptación: estado de salud	130017 Se adapta al cambio en el estado de salud	1	3	5
DOLOR CRÓNICO	1605 Control del dolor	160502 Reconoce el comienzo del dolor	3	5	5
		160505 Utiliza analgésicos de forma adecuada	3	5	5
		160507 Refiere síntomas al profesional sanitario	3	5	5
		160508 Utiliza los recursos disponibles	1	3	5
		210201 Dolor	1	5	5

	2102 Nivel de dolor	referido			
		210204 Duración de los episodios de dolor	1	5	5
		210205 Expresiones orales de dolor	1	5	5
	1608 Control de los síntomas	160801 Reconoce el comienzo del síntoma	3	5	5
		160803 Reconoce la intensidad del síntoma:	3	5	5
		160804 Reconoce la frecuencia del síntoma:	3	5	5
		160807 Utiliza medidas de alivio del síntoma	3	5	5
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	1803 Conocimiento : proceso de la enfermedad	180302 Descripción del proceso de enfermedad	3	5	5
		180304 Descripción de los factores de riesgo	2	5	5
		180305 Descripción de los efectos de la enfermedad	2	5	5
		180306 Descripción de los signos y síntomas	4	5	5
		180307 Descripción del curso habitual de la enfermedad	3	3	5
		180311 Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones	2	3	5
RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	0501 Eliminación	050101 Patrón de eliminación	4	1	5

	intestinal	050110 Estreñimiento	4	1	5
		050113 Control de la eliminación de las heces	5	1	5
		050121 Eliminación fecal sin ayuda	5	1	5
	1902 Control del riesgo	190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo	1	5	5
		190202 Controla los factores de riesgo ambientales	2	5	5
		190203 Controla los factores de riesgo personales	2	5	5
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	0210 Realización de trasferencia	021001 Traslado de la cama a la silla	3	5	5
		021002 Traslado de la silla a la cama	3	5	5
	0200 Ambular	020001 Soporta el peso:	2	4	4
		020003 Camina a paso lento	3	4	4
		020015 Anda por la casa	3	4	4

-El dolor a lo largo de la enfermedad ha sido difícil de controlar puesto que con analgesia prescrita no se paliaba debido a la vía oral precaria, hasta la canalización de la vía subcutánea en la que conseguimos eliminar el dolor y conseguir nuestros objetivos.

-No hemos conseguido lograr los objetivos propuestos para el diagnóstico riesgo de estreñimiento, puesto que dos de los factores desencadenantes (sedentarismo y toma de opiáceos) cada vez estaban más presentes en nuestro paciente.

-La consecución de los objetivos propuestos en el deterioro de la movilidad física los hemos evaluado antes de que el paciente estuviera encamado las 24 horas, ya que nuestro objetivo era mantener la mayor autonomía posible del paciente hasta este momento.

-La ansiedad, los conocimientos deficientes y el dolor han estado muy relacionados, ya que la familia y el paciente presentaban momentos de ansiedad debido al dolor no controlado y a la falta de conocimientos que tenían sobre los cuidados paliativos y el pronóstico de la enfermedad. Una vez paliado el dolor e informados a la familia y al paciente de lo que quería saber y hasta donde debía saber debido a la existencia del pacto de silencio, se consiguió resolver estos objetivos y paliar la ansiedad que ambos presentaban.

-Hemos conseguido lograr el objetivo más importante que nos habíamos propuesto, ya que hemos proporcionado una atención integral basada en sus necesidades de la unidad paciente familia en cada fase de la enfermedad y así proporcionar una calidad de vida adecuada hasta el final de sus días.

10. DISCUSIÓN:

La situación del paciente antes de fallecer se describe en la fase de evaluación en conjunto con la tabla 11. La evaluación de cada diagnóstico, la realizamos mediante indicadores de cada resultado (NOC). Cada indicador se cuantificó mediante la escala de Likert de 5 puntos, en la que después de realizar las intervenciones (NIC) se esperaba lograr estos resultados. En este paciente se logró la consecución de la mayoría de los indicadores.

Contrastando la información encontrada con la revisión bibliográfica del cáncer de laringe y el caso real de nuestro paciente nos encontramos las siguientes coincidencias:

-Se cumple la incidencia y prevalencia de tener cáncer de laringe mayor para los hombres que para las mujeres, según la publicación de la SEOM. (3)

-En relación con la clasificación de la AJCC, nuestro paciente tenía: Tis (carcinoma in situ), N2c (metástasis en ganglios linfáticos bilaterales de 3-6 cm) y M0 (no existe metástasis a distancia). (1) (4)

-De las manifestaciones clínicas encontradas mediante revisión, nuestro paciente presentó en el inicio de la enfermedad: disfagia, odinofagia, disnea y masa cervical. (1) (4)

-De los factores de riesgo encontrados, en nuestro paciente se encontraba claramente evidenciado el genético, el consumo de alcohol y tabaco. (1) (6)

-De las diferentes intervenciones para el diagnóstico de la enfermedad, en nuestro paciente se realizó un examen físico de cabeza y cuello, una inspección, una palpación y una exploración mediante faringoscopia. También se realizó radiografías convencionales y tomografía computada con constante iodado. (1) (4)

-De las posibilidades terapéuticas mencionadas en el artículo, en nuestro paciente se utilizaron la quimioterapia y la cirugía, ya que la intención era paliativa. (1) (6)

Con respecto a la información encontrada con la revisión bibliográfica de cuidados paliativos y nuestro caso real nos encontramos las siguientes coincidencias:

-De los objetivos propuestos por Cuidados Paliativos, se consiguieron cumplimentar todos con nuestro paciente. (7) (8)

-Se llevó a cabo una correcta coordinación de los diferentes recursos sanitarios con los que contábamos y que prestaron los cuidados pertinentes a Lázaro durante el proceso de la enfermedad. Esto fue evidenciado con el agradecimiento de la familia con todo el equipo. (7)

-Nuestro paciente recibió cuidados paliativos domiciliarios y no en el hospital, por su propia elección, ya que le suponía grandes ventajas para él y para su familia. Dichas ventajas están expuestas en la tabla 3 del documento. (11)

-Nuestro paciente en el inicio de la enfermedad se encontraba en la fase de negación-aislamiento, según las fases adaptativas de la Dra. Elizabeth Kübler-Ross. (7)

-Se realizó una valoración de la unidad paciente familia para detectar las necesidades del conjunto como se mencionaban en el punto 1.2.5 del documento. (7) Para ello utilizamos el modelo Counselling ya que existía conspiración del silencio por parte de la familia al paciente. (7) (9)

-Al paciente se le canalizó vía subcutánea debido a la vía oral precaria y debido a las numerosas ventajas que tiene esta vía en relación con Cuidados Paliativos. (7) (13)

-El paciente en la SUD, presentó: anuria, estertores, sudoración, inquietud- agitación. Todos ellos presentes en los síntomas más frecuentes referenciados por Lichter en la SUD. (7)

Lo más importante a destacar en este caso es que:

-Gracias a la canalización de la vía subcutánea y al tratamiento farmacológico por esta, se consiguió paliar el dolor que no se consiguió paliar por vía oral.

-El paciente tenía una gran red de apoyo familiar, y sobre todo una cuidadora muy colaboradora y responsable, lo que le permitió recibir los cuidados paliativos en su domicilio hasta el fin de sus días.

-Se logró eliminar la ansiedad en el paciente, dándole educación para la salud, paliando su dolor y mejorando la calidad del sueño.

-Al final de todo el proceso, la familia estaba muy agradecida con todo el equipo puesto que habían respetado sus decisiones y le habían prestado una atención integral basadas en las necesidades de toda la familia y no solo del paciente, aportando calidad de vida. Esto nos resultó muy gratificante.

Las limitaciones que nos hemos encontrado a la hora de llevar a cabo este caso, han sido que:

-El paciente era fumador activo y no ha dejado de fumar pese a nuestras recomendaciones, por lo que el indicador para prevenir las complicaciones no se ha conseguido con una puntuación de un 5.

-La conspiración de silencio que existía por parte de la familia al paciente no nos ha permitido desarrollar de forma completa con el paciente la educación para la salud sobre su proceso de enfermedad, por lo que el indicador para describir el curso habitual de la enfermedad no se ha conseguido con una puntuación de 5.

-El paciente solo ha demandado el andador de los recursos que se le brindaban en cuidados paliativos, por lo que se han podido generar problemas añadidos (riesgo de caídas, úlceras por presión...) a lo largo del transcurso de la enfermedad. En este caso no se ha generado ningún problema gracias a los cuidados prestados por su mujer.

La enfermera gestora de casos, además de atender de forma integral al paciente en estado terminal, debe hacerlo de forma igualitaria con la cuidadora principal y/o familia ya que una vez cubiertas las necesidades de estas se asegura un correcto cuidado al paciente, una adecuada colaboración con el equipo y se eliminan la aparición de posibles complicaciones como el agotamiento físico, malos cuidados al paciente, mayor ansiedad... Por ello, en Cuidados Paliativos, resulta esencial ver al paciente y a la familia como una unidad y no de forma independiente.

También, la enfermera gestora de casos debe promover los Cuidados Paliativos en el domicilio, ya que se consigue una mayor implicación y afrontamiento por parte de la familia, una mejor calidad de vida para el paciente, y una mejora para el sistema sanitario.

Por otro lado, los diagnósticos más importantes a tratar por la gestora de casos son la ansiedad y el dolor, ya que estos se encuentran en todos los pacientes terminales y su resolución permite la resolución de muchos otros asociados.

En definitiva, los mejores cuidados que se pueden prestar a un paciente en estado terminal son por su familia en su domicilio, siempre que el paciente lo desee y existan las condiciones necesarias. Por lo que, prestándole cuidados a la familia y/o cuidador, también se están prestando cuidados al paciente.

11. CONCLUSIONES:

-El cáncer de laringe es el más frecuente en otorrinolaringología, y su incidencia está aumentando significativamente debido a una mayor exposición a los factores de riesgo. (2) (4)

-Los factores de riesgo más importantes para el cáncer de laringe son el tabaco y el alcohol. (2) (4)

-La incidencia y prevalencia de tener cáncer de laringe es mayor en el hombre que en la mujer. (2) (3) (4)

-Se opta por una única posibilidad de tratamiento cuando el cáncer está en un estado poco avanzado y la intención es curativa, mientras que se opta por la combinación de dos o más procedimientos cuando el cáncer está en un estado avanzado y la intención es paliativa. (1) (2)(4)

-La meta fundamental de los cuidados paliativos es proporcionar calidad de vida al paciente y a la familia, sin intentar alargar la supervivencia, ni acortarla específicamente. (7) (8) (9)

-En cuidados paliativos se realiza una valoración total a la unidad paciente-familia, atendiendo no solo a sus necesidades físicas, sino las psicológicas, sociales y espirituales. (7) (8) (9) (10)

-La clave de los cuidados paliativos, es la atención domiciliaria ya que aporta ventajas para el paciente, la familia y el sistema de salud. (7) (11) (12)

-La principal alternativa de la vía oral para la administración de fármacos en los pacientes con enfermedad terminal en cuidados paliativos, es la vía subcutánea. (7) (13)

Para concluir, he de mencionar que la enfermera tiene un importantísimo papel en el área de Cuidados Paliativos, ya que aparte de realizar una atención integral basada en las necesidades

del conjunto paciente familia, es la figura más cercana que tiene este conjunto para afrontar esta nueva situación y en la que depositan toda su confianza.

Personalmente, este trabajo me ha ayudado a profundizar mis conocimientos sobre Cuidados Paliativos y sobre los cuidados, el apoyo, la empatía, que debemos tener todo el profesional sanitario (sobre todo la enfermería) en estos casos. Ya que esto es de vital importancia para el paciente y la familia en el proceso de la enfermedad.

12. BIBLIOGRAFÍA:

1. Mata I F, Agudo E, Canela C. Consenso Nacional sobre cáncer de laringe: diagnóstico y tratamiento. Revista Venezolana de Oncología. 2012; XXIV(1).
2. Paré CA, Páre E, Roa Sanabria BV, Tagle F, Chamorro AP. Cáncer de laringe: revisión. Revista Postgrado de la Cátedra de Medicina. 2009 Abril; 192.
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Sociedad Española de Oncología Médica Web site. [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 7. Available from: http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf.
4. Barbón JL, Barbón C, Mondino E. Cáncer de laringe. Separata. 2007; XV(7).
5. American Cancer Society. American Cancer Society Web site. [Online].; 2015 [cited 2015 Abril 6. Available from: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002300-pdf.pdf>.
6. Instituto Nacional del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer Web site. [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 12. Available from: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/laringe/Patient/page1>.
7. Boceta Osuna J, Camacho Pizarro T, Cía Ramos R, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Martín Roselló M, et al. FORMACIÓN BÁSICA EN CUIDADOS PALIATIVOS Málaga: Fundación Iavante; 2010.
8. Cía Ramos R, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Martín Roselló M, Sanz Amores R. Guía de información sobre Cuidados Paliativos Sevilla: Junta de Andalucía y Consejería de Salud; 2009.

9. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuadra Liro C, Duarte Rodríguez M, Durán García M, García Fernández E, et al. Cuidados Paliativos Domiciliarios: Atención Integral al Paciente y su Familia: Consejería de Salud; 2003.
10. Cía Ramos R, Boceta Osuna J, Camacho Pizarro T, Cortés Majó M, Duarte Rodríguez M, Durán Pla E, et al. PLAN ANDALUZ DE CUIDADOS PALIATIVOS 2008-2012 Sevilla: Consejería de Salud; 2007.
11. Fornells HA. CUIDADOS PALIATIVOS EN EL DOMICILIO. Acta Bioethica. 2000; VI(1).
12. Díaz-Albo Hermida E, Astudillo Alarcón W, Sastre Moyano P, Escobar García MV, Sánchez Sánchez EJ, Bermejo Higuera C, et al. MANUAL BÁSICO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN CUIDADOS PALIATIVOS. Primera ed. Madrid: Cáritas Española; 2011.
13. Aguilera González C, Camacho Pizarro T, Cía Ramos R, Fernández López A, Garrido Nieto J, Romero Mena-Bernal J, et al. MANUAL DE USO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS Málaga: Fundación Iavante; 2010.
14. Boceta Osuna J, Cía Ramos R, Cuello Contreras JA, Duarte Rodríguez M, Fernández López A, Sanz Amores R, et al. SEDACIÓN PALIATIVA Y SEDACIÓN TERMINAL: Orientaciones para la Toma de Decisiones en la Práctica Clínica Sevilla: Consejería de Salud; 2005.
15. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Esteban López S, Blanco Piñero N, Estella García Á, Fernández López A, et al. PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE LAS DECISIONES: guía de apoyo para profesionales Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social; 2013.
16. NANDA International. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Primera ed. Heather Herdman T, editor. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.
17. Moorhead S, Johnson M, Maas L, Swanson E, editors. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Medición de Resultados en Salud. Quinta ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2014.

18. Bulechek GM, Butcher K, McCloskey Dochterman J, editors. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Quinta ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009.