Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)
Serie Trabajos Adaptación al Grado. 6 (2): 37-69, 2014
ISSN: 1989-5305

Plan de cuidados: paciente paliativo con dolor total

Juan Carlos Rodríguez Yuste

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª Planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
jcryuste@hotmail.com

Tutor
Santiago Pérez García

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª Planta. Avda Complutense s/n.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
santiagopgarcia@enf.ucm.es

Resumen: asegurar el confort y la calidad de vida de nuestros pacientes en su última etapa es el objetivo esencial de los diversos profesionales que se dedican a los cuidados paliativos. Para evitarles el sufrimiento o al menos disminuirlo, no podemos olvidarnos de la multifactoriedad del dolor de nuestros pacientes, donde además del puramente físico, encontraremos otros aspectos psicológicos, emocionales y espirituales, todos ellos, componentes del concepto de Dolor Total. El miedo, la ansiedad o el sufrimiento espiritual son síntomas que acompañan y exacerban en la mayoría de las ocasiones a ese dolor físico, y si nos olvidamos de ellos, estaremos lejos de poder asegurar una muerte digna y confortable a nuestros pacientes. En este trabajo exponemos un Plan de Cuidados personalizado en un paciente oncológico que se encuentra en sus últimas semanas de vida, aplicando las distintas fases del proceso enfermero, repercutiendo con ello en la mejora de la calidad asistencial y constatando la importancia de la labor de enfermería en la valoración y tratamiento del Dolor Total.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Dolor por cáncer-Cuidados-Planificación. Enfermos terminales-Cuidados.

Abstract: The principal target of professionals who works in Palliative Care, is to assure confort and life quality of their patients during their final stage of life. To avoid suffering, or at least decrease it, we must not forget that pain can be caused by multiple factors, where we find not only physical pain but also psychological, emotional and spiritual, that conform the “Total Pain” Fear, anxiety or spiritual suffering are synthoms that may increase physical pain, and if we forget about them we´ll be far from assuring a worthy and confortable death to our patients. We aim to exhibit a personalized care plan of an oncologic patient during his last few weeks,

applying the different phases of Nursing Process, affecting the assistance quality and confirming the importance of nursing in measurement and treatment of Total Pain.
Keywords: Palliative Care. Pain, Care plan.

INTRODUCCIÓN

Justificación

El aumento de esperanza de vida, y el crecimiento del número de personas oncológicas y con enfermedades crónico-degenerativas representan un reto importe para los servicios de salud en nuestra sociedad. Así, muchas enfermedades hace unos años letales han variado su evolución, prologando la supervivencia y aumentando la etapa de cronificación.

En España, fallecen alrededor de 380.000 personas anualmente, de las cuales, entre un 50-60% de las mismas, lo hace tras recorrer una etapa avanzada y terminal. Estas cifras tan elevadas, no deberían difuminar la experiencia única y trascendente de cada ser humano en el periodo final de su vida[1].

Desgraciadamente, por diversas razones, entre las que destaca la falta de formación y la orientación predominantemente curativa de la medicina actual, la atención recibida por estos enfermos y sus familias en su fase terminal no es la más adecuada[2]. De ahí, la necesidad de la realización de un plan de cuidados individualizado que garantice la calidad asistencial a estos pacientes y a sus familias, pilar fundamental para la puesta en marcha y éxito de nuestros cuidados.

Dolor total y sufrimiento

“No obstante, durante la noche, Verónica comenzó a sentir miedo. Una cosa era la acción rápida de los comprimidos, otra era quedarse esperando la muerte durante cinco días, una semana, después de haber vivido ya todo lo posible. La joven había pasado su vida esperando siempre algo: que el padre volviera del trabajo, la carta del enamorado que no llegaba, los exámenes de fin de año, el tren, el autobús, la llamada telefónica, el día de fiesta, el fin de las vacaciones. Ahora tenía que esperar la muerte, que venía con fecha marcada”.

Esta cita de Paulo Coelho, que aparece en su libro “Verónica decide morir” refleja parte de los miedos que pueden mostrar nuestros pacientes en su camino hacia la muerte, y no todos ellos relacionados con el dolor físico. Precisamente poder aliviar ese sufrimiento es uno de los objetivos de nuestros cuidados.

Según la Guía de Criterios de Calidad en cuidados Paliativos del Ministerio de Sanidad y Consumo, el paciente paliativo es aquel que precisa de: “La atención integral, individualizada y continuada por presentar una enfermedad en situación

avanzada y terminal así como de las personas a ellas vinculadas por razones familiares o de hecho.

Esa situación viene caracterizada por la presencia de síntomas múltiples, multifactoriales y cambiantes, con alto impacto emocional, social y espiritual, y que condicionan una elevada necesidad y demanda de atención. Esta demanda es atendida de forma competente y con objetivos terapéuticos de mejora del confort y de la calidad de vida, definidos éstos por el propio enfermo y su familia, con respecto a su sistema de creencias, preferencias y valores"[3].

Por lo tanto, los pacientes paliativos pueden presentar distintos síntomas, dependiendo de la naturaleza y el estadio de la enfermedad. Entre los más comunes se encuentran algunos puramente físicos como el dolor, la astenia, la anorexia, junto con otros de índole psicológico, como la ansiedad, la depresión y el insomnio, que pueden llegar incluso en algunas series a aparecer en un porcentaje superior al 70% en los pacientes oncológicos[1]. (Tabla 1).

Síntomas	Cáncer	SIDA	Insuficiencia Cardiaca	EPOC	Enfermedad Renal
Dolor	35%-96% N=10.379	63%-80% N=942	41%-77% N=882	34%-77% N=372	47%-50% N=370
Depresión	3%-77% N=4.378	10%-82% N=616	9%-36% N=80	37%-71% N=150	5%-60% N=956
Ansiedad	13%-79% N=3.274	8%-34% N=346	49% N=80	51%-75% N=1.008	39%-70% N=72
Confusión	6%-93% N=9.154	30%-65% N= ?	18%-32% N=343	18%-33% N=309	-
Astenia	32%-90% N=2.888	54%-85% N= ¿	69%-82% N=409	68%-80% N=285	73%-87% N=116
Disnea	10%-70% N=10.029	11%-62% N=504	60%-88% N=948	90%-95% N=372	11%-62% N=334
Insomnio	9%-69% N=5.606	74% N=504	36%-48% N=146	55%-65% N=150	31%-71% N=351
Nauseas	6%-68% N=9.140	43%-49% N=689	17%-48% N=146	-	30%-43% N=362
Estreñimiento	23%-65% N=7.602	34%-35% N=689	38%-42% N=80	27%-44% N=150	29%-70% N=483

Diarrea	3%-29% N=3.392	30%-90% N=504	12% N=80	-	21% N=19
Anorexia	30%-92% N=9.113	51% N=504	21%-41% N=146	35%-67% N=150	25%-64% N=395

Tabla 1.Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en cuidados paliativos. Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo.

La multifactoriedad de los síntomas que aparecen en nuestros pacientes y la diversidad del impacto que puede ocasionar, son piezas claves para comprender el concepto de "Dolor Total": El dolor en los pacientes paliativos es más que una sensación nociceptiva, e incluye otros aspectos, tales como los psicológicos, sociales y espirituales de cada persona[1,4,5].

Se ha utilizado la metáfora del iceberg para caracterizar al Dolor Total: vemos solamente en la superficie ese dolor físico, pero si miramos algo más en la "profundidad" de nuestros pacientes, nos damos cuenta que ese dolor se mantiene a flote y se exacerba por distintas emociones, como el miedo, la rabia, la tristeza, la ansiedad o la desesperanza. A su vez, estas emociones básicas asociadas a la experiencia dolorosa, se encuentran firmemente vinculadas a la experiencia biográfica y social del paciente[6]. Así pues, la suma de esos componentes físicos, sociales, espirituales y psicológicos que ocasionan ese sufrimiento a los pacientes es lo que conforma el concepto de DOLOR TOTAL. (Fig. 1).

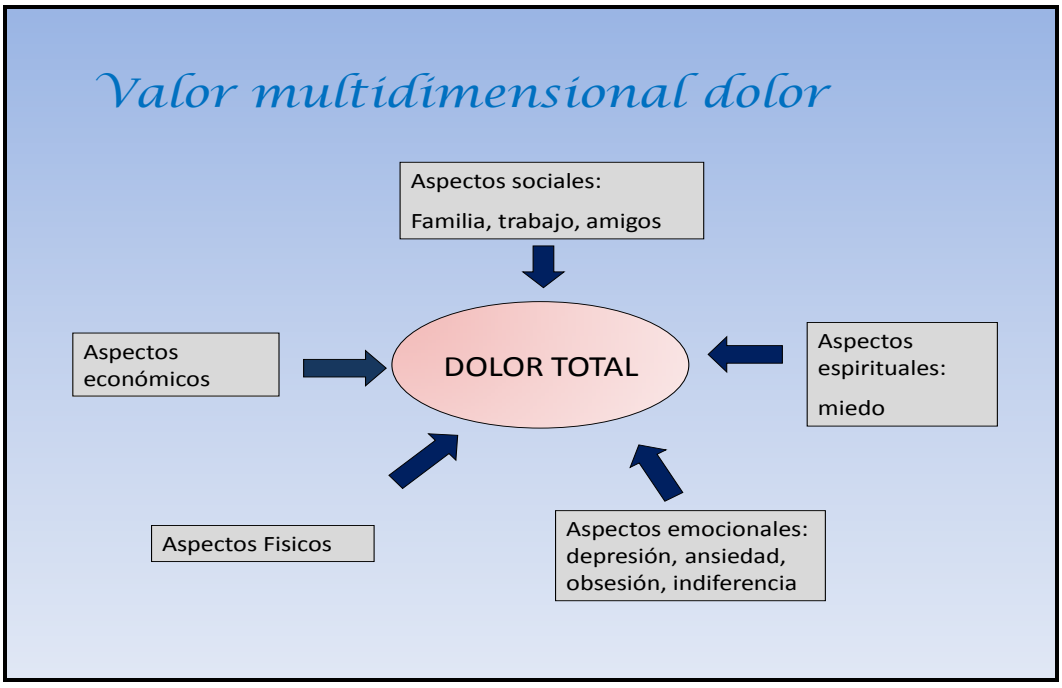

Figura 1. Componentes del Dolor Total. Modificado de Twycross, 1994.

Este término lo describe por primera vez Cicely Saunders, madre de los cuidados paliativos modernos, en el año 1964. Tal vez, el desempeño de sus distintas profesiones como Trabajadora Social, Enfermera y Médico, le ayudara a dar esa visión holística a dicho concepto[7]. Así, se relaciona el dolor con todos los aspectos de la persona y viceversa.

Casell, por su parte, define el sufrimiento como una sensación de distrés más o menos permanente, que siente un sujeto en una sociedad y una cultura concreta, al percibir una amenaza que puede poner en peligro su integridad física o psicológica, al sentirse vulnerable y sin recursos para enfrentarse a ella[8,9].

El sufrimiento suele relacionarse con el dolor físico, aunque lo supera y es independiente de éste. Un síntoma, como el dolor, produce sufrimiento cuando no puede ser aliviado, cuando se asocia con un significado trágico, y se percibe como una amenaza para nuestra integridad[10]. Por lo tanto, no es el síntoma en sí, sino el significado que doy a dicho síntoma lo que me provoca el sufrimiento[8].

Así pues, el concepto de Dolor Total, definido por Cicely Saunders, se puede equiparar al sufrimiento[10,11].

Debido a su subjetividad, al depender del sentimiento de amenaza y de los recurs6399+9067tfos que cada cual tenga para hacerle frente, y al estar sujeto a numerosas variaciones sociales y culturales, es muy difícil cuantificarlo, pero es imprescindible al menos detectarlo, para intentar aliviarlo o eliminarlo en la medida de lo posible[8].

El reconocimiento del sufrimiento en la práctica diaria se basa en la intuición entrenada del profesional, percibiendo el comportamiento externo del paciente (expresión facial, postura del cuerpo, manifestaciones de tristeza) y por otro lado mediante la escucha de sus necesidades y demandas. Es decir, la comunicación, tanto en sus componentes verbales y no verbales es una herramienta fundamental[8].

Componentes del dolor total

- **Físico**

  La International Association for the Study of Pain (IASP) define el dolor como “la experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesiones hísticas reales o potenciales, o bien descritas en términos de tal daño”. Por lo tanto, es un síntoma subjetivo[12].

  Es uno de los síntomas más frecuentes en la fase final de la vida, pudiendo afectar según algunos estudios hasta al 96% de los pacientes oncológicos[13].

Para realizar una adecuada valoración del paciente con dolor, nos interesa reconocer distintos aspectos para posteriormente ajustar un preciso tratamiento:

Tipo de dolor: Según el mecanismo fisiopatológico implicado, el dolor se clasifica en nociceptivo (visceral y óseo) y neuropático.

Causa: El dolor en pacientes oncológicos puede deberse a distintas causas, siendo las más común la derivada de su propia enfermedad debida a la infiltración tumoral (70%). También puede ser secundaria a distintos tratamientos o pruebas diagnósticas (20%), relacionadas con su situación de inmovilidad y debilidad general (10%) u otras causas no relacionadas con el propio tumor o al tratamiento del mismo[1,14].

Intensidad: Utilizando las diferentes escalas para su medición: numérica, verbales, analógicas visual, etc.

Valoración multidimensional del dolor: Concepto de Dolor Total.

Identificar los factores de mal pronóstico del dolor: Así, con la presencia de algunos de estos factores (distress psicológico, aumento rápido de opioides, dolor neuropático, dolor irruptivo, antecedentes de alcohol o drogas) sólo se logra controlar el dolor en el 55% de los casos. Por el contrario en ausencia de estos factores, y encontrándonos ante un dolor tipo nociceptivo, el éxito del tratamiento esta alrededor de un 93%[14].

Tras una adecuada valoración pasaríamos a una correcta terapéutica del dolor siguiendo las pautas de la escalera analgésica de la OMS (1986), donde propone una escalera de 3 peldaños ascendentes. Comenzaremos el tratamiento en uno u otro peldaño según la intensidad del dolor. En un primer escalón se encontrarían los AINES y el paracetamol (EVA 1-3), en un segundo escalón los opioides débiles (EVA 4-7) y en un tercer escalón los opioides potentes (EVA 7-10), pudiéndose combinar fármacos coadyuvantes con los fármacos de cualquier escalón (corticoides, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.) para ayudar al control analgésico. (Fig. 2).

Con este simple protocolo se ha demostrado que el dolor oncológico del adulto puede ser controlado entre un 70 y un 90% de los casos[15].

ISSN: 1989-5305

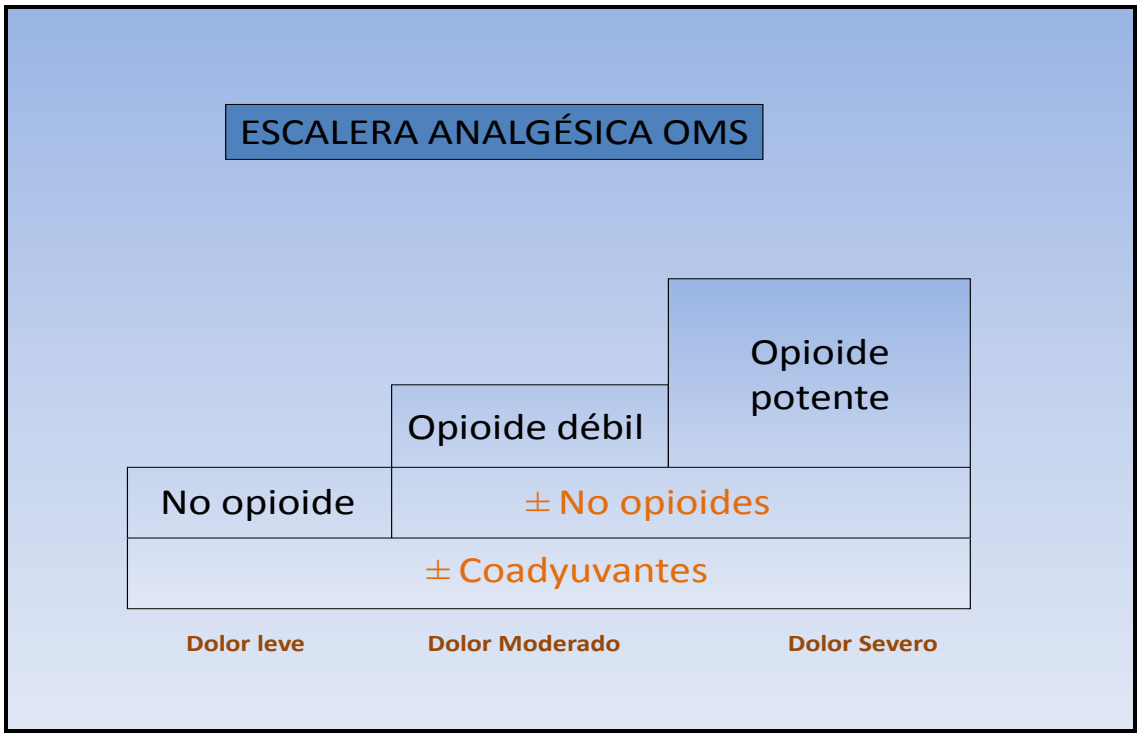

Figura 2. Escalera Analgésica de la OMS (1986).

- **Psicológico/emocional**

  Los pacientes con enfermedad avanzada se ven obligados a afrontar varias agresiones psicológicas en poco tiempo: el diagnóstico de una enfermedad grave que puede conllevar la posibilidad de muerte a corto-medio plazo, con la incertidumbre de desconocer cómo puede desarrollarse dicho proceso, qué síntomas me van a aparecer y en qué medida me pueden afectar[10].

  Ante estas agresiones en el paciente pueden surgir estados de depresión, ansiedad, miedo, obsesión, perdida de autoestima, percepción de indiferencia afectiva o enfado, entre otros[15].

  La ansiedad y el miedo son las respuestas más formalmente asociadas a la muerte, y dependerán en gran medida de la historia personal y cultural de cada paciente así como de los distintos estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios[16].

  La ansiedad, que en un principio se considera un proceso adaptativo que te permite permanecer en alerta ante un proceso, deja de serlo, cuando su intensidad y duración son excesivas hasta el punto de alterar significativamente la vida de la persona[1].

En lo referente al miedo en la etapa final de la vida se puede poner de manifiesto ante diferentes hechos[16]:

- ✓ Miedo al proceso de agonía en sí, por no saber los sufrimientos físicos o psicológicos que te pueden acarrear.
- ✓ Miedo a lo que pueda ocurrir a la familia/allegados tras su muerte.
- ✓ Miedo a morir solo.
- ✓ Miedo a lo desconocido: ¿qué ocurre después de la muerte?
- ✓ Miedo a que la vida que se ha tenido haya carecido de significado.

Aspectos Sociales

El sufrimiento en relación al factor social está relacionado con los aspectos culturales, económicos y laborales, al papel de la familia y de los amigos; los temas burocráticos, la perdida de posición social, etc.[9,17].

El hecho de dejar de realizar tu actividad laboral habitual, perder tu rol social y ver aumentada tu dependencia con relación a terceras personas, pensar que pasará con tu familia tras tu fallecimiento ya que dependen económica y afectivamente de ti, la propia angustia de separación de tus seres queridos que a veces solamente se consuela con el reencuentro después de la muerte, son distintas situaciones comunes en este proceso que aumenta el sufrimiento de nuestros pacientes[18].

Aspectos Espirituales

Como lo definía C. Saunders "El darse cuenta de que la vida, probablemente, terminará pronto, puede suscitar sentimientos de injusticia sobre lo que está sucediendo, y más aún de lo que ha pasado anteriormente y, sobre todo, una sensación desoladora de falta de significado". Aquí radica, según ella, la esencia del dolor espiritual[19].

La búsqueda de este sentido de la vida (que va más allá de la mera religiosidad) que me sirve para darle sentido a mi muerte, a mi sufrimiento, a mis síntomas, se hace más apremiante en la etapa final de nuestros enfermos paliativos [20,21].

Tal vez no estamos preparados para mitigar ese sufrimiento. Autores como Mitterrand, nos hablan de la "aridez espiritual" de algunos profesionales.

La realidad es que la prestación de cuidados espirituales por parte del profesional de enfermería es prácticamente inexistente, ya sea por falta de conocimiento, por creer que no es de nuestra competencia, por pensar que es algo muy intimo del propio enfermo, o simplemente por falta de tiempo.

Por las características de nuestra profesión, el concepto holístico que tenemos de nuestros pacientes y la relación de confianza que llegamos a establecer con ellos,

somos un colectivo muy importante a la hora de prever las necesidades espirituales de nuestros enfermos[20].

Hay evidencias de que algunos pacientes en el final de la vida, le gustarían que los profesionales de salud estuviesen más atentos a dichas necesidades[22].

La Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA, 2007) desarrolla una perspectiva para llamar la atención de los sistemas de salud y cuidadores, de la importancia de reconocer y apoyar a un enfermo terminal y a su familia en sus creencias y expresiones espirituales. Apoyo que abarca un equipo multidisciplinar y requiere una evaluación de las cuestiones espirituales/religiosas que preocupan al enfermo y a su familia. Enfatiza que el cuidado espiritual exige del profesional tanto el valor de la presencia, como una voluntad de estar plenamente presente, y el reconocimiento de los propios límites, para así reconocer la necesidad de un acompañamiento especializado[23].

Tratamiento dolor total

Cassell señalaba, que cuando los médicos rebajan el sufrimiento a su dimensión física, e ignoran el dolor psicológico y espiritual que acompaña a la muerte, no sólo dejan de aliviarlo, sino que lo complican[7]. Es decir, que los abordajes parciales del dolor conlleva en multitud de ocasiones al fracaso[5,1]. Por ello es necesario antes de iniciar cualquier tratamiento hacer una evaluación integral del paciente y su entorno[1], ya que por ejemplo, el dolor que siente un paciente que pierde su posición social, que ha sufrido una amputación , que se enfrenta a su propia muerte, que con dificultad puede encontrar un sentido a su vida y a ese sufrimiento que está padeciendo ,no coincide plenamente con los receptores opioides y escapa del más potente analgésico.

Como hemos recalcado a lo largo de la introducción, el síndrome de dolor total requiere un cuidadoso análisis de sus distintos elementos (físicos, sociales, espirituales y emocionales), y el trabajo en conjunto, si se precisa, de un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) con la finalidad de disminuir el sufrimiento de nuestros pacientes y familiares e intentar proporcionar una calidad de vida durante todo su proceso de muerte, intentando asegurarles una muerte digna[17].

Lograr ese objetivo, pasa irremediablemente por una buena comunicación con el paciente terminal y su familia, tras el establecimiento de una relación empática, basada en la confianza y en la verdad[20].

Las investigaciones realizadas, sugieren que una comunicación eficaz influye beneficiosamente en nuestros pacientes sobre diversos aspectos: el estado emocional, la resolución de los síntomas, el estado funcional y el dolor; reduciéndose así su malestar psicológico, mejorando la adherencia al tratamiento y aumentando la implicación de los pacientes en su autocuidado[1].

Así, en algunas revisiones bibliográficas realizadas por diferentes autores sobre un campo tan complicado como el de la comunicación de las malas noticias, hablan de que la enfermería debe ser un componente importante en dicho proceso[24] (Tabla 2).

ETAPAS PARA LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS
ETAPA 1.PREPARAR EL CONTEXTO FISICO MAS ADECUADO.
• Entorno y momento adecuado. Estado anímico del paciente y profesional
ETAPA 2.AVERIGUAR CUANTO SABE EL PACIENTE
• ¿Qué le han dicho sobre su enfermedad? • ¿A qué cree que puede ser debido su problema?
ETAPA 3.ENCONTRAR LO QUE EL PACIENTE QUIERE SABER
• ¿Hay algo de lo que quieras hablar o quieras preguntarme? • ¿Quieres que hablemos de la enfermedad o mejor sólo del tratamiento?
ETAPA 4.COMPARTIR INFORMACIÓN
• Parece que la quimioterapia no ha hecho el efecto deseado • ¿A tí qué te parece?
ETAPA 5.RESPONDER A LOS SENTIMIENTOS DEL PACIENTE
• ¿Qué te preocupa hoy? • ¿De qué tienes miedo?
ETAPA 6.PLANIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL PROCESO
• ¿Puedo hacer algo por tí? • ¿Qué necesitarías hoy para estar mejor?

Tabla 2. Etapas para la comunicación de malas noticias según Buckman.

Nuestra tarea es ir informando y acompañando al mismo tiempo, asegurando al paciente que, a pesar de que la enfermedad avance, nosotros vamos a estar disponibles para ayudarle en todo lo que necesite y que no le abandonaremos[25].

En definitiva, una comunicación adecuada con nuestros pacientes y sus familias, ayuda a disminuir su sufrimiento, siendo un componente primordial en el cuidado eficaz de nuestros pacientes paliativos.

Enfermería y dolor total

La enfermera es uno de los miembros del equipo sanitario más próximo y está en estrecho contacto con el individuo y su núcleo familiar; sobre todo, en la fase terminal de la enfermedad. En dicha fase, además de asumir los cuidados que precisen, es necesario una determinada actitud personal, adquirir conocimientos y destrezas que abarquen aspectos como el manejo de síntomas, la relación de ayuda (counselling), el trabajo en equipo, abordaje familiar, comunicación, etc. y todas aquellas que permitan afrontar con la mayor solvencia estas situaciones.

El equipo sanitario debe transformarse en un equipo cuidador: la finalidad no es curar, es cuidar, y en ello la enfermera se convierte en experta.

La Hospice and Palliative Nurses Association (HPNA, 2007) define que para un cuidado eficaz, se requieren algunos atributos: escuchar activamente; demostrar empatía y capacidad de acompañar al otro en su sufrimiento; reconocer y responder a su angustia y ayudarlo a descubrir su significado a través de sus experiencias de sufrimiento, dolor y pérdida; elucidar sus preocupaciones fundamentales, incluyendo las necesidades espirituales/religiosas no satisfechas; identificar y responder a las cuestiones éticas y conflictos, y asistir y apoyar a otros miembros del grupo en la toma de decisiones, respetando los valores de cada uno; estar dispuesto a crear espacios terapéuticos y de cura, en los que el crecimiento espiritual pueda ocurrir; ofrecer recursos adicionales, si necesarios, para el apoyo al enfermo, a través de otros proveedores de cuidados espirituales[23].

Como hemos citado con anterioridad las características de nuestra profesión, siendo posiblemente los profesionales que más tiempo pasamos a lado de nuestros pacientes, conlleva que podemos alcanzar un papel notorio en el reconocimiento, valoración y tratamiento del dolor total. La relación de confianza que en muchas ocasiones se establece entre el paciente y el profesional de enfermería se convierte en una herramienta indispensable para entablar una comunicación adecuada que permita valorar al paciente en todas sus esferas.

El Consejo Internacional de Enfermería, en su declaración de posición sobre los cuidados a los pacientes moribundos y a sus familias, afirma que “la función de la enfermería es fundamental para unos cuidados paliativos destinados a reducir el sufrimiento y a mejorar la calidad de la vida de los pacientes moribundos y de sus familias mediante una pronta evaluación, identificación y gestión del dolor y de las necesidades físicas, sociales, psicológicas, espirituales y culturales.”

Objetivos del trabajo

Con la puesta en marcha del plan de cuidados individualizado, intentaremos alcanzar los siguientes objetivos:

- Conseguir con ayuda del equipo multidisciplinar, paliar los numerosos síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes que sufre el paciente, ayudando a disminuir tanto en el paciente como en la familia el gran impacto emocional ocasionado por la cercanía de la muerte.

- Intentar en la medida de lo posible cumplir los deseos del paciente adaptando los planes de cuidados en base a ello.

PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

Descripción del caso clínico

Paciente derivado del Servicio de Oncología del Hospital Universitario 12 Octubre, al Equipo de Soporte Hospitalario de Paliativos del mismo hospital.

AP: Diagnosticado de Adenocarcinoma de Pulmón en Sep. 2011. (Estadio IIIB). Desestimado para tratamiento quirúrgico, ha recibido 3 líneas de tratamiento con quimioterapia sin adecuada respuesta. Última sesión, octubre 2012. Resto de AP sin interés.

Hábitos Tóxicos: Fumador habitual de 2 cajetillas hasta hace 1 año. No bebedor.

Alergias: No RAMC.

Motivo de Consulta**:** Paciente ingresado en la planta de oncología del hospital 12 de Octubre, tras acudir a urgencias del mismo hospital hace 7 días, por fiebre, astenia, aumento de disnea habitual, y aparición de dolor abdominal de característica visceral que no remitía con analgesia habitual (AINES).

Durante su ingreso se realizan pruebas complementarias pertinentes donde se aprecian una progresión de su enfermedad de base con aparición de lesiones a nivel hepático y mediastínicas compatibles con metástasis. Aunque ha remitido la fiebre y mejorado su disnea, ha tenido un deterioro funcional durante la semana del ingreso, y no se ha logrado controlar su dolor abdominal posiblemente secundario a las LOES Hepáticas. Sus oncólogos ante la clara progresión de su enfermedad y la poca respuesta al tratamiento con quimioterapia lo desestiman para tratamiento curativo y nos avisan para valoración, control sintomático y seguimiento de cuidados.

Diagnóstico**:** Adenocarninoma de Pulmón estadio IV con metástasis hepáticas y mediastínicas.

Tratamiento a nuestra llegada:

1. Sueroterapia 1500cc c/24/ horas.
2 .MST 15 mgr vo c/12 horas.
3. Paracetamol si fiebre.
4. Levofloxacino 500 mgr vo c/24 horas.
5. Omeprazol vo c/ 24 horas.
6. Sevredol 5 mgr vo si dolor o disnea.

Valoración por patrones funcionales de salud de M. Gordon

Percepción-manejo de la salud

Conoce el diagnóstico e intuye el mal pronóstico de su enfermedad, pues nos comenta que a pesar de los tratamientos recibidos, se ha ido encontrando peor. Piensa que poco a poco la enfermedad está acabando con él, y que además ya le han comentando la aparición de unos nódulos en el hígado.

Nutricional-metabólico

Realiza 3 comidas al día, pero refiere apenas tener apetito, y no quiero forzarse a comer por temor a que le siente mal. Ha perdido 8 kg en los últimos 2 meses.

No presenta dificultad para tragar ni a sólidos ni a líquidos.

No presenta nauseas ni vómitos.

Come sólo, aunque refiere que cada vez necesita más tiempo para ello porque se cansa.

Estado de la boca: Boca limpia. Se quejaba de xerostomía tras el inicio de tratamiento con morfina, pero que ha mejorado con torundas de glicerina-limón.

Estado de la piel: Piel seca, no heridas ni UPP. Ligeros edemas en miembros inferiores.

Eliminación

Continente doble. Se levanta al WC sólo, últimamente con ligera dificultad.

Última deposición hace 3-4 días. Él lo asocia a que está comiendo poco, y apenas se mueve. Siempre ha tenido un hábito intestinal de al menos 1 deposición/día. Refiere cierta sensación de plenitud. Presenta ruidos intestinales.

Hoy por primera vez le han dado un laxante.

Patrón miccional: 4-5 veces al día, aunque poca cantidad. No presenta disuria.

Ligera sudoración.

Actividad-ejercicio

Realiza vida sillón-cama. Va sólo al servicio, aunque dice que ha tenido dos tropiezos últimamente .Siente debilidad y falta de seguridad en sus piernas. Hasta 3

semanas antes del ingreso, salía a la calle y él mismo hacia su compra en supermercados cercanos.

Por la tarde, cuando recibe alguna visita, se atreve a dar pequeños paseos (unos 60 m.) por el pasillo de la planta, siempre agarrado del brazo de algún amigo o familiar, descansando un par de veces.

Se encuentra mucho mejor de su disnea tras iniciar tratamiento con morfina vo, hasta el punto de que ya tolera prácticamente todo el tiempo estar sin oxigenoterapia.

Ocio, actividades recreativas: Siempre le ha encantado y le ha relajado mucho la lectura y los juegos de mesa, (cartas, puzzles) pero ahora refiere no tener ni ánimo ni concentración para poder realizarlos.

Actualmente presenta un Barthel de 50.

Sueño-descanso

Tiene mucha dificultad para conciliar el sueño, y una vez que logra dormirse se despierta varias veces a lo largo de la noche.

Refiere que al acercarse la noche, se pone más nervioso, y aumenta la intensidad del dolor. Piensa mucho sobre su futuro y esto le impide relajarse y conciliar el sueño. Nos comenta que el ambiente por la noche es muy tranquilo, ideal para dormir, pero precisamente le asusta ese silencio. Como las enfermeras pasan menos veces se siente más desprotegido, y que el tiempo le pasa muy despacio, etc.

Durante el día refiere quedarse a veces adormilado, sobre todo a última hora de la mañana.

Le gustaría poder descansar algo más.

Cognitivo-perceptual

Totalmente orientado en las 3 esferas. Capacitado para la toma de decisiones. No ha presentado ningún cuadro de agitación.

Desde su diagnóstico presentaba un dolor generalizado bien controlado con AINES. Ahora nos cuenta un dolor difuso, a nivel abdominal, mal controlado de características visceral que apenas mejora con el tratamiento que está recibiendo y que le está empezando a desesperar un poco. EVA 8. Refiere que este dolor le impide pensar con claridad en sus prioridades ahora mismo, y le hace ponerse más nervioso. Y al ponerse más nervioso aumenta aún más la intensidad del dolor, que es especialmente molesto durante la noche.

Autopercepción-autoconcepto

No le gusta depender de nadie, y ahora como cada vez se encuentra más cansado, hay pocas cosas que pueda hacer por sí solo, así que a veces espera a que venga algún familiar o amigo por la tarde para poder hacerlas. Piensa que ya no sirve para nada y que incluso es una carga para ellos.

Le cuesta mantener el contacto visual durante la entrevista. Tono de voz bajo.

Tristeza.

Rol-relaciones

Paciente de origen rumano que vive en España con su primo y un hermano desde hace 10 años aproximadamente dedicándose desde entonces a la construcción.

Tiene mujer, 3 hijos de 16,18 y 24 años y 2 nietos, todos ellos en Rumania, y en gran medida dependen económicamente de él. Envía dinero todos los meses a su país.

Buena relación con su primo y especialmente con su hermano que vienen todas las tardes a visitarle después de salir del trabajo. Se ha convertido en su cuidador principal. Se siente protegido por ellos, y sabe el esfuerzo que hacen por venir a verle.

También tiene algunos amigos que le visitan esporádicamente en el hospital.

Refiere que su familia en Rumania sabe que está enfermo pero no conoce la gravedad de la situación. Prefiere no decírselo para no preocuparles, aunque piensa que ahora no queda más remedio que hacerlo.

Sexualidad-reproducción

No creemos oportuno valorar este patrón en la situación de este paciente.

Adaptación-tolerancia al estress

Refiere estar sobrepasado por la situación que vive. Sabe que está en la fase final de la enfermedad, y no para de pensar en ello, pero ningún pensamiento le es productivo. No soporta en esta situación estar lejos de su mujer, hijos y nietos. No sabe tan siquiera si le sería posible viajar en estas condiciones y también le asusta el viaje en sí.

Sensación de preocupación, nerviosismo e impotencia y pide ayuda para tomar la mejor decisión.

Nos dice que su hermano al que se encuentra muy unido, está dispuesto a acompañarle en todo momento, y que el allí puede seguir cuidándole junto con el resto de su familia.

Preocupado por saber qué será de su familia cuando fallezca, sobre todo por el aspecto económico.

Creencias-valores

Piensa que no ha tenido suerte en la vida y que ha sido muy injusta con él. No encuentra el significado a éste sufrimiento, y que ahora que es cuando mejor podía vivir aparece esta enfermedad, que no le va a permitir disfrutar de sus nietos. De hecho, piensa que el deseo de ver a sus nietos, es lo que le da fuerza para vivir en estos momentos. Si ellos no estuvieran, no tendría ganas de seguir luchando. Es lo único que ahora mismo le da sentido a su vida.

Tiene miedo a la muerte propiamente dicha, no tanto por si hay algo o no después de ella, sino por el sufrimiento que le puede ocasionar su enfermedad en la fase final de su vida. Le gustaría que no tuviera dolores, y que fuera consciente para poder despedirse de su familia de forma adecuada.

Se confiesa ortodoxo, pero no es practicante. No cree que la religión tenga un componente importante en lo relacionado a su salud, por lo que no le ayuda a llevar mejor esta situación.

Seguimiento

Tras la valoración del paciente, y reunirnos con su familiares (primo y hermano), se decide junto con el médico del equipo, reajustar el tratamiento para intentar un mejor control sintomático (añadir laxante y benzodiacepina, subir la dosis diaria de morfina y poner de forma puntual enema de limpieza) e intentar traslado a su país de origen cumpliendo los deseos del paciente. Mientras tanto, realizaremos una visita diaria para apoyo emocional y evolución del control sintomático.

Diagnósticos de enfermería

- Justificación de los diagnósticos elegidos:

  A continuación, desarrollaré los diagnósticos enfermeros principales que tras la valoración requieren una intervención más inminente, sin olvidarnos nunca, que el principal objetivo de nuestros cuidados es intentar proporcionar un confort, calidad de vida y una muerte digna y confortable a nuestro paciente.

  Por ello cabe destacar que ciertos diagnósticos a priori alterados en nuestra valoración (“Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades y

"Deterioro de la movilidad física"), lo debemos asumir como un proceso normal dentro de la evolución de una enfermedad terminal, por lo que no es prioritario intervenir sobre ellos, y focalizaremos nuestros esfuerzos en explicárselo así tanto al paciente como a la familia para que no supongan un estrés adicional en el proceso.

En nuestro caso clínico expuesto el sufrimiento del paciente está derivado especialmente por los aspectos psico-emocionales que conlleva la terminalidad de su enfermedad. Por lo tanto, disminuir esa ansiedad ("Ansiedad ante la muerte"), la baja autoestima ("Baja autoestima situacional") y ayudarle a encontrar algún significado a su vida ("Sufrimiento espiritual") nos resulta prioritario para asegurar un mínimo confort psicológico de nuestro paciente y así poder ayudar a controlar otros síntomas de gran impacto ("Insomnio" y "Dolor Crónico").

Debido principalmente a la prescripción de opioides por parte del médico del equipo para corregir ese dolor y/o disnea, junto con el sedentarismo y la escasa ingesta hídrica del paciente paliativo en esta fase avanzada, nos encontramos con un diagnóstico de enfermería muy común en estos pacientes si no ha tenido el tratamiento adecuado desde el principio, como es el "estreñimiento".

Al trabajar conjuntamente con el paciente y la familia, la educación sanitaria y el apoyo emocional al cuidador principal de cara al alta o traslado del paciente, nos resulta vital para asegurar una continuación de cuidados de calidad en el domicilio ("Riesgo de Cansancio del Rol del Cuidador").

Derivada de la debilidad del paciente que irá en aumento conforme avanza el proceso, surgen dos nuevos diagnósticos potenciales: "Riesgo de Caídas", donde es necesario que el paciente conozca sus limitaciones y pida ayuda humana o material cuando así lo necesite, y "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea" debido al deterioro funcional progresivo que aumentara el número de horas de encamamiento, donde intentaremos prevenir la aparición de UPP sin que esos cuidados interfieran en el confort del paciente.

Planificación

DIAGNÓSTICO NANDA	**00147ANSIEDAD ANTE LA MUERTE**[26,29]. Dominio 9: Afrontamiento tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento.
Factores relacionados	**r/c** confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal, anticipación del impacto de la propia muerte sobre los demás, anticipación de sufrimiento **m/p** informes de temor al sufrimiento en el proceso de agonía y manifestaciones de preocupación sobre el impacto de su muerte sobre sus seres queridos.

Resultado NOC	**1300.Aceptación: estado de salud**[27,29].
Indicadores	130017. Se adapta al cambio en el estado de salud. Puntuación Inicial: Nunca demostrado. Puntuación Diana: Frecuentemente demostrado. 130001. Tranquilidad. P. Inicial: Nunca demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado. 130011. Toma de decisiones relacionadas con la salud. P. Inicial: Raramente demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado.
Resultados NOC	**1211. Nivel Ansiedad**[27,29].
Indicadores Indicadores	121112. Dificultades para la concentración P. Inicial: Sustancial P. Diana: Leve 121117. Ansiedad verbalizada P. Inicial: Grave P. Diana: Leve 121129. Trastorno del sueño. P. Inicial: Grave P. Diana: Leve
Resultado NOC	**1210. Nivel de miedo**[27,29].
Indicadores	121015. Preocupación por la fuente del miedo. P. Inicial: Sustancial P. Diana: Leve. 121031. Temor verbalizado. P. Inicial: Sustancial P. Diana: Leve.
Intervención NIC	**5820. Disminuir la ansiedad**[28,29].
Actividades	-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Escuchar con atención. -Reforzar el comportamiento, si procede. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. -Ayudar al 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 relajación. -Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

ISSN: 1989-5305

Intervención NIC	**5350. Disminuir el estrés por el traslado**[28,29].
Actividades	-Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado. -Explicar el proceso de traslado y pautas a seguir si aparece sintomatología durante el mismo. -Valorar la necesidad/deseo del individuo de apoyo social para el traslado. -Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos por estrés de traslado (p. ej. temor, ansiedad, aumento de exigencias, etc.).
Intervención NIC	**5250. Apoyo en la toma de decisiones**[28,29].
Actividades	-Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. -Facilitar la toma de decisiones en colaboración. -Proporcionar la información solicitada por el paciente. -Servir de enlace entre el paciente y la familia. -Transmitirle nuestro apoyo y ayuda para poder lograr alcanzar su decisión.
Intervención NIC	**4920. Escucha activa**[28,29].
Actividades	-Establecer el propósito de la interacción. -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. -Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. -Estar atento al tono, tiempo, volumen, entonación e inflexión de la voz. -Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. -Verificar la comprensión del mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. -Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

Intervención NIC	**5360. Terapia de entretenimiento**[28,29].
Actividades	-Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. -Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. -Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzles, lecturas). -Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

DIAGNÓSTICO NANDA	**00066-SUFRIMIENTO ESPIRITUAL.** Dominio 10: Principios vitales. Clase 3: Valores/creencias/congruencia de las acciones.
Factores Relacionados	r/c muerte, cambios vitales, dolor **m/p** expresión de falta de significado de su vida y del sufrimiento.
Resultado NOC	1307. **Muerte Digna**[27,29].
Indicadores	130725. Expresa preparación para morir. P. Inicial: Nunca demostrado. P.Diana:4.Frecuentemente demostrado. 130720. Comenta preocupaciones espirituales. P. Inicial: A veces demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado. 130718. Revisa logros de su vida. P. Inicial: Nunca demostrado. P.Diana:4.Frecuentemente demostrado.
Resultado NOC	2001. **Salud Espiritual**[27,29].
Indicadores	200103. Expresión de significado y fin de la vida. P. Inicial: Gravemente comprometido. P. Diana: Levemente comprometido. 200105. Expresión de serenidad. P .Inicial: Gravemente comprometido. P. Diana: Levemente comprometido.
Resultado NOC	1201**. Esperanza**[27,29].
Indicadores	120104. Expresión de razones para vivir. P. Inicial: A veces demostrado. P .Diana: Frecuentemente demostrado. 120112. Establecimiento de objetivos. P. Inicial: A veces demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado.
Intervención NIC	5420. **Apoyo Espiritual**[28,29].
	-Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y demostrar empatía.

Actividades	-Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual. -Animar a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás. -Estar abierto a las expresiones de preocupación, soledad e impotencia del individuo. -Estar abierto a los sentimientos del individuo acerca de la enfermedad y la muerte.
Intervención NIC	5310. **Dar Esperanza**[28,29].
Actividades	-Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. -Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. -Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, que sean sencillas y realistas. -Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).
Intervención NIC	5270. **Apoyo Emocional**[28,29].
Actividades	-Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. -Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. -Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

DIAGNÓSTICO NANDA	133. **DOLOR CRÓNICO**[26,29]. Dominio 12: Confort Clase 1: Confort físico
Factores relacionados	Incapacidad físico crónica **m/p** informes verbales de dolor.
Resultado NOC	1605. **Control del dolor**[27,29].
Indicadores	160504. Utiliza medidas de alivio no analgésicas. P .Inicial: Nunca demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado. 160511. Refiere dolor controlado. P .Inicial: Nunca demostrado. P. Diana: Frecuentemente demostrado.

Resultado NOC	1306. **Dolor: respuesta psicológica adversa**[27,29].
Indicadores	130603. Interferencia con la concentración P .Inicial: Sustancial. P. Diana: Leve 130610. Ansiedad P .Inicial: Grave. P. Diana: Leve 130617. Temor al dolor insoportable P. Inicial: Grave P. Diana: Ninguno
Intervención NIC	1400. **Manejo del dolor**[28,29].
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. -Explorar el conocimiento y las creencias del paciente sobre el dolor. -Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida -Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. -Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. -Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos). -Animar al paciente a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia, pidiendo la medicación extra necesaria para controlar el dolor. -Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. -Informar a otros cuidadores/miembros de la familia sobre las 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.
Intervención NIC	2210. **Administración de analgésicos**[28,29].
Actividades	-Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. -Comprobar el historial de alergias a medicamentos. -Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicar al paciente, si procede.

Actividades	-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. -Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que el dolor sea severo. -Informar a la persona que con la administración de narcóticos puede producirse somnolencia durante los primeros 2 a 3 días, que luego remite y estreñimiento. -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 las dosis iniciales, y se debe observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos (depresión respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad de boca y estreñimiento). -Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
Intervención NIC	**5820. Disminución de la Ansiedad**[28,29].
NOTA	Según la valoración de nuestro caso clínico, el paciente presenta un dolor mal controlado, exacerbado entre otras causas, por la ansiedad que manifiesta. De la disminución de esta ansiedad, depende parte del éxito del buen control analgésico de nuestro paciente. Dichas actividades están desarrolladas en el diagnóstico "Ansiedad ante la muerte" (NIC: Disminución de la ansiedad).

DIAGNÓSTICO NANDA	120. **BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL**[26,29]. Dominio 6: Autopercepción Clase 2: Autoestima.
Factores relacionados	r/c deterioro funcional, cambio en el rol social **m/p** expresiones de inutilidad.
Resultado NOC	**1205. Autoestima**[27,29].
Indicadores	120502. Aceptación de las propias limitaciones P. Inicial: Nunca positivo P. Diana: Frecuentemente positivo. 120504. Mantenimiento del contacto ocular P. Inicial: Raramente positivo P. Diana: Frecuentemente positivo.
Resultado NOC	**1305. Modificación psicosocial: cambio de vida**[27,29].
	130501. Establecimiento de objetivos realistas

Indicadores	P. Inicial: Nunca demostrado P. Diana: A veces demostrado. 130504. Expresiones de utilidad. P. Inicial: Nunca demostrado P. Diana: A veces demostrado.
Intervención NIC	**5400. Potenciación de la autoestima**[28,29].
Actividades	-Observar las frases del paciente sobre su propia valía. -Animar al paciente a identificar sus virtudes. -Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. -Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. -Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. -Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. -Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
Intervención NIC	**5230. Aumentar el afrontamiento**[28,29].
Actividades	-Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones. -Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. -Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. -Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. -Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. -Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades. -Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.

DIAGNÓSTICO NANDA	**95. INSOMNIO**[26,29]. Dominio 4**:** Actividad/Reposo Clase **1:** Sueño**/**Reposo.
Factores relacionados	Ansiedad, temor, malestar físico **m/p** expresiones de dificultad para conciliar el sueño y permanecer dormido.
Resultados NOC	**0004. Sueño**[27,29].
Indicadores	401. Horas de sueño. P. Inicial: Gravemente comprometido. P. Diana: Levemente comprometido. 406. Sueño interrumpido. P. Inicial: Grave. P. Diana: Leve

Intervención NIC	**1850. Mejorar el sueño**[28,29].
Actividades	-Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad) que interrumpen el sueño. -Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran el sueño. -Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. -Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. -Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.
Intervención NIC	**5820. Disminuir la ansiedad**[28,29].
Intervención NIC	**1400. Manejo del dolor**[28,29].
NOTA	"Disminuir la ansiedad" y "Manejo del dolor", son dos intervenciones principales para disminuir el insomnio de nuestro paciente según lo describimos en la valoración. Ambas intervenciones están previamente desarrolladas con sus actividades correspondientes en los diagnósticos "Ansiedad ante la muerte" y "Dolor Crónico".

DIAGNÓSTICO NANDA	**00015 ESTREÑIMIENTO**[26,29]. Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal.
Factores relacionados	Tratamiento opioáceos, insuficiente aporte de líquidos m/p disminución de la frecuencia de deposiciones con sensación de plenitud abdominal.
Resultados NOC	**501. Eliminación intestinal**[27,29].
Indicadores	50110. Estreñimiento P. Inicial: Grave. P. Diana: Ninguno
Intervención NIC	**0450. Manejo del estreñimiento**[28,29].
Actividades	-Administrar el enema o la irrigación. -Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir, al paciente. -Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. -Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. -Vigilar la existencia de peristaltismo. -Instruir al paciente/familia sobre el uso correcto de laxantes.

DIAGNÓSTICO NANDA	**00062- RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR**[26,29]. Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 1: Roles de cuidador.
Factores relacionados	Alta de un miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados en el domicilio, cuidados numerosos e inestabilidad de la salud del receptor de los cuidados.
Resultados NOC	**2202. Preparación del cuidador familiar domiciliario**[27,29].
Indicadores	220205. Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de cuidados. P .Inicial: Ligeramente adecuado. P. Diana: Sustancialmente adecuado. 220206. Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado. P. Inicial: Ligeramente adecuado. P. Diana: Sustancialmente adecuado. 220215. Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliaria. P. Inicial: Moderadamente adecuado. P. Diana: Sustancialmente adecuado.
Resultado NOC	2506. **Salud Emocional del cuidador principal**[27,29].
Indicadores	250602. Sensación de control. P Inicial: Moderadamente comprometido. P. Diana: Levemente comprometido.
Intervención NIC	5602. **Enseñanza: proceso de la enfermedad**[28,29].
Actividades	-Describir el proceso normal de la enfermedad, incluyendo los cuidados de la situación de últimos días. -Enseñaremos medidas para controlar los síntomas.
Intervención NIC	5616. **Enseñanza: medicamentos prescritos**[28,29].
Actividades	-Informar acerca del propósito y acción de cada medicamento. -Instruir acerca de las dosis, vías de administración y duración de los efectos de cada medicamento (sobre todo dosis de rescate).
Intervención NIC	5520. **Facilitar el aprendizaje**[28,29].
Actividades	-Ajustar la instrucción al nivel de conocimientos y comprensión del paciente/familia, dando instrucciones por escrito acerca de los cuidados del paciente y pauta y forma de administrar la medicación. -Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje (cercanía, comprensión, confianza, etc.). -Responder a las preguntas de una forma clara y concisa.
Intervención NIC	5270. **Apoyo emocional**[28,29].
Actividades	-Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias -Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la

	respuesta emocional.
Intervención NIC	7370. **Planificación del alta**[28,29].
Actividades	-Colaborar con la familia y el equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados. (Informes, medicación, etc.). -Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del cuidador principal para poner en práctica después del alta. -Observar si todo está listo para el alta (comprobar informe, medicación, ambulancia, etc.).
Intervención NIC	**8100. Derivación**[28,29].
Actividades	-Cumplimentar el informe de derivación correspondiente (intentar que esté traducido a su idioma). -Disponer el modo de transporte (gestionar la ambulancia hasta aeropuerto y coordinar allí traslado hasta avión).
Intervenciones NIC	**5210 Guía de anticipación**[28,29].
Actividades	-Programar llamadas telefónicas de seguimiento para evaluar el éxito o las necesidades de refuerzo. -Proporcionar al cuidador un número de teléfono en caso de necesitar ayuda, hasta que se organice la asistencia sanitaria en su país.

DIAGNÓSTICO NANDA	**155. RIESGO DE CAÍDAS**[26,29]) Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: Lesión física.
Factores relacionados	r/c disminución de la fuerza de extremidades inferiores, deterioro de la movilidad física, dificultad en la marcha.
Resultado NOC	**1828. Conocimiento: Prevención de caídas**[27,29].
Indicadores	182808. Cuándo pedir ayuda personal. P. Inicial: Conocimiento escaso P. Diana: Conocimiento extenso. 182817. Cómo deambular de manera segura. P. Inicial: Conocimiento moderado P. Diana: Conocimiento extenso.
Intervención NIC	**6490. Prevención de caídas**[28,29].
	-Identificar déficit físico del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.

Actividades	-Pedir al paciente su percepción de equilibrio, según proceda. -Ayudar a la deambulación de la persona inestable. -Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. -Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de llamada) cuando el cuidador esté ausente. -Evitar la presencia de objetos desordenados en la superficie del suelo. -Disponer una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. -Orientar al paciente sobre el «orden» físico de la habitación. -Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

DIAGNÓSTICO NANDA	**00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA**[26,29]. Dominio11: Seguridad/protección Clase 2: Lesión física.
Factores Relacionados	-Inmovilidad, alteración estado nutricional.
Resultado NOC	1101 **.Integridad tisular: piel y membranas mucosas**[27,29].
Indicadores	110104. Hidratación P inicial: Sustancialmente comprometido P. Diana: No comprometida 110113 .Integridad de la piel. P. Inicial: Moderadamente comprometido P. Diana: Levemente comprometido
Intervención NIC	3540**. Prevención de úlceras por presión**[28,29].
Actividades	-Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo. -Utilizar dispositivos especiales de prevención si procede. -Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. -Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas. -Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. -Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de rotura de la piel, si procede.

Evaluación

Los objetivos prioritarios en nuestro paciente al establecer un plan de cuidados eran:

- Disminuir su sufrimiento mejorando el control sintomático, haciendo especial hincapié en síntomas psicológicos que exacerban el dolor físico (Dolor Total).

- Intentar respetar el deseo del paciente trasladándolo a su país de origen.

El paciente permanece ingresado durante 4 días más, obteniendo una mejora ostensible en su sintomatología, tanto física como psicológica.

El dolor pasa de un EVA de 7-8 a un 3-4, precisando 1-2 rescates diarios de morfina de liberación inmediata. Duerme mejor (4-5 horas seguidas), sintiéndose más descansando y se ha ido adaptando mejor a su nueva situación. Acepta sus limitaciones y pide ayuda cuando lo precisa disminuyendo así el riesgo de caídas.

Trabajamos todos los días la información, con escucha activa y empática, ayudando a disminuir la ansiedad de nuestro paciente y respondiendo a todas sus preguntas y miedos, manteniendo una esperanza realista necesaria para dar sentido a su vida. Damos información sobre las posibilidades de traslado y coordinación con el sistema sanitario de su país.

Mientras tanto trabajamos con familiar (cuidador principal) para que se familiarice con la medicación pautada y de rescate si precisa. Explicamos cuál sería la evolución normal de la enfermedad y los cuidados necesarios en esta fase.

Durante su ingreso, nos ponemos en contacto con la Trabajadora Social, para ver posibilidades de ayudas económicas en el traslado, y ayuda para la coordinación del mismo.

Se realiza informe médico y cuidados de enfermería que son traducidos en la embajada de Rumanía, y se habla con la compañía aérea y con el aeropuerto para valorar dificultades por el traslado.

Se dejó pautada media hora antes de subir al avión sevredol 5 mgr más loracepan 1 mgr.

Así el paciente es llevado en ambulancia hasta el aeropuerto de Barajas, donde le esperaban con una silla de ruedas y accedieron de forma preferente al avión.

Llamamos telefónicamente 2 días después. El hermano, nos comentó que el viaje, aunque algo pesado, fue bueno. Solamente precisó 1 rescate de sevredol por dolor.

Mes y medio después nos visita el hermano, agradecido, explicando que hace una semana había fallecido nuestro paciente.

Finalmente falleció en un hospital, pues aunque el dolor estaba controlado, los cuadros de disnea fueron más intensos en los momentos finales. Falleció 2 días después del ingreso, tranquilo, rodeado de su familia, y cumpliendo así su deseo.

CONCLUSIONES

La aplicación de unos cuidados integrales e individualizados a nuestros pacientes paliativos, donde los síntomas emocionales tienen una vital importancia, es la única forma de garantizar un "morir en paz"[30], y no sólo referido a sus últimos minutos de vida sino a todo su proceso desde que es diagnosticado de una enfermedad terminal.

El acercamiento a la muerte, jamás deja indiferente a la persona que lo padece. Aquellos pacientes que nos refieren morir en paz, son aquellos que tienen un aceptable control de los síntomas, sus asuntos pendientes resueltos, y sus necesidades espirituales satisfechas.

Sufrimiento y muerte no siempre deben ser compañeros de viaje. Una parte dependerá de los propios recursos de afrontamiento de nuestros pacientes, pero otra, de nuestra aportación, de nuestros cuidados, y de nuestro ofrecimiento de acompañamiento hasta el final.

Como refiere María De Hennezel[31]: "cuando la muerte está próxima, cuando reinan la tristeza y el sufrimiento, todavía es posible encontrar vida, todavía puede haber alegría, sentimientos y cambios del alma de una profundidad y de una intensidad tales, como no se habían vivido nunca antes".

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre cuidados Paliativos. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC; 2008.

2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2008.

3. Ministerio de Sanidad y Consumo, SECPAL, Fundación Avedis Donabedian. Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos. Madrid: El Ministerio; 2002.

4. Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, Gabilondo S. Principios básicos para el control del dolor total. Rev Soc Esp Dolor. 1999;6(1):29-40.

5. Breitbart W, Payne D, Passik SD. Psychological and psychiatric interventions in pain control. In: Doyle D, Hanks G, Chreney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2004. p.425-428.

6. Sanz Ortiz J. El dolor y su tratamiento. Med Clin (Barc). 1990;95(6):214-216.

7. Dum GP. Cuidado Paliativo Quirúrgico. Un marco perdurable para el tratamiento quirúrgico. Surg Clin North Am [Internet]. 2005 [citado 14 Dic 2012]; 85:169-190. Disponible en: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/504/4v085n0002a00371.pdf

8. Montoya R, Schimidt J, Prados D. En busca de una definición transcultural de sufrimiento. Cul Cuid. 2006;(20):117-121.

9. Llanta MC, Pire T, Grau J, Vilau L, Massip C, Grau R, et al. Evaluación del sufrimiento en pacientes con Quimioterapia del Instituto cubano de Oncología y Radiobiología. Psicología y Salud. 2008 Jul; 18(2):149-154.

10. Abalo J, Llanta MC, Massip C, Chacón M, Reyes MC, Infante O, et al. Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos. Pensam Psicologico. 2008; 4:27-58.

11. Gonzalez Barón M. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2º ed. Buenos Aires: Panamericana; 2007.

12. Iasp-pain.org [actualizado 22 Mayo 2012; citado 16 Dic 2012]. Disponible en: http://www.iasp-pain.org/am/template.cfm?Section=pain_Defi.isplay.cfm&ContentID=1728#Pain

13. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 14];31(1):58-69. Disponible en: http://www.jpsmjournal.com/article/S0885-3924(05)00561-0/fulltext

14. Comunidad Autónoma de Madrid. Consejería de Sanidad. Guía de cuidados Paliativos de la Comunidad de Madrid. Madrid: La Consejería;2008

15. Luis Molero VJ de, Gil González OT. ¿Se puede tratar eficazmente el dolor al final de la vida?. En: Martínez Cruz MB, Monleón Just M, Carretero Lanchas Y, García-Baquero Merino MT, editores. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 1996. p.77-85.

16. Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén C, González Infante JM, Villaverde Gutiérrez M C, et al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. Cuad Med Foren. 2002;30:39-50.

17. Gatell P. Mitos y conceptos erróneos en el uso de opioides en el dolor total. Rev Enferm Gerontol.2010;14:58-66.

18. Holzaptel C. A la búsqueda del sentido. Santiago de Chile: Editorial sudamericana; 2005.

19. Watson M, Lucas C, Hoy A, Back I.Manual Oxford de Cuidados Paliativos. Madrid: Aula Medica; 2008. p.629-633.

20. Rodríguez AM. La espiritualidad ante la proximidad de la muerte. Enfermería global [Internet]. 2011 [citado 12 Dic 2012];22:1-10.Disponible en: http://www.revistas.um.es/eglobal/ article/viewFile/122831/115471

21. Sánchez MJ.Enfermeria ante el dolor total. Rev ROL ENf. 2009;32(6):436-442.

22. Chochinov H.M. Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-life Care. CA Cancer J Clin [Internet]. 2006 [cited 2013 Jan 9];56:84-103. Avalaible from: http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/04/Dying,%20dignity,%20and%20new%20horizons%20in%20palliative%20end-of-life%20care.pdf

23. Hospice and Palliative Nurses Association. Spiritual Care. J Hosp Palliat Nurs [Internet]. 2007 [cited 2012 Dec 18];9(1):15-16.Avalaible from: http://www.nursingcenter.com/lnc/pdfjournal?AID=689196&an=00129191-200701000-00005&Journal_ID=&Issue_ID=

24. Miron R. Comunicación de malas noticias: perspectiva enfermera. Rev Es Com Sal. 2010;1(1):39-49.

25. Lizarraga Mansao D, Ayarra Elía M, Cabodevilla Eraso I. La comunicación como piedra angular de la atención al paciente oncológico avanzado. Bases para mejorar nuestras habilidades. Aten Primaria. 2006;38 supl 2:7-13.

26. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.

27. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

28. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J, editores. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier. 2009.

29. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL). Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Madrid: Saned; 2011.

30. Mate J, Bayés R, González-Barboteo J, Muñoz S, Moreno F, Gómez-Batiste X. ¿A que se atribuye que los enfermos oncológicos de una unidad de Cuidados Paliativos mueran en Paz? Psicooncología [Internet]. 2008 [citado 12 Enero 2013];5(2-3):303-321. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/apsom/revistapsicooncologia/contenido%205(2-3)/index.htm#orge_Maté,_Ramón_Bayés,_Jesús_González-Barboteo,_Susana_Muñoz,_Francisco_Moreno_y_Xavier_Gómez-Batiste.

31. De Henneze M. La muerte íntima. Barcelona. Plaza &Janes; 1997.

Recibido: 4 febrero 2013.
Aceptado: 10 marzo 2014.