

## Plan de cuidados de un paciente con cáncer de laringe en situación terminal

**María Gil Lázaro**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II, 3ª Planta. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.  
[maria.gillazaro@ono.com](mailto:maria.gillazaro@ono.com)

**Tutor**

**Carlos Martín Trapero**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Facultad de Medicina. Pabellón II, 3ª Planta. Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.  
[cmartint@enf.ucm.es](mailto:cmartint@enf.ucm.es)

**Resumen:** En el cáncer de laringe en situación terminal, además de los síntomas prevalentes en el paciente oncológico, las complicaciones derivadas del tratamiento y del crecimiento tumoral tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente. El manejo de enfermería es esencial y debe ser optimizado utilizando un sistema de trabajo planificado que nos permita una atención de calidad, así como la transmisión sistemática de información. Para ello se ha utilizado la metodología enfermera NANDA, NIC, NOC para el desarrollo de un plan de cuidados paliativos en el cáncer de laringe en situación terminal. Los resultados se han cuantificado mediante una puntuación estandarizada, observándose una mejoría en los diferentes criterios de resultado elegidos, tras la ejecución de las distintas actividades. En conclusión, la utilización conjunta de las taxonomías NANDA, NOC, NIC es de gran utilidad en la elaboración de planes de cuidados en unidades de cuidados paliativos en fase terminal.

**Palabras clave:** Laringe - Cáncer – Cuidados. Enfermos terminales – Cuidados paliativos. Taxonomía NANDA-NOC-NIC.

**Abstract:** In terminal laryngeal cancer, besides prevalent symptoms in the oncologic patient, treatment related adverse events and tumor growth intensely affecting patient's quality of life. In this situation, nursing care is essential and it must be optimized using a systematic way of working to allow a high standard quality of care and a systematic information transmission. For this reason, a nursing methodology NANDA, NIC, NOC has been used to develop a palliative care plan in terminal laryngeal cancer patient. Outcomes have been quantified through a standard score, an improvement in the different chosen outcome criteria after applying the specific activities was observed. In conclusion, the combined use of the taxonomies NANDA,

NOC, NIC is very useful to elaborate and set-up in-patients' care plans at terminal phase palliative care units.

**Keywords:** Laryngeal cancer – Care plan. Terminally ill, Palliative care. NANDA-NOC-NIC, Taxonomy

## INTRODUCCIÓN: CÁNCER DE LARINGE

### Epidemiología y factores de riesgo

El cáncer de laringe es el más frecuente de los tumores malignos de cabeza y cuello. Su máxima incidencia corresponde a la edad de 60 años ( $\pm$  15 años). Es más frecuente en el hombre que en la mujer en una proporción de 10:1, aunque el número de pacientes con sexo femenino ha aumentado en los últimos años en Europa y en EE.UU. Se estima la aparición de más de 130.000 nuevos casos en el mundo que provocan 82.000 muertes al año. En EEUU el cáncer de laringe corresponde al 25% de los 52.000 casos de cáncer de cabeza y cuello diagnosticados anualmente<sup>(1)</sup>. En España, uno de los países con mayor incidencia, supone entre el 2,2 y el 4.8% (según las autonomías) de todos los cánceres nuevos diagnosticados, y entre el 1,5 y el 2,5% de las muertes producidas por tumores malignos<sup>(2)</sup>. Los principales factores de riesgo relacionados con este tumor incluyen el consumo de tabaco<sup>(3)</sup> y alcohol<sup>(4)</sup>.

### Patología y estadificación

Si atendemos al tipo histológico, el 90-95% de los tumores de la cavidad oral y de la laringe son carcinomas epidermoides, que se van a clasificar en: bien, moderadamente o pobremente diferenciados en función del grado de queratinización. El desarrollo de estas lesiones proviene de lesiones premalignas que incluyen la leucoplaquia, eritroplaquia y displasia, que pueden progresar a carcinoma invasivo entre un 5-30% de los casos<sup>(5)</sup>.

Estos tumores se van a clasificar con el sistema de estadificación TNM (Tumor Node Metastases) del Comité Americano sobre Cáncer y de la Unión Internacional para el Control del Cáncer<sup>(6)</sup> que para el cáncer de laringe utiliza la clasificación que se muestra en la Tabla 1. Con esta clasificación los tumores se estadían desde el estadio 0 que corresponde al carcinoma *in-situ* hasta el estadio IV, que se caracteriza por el peor pronóstico.

### Clínica y diagnóstico

Clínica del cáncer de laringe: los síntomas asociados con el cáncer de laringe dependen de su localización; en el cáncer de glotis la ronquera persistente puede ser el síntoma inicial, síntomas más tardíos pueden incluir disfagia, otalgia, tos crónica, hemoptisis y estridor. Los cánceres supraglóticos son a menudo descubiertos en fases avanzadas y pueden presentar obstrucción de la vía aérea ó ganglios linfáticos

metastáticos palpables. Los cánceres subglóticos son raros, y los pacientes afectados típicamente presentan estridor ó quejas de disnea con el ejercicio.

Para el diagnóstico y estadificación se realizarán las siguientes pruebas diagnósticas:

- **Evaluación inicial:** que incluye la inspección, palpación, laringoscopia directa e indirecta. Posteriormente se realizará un examen bajo sedación para definir la extensión del tumor y tomar biopsias para el diagnóstico.
- **Estudio de extensión:** se realizarán pruebas de imagen para evaluar la extensión locoregional y a distancia, tales como Tomografía computerizada (TC), Resonancia Magnética (RM) y Tomografía de Emisión de Positrones (PET/TC)<sup>(7)</sup>.

## Tratamiento

El cáncer de laringe, abandonado a su evolución desde las primeras manifestaciones clínicas, conduce inexorablemente dentro de los primeros 12 meses a la muerte por asfixia, hemorragias, metástasis, infecciones ó caquexia.

La terapéutica radiológica, quimioterápica y quirúrgica del cáncer de laringe tiene unas indicaciones precisas que dependen de la localización primitiva del tumor, del estadio evolutivo y de otros factores específicos (edad, comorbilidad, calidad de vida y soporte psicosocial) y puede utilizarse, a menudo, de forma combinada.

Para los estadios I y II del cáncer de laringe tienen igual control local del tumor y supervivencia la radioterapia con intención curativa y la cirugía con preservación de la laringe (cirugía láser transoral y laringectomía parcial abierta). Para los pacientes con cáncer supraglótico y glótico se indica generalmente la radioterapia sobre la cirugía por mejores resultados funcionales. Para los pacientes con cáncer subglótico se recomienda la laringectomía total y en casos seleccionados parcial, siempre asociada de tiroidectomía y linfadenectomía paratraqueal<sup>(8,9)</sup>.

Para los pacientes con estadios avanzados (III-IV) de cáncer de laringe e hipofaringe es necesario un enfoque multidisciplinar. Para los pacientes con buena situación clínica se recomienda una estrategia conservadora con preservación de la laringe. En estos casos la quimio-radioterapia, la quimio-radioterapia secuencial, la laringectomía parcial y la cirugía mínimamente invasiva son opciones terapéuticas adecuadas. Se requiere radioterapia postoperatoria en los casos de laringectomía parcial y cirugía mínimamente invasiva. En los pacientes que no son candidatos a la preservación de la laringe, ya sea porque el tumor ha destruido las cuerdas vocales o estructuras adyacentes, y/o en pacientes mayores que no tolerarían la toxicidad de la quimio-radioterapia, la laringectomía total es una alternativa. El seguimiento postquirúrgico adecuado y a largo plazo es necesario, para asegurar la rehabilitación

de la voz y minimizar problemas en la deglución, y para monitorizar la recurrencia de la enfermedad ó la aparición de tumores malignos secundarios<sup>(10,11)</sup>.

## Complicaciones

Las complicaciones del tratamiento son amplias y tienen un impacto significativo en la calidad de vida del paciente:

- **Xerostomía:** es la complicación más frecuente a largo plazo de la radioterapia y la quimioterapia, resultado de la lesión de las glándulas salivares. Cambios en la dieta, el uso de humidificadores en las habitaciones y el uso de saliva artificial pueden aliviarla<sup>(12)</sup>.
- **Osteoradionecrosis y necrosis de partes blandas:** como consecuencia de la radioterapia, que conduce a áreas hipovascularizadas asociadas a hipoxia tisular. La osteonecrosis está frecuentemente precipitada por una lesión (cirugía, extracción dental, infección).
- **Fibrosis de partes blandas en el cuello, como consecuencia de la cirugía y la radioterapia.** La radioterapia en el cuello puede producir inmovilidad, manifestada por endurecimiento de los músculos y/o dolor, así como en casos severos contracturas en flexión. El edema es frecuente, y en algunos casos, en particular cuando la radioterapia va acompañada de cirugía, ó en casos de reirradiación, el edema puede ser extremadamente severo y estéticamente llamativo. La cirugía puede provocar contracturas ó pérdida del rango normal de movilidad del cuello, especialmente si va asociada a radioterapia.
- **Faringostoma ó fístula faringocutánea:** es una complicación frecuente en postoperatorios de cirugía cervical y laringectomías. Evolucionan peor cuando los tejidos afectados han sido irradiados previamente.
- **Lesión carotídea:** que pueden provocar ACV isquémicos, como consecuencia tardía de la radiación del cuello, producidos por estenosis de la arteria, incremento de depósitos de placas de ateroma, y el efecto de factores de riesgo preexistentes, como el hábito tabáquico. La ruptura de la arteria carótida es una urgencia vital, y suele producirse en el contexto de una cirugía (por limitación del tejido residual normal que cubre la arteria), como consecuencia de un tumor recurrente, infección o un daño grave producido por la radiación; está comúnmente asociada a la necrosis de partes blandas del cuello y fístulas mucocutáneas. En una serie de casos y revisión de la literatura que recoge a 140 pacientes con eventos de la arteria carótida, el 60% de los pacientes tuvieron un episodio de hemorragia que comprometía la vida y requirió una intervención urgente<sup>(13)</sup>.

- Otras complicaciones: como son disfagia y daño esofágico (relacionado con candidiasis, mucositis, fibrosis de partes blandas, etc.), afectación del tiroides (hipotiroidismo), disfonía y ototoxicidad (por radiación ionizante y quimioterapia).

### **Enfermería en Cuidados Paliativos**

Desde los años noventa se está produciendo en nuestro país un creciente desarrollo en el cuidado y atención del paciente al final de la vida. Los estudios resaltan que más de la mitad de los fallecimientos ocurren tras una enfermedad en situación avanzada o terminal. En concreto en España, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), entre el 50% y 65% de los fallecimientos del 2005 siguieron este proceso. Como respuesta a esta realidad, se han abierto unidades hospitalarias de Cuidados Paliativos, con equipos multidisciplinares compuestos por médicos, enfermeras y psicólogos y se han creado equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD u otras denominaciones, según comunidades autónomas)<sup>(14)</sup>.

La OMS<sup>(15)</sup> define el Cuidado Paliativo como “el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados a enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana e impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”. La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia, e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas.

Se habla de la persona en su dimensión bio-psico-social y espiritual, siendo difícil delimitar cada una de estas áreas, puesto que todas interactúan entre sí. Por tanto, cuanto antes se detecten las necesidades específicas de cada paciente y cuanto antes se intervenga sobre las mismas, mayor probabilidad hay de mantener o mejorar su calidad de vida<sup>(14)</sup>.

La calidad de las intervenciones enfermeras exige profundizar en los cuidados individualizados, definidos en los términos propios del enfermo. Para el desarrollo de esta práctica clínica se requiere conocimiento en tecnología sanitaria, en ética clínica, en relaciones interpersonales, en la evaluación de la satisfacción y en la organización del trabajo en el equipo interdisciplinar.

El reto de la enfermera en Cuidados Paliativos (CP) está en participar en el control de síntomas, asegurar el respeto de la autonomía y la dignidad de la persona y su familia, así como de sus derechos, ofrecer acompañamiento, respetar los valores y estilos de vida, atender la singularidad, perseguir el bienestar, la calidad de vida, la continuidad de los cuidados y el trabajo en equipo. En una atención de estas características es indispensable un elemento que habitualmente es limitado, el “tiempo”.

Cuidar se convierte en un acto profesional en el que además de los conocimientos científicos, se incorporan principios éticos y humanos proporcionando un valor cualitativo y humanizado al cuidado integral.

La estructuración interdisciplinar como método de trabajo en CP, facilita que la enfermera participe de forma activa en la toma de decisiones, intervenga en el diálogo interdisciplinar y gestione y facilite el proceso asistencial. El rigor científico y profesional es imprescindible para desarrollar la autonomía profesional, para conseguir una visión del rol profesional enfermero en CP y para poder plantear y defender el cuidado profesional como uno de los ejes centrales de la atención paliativa<sup>(16)</sup>.

## **CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS EN LA FASE TERMINAL**

### **Control de síntomas**

En la evolución de la enfermedad avanzada el abordaje integral y el manejo de los síntomas en todas las esferas: físicos, psicológicos, emocionales, sociales y

espirituales se convierte en prioritario. Se puede decir que ahora los síntomas son la enfermedad. En el caso de los pacientes con cáncer, la localización del tumor, su grado, extensión local y metástasis determinan la sintomatología. En estos pacientes, el dolor, la astenia y la anorexia aparecen en más del 70% de los casos<sup>(17)</sup>. Existen estudios de la prevalencia<sup>(18)</sup> de síntomas en pacientes oncológicos y no oncológicos que ponen de manifiesto los síntomas más frecuentes (Tabla 2), apareciendo también el dolor y los síntomas neuropsiquiátricos como los más prevalentes. El paciente en fase avanzada presenta un promedio de 8-10 síntomas.

### **Cuidados específicos en pacientes con heridas tumorales y fístulas en el entorno paliativo<sup>(19)</sup>**

El tumor ulcerado, o úlcera tumoral, es aquel que infiltra la piel y produce un problema de continuidad en ésta. Aparecen en el 5-10% de los tumores, y son más frecuentes en el cáncer de mama, cabeza, cuello, pulmón, ovario, colon, pene, vejiga y en la leucemia. Los cuidados de estas heridas deben tener como objetivo:

- Proporcionar el máximo confort al enfermo. Tratamiento del dolor.
- Prevenir o eliminar las infecciones.
- Evitar el mal olor.
- Prevenir el sangrado del tumor ulcerado.
- Facilitar la absorción y/o drenaje de los exudados.
- Favorecer la aceptación social, sobre todo en lesiones que desfiguran y son malolientes, manteniéndolas limpias y cubiertas con apósitos adecuados.

Las Fístulas son conductos que se forman espontáneamente entre dos vísceras huecas o entre una víscera y la piel, producidas por una complicación quirúrgica o patológica. En las fístulas de cabeza y cuello los problemas más destacados son:

- Provocan gran deformidad local y retracción social.
- Ocasionan alteraciones en la deglución y gran salivación.
- Riesgo de hemorragia.

### **Situación de últimos días, atención en la agonía**

Los últimos días en la vida del enfermo en fase terminal requieren una atención especial. En esta etapa pueden aparecer nuevas necesidades y causas de sufrimiento tanto para el enfermo como para la familia. Estas necesidades precisan un enfoque

dirigido a potenciar el bienestar y el confort físico, emocional y espiritual, a fomentar la consecución de una muerte digna y en paz, y a apoyar a familiares y cuidadores para que el recuerdo de esta fase sea lo más positivo posible<sup>(20)</sup>.

El sufrimiento pobremente aliviado en los días previos a la muerte del enfermo se recuerda siempre por los familiares y puede causar un gran sufrimiento durante meses e incluso años, y en ocasiones hace que se olviden los cuidados de etapas anteriores.

### **Sedación Paliativa**

Se entiende por Sedación Paliativa (SP) la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas, para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más “síntomas refractarios” y con su consentimiento explícito, implícito o delegado. La “sedación en la agonía” es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia de un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

El Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos define “síntoma refractario” como: síntoma que no puede ser adecuadamente controlado a pesar de los intensos esfuerzos para hallar un tratamiento tolerable en un plazo razonable sin que comprometa la consciencia del paciente.

El proceso de sedación paliativa en la agonía tiene que cumplir una serie de requisitos<sup>(21)</sup>:

- Una indicación terapéutica correcta.
- El consentimiento explícito del enfermo, o de la familia si el enfermo fuera incompetente para tomar la decisión.
- Información clara y completa del proceso, con registro en la historia clínica.
- Administración de fármacos en las dosis y combinaciones necesarias hasta lograr el nivel de sedación adecuado.

### **Marco teórico**

En base a todo lo expuesto anteriormente, cabe concluir que es necesario contemplar la práctica profesional del proceso de cuidados enfermeros en CP, en el marco de un modelo humanista y en el desarrollo y aplicación del método científico enfermero. El uso de una metodología científica en la práctica enfermera, da respuesta

a las necesidades del paciente en situación terminal y su familia, y garantiza la calidad y continuidad de los cuidados. Los planes de cuidados suponen una herramienta muy útil para la práctica asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras, reduciendo la variabilidad en la práctica profesional y determinando el nivel adecuado de los resultados esperados<sup>(22)</sup>.

De esta forma, y haciendo hincapié en la necesidad de profundizar en los cuidados individualizados en un paciente oncológico en fase terminal, con una gran variabilidad de síntomas, que repercuten de forma significativa en la calidad de vida del paciente y su familia, podemos decir que los planes de cuidados individualizados son la estrategia más adecuada de actuación en este tipo de pacientes.

Otro aspecto importante y que influye positivamente en este mapa de cuidados es la utilización de un lenguaje común. La utilización de las tres taxonomías reconocidas por la American Nurses Association (ANA), como son los diagnósticos desarrollados por la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(23)</sup>, la clasificación de resultados de enfermería (Nursing Outcomes Classification -NOC-)<sup>(24)</sup> y la clasificación de intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification -NIC-)<sup>(25)</sup>, no solo proporciona un lenguaje común para su posterior utilización en la práctica clínica, sino que también aumenta la capacidad de investigación de la enfermería, mejora la organización del trabajo y nos ayuda a gestionar mejor los cuidados, proporcionando mayor calidad a los mismos. De la misma forma proporciona resultados medibles, y lo que quizá sea más importante, nos da la posibilidad de aplicar cuidados basados en la evidencia.

## **Objetivo**

En el presente documento se desarrolla un plan de cuidados individualizado en un paciente con cáncer de laringe en fase terminal. El objetivo de este trabajo es analizar el plan de cuidados individualizado realizado a un paciente hospitalizado diagnosticado de cáncer de laringe en fase terminal, desde su ingreso en una unidad de cuidados paliativos de agudos hasta su fallecimiento, que ocurre como consecuencia de una hemorragia masiva por una úlcera tumoral a los 7 días del ingreso. Desde el momento que se decide el tratamiento paliativo, acordado con el paciente y su familia, nuestra atención se dirigió a garantizar una atención integral y continuada de los cuidados, así como la calidad asistencial de los mismos, mediante:

- Control de síntomas.
- Minimizar el riesgo de complicaciones.
- Mejorar al máximo la calidad de vida.
- Potenciar el bienestar del paciente.

- Disminuir los efectos no deseados de los fármacos utilizados.
- Apoyo y acompañamiento a la familia.
- Favorecer una muerte digna y en paz.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

### Metodología

Para la realización de este trabajo se seleccionó un paciente hospitalizado en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos de un hospital de Madrid, con diagnóstico de Cáncer de laringe en progresión Estadio IV, con una úlcera neoplásica cervical hemorrágica y sangrado por cánula de traqueotomía.

Una vez consensuados con el paciente y su familia cuales eran los objetivos en su cuidado, se abordó el plan de cuidados individualizado propuesto.

Primero se realizó una valoración del paciente y su familia utilizando los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon<sup>(26)</sup>, lo que permitió la recogida e interpretación de los datos (objetivos y subjetivos) de forma planificada y sistemática, a través de técnicas de entrevista, observación y valoración física. Con la información obtenida se enunciaron los diagnósticos de enfermería (problemas de salud) basados en la clasificación taxonómica II de la NANDA-I<sup>(23)</sup> (NANDA-International), y sus correspondientes criterios de resultados, siguiendo la clasificación de resultados de enfermería (NOC)<sup>(24)</sup>, los cuales permitieron identificar, denominar, validar y clasificar resultados e indicadores del paciente y su familia susceptibles de ser alcanzados mediante intervención enfermera. Para la consecución de dichos resultados se asignaron las convenientes intervenciones de enfermería siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)<sup>(25)</sup>, con el fin de poder evaluar posteriormente la intervención. Para ello se utilizaron como guías las publicaciones de Interrelaciones NANDA, NOC y NIC<sup>(27)</sup> y Vínculos de NOC y NIC<sup>(28)</sup>.

Una vez desarrollado el plan de cuidados individualizado, se completó con la puesta en marcha de las intervenciones enfermera para la consecución de los criterios de resultado; la evaluación del plan de cuidados finalizaría el proceso de enfermería.

### 1. Valoración

#### Descripción del caso

En Octubre del 2012, el paciente objeto de este trabajo ingresó en una Unidad de Cuidados Paliativos de Agudos de un Hospital diagnosticado de Cáncer de Laringe en situación terminal. Este fue su último ingreso después de otros ingresos previos en

la misma unidad. La historia clínica de este paciente comienza en Noviembre de 2009, momento en el que acude a la Consulta Externa de Otorrinolaringología (ORL) por haber notado desde Junio de 2009 la aparición de una tumoración en la región laterocervical derecha, de crecimiento progresivo, indolora y de consistencia dura. El paciente había perdido aproximadamente 18 Kg de peso, refería astenia y anorexia, asociado a odinofagia y disfagia progresiva a sólidos y líquidos. En la Tomografía Computerizada (TC) que se practicó en aquel momento se evidenció una lesión tumoral en la orofaringe de aproximadamente 2 cms de tamaño. Dicha lesión se localizaba concretamente en el seno piriforme izquierdo y englobaba la vena yugular derecha y el esófago, además existían adenopatías necrosadas en cadena yugular derecha y cervical izquierda, así como también se encontraba infiltrada la glándula submaxilar derecha.

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) de una adenopatía cervical confirmó la presencia de metástasis de carcinoma epidermoide. También se le realizó una Tomografía de Emisión de Positrones (PET)/TC observándose alta probabilidad de malignidad en extensa lesión orofaríngea izquierda y en masas adenopáticas laterocervicales derechas. Tras completarse el estudio de extensión no se observaron metástasis a distancia. Con todos estos datos el Diagnóstico Clínico emitido fue: Carcinoma epidermoide supraglótico de seno piriforme T4aN2bM0, estadio IVA (Tabla 1). El caso fue analizado en sesión multidisciplinar ORL/Oncología Médica/Oncología Radioterápica donde se decidió realizar un tratamiento de quimio-radioterapia secuencial con intención curativa. Cuando el paciente acudió en Febrero de 2010 a la consulta externa de Oncología para iniciar el tratamiento se observó un empeoramiento clínico importante con afagia de origen mecánico debido a la compresión de la masa tumoral. Por esta razón el paciente precisó ser ingresado para la colocación de una Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) para poder alimentarse. Además, durante dicho ingreso el paciente desarrolló una insuficiencia respiratoria aguda secundaria al efecto obstructivo de la masa tumoral sobre la vía respiratoria alta, que requirió la realización de una traqueostomía urgente.

El tratamiento con quimio-radioterapia finalizó en Agosto del 2010 con aparente buena respuesta pero con posterior progresión, por lo que en Enero de 2011 se indicó tratamiento quirúrgico de rescate. Al paciente se le realizó una faringolaringectomía circular más colgajo miocutáneo de pectoral mayor. Debido a las complicaciones quirúrgicas posteriores (dehiscencia de sutura y faringostoma, dehiscencias de colgajo y persistencia de fístula faringocutánea) el paciente precisó la realización de un faringostoma quirúrgico, con refuerzos de colgajo en diferentes ocasiones. La última intervención por extirpación de colgajo tubular fue en Marzo del 2012.

Sin embargo, la enfermedad a pesar del tratamiento realizado, evolucionó desfavorablemente. En PET/TC realizado en Agosto de 2012 se evidenciaron además de los cambios postquirúrgicos un crecimiento significativo de masa localizada en hipofaringe que abarcaba el lado izquierdo y sobrepasaba la línea media. La masa infiltraba la glándula submaxilar izquierda, musculatura del suelo de la boca sobre todo

en el lado izquierdo, músculo Esternocleidomastoideo (ECM) izquierdo y alcanzaba los espacios carotídeo izquierdo y visceral, así como contactaba con la parte más craneal del faringostoma. Todos estos hallazgos sugerían una importante progresión de la enfermedad por lo que se desestimó continuar con tratamiento activo y desarrollar a partir de ese momento solamente medidas paliativas.

Desde Septiembre de 2012 el paciente ingresó en la Unidad de Cuidados Paliativos en diferentes ocasiones por sangrado por traqueostomía y broncorrea hemática, así como para control de síntomas (dolor, disnea, importante edema lingual, estreñimiento, curas locales de úlcera neoplásica cervical izquierda hemorrágica...), siendo siempre dado de alta a su domicilio por deseo del paciente. Además, se contactó con la Unidad de Hospitalización Domiciliaria para seguimiento ambulatorio del caso, con la intención de aumentar la calidad de vida del paciente y evitar ingresos innecesarios.

El último ingreso en nuestra unidad fue en Octubre de 2012 por hemorragia abundante por la cánula de traqueostomía y por la masa tumoral laterocervical izquierda, falleciendo a los 7 días del mismo. Este trabajo sobre un plan de cuidados individualizados en un paciente con cáncer de laringe en situación terminal se centrará en el último episodio de este paciente.

### **Presentación: datos al ingreso**

#### Motivo de ingreso

- Paciente varón de 66 años que acude al Servicio de Urgencias por presentar hemorragia abundante por la cánula de traqueostomía y por la masa tumoral laterocervical izquierda. Refiere que 48 horas antes había sufrido una caída de la cama golpeándose el coxis y parte del abdomen.

#### Antecedentes Personales

- No presenta reacciones alérgicas medicamentosas conocidas (NRAMC)
- Cáncer de laringe estadio IV, tratado con quimio-radioterapia secuencial con progresión, que necesitó tratamiento quirúrgico de rescate (faringolaringectomía circular más colgajo miocutáneo) con posterior progresión.
- Intervenido en varias ocasiones por dehiscencia de colgajo, última intervención por extirpación de colgajo tubular en Marzo de 2012.
- Faringostoma vía quirúrgica.
- Úlcera neoplásica laterocervical izquierda hemorrágica.

- Traqueostomía.
- Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) en miembro superior izquierdo (MSI).
- Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).
- Hemorragias repetidas por traqueostomía y por úlcera neoplásica laterocervical izquierda.

#### Conductas Adictivas

- Ex-fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, desde los 18 años.
- Ex-bebedor.

#### Otros problemas de salud

- Respiración: alterada, precisa Oxigenoterapia en VMK por traqueostomía a 24% 3 litros por minuto. Traqueostomía con restos de sangrado, con altísimo riesgo de hemorragia. No precisaba oxígeno a domicilio.
- Alimentación/hidratación: alterada, nutrición por gastrostomía, tiene una PEG. Pauta de nutrición: IMPACT 350 ml en cuatro tomas (1400 ml diarios en total) + 150 ml de agua después de cada toma.
- Movilización: parcialmente dependiente, necesita ayuda de una persona. Presenta hipotrofia muscular en miembros inferiores. Riesgo de Caídas Alto, puntuación 6 (Escala de Riesgo de Caídas J.H.Dowton, Tabla 3)
- Eliminación: no alterada, continente de ambos esfínteres. Tendencia al estreñimiento, precisa laxantes por la PEG y ocasionalmente enemas.
- Higiene: precisa ayuda para el aseo y vestirse.
- Piel/mucosas: cuidados de úlcera neoplásica cervical izquierda, con pauta de curas de Suero Fisiológico 0.9% (SF), Fucidine® 2% en crema y Mepitel® cada 48h. Tras ser valorado por el médico especialista en Otorrinolaringología, se deciden curas paliativas por el personal de enfermería de la planta, con el objetivo de mantener la herida limpia, evitar el mal olor, prevenir y controlar el sangrado del tumor ulcerado y facilitar la absorción del exudado. Cuidados de PEG. Cuidados de PICC en MSI. Su mujer venía realizando estos cuidados en su domicilio. Riesgo de Úlceras por Presión Moderado, puntuación 11 (Escala de Norton Modificada, tabla 4).

- Conciencia: consciente y orientado en las tres esferas (persona, tiempo y lugar). Presenta hipoacusia, con un audífono en oído derecho. No puede hablar.

#### Otros

- Tratamiento habitual:
  - ✓ Solución de Morfina: 20 mg cada 12 horas por PEG
  - ✓ Octeotride 0.1 mg dos ampollas cada 8 horas, subcutáneas
  - ✓ Fortecortin® 4 mg una ampolla en desayuno y otra en comida, subcutáneas
  - ✓ Nexium® 20 mg un comprimido antes de la primera toma de la alimentación por gastrostomía.
  - ✓ Movicol® sobres, un sobre en tres tomas, por gastrostomía
  - ✓ Lyrica® 75 mg, una cápsula en la primera toma de la alimentación, por gastrostomía
  - ✓ Lyrica® 150 mg, una cápsula en la última toma de la alimentación, por gastrostomía
  - ✓ Orfidal® 1 mg, un comprimido sublingual si precisa por insomnio
  - ✓ Cloruro Mórfico 2.5 mg subcutáneo si precisa por dolor ó disnea
  - ✓ Midazolam 5 mg subcutáneo si inquietud, agitación o sangrado importante
  - ✓ Enema Casen® si no deposición en 48 horas.
  - ✓ Seguril® un comprimido al día por gastrostomía
  - ✓ Primperan® solución, 1 cucharada si náuseas o vómitos
  - ✓ Efferalgan® 1 gramo, un comprimido efervescente por gastrostomía cada 8 horas
- Situación familiar: el paciente vive con su mujer, cuidadora principal. No tienen hijos.
- Grado de dependencia: parcialmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria
- Dolor: en masa tumoral cervical, de características neuropáticas.

#### Pruebas complementarias

- Analítica: Hemograma: Hematíes  $2.95 \times 10^6$ /U/L, hemoglobina 8.8 g/dL, hematocrito 27.9 %, leucocitos  $5.7 \times 10^3$ /uL (neutrófilos 83.9 %, linfocitos 10.0 %), plaquetas  $167.0 \times 10^3$ /uL. Coagulación: INR 0.8, APTT 21.2 S, fibrinógeno calculado 488.0 mg/Dl. Bioquímica: Glucosa 80 mg/dL, urea 55 mg/dL, creatinina 0.54 mg/dL, sodio 143 mmol/L, potasio 4.1 mmol/L, cloruro 107 mmol/L, LDH 688 U/L, ALT 58 U/L, FA 239 U/L.
- Radiografía de tórax: cánula centrada. No infiltrados.

## Valoración por patrones funcionales de salud (Marjory Gordon)<sup>(26)</sup>

### Patrón 1. Percepción-manejo de la salud

El paciente no puede hablar, se comunica por gestos y frases cortas a través de una pizarra, pero se objetiva una gran debilidad para llevar a cabo la tarea. Se considera “enfermo” y se encuentra cansado de luchar contra la enfermedad. Es consciente de su situación de salud y de lo que le pudo haber provocado la enfermedad: ex-fumador de 1 paquete de cigarrillos al día, desde los 18 años, y ex-bebedor social, habiendo abandonado totalmente dichos hábitos una vez conocido el diagnóstico. Desde que comenzó su proceso ha requerido múltiples ingresos en el hospital, y en los últimos procesos siempre ha sido dado de alta a petición propia para continuar los cuidados en su domicilio. Entiende y acepta el tratamiento y ha colaborado en todos sus cuidados de forma activa hasta que le ha sido posible: cambio de la cánula de traqueostomía, cuidados de la PEG, curas locales de la úlcera tumoral, control y administración de su medicación...

En la actualidad se siente incapaz, incluso, para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria, lo que le supone un sentimiento de carga para su mujer, que es la cuidadora principal. En los últimos meses no ha salido de casa, y hace dos días sufrió una caída de la cama al intentar levantarse para ir al baño, la cual piensa le ha provocado este nuevo episodio de sangrado por la cánula de traqueostomía. Cuando se le pregunta qué es importante para él durante su estancia en el hospital pide “calidad de vida”, para él y su familia, no quiere tratamientos que alarguen su enfermedad ni medidas agresivas para controlar las complicaciones. Está informado de la evolución de su enfermedad y conoce el pronóstico, ha elaborado su proceso y está ajustado a la situación actual. Refiere “que lo tiene todo preparado” y hablado con su familia.

### Patrón 2. Nutrición-metabólico

El paciente tiene una PEG para nutrición enteral. Actualmente la pauta de la alimentación es la siguiente: IMPACT<sup>®</sup> 350 ml en cuatro tomas (1400 ml diarios en total): 8h-12h-18h-20h con descanso nocturno + 150 ml de agua después de cada toma. La piel periestoma se encuentra en buen estado, y la sonda está permeable y limpia. La mujer dispone de dispositivos de sujeción de la misma que recambia cuando es preciso. En la actualidad precisa ayuda total para administrarle la alimentación y realizarle los cuidados. Refiere buena tolerancia a la dieta y ocasionalmente sensación de plenitud.

A su ingreso el paciente mide 1.80 metros y pesa 55 Kg. con un índice de masa corporal 16.98 Kg/m<sup>2</sup>. Refiere falta de apetito y pérdida de peso de más de 25 Kg desde que se inició la enfermedad, más marcada en un principio, pero que se ha continuado de forma gradual y progresiva hasta la actualidad. Caquéctico. A la exploración presenta la mucosa oral seca y pálida, así como edema lingual y lengua

saburral; mantiene todas sus piezas dentales y presenta una buena higiene bucal. Su mujer refiere episodios previos de candidiasis y mucositis. Tiene la piel seca y pálida, con “signo del pliegue” positivo. Se encuentra afebril. Presenta un Riesgo de Ulceras por Presión Alto, puntuación de 9, según la Escala de Norton Modificada (Tabla 4) y tiene Ulceras Por Presión (UPP) grado I en talones, sacro y espalda (apófisis espinosas). Tiene un PICC en MSI, que ha sido revisado periódicamente en el hospital y de cuyo mantenimiento se encarga su mujer; actualmente se encuentra permeable y refluye sin dificultad.

Tiene un faringostoma quirúrgico y una úlcera tumoral cervical izquierda que se extiende desde la base de la mandíbula hasta la traqueostomía. Su mujer venía realizando las curas en el domicilio con Suero Fisiológico 0.9% (SF), Fucidine® 2% en crema y Mepitel® cada 48h. Actualmente la herida huele mal y presenta abundante exudado mucoso y sanguinolento, así como un tejido muy vascularizado, frágil y con gran facilidad para el sangrado.

### Patrón 3. Eliminación

Paciente continente de ambos esfínteres. Refiere una diuresis de cantidad y coloración normal, así como un hábito intestinal con tendencia al estreñimiento, que precisa tratamiento con laxantes de forma regular y enemas de forma ocasional; puntualmente se le ha colocado una sonda rectal para aliviar la distensión abdominal y ayudarle a evacuar gases y heces líquidas retenidas. Las deposiciones son de características blandas debido al tipo de nutrición.

Ocasionalmente presenta pérdidas involuntarias de orina y heces (por urgencia, alteraciones del nivel de consciencia, etc.), aunque él es consciente de la necesidad de evacuar y lo pide siempre que puede. Precisa ayuda total para la eliminación por imposibilidad de ir al baño, lo que le incomoda y hace que se reagudicen los problemas del estreñimiento. Manifiesta sentimientos de vergüenza por ensuciarse, y de culpa por sentirse dependiente de los demás. Expresa su negación al sondaje vesical en caso de que fuera necesario, por malas experiencias en procesos anteriores.

### Patrón 4. Actividad-Ejercicio

El paciente refiere sensación de cansancio ante mínimos esfuerzos, con una disminución del Nivel Funcional hasta un Nivel 4. Expresa deseos de colaborar en sus cuidados pero manifiesta gran debilidad, que la define como la incapacidad o falta de energía para iniciar cualquier actividad. Es dependiente para su autocuidado, y precisa ayuda para todas las actividades de la vida diaria. Demanda que sea su mujer quien le atienda, siempre que sea posible.

Tiene una movilidad reducida, con una marcha inestable que hace que precise la ayuda de dos personas para poder levantarse y caminar. Presenta hipotonía muscular generalizada e hipotrofia de MMII. Puede coger un lápiz para escribir en la pizarra y

comunicarse, pero se cansa muy pronto. Tiene un Riesgo Alto de caídas, con una puntuación de 6 (Escala de Riesgo de Caídas J.H.Dowton, Tabla 3). Durante los primeros días del ingreso se le levantaba al sillón, pero las transferencias le producían dolor y malestar general, de forma que se decide, de forma conjunta paciente-familia-equipo sanitario, mantenerlo en reposo. La movilidad en la cama está restringida por la limitación del dolor al mover el cuello y el miedo a desencadenar un nuevo sangrado, por lo que precisa ayuda para movilizarse en bloque.

El paciente tiene una traqueostomía, presenta secreciones fluidas y sanguinolentas que expectora espontáneamente y/o en ocasiones precisa aspirar. Precisa cambio de cánula de plata Nº6 diariamente.

Refiere disnea de mínimos esfuerzos y precisa oxigenoterapia en Ventimask por la traqueostomía, manteniendo unas Saturaciones de O<sub>2</sub> en torno a 94-96%. Precisa nebulizaciones para fluidificar las secreciones y prevenir tapones mucosos, que son bien toleradas por el paciente.

Habitualmente está hipotenso (TA en torno a 70/40 mmHg), taquicárdico (FC 100-120 lpm) y taquipneico (FR 24-26 rpm).

#### Patrón 5. Sueño-descanso

Desde que recibió el diagnóstico de su enfermedad refiere problemas para conciliar el sueño, y se despierta con frecuencia a lo largo de la noche. Califica el sueño de poco reparador y cuenta que tiene muchas pesadillas relacionadas con su enfermedad. Precisa tratamiento para dormir, a pesar de lo cual descansa pocas horas y se mantiene en estado de alerta permanente. Sus miedos se acentúan durante la noche y le impiden relajarse. Refiere periodos de somnolencia diurnos, que le resultan placenteros y reparadores.

#### Patrón 6. Cognitivo-Perceptual

El paciente presenta episodios de desorientación temporo-espacial que atribuye a la medicación y a la falta de descanso, orientado en persona. Utiliza gafas para leer y un audífono, por hipoacusia, en el oído derecho, aunque lo usa poco porque le resulta incómodo. No puede tragar y tiene la boca seca, pero no echa de menos la comida, está inapetente y refiere pérdida de las funciones gustativas.

Tiene alteraciones de la memoria y disminución de la capacidad de concentración; asegura que él ha sido un hombre intelectualmente activo y que ahora no puede mantener la atención ni para leer el periódico; presenta labilidad emocional y manifiesta cambios bruscos de humor y momentos de pérdida de control especialmente con su mujer, que es la que pasa más tiempo junto a él. Sin embargo, se muestra resuelto en la toma de decisiones, sabe lo que “no quiere” para él, y su mujer le apoya incondicionalmente.

Refiere dolor intenso en región de úlcera tumoral, de características neuropáticas, así como limitación del movimiento del cuello; también expresa sensación de malestar general continuo, que combate con la medicación y medidas posturales. Según la Escala Visual Analógica (EVA) para medir la intensidad del dolor, el paciente señala un 8.

#### Patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto

El paciente refiere que los cambios producidos en su cuerpo, como son la pérdida de peso, traqueostomía, úlcera tumoral maloliente y deformante del cuello, PEG... le han llevado al aislamiento social, no le gusta lo que ve y piensa que puede ser desagradable para los demás. Además, el deterioro funcional progresivo para la realización de sus actividades básicas le produce sentimientos de inutilidad y de carga. Refiere no ser el mismo de antes y tiene momentos de desesperanza profunda ante la irreversibilidad del proceso. Se enfada por los problemas de comunicación (no oye bien, no se le entiende cuando pide las cosas) y le produce ansiedad la incertidumbre de no poder controlar los síntomas de la enfermedad y la idea de proximidad de la muerte. Tiene miedo al sufrimiento. Le ayudan la compañía de su mujer, el sentirse limpio y aseado, en un ambiente tranquilo y sin interrupciones.

#### Patrón 8. Rol-Relaciones

Está casado y vive con su mujer, no tiene hijos y sus padres han fallecido. Precisa la ayuda de su esposa para la entrevista puesto que no puede hablar, y se comunica mediante gestos y la ayuda de una pizarra, actividad que le produce cansancio y a veces irritación por la imposibilidad de expresarse adecuadamente. Durante su estancia en el hospital permanece acompañado casi continuamente por su pareja, que se ausenta durante periodos cortos para realizar asuntos personales. No recibe apenas visitas, ocasionalmente por algún familiar. Su mujer es independiente económicamente y está de baja laboral para cuidarle. Tienen llamadas frecuentes de amigos y familiares para interesarse por su estado, pero él prefiere mantener su intimidad. En ocasiones su mujer expresa sentimientos de sufrimiento y aceptación anticipada por la pérdida de su marido.

#### Patrón 9. Sexualidad-reproducción

Patrón no valorable en el contexto de su situación.

#### Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al estrés

Está cansado de su enfermedad y presenta sentimientos ambiguos respecto a la muerte: por un lado la identifica como un merecido descanso y el final de todos sus sufrimientos, pero por otro le supone un factor estresante por el miedo a lo desconocido y a como se desarrollará. Refiere haber sido una persona muy valiente y

empresadora, y su mujer le describe como un hombre con gran capacidad de adaptación ante cualquier contratiempo.

#### Patrón 11. Valores y creencias

Se declara agnóstico y no precisa ningún tipo de soporte espiritual. Piensa que, en general, ha sido “buena persona” y ha cumplido todas las metas que se ha propuesto en la vida. Refiere haber vivido intensamente antes de la enfermedad, y ahora no se arrepiente de nada ni deja ningún tema pendiente.

#### Diagnósticos de Enfermería

En esta fase se interpretan los datos obtenidos en la valoración mediante el análisis y síntesis de los mismos, concluyéndose con la identificación y formulación de los problemas de salud mediante su etiqueta diagnóstica<sup>(29)</sup> (taxonomía II NANDA-I<sup>(23)</sup>)

#### Diagnósticos enfermeros por Patrones Funcionales de Salud

##### Patrón 2. Nutricional metabólico

- Deterioro de la mucosa oral (00045)
- Deterioro de la integridad tisular (00044)

##### Patrón 3. Eliminación

- Estreñimiento (00015)

##### Patrón 4. Actividad-ejercicio

- Déficit de autocuidado: alimentación (00102)
- Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)
- Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109)
- Déficit de autocuidado: uso del wc (00110)
- Fatiga (00093)
- Patrón respiratorio ineficaz (00032)
- Limpieza ineficaz de las vía aéreas (00031)

#### Patrón 5. Reposo-sueño

- Insomnio (00095)

#### Patrón 6. Cognitivo-perceptual

- Dolor crónico (00133)
- Confusión aguda (00128)

#### Patrón 7. Auto percepción-autoconcepto

- Ansiedad ante la muerte (00147)
- Baja autoestima situacional (00120)
- Impotencia (00125)
- Desesperanza (00124)

#### Patrón 8. Rol-relaciones

- Deterioro de la comunicación verbal (00051)
- Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)
- Duelo (00136)

#### Planificación

En esta fase se establecen los criterios de resultado (NOC)<sup>(24)</sup> y se proponen las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas (NIC)<sup>(25)</sup>, con sus correspondientes actividades. Los diagnósticos se priorizan de acuerdo con el paciente y su familia (Tabla 5).

#### Diagnóstico: Dolor crónico (00133)

Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y de una duración mayor de 6 meses.

Relacionado con incapacidad física crónica, manifestado por mascara facial, agitación, irritabilidad, conducta defensiva y atrofia de los músculos del cuello.

Dominio 12: Confort  
Clase 1: Confort físico

Criterio de Resultado NOC: Control del dolor (1605)

Escala:

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Reconoce los síntomas del dolor	5	4	4	2
Refiere síntomas incontrolables	4	3	2	2
Refiere dolor controlado	2	3	4	4

Intervención NIC: Manejo del dolor (1400)

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, aparición/duración, frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias.
- Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- Asegurar las estrategias de analgesia farmacológica antes de los procedimientos dolorosos.
- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga).

### **Intervención NIC: Administración de analgésicos (2210)**

Actividades:

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Considerar el uso de infusión continua, ya sea sola o juntamente con opiáceos en bolo, para mantener los niveles en suero.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia

### **Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular (00044)**

Lesión de la membrana mucosa, corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

Relacionado con alteración de la circulación y radiación, manifestado por lesión tisular en cuello.

Dominio 11: Seguridad/protección  
Clase 2: Lesión física

### **Criterio de Resultado NOC: Curación de la herida por segunda intención (1103)**

Escala:

- 1 Extenso
- 2 Sustancial
- 3 Moderado
- 4 Escaso
- 5 Ninguno

Puntuación diana: 3

Indicador/Día	1	3	5	7
Secreción sanguinolenta	1	2	3	1
Olor de la herida	1	2	4	4
Fistulización	1	1	1	1

### **Intervención NIC: Cuidados de las heridas (3660)**

Actividades:

- Limpiar con solución salina normal.
- Aplicar un ungüento adecuado a la piel/lesión.
- Aplicar un vendaje adecuado al tipo de herida.
- Reforzar el apósito si es necesario.
- Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.

### **Diagnóstico: Baja autoestima situacional (00120)**

Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (enfermedad crónica invalidante de mal pronóstico).

Relacionado con alteración de la imagen corporal y deterioro funcional, manifestado por expresiones de impotencia, desesperanza e inutilidad, así como expresiones autonegativas.

Dominio 6: Autopercepción.  
Clase 2: Autoestima

### **Criterio de Resultado NOC: Autoestima (1205)**

Escala:

- 1 Nunca positivo
- 2 Raramente positivo
- 3 A veces positivo
- 4 Frecuentemente positivo
- 5 Siempre positivo

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Aceptación de las propias limitaciones	2	3	3	3
Sentimientos sobre su propia persona	1	2	3	3
Nivel de confianza	1	2	3	3

### **Intervención NIC: Apoyo emocional (5270)**

Actividades:

- Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

### **Intervención NIC: Potenciación de la autoestima (5400)**

Actividades:

- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Favorecer la dignidad de la persona al realizar los cuidados.

### **Diagnóstico: Ansiedad ante la muerte (00147)**

Sensación vaga e intranquilizante de malestar o temor provocada por la percepción de una amenaza real o imaginada a la propia existencia.

Relacionado con la percepción de proximidad de la muerte, confrontamiento con la realidad de una enfermedad terminal y experimentar el proceso de agonía; manifestado por expresiones de tristeza profunda y pensamientos negativos relacionados con la muerte y la agonía.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés  
Clase 2: Respuestas de afrontamiento.

**Criterio de Resultado NOC: Muerte digna (1307)**

Escala:

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Participa en las decisiones relacionadas con los cuidados	3	4	4	4
Participa en las decisiones sobre el estado de reanimación	3	4	5	5
Comparte sentimientos sobre la muerte	2	3	3	3
Revisa logros de su vida	3	4	4	4

**Intervención NIC: Apoyo en la toma de decisiones (5250)**

Actividades:

- Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Obtener el consentimiento válido, cuando se requiera.
- Proporcionar la información solicitada por el paciente.

**Criterio de Resultado NOC: Aceptación: estado de salud (1300)**

Escala:

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	3	4	5	5
Se adapta al cambio en el estado de salud	2	3	4	4
Tranquilidad	2	3	4	4
Calma	2	3	4	4

### **Intervención NIC: Disminución de la ansiedad (5820)**

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos

### **Diagnóstico: Desesperanza (00124)**

Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales, y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Relacionado con deterioro del estado fisiológico y estrés de larga duración, manifestado por disminución de la respuesta a los estímulos y pasividad.

Dominio 6: Autopercepción  
Clase 1: Autoconcepto

### **Criterio de Resultado NOC: Calidad de vida (2000)**

Escala:

- 1 No del todo satisfecho
- 2 Algo Satisfecho

- 3 Moderadamente satisfecho
- 4 Muy satisfecho
- 5 Completamente satisfecho

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Satisfacción con el estado de salud	1	2	3	3
Satisfacción con el concepto de sí mismo	1	2	3	3
Satisfacción con estado de ánimo general	1	2	3	3

### **Intervención NIC: Dar esperanza (5310)**

Actividades:

- Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo la enfermedad del paciente solo como una faceta de la persona.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias pasadas del paciente/familia.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.
- 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).

### **Diagnóstico: Impotencia (00125)**

Percepción de que las propias acciones no variarían significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

Relacionado con entorno de cuidados de salud, tratamiento relacionado con su enfermedad; manifestado por dependencia de otros que puede causar irritabilidad, culpa, pasividad y apatía.

Dominio 6: Auto percepción  
Clase 1: Autoconcepto

**Criterio de Resultado NOC: Creencias sobre la salud (1700)**

Escala:

- 1 Muy débil
- 2 Débil
- 3 Moderado
- 4 Intenso
- 5 Muy intenso

Puntuación diana: 3

Indicador/Día	1	3	5	7
Importancia percibida de la actuación	1	2	3	3
Amenaza percibida por la inactividad	3	2	2	2

**Intervención NIC: Acuerdo con el paciente (4420)**

Actividades:

- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Ayudar al paciente a conseguir objetivos realistas, que puedan conseguirse.
- Clarificar con el paciente los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente.
- Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo.

**Diagnóstico: Deterioro de la comunicación verbal (00051)**

Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Relacionado con barreras físicas: traqueotomía, déficit auditivo; manifestado por: el paciente no puede hablar, dificultad para comprender o mantener el patrón de comunicación habitual, dificultad para usar las expresiones faciales y corporales, disnea.

Dominio 5: Percepción/cognición  
Clase 5: Comunicación

### **Criterio de Resultado NOC: Comunicación (0902)**

Escala:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Utiliza el lenguaje escrito	2	3	2	1
Utiliza dibujos e ilustraciones	2	3	2	1
Utiliza el lenguaje no verbal	3	4	4	3
Reconoce los mensajes recibidos	2	3	3	3
Interpretación exacta de los mensajes recibidos	2	3	3	3
Dirige el mensaje de forma apropiada	2	3	3	2

### **Intervención NIC: Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)**

Actividades:

- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Dar una orden simple cada vez, si es el caso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Estar de pie delante del paciente al hablar.
- Utilizar gestos con las manos, si procede.
- Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede.

### **Intervención NIC: Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)**

Actividades:

- Facilitar el uso de dispositivos que mejoren la audición, si procede.
- Dar instrucciones sencillas, de una en una.

- Acercarse al oído menos afectado.
- Mirar directamente al paciente, hablar despacio, claro y conciso.
- Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
- Llamar la atención del paciente mediante contacto físico.
- Utilizar papel, lápiz o comunicación por ordenador cuando sea necesario.

### **Diagnóstico: Insomnio (00095)**

Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

Relacionado con patrón de actividad (reposo continuado), ansiedad, factores ambientales (ruidos, iluminación, temperatura, entorno no familiar), malestar físico (dolor, falta de aliento); manifestado por dificultad para conciliar el sueño, dificultad para permanecer dormido, sueño discontinuo, desvelo prolongado.

Dominio 4: Actividad/reposo  
Clase 1: Sueño/reposo

### **Criterio de Resultado NOC: Sueño (0004)**

Escala:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Patrón del sueño	1	2	3	4
Calidad del sueño	2	2	3	4
Horas de sueño (mín.5h /24h para adultos)	2	2	3	4
Despertar a horas apropiadas	1	2	2	3
Duerme toda al noche	1	2	2	3

### **Intervención NIC: Mejorar el sueño (1850)**

Actividades:

- Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.
- Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema del sueño.
- Observar/registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, dolor, molestias y frecuencia urinaria) y/o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- Agrupar las actividades para minimizar el número de despertares; permitir ciclos de sueño de al menos 90 minutos.
- 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.

### **Diagnóstico: Confusión aguda (00128)**

Inicio brusco de un conjunto de cambios globales transitorios y de alteraciones en la atención, conocimiento, actividad psicomotora, nivel de consciencia y del ciclo sueño/vigilia.

Relacionado con fluctuaciones en el ciclo vigilia-sueño, fármacos (morfina, benzodiacepinas) y alteraciones metabólicas; manifestado por percepciones erróneas, agitación e intranquilidad crecientes, fluctuación en el nivel de consciencia y en el conocimiento.

Dominio 5: Percepción/cognición  
Clase 4: Cognición

**Criterio de Resultado NOC: Orientación cognitiva (0901)**

Escala:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Se autoidentifica	5	5	5	5
Identifica a los seres queridos	5	5	5	5
Identifica el lugar donde está	3	4	4	4
Identifica el mes actual	3	4	4	4

**Intervención NIC: Orientación de la realidad (4820)**

Actividades:

- Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario.
- Establecer un ambiente de baja estimulación para el paciente en el que la desorientación aumente debido a la sobreestimulación.
- Limitar las visitas y la duración de las mismas si el paciente experimenta sobreestimulación y aumento de la desorientación por causa de ellas.
- Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente.

**Diagnóstico: Fatiga (00093)**

Sensación sostenida y abrumadora de agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual.

Relacionado con su estado de enfermedad, anemia, mal estado físico y privación del sueño; manifestado por cansancio, falta de energía, letargo, somnolencia, incapacidad para mantener las actividades habituales y sentimientos de culpa por no cumplir con sus responsabilidades.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 3: Equilibrio de la energía.

**Criterio de Resultado NOC: Conservación de la energía (0002)**

Escala:

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Equilibrio entre actividad y descanso	3	4	4	4
Reconoce limitaciones de energía	4	4	5	5
Adapta el estilo de vida al nivel de energía	3	4	5	5

**Intervención NIC: Manejo de la energía (0180)**

Actividades:

- Determinar las limitaciones físicas del paciente.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/ser querido.
- Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor y medicamentos)
- Limitar los estímulos ambientales (luz y ruidos) para facilitar la relajación.
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.
- Ayudar en las actividades físicas normales (cambios posturales y cuidados personal), si resulta necesario.
- Controlar la respuesta de oxígeno del paciente a las actividades de cuidados por parte de otros.

**Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz (00032)**

Estado en el que la inspiración y/o espiración del paciente no proporciona una ventilación adecuada.

Relacionado con fatiga de los músculos respiratorios, dolor, ansiedad, fatiga; manifestado por disnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios para respirar.

Dominio 4: Actividad/reposo  
Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

**Criterio de Resultado NOC: Estado respiratorio: ventilación (0403)**

Escala:

- 1 Grave
- 2 Sustancial
- 3 Moderado
- 4 Leve
- 5 Ninguno

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Utilización de los músculos accesorios	2	3	4	4
Ruidos respiratorios patológicos	2	3	4	4
Disnea de esfuerzo	2	2	3	3
Disnea de reposo	3	3	4	4
Dificultad respiratoria	2	3	4	4

**Intervención NIC: Ayuda a la ventilación (3390)**

Actividades:

- Colocar al paciente de forma que alivie la disnea.
- Colocar al paciente de forma tal que se minimicen los esfuerzos respiratorios (elear el cabecero de la cama).
- Monitorizar los efectos del cambio de posición en la oxigenación: Sat.O2 con el pulxioxímetro.
- Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
- Observar si hay fatiga muscular respiratoria.
- Iniciar y mantener suplemento de oxígeno, según prescripción.
- Administrar medicación adecuada contra el dolor para evitar la hipoventilación.

- Controlar periódicamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- Mantener una vía aérea permeable.
- Administrar medicamentos (broncodilatadores e inhaladores) que favorezcan la permeabilidad de vías aéreas y el intercambio de gases.

**Diagnóstico: Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)**

Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

Relacionado con retención de secreciones, vía aérea artificial, mucosidad/secreción sanguinolenta excesiva; manifestado por disnea, tos inefectiva, sonidos respiratorios adventicios, agitación.

Dominio 11: Seguridad/protección  
Clase 2: Lesión física

**Criterio de Resultado NOC: Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)**

Escala<sup>s</sup>:

- 1 Grave
- 2 Sustancial
- 3 Moderado
- 4 Leve
- 5 Ninguno

Puntuación diana: 4

Escala\*:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Ruidos respiratorios patológicos <sup>s</sup>	2	3	4	4
Frecuencia respiratoria*	2	3	4	4
Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias*	2	3	4	4

### **Intervención NIC: Aspiración de las vías aéreas (3160)**

Actividades:

- Determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.
- Informar al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Limpiar la zona alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal, si procede.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Enseñar a la familia a succionar la vía aérea, si resulta adecuado.

### **Diagnóstico: Deterioro de la mucosa oral (00045)**

Alteración de los labios y/o tejidos blandos de la cavidad oral.

Relacionado con disminución de la salivación, efectos secundarios de la medicación, lesiones post-tratamiento, tumor y deshidratación; manifestado por xerostomía, lengua saburral y edema lingual.

Dominio 11: Seguridad/protección  
Clase 2: Lesión física

### **Criterio de Resultado NOC: Higiene bucal (1100)**

Escala:

- 1 Gravemente comprometido
- 2 Sustancialmente comprometido
- 3 Moderadamente comprometido
- 4 Levemente comprometido
- 5 No comprometido

Puntuación diana: 4

Indicador/Día	1	3	5	7
Limpieza de la boca	3	4	4	4
Limpieza de la lengua	2	3	3	3
Humedad labial	2	3	4	4
Humedad de la mucosa oral y de la lengua	2	3	3	3
Integridad de la mucosa oral	3	4	4	4

### **Intervención NIC: Restablecimiento de la salud bucal (1730)**

Actividades:

- Utilizar bastoncillos de limpieza dental para limpiar la cavidad bucal.
- Fomentar enjuagues frecuentes de la boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato, solución salina normal, agua oxigenada diluida, manzanilla y limón.
- Vigilar labios, lengua, membranas mucosas y encías para determinar la humedad, color, textura, presencia de restos.
- Aplicar pastas de protección bucal y labial, y anestésicos tópicos, si es preciso.

### **Diagnóstico: Déficit de autocuidado: alimentación (00102)**

Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación.

Relacionado con debilidad, fatiga y dolor; manifestado por la incapacidad para abrir y manejar los recipientes (alimentación enteral).

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

### **Criterio de Resultado NOC: Estado nutricional (1004)**

Escala:

- 1 Desviación grave del rango normal
- 2 Desviación sustancial del rango normal
- 3 Desviación moderada del rango normal
- 4 Desviación leve del rango normal
- 5 Sin desviación del rango normal

Puntuación diana: 3

Indicador/día	1	3	5	7
Ingestión alimentaria	2	3	3	3
Ingestión de líquidos	2	3	3	3
Relación peso/talla	1	1	1	1
Hidratación	1	2	3	3

### **Intervención NIC: Alimentación enteral por sonda (1056)**

Actividades:

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Elevar el cabecero de la cama de 30º a 45º durante la alimentación.
- Al finalizar la alimentación esperar de 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal.
- Irrigar la sonda después de cada alimentación intermitente.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Aplicar sustancias de anclaje a la piel y fijar el tubo de alimentación con esparadrapo.
- Lavar la piel alrededor de la zona de contacto del dispositivo diariamente con jabón suave y secar completamente.
- Observar si hay signos de edema o deshidratación.
- Controlar la ingesta/excreción de líquidos.

### **Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)**

Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/higiene.

Relacionado con debilidad, deterioro músculoesquelético y dolor; manifestado por incapacidad para acceder al cuarto de baño y para lavarse el cuerpo.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 5: Autocuidado

**Criterio de Resultado NOC: Satisfacción del paciente/usuario: cuidados físico (3006)**

Escala:

- 1 No del todo satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Moderadamente satisfecho
- 4 Muy satisfecho
- 5 Completamente satisfecho

Puntuación diana: 5

Indicador/Día	1	3	5	7
Ayuda con el aseo	3	4	5	5
Mantenimiento de los cuidados cutáneos de rutina	3	4	5	5
Seguimiento de las necesidades de cuidados cutáneos especiales	3	4	5	5
Ayuda con los cuidados del cabello	3	4	5	5

**Intervención NIC: Baño (1610)**

Actividades:

- Realizar el baño, con el agua a una temperatura agradable.
- Lavar el cabello, si es necesario o desea.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante).
- Afeitar al paciente, si está indicado.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Aplicar polvos secantes en los pliegues profundos de la piel (pliegue interglúteo).
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.

**Diagnóstico: Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109)**

Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de vestido y arreglo personal.

Relacionado con malestar, debilidad, fatiga, deterioro músculoesquelético y dolor; manifestado por incapacidad para ponerse y quitarse la ropa.

Dominio 4: Actividad/reposo  
Clase 5: Autocuidado

**Criterio de Resultado NOC: Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico (3006)**

Escala:

- 1 No del todo satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Moderadamente satisfecho
- 4 Muy satisfecho
- 5 Completamente satisfecho

Puntuación diana: 5

Indicador/día	1	3	5	7
Ayuda en el mantenimiento del confort	3	4	5	5

**Intervención NIC: Vestir (1630)**

Actividades:

- Vestir al paciente después de completar la higiene personal.
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.

**Diagnóstico: Déficit de autocuidado: uso del WC (00110)**

Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de evacuación.

Relacionado con malestar, debilidad, fatiga, deterioro músculoesquelético y dolor; manifestado por incapacidad para: llegar hasta el inodoro o el orinal, sentarse o levantarse del inodoro, realizar la higiene adecuada tras la evacuación.

Dominio 4: Actividad/reposo  
Clase 5: Autocuidado

**Criterio de Resultado NOC: Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico (3006)**

Escala:

- 1 No del todo satisfecho
- 2 Algo satisfecho
- 3 Moderadamente satisfecho
- 4 Muy satisfecho
- 5 Completamente satisfecho

Puntuación diana: 5

Indicador/día	1	3	5	7
Ayuda con el aseo	3	4	5	5
Mantenimiento hábito intestinal normal	2	3	3	3
Mantenimiento hábito vesical normal	2	3	3	3

**Intervención NIC: Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)**

Actividades:

- Proporcionar dispositivos de ayuda (cuña/botella), si procede.
- Ayudar al paciente en el aseo/cuña/botella.
- Disponer intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.

**Diagnóstico: Estreñimiento (00015)**

Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa y/o incompleta de las heces.

Relacionado con actividad física insuficiente, medicación (opiáceos, sedantes), debilidad de los músculos abdominales, estrés emocional; manifestado por disminución de la frecuencia de las deposiciones, distensión y dolor abdominal, incapacidad para eliminar las heces.

Dominio 3: Eliminación e intercambio  
Clase 2: Función gastrointestinal

**Criterio de Resultado NOC: Eliminación intestinal (0501)**

Escala:

- 1 Grave
- 2 Sustancial
- 3 Moderado
- 4 Leve
- 5 Ninguno

Puntuación diana: 4

Indicador/día	1	3	5	7
Estreñimiento	2	3	4	4

**Intervención NIC: Manejo del estreñimiento/impactación (0450)**

Actividades:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Sugerir el uso de laxantes/ablandadores de heces, si procede.
- Administrar el enema o la irrigación, cuando proceda.

**Diagnóstico: Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)**

El cuidador es vulnerable por percibir dificultad en el desempeño del rol de cuidador familiar.

Factores de riesgo: enfermedad grave del receptor de los cuidados, deterioro de la salud del cuidador, aislamiento del cuidador, duración del requerimiento de cuidados.

Dominio 7: Rol/relaciones  
Clase 1: Roles de cuidador

**Criterio de Resultado NOC: Factores estresantes del cuidador familiar (2208)**

Escala:

- 1 Intenso
- 2 Sustancial
- 3 Moderado
- 4 Ligero
- 5 Ninguno

Puntuación diana: 4

Indicador/día	1	3	5	7
Factores estresantes referidos por el cuidador	1	2	3	3
Sentido de aislamiento	1	3	4	4
Cantidad de cuidados requeridos/vigilancia	1	3	3	3

**Intervención NIC: Apoyo al cuidador principal (7040)**

Actividades:

- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.
- Aceptar las expresiones de emoción negativa.
- Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, si procede.
- Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.
- Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente.
- Apoyar al cuidador a establecer límites y cuidar de sí mismo.

**Diagnóstico: Duelo (00136)**

Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.

Relacionado con anticipación de la pérdida de una persona significativa; manifestado por sufrimiento, dolor, alteración del nivel de actividad o del sueño, distrés psicológico.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés  
Clase 2: Respuestas de afrontamiento

**Criterio de Resultado NOC: Afrontamiento de problemas (1302)**

Escala:

- 1 Nunca demostrado
- 2 Raramente demostrado
- 3 A veces demostrado
- 4 Frecuentemente demostrado
- 5 Siempre demostrado

Puntuación diana: 5

Indicador/día	1	3	5	7
Verbaliza aceptación de la situación	3	4	4	5
Se adapta a los cambios en desarrollo	3	4	4	5
Busca ayuda profesional de forma adecuada	3	4	5	5
Adopta conductas para reducir el estrés	3	4	4	4

**Intervención NIC: Facilitar el duelo (5290)**

Actividades:

- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida.
- Escuchar las expresiones de duelo.
- Identificar fuentes de apoyo comunitario.
- Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.
- Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas.

**Finalmente se enuncian una serie de Intervenciones no derivadas de diagnósticos enfermeros, como forma de trabajo en equipo con otros profesionales:**

**Cuidados en la agonía (5260)**

- Quedarse físicamente cerca del paciente atemorizado.
- Respetar la necesidad de privacidad.
- Apoyar los esfuerzos de la familia para permanecer a pie de cama.
- Respetar las solicitudes de cuidados específicos del paciente y de la familia.

**Manejo de la sedación (2260)**

- Obtener el consentimiento.
- Administrar medicación según prescripción médica o protocolo (con cuidado) y de acuerdo con la respuesta del paciente.
- Comprobar el nivel de consciencia y los signos vitales del paciente.
- Registrar las acciones y la respuesta del paciente.

**Administración de medicación (2300)**

- Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- Administrar la medicación con la técnica y vías adecuadas.
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

**Disminución de la hemorragia: heridas (4028)**

- Aplicar presión manual sobre la zona hemorrágica.
- Aplicar vendajes de presión en el sitio de la hemorragia.
- Cambiar o reforzar el vendaje de presión, si procede.

- Instruir al paciente y/o a la familia sobre los signos de hemorragia y las acciones adecuadas a tomar, si se produjeran más hemorragias.

#### 4. Evaluación

Sería la última fase del proceso, y nos serviría para valorar la consecución de los criterios de resultado previamente fijados de acuerdo con el paciente y su familia, y con ello, la eficacia del plan de cuidados individualizado realizado.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El cáncer de laringe en fase terminal presenta síntomas múltiples y muy invalidantes para los pacientes, que tienen una gran repercusión en la persona y en su entorno familiar. La evaluación de dichos síntomas tiene que realizarse de una forma global en el contexto donde se realiza la atención; de la misma forma estos síntomas son cambiantes en el tiempo, debido a la evolución de la enfermedad, a los efectos adversos de las terapias utilizadas y a las propias vivencias del paciente y sus cuidadores. Por tanto, cuanto antes se detecten las necesidades específicas de este tipo de pacientes y cuanto antes se intervenga sobre las mismas, mayor probabilidad hay de mejorar su calidad de vida.

La incorporación de los cuidados paliativos como área específica de atención sanitaria ha supuesto la introducción de valores relevantes, al plantear una atención integral basada en las necesidades de las personas y su entorno, en la toma de decisiones centrada en la ética clínica y el respeto a la autonomía y la dignidad, así como la organización del trabajo en equipo interdisciplinar<sup>(30)</sup>. Se habla de “Medicina Personalizada” en el contexto de la medicina paliativa como la provisión de terapias coherentes con los deseos del paciente y su familia, diseñadas para mejorar la calidad de vida y dirigidas al alivio de los síntomas físicos, emocionales y psicosociales de los pacientes y sus familias<sup>(31)</sup>.

En el contexto de la enfermería, la calidad de las intervenciones enfermeras exige profundizar en los cuidados individualizados definidos en los términos propios del enfermo, especialmente cuando la enfermedad es persistente. En este trabajo se ha llevado a cabo a través de la realización de un plan de cuidados individualizado, que nos ha permitido planificar los cuidados y establecer estrategias de mejora en los problemas de salud prioritarios para el paciente y su familia; el uso de las taxonomías como lenguajes estandarizados nos ha ayudado a una mejor descripción del proceso enfermero, pues ha contribuido al conocimiento del proceso del paciente, y nos han mostrado los resultados obtenidos tras la aplicación del plan de cuidados.

En el paciente objeto de este plan la evolución de la enfermedad fue muy rápida, falleciendo a la semana de su ingreso en nuestra unidad, como consecuencia de

sucesivos sangrados masivos por la úlcera tumoral del cuello; esta situación precisó de una “sedación paliativa” y en un último momento de una “sedación en la agonía”, con el consentimiento explícito del paciente y su familia. Con nuestras actividades se consiguieron controlar la mayoría de los problemas de salud que más le preocupaban al paciente:

- Se logró controlar y aliviar el dolor, así como, a través de las curas paliativas de la úlcera tumoral, mantener la herida limpia, evitar el mal olor y facilitar la absorción del exudado, mejorando de forma importante el confort del paciente.
- A nivel emocional y psicológico se mejoró su autoestima y se disminuyó su nivel de ansiedad; el paciente elaboró su proceso de muerte, estaba adaptado a la situación y era capaz de expresar sentimientos sobre la misma, así como de participar activamente en la toma de decisiones, que siempre fueron apoyadas por su familia y el resto del equipo; la desesperanza la canalizó hacia la aceptación del estado de salud y la mejora en su calidad de vida, en compañía de sus seres queridos; disminuyeron sus sentimientos de irritabilidad y culpa provocados por la impotencia y se crearon acuerdos para facilitar la aceptación; se estableció una relación de confianza con el paciente y su familia que facilitaron la comunicación, y aunque fue disminuyendo progresivamente su participación activa por el progresivo deterioro funcional, se estableció un código de gestos que nos ayudó a interpretar y satisfacer sus necesidades; la mejora de los síntomas físicos y psicológicos del paciente influyeron positivamente en la mejora de la calidad y en las horas de sueño continuado, aunque se alternaron los periodos entre el día y la noche; se produjeron algunos episodios de confusión aguda, transitorios, que fueron resueltos satisfactoriamente, aunque persistieron en algún momento síntomas leves por efecto de la medicación (sedación).
- Se disminuyó la fatiga con el equilibrio entre la actividad-descanso (el deterioro funcional progresivo le exigía un reposo continuado), pero el paciente era capaz de reconocer su limitación de energía y de adaptarse a la situación sin sentimientos de culpa.
- A nivel respiratorio se lograron controlar los síntomas, se disminuyó la producción de secreciones y se mejoró el trabajo respiratorio.
- En cuanto a los déficits de autocuidado e higiene bucal: el paciente presentó mejoría de la sequedad de boca, aunque el acceso a la lengua y el mantenimiento de la humedad de la mucosa oral y de la lengua se vieron dificultados por el edema lingual y por la lesión de las glándulas salivares (radioterapia); expresó un grado de satisfacción alto con el aseo y mostró su conformidad con los cuidados recibidos. El paciente presentó mejoría de su estreñimiento con medicación y la administración de enemas, que fueron muy

eficaces y le proporcionaron un gran alivio abdominal, mejorando la sensación de plenitud y de distensión abdominal.

- Las actividades de apoyo a su mujer, como cuidadora principal, mejoraron su sentido de aislamiento y aliviaron la cantidad de cuidados requeridos por el paciente, puesto que podía delegar y confiar en el equipo asistencial, disminuyendo así los factores que la estresaban. Era capaz de verbalizar la aceptación de la situación y de adaptarse al rápido empeoramiento de su marido, incorporando de forma gradual en su vida la pérdida del mismo.

Por todo lo expuesto anteriormente se puede concluir que la planificación de los cuidados de enfermería en la práctica asistencial, con taxonomía enfermera de diagnósticos, resultados e intervenciones (NANDA, NOC y NIC) es una herramienta de gran utilidad que nos permite garantizar una atención personalizada, integral y continuada de nuestros cuidados, así como una alta calidad asistencial de los mismos, teniendo en cuenta la organización del trabajo dentro de un equipo interdisciplinar y comprendiendo la inversión de tiempo que requiere esta concepción de la atención.

**Tabla 1. Estadificación del cáncer de laringe según la clasificación TNM del American Joint Committee on Cancer.**

**Tumor primario (T)<sup>a</sup>**

TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay prueba de un tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ.
<b>Supraglotis</b>	
T1	Tumor confinado a un subsitio de la supraglotis, con movilidad normal de la cuerda vocal.
T2	El tumor invade la mucosa de más de un subsitio adyacente de la supraglotis o la glotis, o una región fuera de la supraglotis (por ejemplo, la mucosa de la base de la lengua, la valécula, la pared media del seno piriforme) sin fijación de la laringe.
T3	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de cuerda vocal o invade cualquiera de los siguientes sitios: área poscricoides, espacio preepiglótico, espacio paraglótico o corteza interna del cartílago tiroideo.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor se disemina a través del cartílago tiroideo o invade los tejidos más allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello —incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.
<b>Glottis</b>	
T1	El tumor está confinado en la(s) cuerda(s) vocal(es) (puede comprometer la comisura anterior o posterior), con movilidad normal.
T1a	El tumor está confinado en una cuerda vocal.
T1b	El tumor compromete ambas cuerdas vocales.
T2	El tumor se diseminó hasta la supraglotis o la subglottis, o con deterioro de movilidad de la cuerda vocal.
T3	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de una cuerda vocal, o invasión del espacio paraglótico o de la corteza interna del cartílago tiroideo.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor se disemina a través de la corteza externa del cartílago tiroideo o invade los tejidos más allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.
<b>Subglottis</b>	
T1	El tumor está confinado en la subglottis.
T2	El tumor se disemina hasta la(s) cuerda(s) vocal(es) con movilidad normal o deteriorada.
T3	El tumor está confinado en la laringe, con fijación de la cuerda vocal.
T4a	Enfermedad local moderadamente avanzada. El tumor invade el cartílago cricoideo o tiroideo, o invade los tejidos más allá de la laringe (por ejemplo, la tráquea, los tejidos blandos del cuello —incluso el músculo extrínseco profundo de la lengua, los músculos fusiformes, la tiroides o el esófago).
T4b	Enfermedad local muy avanzada. El tumor invade el espacio prevertebral, enfunda la arteria carótida o invade las estructuras mediastínicas.

**Ganglios linfáticos regionales<sup>a,b</sup>**

NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, ≤3 cm en su dimensión mayor.
N2	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, >3 cm, pero ≤6 cm en su dimensión mayor. Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor. Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor.
N2a	Metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, >3 cm, pero ≤6 cm en su dimensión mayor.
N2b	Metástasis en múltiples ganglios linfáticos ipsilaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor.
N2c	Metástasis en ganglios linfáticos bilaterales o contralaterales, ninguno >6 cm en su dimensión mayor.
N3	Metástasis en un ganglio linfático, >6 cm en su dimensión mayor.

**Metástasis a distancia (M)<sup>a</sup>**

M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Metástasis a distancia.

**Estadio anatómico/Grupos de pronóstico**

Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T3	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
IVA	T4a	N0	M0
	T4a	N1	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N2	M0
IVB	T4a	N2	M0
	T4b	Cualquier N	M0
IVC	Cualquier T	N3	M0
	Cualquier T	Cualquier N	M1

<sup>a</sup>Reproducido del AJCC: Laryngeal. En: Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al., eds.: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer, 2010, pp 57-67. <sup>b</sup>Las metástasis de nivel VII se consideran metástasis en ganglio linfático regional.

**Tabla 2. Prevalencia de síntomas según tipo de paciente en Cuidados Paliativos.**

Síntomas*	Cáncer	SIDA	Insuficiencia cardiaca	EPOC	Enfermedad renal
Dolor	35-96% N=10379	63-80% N=942	41-77% N=882	34-77% N=372	47-50% N=370
Depresión	3-77% N=4387	10-82% N=616	9-36% N=80	37-71% N=150	5-60% N=956
Ansiedad	13-79% N=3274	8-34% N=346	49% N=80	51-75% N=1008	39-70% N=72
Confusión	6-93% N=9154	30-65% N=?	18-32% N=343	18-33% N=309	-
Astenia	32-90% N=2888	54-85% N=1435	69-82% N=409	68-80% N=285	73-87% N=116
Disnea	10-70% N=10029	11-62% N=504	60-88% N=948	90-95% N=372	11-62% N=334
Insomnio	9-69% N=5606	74% N=504	36-48% N=146	55-65% N=150	31-71% N=351
Náuseas	6-68% N=9140	43-49% N=689	17-48% N=146	-	30-43% N=362
Estreñimiento	23-65% N=7602	34-35% N=689	38-42% N=80	27-44% N=150	29-70% N=483
Diarrea	3-29% N=3392	30-90% N=504	12% N=80	-	21% N=19
Anorexia	30-92% N=9113	51% N=504	21-41% N=146	35-67% N=150	25-64% N=395

\*Porcentaje y número total de pacientes evaluados por cada síntoma. Reproducida de 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. Agencia de evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08.

**Tabla 3. Escala de Riesgo de Caídas J.H. Downton.**

Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes-Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficits Sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda/sin ayuda	1
	Imposible	1

Puntuación Total 0: Sin Riesgo 1 a 2: Riesgo Moderado >2: Riesgo Alto

Tabla 4. Valoración de Riesgo de Ulceras Por Presión (UPP).

Estado físico	Estado Mental	Movilidad	Sensibilidad	Incontinencia
<b>Bueno 3</b> Nutrición adecuada Repleción capilar inmediata Piel suave e hidratada	<b>Alerta 3</b> Orientación en tiempo y espacio Responde a estímulos Comprende la información	<b>Autónomo 3</b> No necesita ayuda para realizar sus actividades	<b>Presente 3</b> Conservada en todas las zonas del cuerpo	<b>Ninguna 3</b> Controla ambos esfínteres
<b>Justo 2</b> No toma toda su dieta Repleción capilar lenta Piel seca y áspera	<b>Confusión 2</b> Desorientado en tiempo o espacio Aletargado, inquieto, agresivo	<b>Ayuda 2</b> Necesita ayuda para realizar sus actividades	<b>Disminuida 2</b> Disminuida en alguna zona del cuerpo	<b>Urinaria/fecal2</b> Tiene sonda uretral o colector. No controla esfínter anal a veces
<b>Malo 1</b> Malnutrición Edema Piel fina y sensible	<b>Estupor/coma1</b> Responde a estímulos dolorosos Inconsciente	<b>Ayuda total 1</b> Dependencia total para realizar todas sus actividades.	<b>Ausente 1</b> No tiene en alguna zona del cuerpo	<b>Doble 1</b> No controla ningún esfínter

Escala de Norton Modificada del Hospital Clínico San Carlos. Madrid. Puntuación 5 a 9=Riesgo Alto 10 a 13=Riesgo Moderado >13=Sin Riesgo

**Tabla 5. Relación entre Diagnósticos, Criterios de resultado (NOC) e Intervenciones (NIC).**

Diagnósticos	NOC	NIC
Dolor crónico (00133)	Control del dolor (1605)	Manejo del dolor (1400) Administración de analgésicos (2210) Cuidados de las heridas (3660)
Deterioro de la integridad tisular (00044)	Curación de la herida por segunda intención (1103)	Cuidados de las heridas (3660)
Baja autoestima situacional (00120)	Autoestima (1205)	Apoyo emocional (5270) Potenciación de la autoestima (5400)
Ansiedad ante la muerte (00147)	Muerte digna (1307) Aceptación: estado de salud (1300)	Apoyo en la toma de decisiones (5250) Disminución de la ansiedad (5820)
Desesperanza (00124)	Calidad de vida (2000)	Dar esperanza (5310)
Impotencia (00125)	Creencias sobre la salud (1700)	Acuerdo con el paciente (4420)
Deterioro de la comunicación verbal (00051)	Comunicación (0902)	Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976) Mejorar la comunicación: déficit auditivo (4974)
Insomnio (00095)	Sueño (0004)	Mejorar el sueño (1850)
Confusión aguda (00128)	Orientación cognitiva (0901)	Orientación de la realidad (4820)
Fatiga (00093)	Conservación de la energía (0002)	Manejo de la energía (0180)
Patrón respiratorio ineficaz (00032)	Estado respiratorio: ventilación (0403)	Ayuda a la ventilación (3390)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031)	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias (0410)	Aspiración de las vías aéreas (3160)
Deterioro de la mucosa oral (00045)	Higiene bucal (1100)	Restablecimiento de la salud bucal (1730)
Déficit de autocuidado: alimentación (00102)	Estado nutricional (1004)	Alimentación enteral por sonda (1056)
Déficit de autocuidado: baño/higiene (00108)	Satisfacción del paciente/usuario: cuidados físico (3006)	Baño (1610)
Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento (00109)	Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico (3006)	Vestir (1630)
Déficit de autocuidado: uso del WC (00110)	Satisfacción del paciente/usuario: cuidado físico (3006)	Ayuda con los autocuidados: aseo (1804)
Estreñimiento (00015)	Eliminación intestinal (0501)	Manejo del estreñimiento/impactación (0450)
Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)	Factores estresantes del cuidador familiar (2208)	Apoyo al cuidador principal (7040)
Duelo (00136)	Afrontamiento de problemas (1302)	Facilitar el duelo (5290)
Intervenciones no procedentes de diagnósticos enfermeros		Cuidados en la agonía (5260)  Manejo de la sedación (2260) Administración de medicación (2300) Disminución de la hemorragia: heridas (4028)

## BIBLIOGRAFÍA

1. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 15];62:10-29. Available from: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.20138>
2. Quer Agustí M, López Vila M. Características clínicas de tumores de laringe. En: Suárez C, Gil Carcedo L, Marco J, Medina J, Ortega P, Trinidad J, editores. *Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*. 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2008. p. 3515-28.
3. Rodriguez-Bruno K, Ali MJ, Wang SJ. Role of panendoscopy to identify synchronous second primary malignancies in patients with oral cavity and oropharyngeal squamous cell carcinoma. *Head Neck* [Internet]. 2011 [cited 2012 Dec 15];33:949-53. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hed.21561/pdf>
4. Hashibe M, Brennan P, Benhamou S, Castellsague X, Chen C, Curado MP, et al. Alcohol drinking in never users of tobacco, cigarette smoking in never drinkers, and the risk of head and neck cancer: pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. 2007 [cited 2012 December 15];99:777-89. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/jnci/djk179>
5. Silverman S, Jr., Gorsky M, Lozada F. Oral leukoplakia and malignant transformation. A follow-up study of 257 patients. *Cancer* [internet]. 1984 [cited 2012 Dec 16];53:563-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19840201\)53:3<563::AID-CNCR2820530332>3.0.CO;2-F](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19840201)53:3<563::AID-CNCR2820530332>3.0.CO;2-F)
6. Edge S, Byrd D, Compton C, Fritz A, Greene F, Trotti A, editors. *American Joint Committee on Cancer Staging Manual*. 7th ed. New York: Springer; 2010.
7. Curtin HD, Ishwaran H, Mancuso AA, Dalley RW, Caudry DJ, McNeil BJ. Comparison of CT and MR imaging in staging of neck metastases. *Radiology* 1998;207:123-30.
8. Chera BS, Amdur RJ, Morris CG, Kirwan JM, Mendenhall WM. T1N0 to T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with definitive radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 17];78:461-6. Disponible en: [http://www.redjournal.org/article/S0360-3016\(09\)03022-3/pdf](http://www.redjournal.org/article/S0360-3016(09)03022-3/pdf)
9. Pfister DG, Laurie SA, Weinstein GS, Mendenhall WM, Adelstein DJ, Ang KK, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline for the use of

- larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *J Clin Oncol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 17];24:3693-704. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1200/JCO.2006.07.4559>
10. Forastiere AA, Goepfert H, Maor M, Pajak TF, Weber R, Morrison W, et al. Concurrent chemotherapy and radiotherapy for organ preservation in advanced laryngeal cancer. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 [cited 2012 Dec 18];349:2091-8. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa031317>
  11. Lango MN. Multimodal treatment for head and neck cancer. *Surg Clin North Am* [Internet]. 2009[cited 2012 Dec 18];89:43-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2008.09.018>
  12. Sciubba JJ, Goldenberg D. Oral complications of radiotherapy. *Lancet Oncol* [Internet]. 2006 [cited 2012 Dec 19];7:175-83. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470204506705800>
  13. Powitzky R, Vasan N, Krempf G, Medina J. Carotid blowout in patients with head and neck cancer. *Ann Otol Rhinol Laryngol* [Internet]. 2010 [cited 2012 Dec 20];119:476-84. Disponible en: [http://www.annals.com/toc/auto\\_abstract.php?id=15578](http://www.annals.com/toc/auto_abstract.php?id=15578)
  14. Barbero-Gutiérrez J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2007;30:71-86
  15. World Health Organization. Who definition of palliative care 2003. [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2012 December 20]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
  16. Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F, et al. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: Análisis, consensos y retos. *Index Enferm*. 2011; 20(1-2):71-5.
  17. Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. (Guías de práctica clínica en el SNS. OSTEBA; 2006(08)). p. 75-174 [citado 22 diciembre 2012]. Disponible en: [www.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes\\_de\\_salut/Atencio%20al%20final%20de%20la%20vida/documents/e\\_06\\_08\\_Cuidados\\_Paliat.pdf](http://www.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Atencio%20al%20final%20de%20la%20vida/documents/e_06_08_Cuidados_Paliat.pdf)
  18. 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 December 22];31:58-69. Disponible en:

<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0885-3924/PIIS0885392405005610.pdf>

19. García Y, Torres-de-Castro O. Cuidados específicos en pacientes con úlceras por presión, heridas tumorales y fístulas en el entorno paliativo. En: Martínez M, Monleón M, Carretero Y, García M, editores. Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida. Barcelona: Elsevier; 2012. p. 142-76.
20. Fürst C, Doyle D. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks G, Chrenney N, Calman K, editors. Oxford Textbook of Palliative Medicine. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press; 2004: p. 1117-33.
21. Morita T, Bito S, Kurihara Y, Uchitomi Y. Development of a clinical guideline for palliative sedation therapy using the Delphi method. J Palliat Med [internet]. 2005 [cited 2013 January 5];8:716-29. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2005.8.716>
22. Asociación Española de Enfermeras en Cuidados Paliativos. Grupo de Planes de Cuidados. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. Madrid: Sanidad y Ediciones; 2011.
23. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
25. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
26. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw Hill; 2007.
27. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
28. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a Nanda-I y diagnósticos médicos. Barcelona: Elsevier España; 2012.
29. Berman A, Dnyder SJ, Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.

30. Gómez-Batiste X, Porta J, Tuca A, Stjemsward J. Organización de servicios y Programas de Cuidados paliativos. Madrid: Aran; 2005.
31. Fahy BN. Palliative care for the surgical oncologist: Embracing the palliativist within. Surgery [Internet]. 2013 [cited 2013 January 15];153:1-3.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2012.06.002>

Recibido: 23 mayo 2014.

Aceptado: 21 diciembre 2014.