



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2012/2013

**CASO CLÍNICO: CUIDADOS PALIATIVOS DE UN PACIENTE  
EN FASE TERMINAL**

**Autor/a:** M<sup>a</sup> Dolores Siscart Tresanchez

**Tutora:** Ana Beloso Alcay

## ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Objetivo	6
4. Metodología	7
5. Desarrollo	8
6. Conclusiones	15
7. Bibliografía	17
8. Anexos: Tratamiento médico	19
9. Anexos: Escalas de valoración	21
10. Anexos: Plan de cuidados	26

## RESUMEN

Los cuidados paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y familias que afrontan los problemas de una enfermedad con compromiso vital, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante una identificación precoz y una esmerada valoración y tratamiento del dolor y de otros problemas psicosociales y espirituales.

Se ha realizado una revisión bibliográfica desde los estudios de la OMS a nivel mundial, estudios europeos, españoles y en concreto la situación en la comunidad autónoma de Aragón.

**Objetivo:** Brindar la mejor calidad de vida para el paciente y su familia realizando un plan de cuidados paliativos para mejorar el control de los síntomas físicos, psíquicos y espirituales utilizando la metodología enfermera.

**Metodología:** Elaboración de un plan de cuidados personalizado de un caso clínico de un paciente oncológico, en fase terminal hospitalizado en el Consorcio del Bajo Cinca, aplicando los diagnósticos de la NANDA, NIC y NOC.

**Conclusiones:** Adaptación de un plan de cuidados paliativos según las necesidades de cada paciente y familia, en él que es prioritario una buena elaboración de la metodología enfermera, En estas situaciones de pacientes terminales la atención enfermera no debería ser "el curar" sino el de "cuidar" al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte.

**Palabras clave:** cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros, infirmary, palliative care, nursing care plan.

## **INTRODUCCIÓN**

La Medicina Paliativa es relativamente joven. El movimiento paliativo moderno empezó con la apertura del St. Christopher's Hospice en Londres en 1960. En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como "el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares <sup>(1)</sup>

Los cuidados paliativos son adecuados para cualquier paciente y/o familiar que vive con una enfermedad que compromete la vida o tiene riesgo de poder desarrollarla, sea cual sea el diagnóstico, la edad o el tiempo que llevan con necesidades o expectativas no atendidas, y que además están en disposición de aceptar esos cuidados. <sup>(2)</sup>

En esta etapa las metas principales pasan a ser el alivio y la prevención del sufrimiento, la identificación precoz y tratamiento del dolor y de otros problemas físicos, psicosociales y espirituales, colaborar para que el paciente y la familia acepten la realidad y procurar conseguir la mayor calidad de vida, evitando el uso de medidas desesperadas como el encarnizamiento terapéutico. <sup>(2-4)</sup>.

En nuestro país se promueve la ley 41/2002 de 14 de noviembre básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que se recogen las propuestas del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina en su art. 4 "los derechos de los paciente, entre los cuales se destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas". <sup>(5)</sup>

En referencia a Aragón la primera ley de la Comunidad de Aragón 6/2002, de 15 de abril, en el marco de las competencias que le atribuye el artículo 35.1.40 de su Estatuto de Autonomía, tiene por objeto la regulación de las actuaciones que, en el ámbito de la Comunidad autónoma de Aragón, permitan hacer efectivo el derecho de la salud que reconoce la Constitución Española de 1978 en su artículo 43, de acuerdo con los principios de igualdad, equidad, solidaridad e integración de los servicios sanitarios.

En su artículo 15, dentro del Capítulo III del derecho a la intimidad y confidencialidad, se regula las Voluntades Anticipadas como consideración de los deseos del paciente de comunicar su voluntad en el momento de recibir la atención sanitaria.

Con relación al Programa de Cuidados Paliativos de Aragón estos no deben entenderse como exclusivos de la fase final de la enfermedad; el control de los síntomas a lo largo de la misma repercute en la duración de la vida y en su calidad. Por ello, aunque en las fases iniciales predominarán las intervenciones curativas, los cuidados paliativos deben también estar presentes e incrementarse a medida que la enfermedad progresa. En el momento del agotamiento específico, se entra en una situación de progresión de la enfermedad y los objetivos terapéuticos son el confort del paciente y proporcionarle la mayor autonomía posible.<sup>(6)</sup>

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. 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 el trabajo interdisciplinar. Estas circunstancias hacen necesaria una definición precisa de las competencias enfermeras para: identificar su rol profesional en organizaciones con clara tendencia multidisciplinar, y para proporcionar unos cuidados expertos, integrales, personalizados y de calidad, que se ajusten a las necesidades y expectativas cambiantes de la sociedad<sup>(7,8)</sup>.

Por otro lado, se debe considerar el trabajo en equipo como una cuestión de corresponsabilidad hacia la propia profesión, hacia las otras disciplinas implicadas y hacia los pacientes y familias que se atienden.<sup>(9)</sup> Parte de estos cuidados, como apuntan Collière<sup>(10)</sup> y Alberdi,<sup>(11)</sup> son invisibles, "no son observables directamente y muchas veces ni tan siquiera percibidos por el propio enfermo o familia" e incluso por el resto de profesionales del equipo.

Estos requisitos proporcionarán capacidad de juicio clínico, facultad para adoptar decisiones, capacidad de intervención en las situaciones complejas, cualificaciones técnicas y de relación interpersonal y responsabilidad en la atención que se ofrece.<sup>(12,13)</sup>

El propósito de este trabajo es mejorar la calidad de vida de un paciente terminal y de su familia, en unos momentos muy dolorosos que provoca un fuerte impacto emocional, necesitando el apoyo de un equipo multidisciplinar, aplicando un plan de cuidados personalizado desde una perspectiva de plena confianza entre profesionales, paciente y familiares.

## **OBJETIVO**

Elaborar un Plan de Cuidados de un paciente oncológico en la última fase de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable hospitalizado en el Consorcio Bajo Cinca de Fraga, con el propósito de aliviar, afrontar y apoyar los síntomas físicos, psíquicos, espirituales y sociales utilizando la metodología enfermera.

## **METODOLOGIA**

El trabajo consiste en un estudio descriptivo, en el que se desarrolla un plan de cuidados enfermeros para satisfacer las necesidades de un paciente en fase terminal hospitalizado en el Consorcio Bajo Cinca de Fraga.

El desarrollo de este Proceso enfermero consta de 5 fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. La valoración de enfermería está basada en las 14 necesidades según el modelo de Virginia Henderson para conocer los problemas reales y potenciales de un paciente oncológico que recibe tratamiento paliativo.

Se elabora plan de cuidados con la metodología enfermera una vez seleccionados los problemas según la valoración de enfermería de Virginia Henderson. <sup>(14,15)</sup>

Se clasifican los problemas, intervenciones y resultados según las taxonomías enfermeras de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)<sup>(16)</sup>, la Nursing Outcomes Classification (NOC) <sup>(17)</sup> y la Nursing Interventions Classification (NIC)<sup>(18)</sup> .

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica sobre cuidados paliativos publicados en español, inglés, en las bases de datos Google Académico, SciELO, Cuiden plus Dianet, PubMed, Nure investigation, Meadline, Index enfermería, Chrocane Plus, revistas, libros, programa de cuidados paliativos de Aragón<sup>(6)</sup> y guías como SECPAL (Sociedad española de cuidados Paliativos)<sup>(19)</sup>, Plan de cuidados paliativos a pacientes en la fase final de la vida CAPV 2006-2009<sup>(20)</sup>. OMS y leyes publicadas en el BOE y BOA.

Se utilizan los descriptores en español: cuidados paliativos, cuidados de enfermería, plan de cuidados, tratamiento dolor, papel de enfermería en cuidados paliativos.

Los términos en inglés MeSH: palliative care, nursing care, plan care. Asociados con los booleanos "AND/OR/NOT"

Base de datos	Palabra clave	Artículos encontrados	Artículos utilizados
Cuiden Plus	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	378	3
Scielo	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	42	3
Pubmed	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	74	2
Nure Investigation	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	62	1
Index Enfermeria	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	178	1
Chrocane Plus	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	23	2
Google búsqueda guías	cuidados paliativos, enfermería, plan cuidados enfermeros	100	3

## DESARROLLO

### Caso clínico

#### Antecedentes Personales

Paciente de 55 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas. Con antecedentes de Epilepsia secundaria a hematoma subdural secundaria a TCE por accidente laboral en 1997. Neumotórax espontáneo. Tabaquismo y enolismo y adicción a tóxicos hasta 1997.

Enfermedad Oncológica, el **primer síntoma**: estudio de nódulo pulmonar.

El **primer diagnóstico** fue un **cáncer escamoso** el 24/09/2009 en **hipofaringe** con posible afectación en la entrada de esófago cervical, sin claros signos de infiltración cricoidal, ni de musculatura paravertebral. T4 N2 Mo después de TAC y broncoscopia.

El **primer tratamiento** fue 5/11/2009 **QT (TPFx3)** con reducción al 75%.



**24/11/2009: Fibroscopia:** reducción >50% adenopatías de predominio izquierdas reducidas.

**Diciembre de 2.009 Fibroscopia:** no lesión pero con progresión ganglionar con palpación izquierda.

**25/01/2010: Radioterapia hasta 16/03/2010 + Quimioterapia (CDDP) (x3).**

**23/04/2010 Biopsia AP:** ausencia de invasión tumoral.

**Mayo 2010: TC Cervicotorácico:** engrosamiento del pliegue ariepiglótico sin cambios con persistencia de adenopatías en las cadenas yugulares bilaterales y espinal accesorio. Aparecen cambios bullosos apicales bilaterales. **PET-TC:** lesión a hipofaringe de leve hipermetabolismo (Index 2.02) que se corresponden con severos cambios post-tratamiento y que no cumplen criterios estrictos de malignidad, no signos metabólicos de enfermedad locorregional ganglionar ni de lesiones que sugieren M1.

**1/09/2010 TC Cervical y Torácico:** Respecto TC previo de mayo de 2010, control n. de seno piriforme, con adenopatías necrosadas en c. yugular izquierda, con progresión.

**15/09/2010: Vaciado radical izquierdo modificado** con conservación adenopatías de glándula submaxilar, en biopsia se observa invasión de partes blandas por un carcinoma de células escamosas (carcinoma epidermoide en **noviembre 2010: quimioterapia (carbo+gmz).**

**11/01/2011 TC de cuello con contraste+ TC Tórax.** Control de neoplasia de si piriforme izquierda con quimioterapia + radioterapia+ vaciamiento radical modificado. Cambios de origen postquirúrgico con persistencia de asimetría de pliegues aritenoepiglótis y adenopatía necrosada laterocervical izquierda, sin cambios significativos respecto TC previo. Engrosamiento focal de la glándula suprarrenal izquierda, a valorar según historia.

**Febrero de 2011** nódulo retro auricular izquierdo sobre cicatriz.

**23/02/2011 exéresis de lesión cutánea AP: carcinoma escamoso.**

**Marzo 2011 QT (PACLI 175) (x4).**

**Abril 2011 Lesiones retro auriculares** que parecen haber segmentado.

**Mayo 2011:** Consulta UFISS para control sintomático. El paciente realizó **6 ciclos de QT** con evidencia de progresión, iniciándose tratamiento con **UTEFOS**.

### **CASAR BAJO CINCA DE FRAGA**

**El 31/08/2011** acude a urgencias del consorcio Bajo Cinca de Fraga por fiebre de 38°C tras haber estado ingresado hacia 9 días en Lérida "Hospital Arnau de Vilanova" por disfagia a sólidos.

Durante su ingreso en planta el paciente permaneció clínica y termodinámicamente estable pero con importantes picos febriles los primeros días de su ingreso.

Se instauró antibioterapia con cefalosporina de 3º generación. Con progresiva mejoría a pesar de que ocasionalmente presentó febrícula que se atribuyó a su proceso neoplásico de base. Fue dado de alta el **12/09/2011**.

El **20/10/2011** reingresa otra vez en la planta de Hospitalización del consorcio Bajo Cinca de Fraga derivado de la Unidad del dolor de Lérida por importante empeoramiento clínico y mal control de la sintomatología dolorosa acompañada de disfagia intensa para seguimiento y control de los cuidados del paciente paliativo.

En su **exploración** se valora importante afectación del estado general, caquexia, palidez mucocutánea. Hemodinámicamente estable, con tensiones correctas, afebril. A nivel cardíaco, rítmico, sin soplos sobreañadidos ni signos de descompensación cardíaca. Eupneico. Abdomen excavado, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, no se palpan masas ni megalias.

A nivel neurológico, consciente y orientado sin signos meníngeos.

No edemas, no signos de TVP. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

### **Evolución clínica:**

Durante su ingreso en planta el paciente presentó progresivo empeoramiento clínico que requirió colocación de perfusión continua de fármacos analgésicos potentes para el control de la sintomatología.

El paciente fue **EXITUS el 7 de noviembre de 2011** a las 7:30 de la mañana.

Ver tratamiento médico. (Anexos 1 -3)

### **VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS SEGÚN VIRGINIA HENDERSON <sup>(14)</sup>**

#### **1.- NECESIDAD DE OXIGENACIÓN**

Durante su ingreso precisó oxigenación con gafas nasales a 2 l x´.

#### **2.- NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN**

Mal estado general, caquexia, presentó disfagia a sólidos relacionado con tumoración hipofaringe.

#### **3.- NECESIDAD DE ELIMINACIÓN**

Durante su ingreso refirió estreñimiento que precisó Duphalac. En cuanto la eliminación urinaria el paciente tuvo continencia vesical y la micción fue normal.

#### **4.- NECESIDAD DE MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA**

Tuvo buena movilización hasta el estadio final de su proceso en la que en los últimos días no podía deambular y refirió disnea a mínimos esfuerzos.

#### **5.- NECESIDAD DE REPOSO Y SUEÑO**

El dolor dificultó la calidad del sueño del paciente por lo que tenía despertares abruptos con crisis de dolor agudo que le generaron ansiedad y malestar general.

## **6.- NECESIDAD DE USAR PRENDAS DE VESTIR**

La masa tumoral en zona latero cervical izquierda dificultaba vestirse cómodamente.

## **7.- NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN**

Durante su último ingreso tuvo picos febriles de  $>38^{\circ}\text{C}$  relacionados con la tumoración que precisaron analgesia. Provocando disconfort y malestar general. Dificultando su manejo por tener antecedentes de crisis epilépticas.

## **8.- NECESIDAD DE HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL**

En el último ingreso hospitalario precisó cura diaria de la tumoración retro auricular con abundante exudado que precisó ser curado con suero fisiológico y betadine provocando gran aumento de dolor, precisando rescates de cloruro mórfico.

## **9.- NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS**

Presentó inestabilidad en la etapa final de su enfermedad con riesgo de caídas.

## **10.- NECESIDAD DE COMUNICARSE**

A lo largo de todo su proceso se pudo ir valorando como fue pasando por todas las fases del proceso del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Con plenas facultades de la evolución de su patología.

## **11.- NECESIDAD DE VIVIR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES.**

Durante su ingreso hospitalario no manifestó sentimientos religiosos.

## **12.- NECESIDAD DE TRABAJAR Y REALIZARSE**

Había tramitado una incapacidad laboral desde hacía 2 años.

### **13.- NECESIDAD DE PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS**

Durante su ingreso no manifestó tener actividades recreativas dado el estado avanzado de su enfermedad.

### **14.- NECESIDAD DE APRENDIZAJE**

Conocedor de su proceso patológico y del estadio de su enfermedad, aunque apareció una negación reiterada de su aceptación con arranques de rabia e incompreensión.

En la valoración de enfermería al ingreso se pasó al paciente el cuestionario Barthel Pfeiffer, escala de dolor, escala de Karnofsky y escala de sobrecarga del cuidador principal (Zarit), (ver escalas en anexos 4-8).

El cuestionario Barthel al ingreso que valora el nivel de dependencia para las actividades de la vida diaria, el resultado al segundo ingreso hospitalario fue de 45, que indica una dependencia moderada, este índice fue disminuyendo en su fase final.

Con respecto al cuestionario Pfeiffer que valora el deterioro cognitivo, el resultado, fue de 0 errores. Según fue avanzando la enfermedad su resultado se fue modificando por desorientación y agitación.

Con relación a la escala del dolor, al ingreso fue de 7 que indica una intensidad alta de nivel de dolor que en algunos momentos y sobretodo en la fase final alcanzó niveles más elevados.

Con respecto a la escala de Zarit que valora el índice de sobrecarga del cuidador principal al ingreso y la escala Karnofsky que valora la calidad de vida de las personas que sufren cáncer, estas dos escalas no se llegaron a pasar, pero tanto la una como la otra dada la gravedad del paciente en su última fase hubiesen dado una mayor puntuación.

Tras haber desarrollado la 1ª etapa que es la Valoración, las siguientes etapas que son la elaboración de los Diagnósticos, Planificación y Ejecución, (adjuntas en los anexos 9 al 15) en el que se desarrolla todas las intervenciones enfocadas al paciente en su fase terminal.

## **Evaluación**

En relación con la aplicación del plan de cuidados paliativos en la fase terminal del último ingreso hospitalario que duró 20 días desde 20-10-2011 al 7-11-2011. Se pudo observar como el paciente fue pasando por todas las fases del duelo desde la negación, ira, rabia, negociación depresión y aceptación, se intentó favorecer al máximo su autonomía ayudándole a satisfacer sus necesidades y ofreciendo soporte a su familiar más cercano en este caso su hermano. La dificultad más dura fue el manejo del dolor en el que en su etapa de consciencia pedía continuamente rescates de mórnicos. Según cómo iba evolucionando su enfermedad y viendo el mal pronóstico de la misma y luchando hasta el final tanto él como su familia solicitaron la sedación.

## **CONCLUSIONES**

El modelo de Cuidados Paliativos tiene como pilar básico la visión global de la persona y la búsqueda del bienestar a través del cuidado, aspecto que hace que la enfermera trabaje en un contexto muy cercano a la familia.

La aportación profesional enfermera en CP es imprescindible para hacer de los cuidados un valor cualitativo, visible y medible en el proceso de atención y en las organizaciones sanitarias.

La estructuración interdisciplinar como método de trabajo en CP, facilita que la enfermera participe en la toma de decisiones, intervenga en el diálogo interdisciplinar y gestione y facilite el proceso asistencial. La necesidad del rol profesional enfermero en CP para poder plantear y defender el cuidado personalizado como uno de los ejes centrales de la atención paliativa.

En este sentido:

- Es necesario definir y consolidar el desarrollo de las competencias enfermeras en CP, para ofrecer una práctica avanzada de calidad que garantice la excelencia en las intervenciones que se ofrezcan a los pacientes y a sus familias desde una perspectiva del cuidado humanista e integral.

- Es necesario contemplar la práctica profesional del proceso de cuidados enfermeros en el marco de un modelo conceptual y en el desarrollo y aplicación del método científico enfermero (proceso de atención de enfermería: valoración, identificación de problemas, diagnósticos, planificación, ejecución y evaluación de los resultados).

- Es necesario la visión y aportación específica en el seno de un equipo multidisciplinar derivada de la competencia profesional. La práctica compartida con otras disciplinas requiere comunicación,

capacitación y compromiso profesional, así como soporte administrativo e institucional.

- El plan de cuidados tiene que ir adaptado a las necesidades de cada paciente y familia, en él que es prioritario una buena elaboración de las 5 etapas del proceso enfermero, así como una buena coordinación entre atención especializada y primaria, dado que algunos de los pacientes sufren a lo largo de su enfermedad varios reingresos en los que enfermería juega un papel crucial en una continua elaboración de un plan adaptado a sus necesidades.



## BIBLIOGRAFIA

- (1) Informe de un comité de expertos de la OMS. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. Serie de informes técnicos nº 804 ed. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 1990 (consultado el 17-03-2013).
- (2) SECPAL. Libro Blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la sociedad europea de cuidados paliativos. SECPAL 2012 (consultado el 3-03-2013).
- (3) Shirley du Boulay. *Cicely Saunders. Fundadora del movimiento Hospice de Cuidados Paliativos*. 1st ed. España: Ediciones Palabra, S.A; 2011 (consultado el 16-03-2013).
- (4) Astudillo W, Mendinueta C, Orbegozo A. Presente y futuro de los cuidados paliativos. 2006 (consultado el 14-03-2013).
- (5) Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 41/2002 de 14 noviembre. 2002; Available at: <http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>. Accessed 17/03/2013, 274.
- (6) Amorín Calzada M.J. Programa de cuidados paliativos de Aragón. Departamento de Sanidad y Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón 2009 (consultado el 16-03-2013).
- (7) Alexandra Torres A, Olivia Sanhuesa A. Modelo estructural de enfermería de calidad de vida e incertidumbre frente a la enfermedad. 2006 (consultado el 17-03-2013).
- (8) Marín N, Kessel H, Rodriguez M, Barnosi A, Lazo A, Amat E. Sedación terminal: el último recurso ante una "mala muerte". Revista Española Geriatria y Gerontologia 2003 (consultado el 17-03-2013).
- (9) Busquets M. La gestión del cuidado en Enfermería. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas 2005 Consultado el 15-03-2013).
- (10) Colliere MF. Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers. International Journal of Nursing Studies, 1986; Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0020748986900015>. Accessed 18-03-2013.
- (11) Alberdi Castell RM, Cuxart Ainaud N. Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. 2005; Available at: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>. Accessed 18-03-2013.

- (12) Zarate R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. 2004; Available at: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000100009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009). Accessed 16-03-2013.
- (13) Codorniu N, Bleda M, Albuquerque E, Guanter L, Adell J, García F , Barquero A. Cuidados enfermeros en Cuidados Paliativos: análisis, consenso y retos. Index de enfermería 2011 (consultado 04-03-2013).
- (14) Luis Rodrigo M.T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez C. De la teoría a la práctica. 3rd ed. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2005 (consultado 4-02-2013).
- (15) Trujillo Montalban M, Guerra Rodriguez S, Ramirez Martín F. Caso clínico: Aplicación del proceso enfermero en una cura paliativa. 2012 (consultado el 22-03-2013).
- (16) Heather Herdman T, PhD, RN. Diagnostico enfermeros (NANDA) Definiciones y clasificación 2009-2011. 2009-2011 ed. Barcelona (España): Elsevier; 2009 (consultado el 04-02-2013).
- (17) Moorhead S, Johnson M, Maas M.L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4th ed. Barcelona (España): Elsevier; 2009 (consultado el 04-02-2013).
- (18) Bulechek G. M, Butcher Howard K, Mccloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5th ed. Barcelona (España): Elsevier Mosby; 2009 (consultado el 4-02-2013).
- (19) SECPAL. Guia de cuidados paliativos. SECPAL 2002 (consultado el 03-03-2013).
- (20) CAPV. Plan de cuidados paliativos: atención a los pacientes en la fase terminal de la vida CAPV, 2006-2009. 2006; Available at: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones\\_informes\\_estudio/es\\_publicos/adjuntos/planCiudadadosPaliativos.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckpubl02/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_publicos/adjuntos/planCiudadadosPaliativos.pdf). Accessed 17 de marzo de 2013.

## ANEXOS:

### TRATAMIENTO MÉDICO

#### ANEXO 1

##### Tratamiento en el ingreso: Del 20-10-2011 al 25-10-2011

Tratamiento	Pauta
Pantoprazol 20	(1-0-0)
Fortecortin 4 mg	(1-0-0)
Ibuprofeno 600	(1-1-1)
Oxicontin 40	(1-0-1)
Gabapentina 300	(1-1-1)
Fenitoina	(1-½-1)
Abstral 100 si dolor	c/ 4 horas
Topamax 100	(½-1-1)
Orfidal	a las 23 h
Magnesia sobres	(1-1-1)
Primperan	½ ampolla c/ 8h
Cloruro Mórfico 15 mg	c/4h
Diazepan 5 mg	si ansiedad
Dolantina ½ + 50 SF	
Tranxilium 5 c/ 8h	(1-1-1)
Si dolor entre tomas Cloruro Mórfico. Dar Abstral entre tomas de Cloruro Mórfico si precisa.	

## ANEXO 2

### Tratamiento en el ingreso: Del 26-10-2011 al 01-11-2011

Tratamiento	Pauta
Pantoprazol 20	(1-0-0)
Fortecortin 4 mg	(1-1-1)
Fenitoina	(1-½-1)
Topamax 100	(½-1-1)
Magnesia sobres	(1-1-1)
Abstral 100 si dolor	c/ 4 horas
Diazepan 5 mg	si ansiedad
S.Fisiológico 500 (B.P.C) con 7 amp Cloruro Mórfico+10 mg Midazolam2 amp Haloperidol + 3 amp Buscapina	21 ml/h
Perfalgan 1 g	Si fiebre > 37,7°C, 1 g c/ 8h.
(1 amp de cloruro Mórfico + 9 cc SF)	si no cede el dolor 2 cc extra a los 15´-20´
Hudson 1 amp de Flumil + SF	c/ 8h.

## ANEXO 3

### Tratamiento en el ingreso: Del 02-11-2011 al 07-11-2011

Tratamiento	Pauta
Abstral 100 si dolor severo	No administrar con morfina
S.Fisiológico 500 (B.P.C) con 8 amp Cloruro Mórfico+15 mg Midazolam+2 amp Haloperidol + 3 amp Buscapina	21 ml/h
Perfalgan 1 g	Si fiebre > 37,7°C, 1 g c/ 8h.
(1/2 amp de cloruro Mórfico + 9 cc SF)	si no cede el dolor 2 cc extra a los 15´-20´
SF 10% 1000 cc	c/ 24 h
Midazolam 3 mg	Si dolor o agitación
Valium 10 mg ev lento diluido 100 SF	a las 23 h.
Perfalgan 1 g(Si fiebre > 37,7°C )	1 g c/ 8h.
(1 amp de cloruro Mórfico + 9 cc SF)	si no cede el dolor 2 cc extra a los 15´-20´
Hudson 1 amp de Flumil + SF	c/ 8h.

## ESCALAS DE VALORACION

### ANEXO 4

#### ESCALA DE BARTHEL

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).</li> <li>Necesita ayuda.</li> <li>Necesita ser alimentado.</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.</li> <li>Necesita cualquier ayuda.</li> </ul>	<b>5</b> <b>0</b>
<b>VESTIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...</li> <li>NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.</li> <li>DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>ASEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...</li> <li>NECESITA ALGUNA AYUDA.</li> </ul>	<b>5</b> <b>0</b>
<b>USO DE RETRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.</li> <li>NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>DEFECACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.</li> <li>Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.</li> <li>INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>MICCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.</li> <li>Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.</li> <li>INCONTINENTE.</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.</li> <li>NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.</li> <li>INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.</li> <li>DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	<b>15</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.</li> <li>NECESITA AYUDA física o verbal.</li> <li>INCAPAZ de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	<b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>
<b>TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es INDEPENDIENTE.</li> <li>NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).</li> <li>NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.</li> <li>Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.</li> </ul>	<b>15</b> <b>10</b> <b>5</b> <b>0</b>

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

<b>Resultado y grado de dependencia</b>	
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
>= 60	Leve
100	Independiente

## ANEXO 5

### ESCALA PFEIFFER

ITEMS	ERRORES
¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su nº de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
<b>Puntuación final</b>	

El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

## ANEXO 6

### ESCALA ZARIT

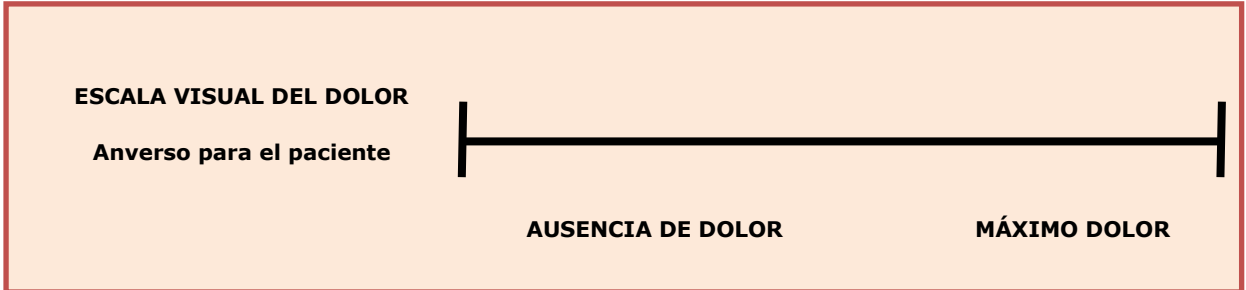
<p><b>Instrucciones para la persona cuidadora:</b>                      A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.</p>	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.?					
9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?					

Los puntos de corte recomendados son:

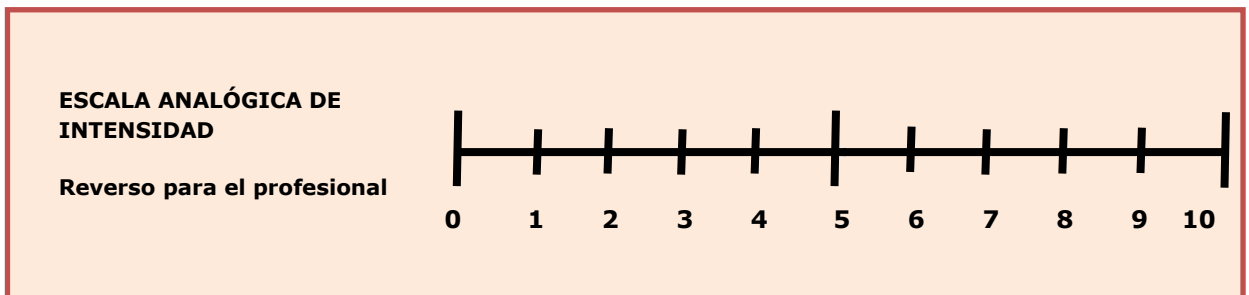
- < 46 No sobrecarga
- 46-47 a 55-56 Sobrecarga leve
- > 55-56 Sobrecarga Intensa

## ANEXO 7

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)



Mostrando al paciente el anverso gradúa la intensidad de su dolor desde su ausencia hasta el máximo dolor posible



En el reverso que no se muestra al paciente, el profesional ve una escala analógica de 0 a 10 y anota en qué punto sitúa al paciente el nivel.

Se considera mal control del dolor por encima de EVA 3



## ANEXO 8

### ÍNDICE DE KARFNOSKI

ACTIVIDADES	PUNTUACIÓN
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad.	100
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves.	90
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos.	80
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo.	70
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.	60
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.	50
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.	40
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.	30
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario.	20
Moribundo, irreversible.	10
Muerto	0

Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad:

- **100** Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad.
- **90** Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios.
- **80** Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos.
- **70** Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo. Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día.
- **60** Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidar de sí mismo.
- **50** Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Sólo puede cuidarse en parte. Encamado durante más del 50 % del día.
- **40** Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales.
- **30** Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo. Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.
- **20** Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo.
- **10** Moribundo.
- **0** Muerto.

**PLAN DE CUIDADOS**  
**ANEXO 9**

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>(00133) <b>Dolor Crónico r/c enfermedad oncológica m/p informes verbales de dolor.</b></p>	<p><b>Resultados:</b> conocimiento: manejo del dolor (1843)</p> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Estrategias para controlar el dolor (184304)</li> <li>-Uso correcto de la medicación prescrita(184308)</li> <li>-Importancia de seguir el régimen de la medicación (184318)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b> Manejo del dolor(1400):</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Realizar la valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</li> <li>-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones).</li> <li>-Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales.</li> </ul> <p><b>Intervención:</b> Administración de analgésicos (2210)</p> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comprobar órdenes médicas en cuanto al tto, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.</li> <li>-Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que sea severo.</li> <li>-Determinar el analgésico adecuado, vía de administración y dosis para conseguir un efecto óptimo.</li> <li>-Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con el dolor severo.</li> </ul>

## ANEXO 10

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
(00146) <b>Ansiedad r/c agravamiento de síntomas físicos y psíquicos m/p nerviosismo, inquietud, angustia y palpitaciones.</b>	<p><b>Resultado:</b> Autocontrol de la ansiedad (1402)</p> <p><b>Indicadores:</b> -Planificación de estrategias de superación efectivas(140206) -Controla la respuesta de ansiedad (1402217)</p>	<p><b>Intervención:</b> disminución de la ansiedad(5820):</p> <p><b>Actividades:</b> -Tratar de comprender la perspectiva del paciente ante una situación que le provoca ansiedad. -Escuchar con atención. -Animar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. -Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>
(00147) <b>Ansiedad ante la muerte r/c empeoramiento de su patología m/p sentimientos de ira y rabia</b>	<p><b>Resultado:</b> Autocontrol de la ansiedad (1402) -Utiliza estrategias para superar situaciones estresantes (05) -Controla la respuesta de ansiedad (17)</p> <p>Control del miedo (1404) -Utiliza estrategias de superación efectivas (06)</p>	<p><b>Intervención:</b> -disminución de la ansiedad (5820) -Apoyo emocional (5270) -Escucha activa (2920)</p> <p><b>Actividades:</b> -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones.</p>

## ANEXO 11

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>(00096) <b>Deprivación del sueño relacionado con malestar (físico y psicológico) manifestado por verbalización por parte del paciente de la incapacidad para conciliar el sueño</b></p>	<p><b>Resultados:</b>            -Descanso (0003)            -Sueño (0004)</p> <p><b>Indicadores:</b>            -Calidad del sueño (000402)            -Patrón del sueño(000403)</p>	<p><b>Intervención:</b>            -Mejorar el sueño (1850)</p> <p><b>Actividades:</b>            -Explicar la importancia del sueño adecuado durante la enfermedad.            -Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas, dolor/molestias y/o psicológicos (ansiedad o miedo) que interrumpen el sueño.            -Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.</p> <p><b>Intervención:</b>            Terapia de relajación simple(6040)</p> <p><b>Actividades:</b>            -Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación.            -Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.            -Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.            -Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.</p>

## ANEXO 12

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>(00120 ) <b>Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional m/p verbalizaciones y expresiones por parte del paciente de impotencia, inutilidad, incapacidad para afrontar los acontecimientos, preocupación.</b></p>	<p><b>Resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Autoestima(1205)</li> <li>-Imagen corporal (1200)</li> <li>-Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)</li> </ul> <p><b>Indicadores:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Comunicación abierta (120507)</li> <li>-Sentimientos sobre su propia persona (120519)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Potenciación de la autoestima (5400)</li> <li>-Potenciación de la imagen corporal (5220)</li> <li>-Aumentar el afrontamiento (5230)</li> <li>-Potenciación de roles (5370)</li> <li>-Escucha activa (4920)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hacer preguntas o frases que animen a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.</li> <li>-Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.</li> <li>-Identificar problemas predominantes.</li> <li>-Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.</li> </ul>
<p>(00062) <b>Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c complejidad de las tareas de cuidados, enfermedad grave y cambiante del receptor, inexperiencia</b></p>	<p><b>Resultados:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bienestar del cuidador/a familiar(2508)</li> <li>-Apoyo familiar durante el tratamiento ( 2609)</li> </ul> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Colaborar con los proveedores de asistencia sanitaria (260911).</li> <li>-Piden información sobre procedimientos (260904).</li> <li>-Piden información sobre la condición del paciente (2609045)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Potenciación de roles (5370)</li> <li>-Apoyo al/la cuidador/a principal(7040)</li> <li>-Aumentar los sistemas de apoyo(5440)</li> <li>-Apoyo a la familia (7140)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.</li> <li>-Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</li> <li>-Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia y paciente.</li> <li>-Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados, incluyéndolos en la toma de decisiones acerca de los cuidados.</li> <li>-Ayudar a la familia adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para proporcionar los cuidados al paciente.</li> </ul>

## ANEXO 13

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC) E INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
(00183) <b>Disposición para mejorar el confort r/c fase terminal de enfermedad oncológica m/p manifestación de deseos de aumentar la relajación y confort.</b>	<p><b>Resultado:</b> Muerte confortable (2007)</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Calma (200701)</li> <li>-Bienestar psicológico (200722)</li> <li>-Apoyo de la familia (200724)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b> Cuidados de la agonía (5260)</p> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay dolor.</li> <li>-Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario.</li> <li>-Modificar el ambiente en función de las necesidades y los deseos del paciente.</li> <li>-Identificar las prioridades de cuidados del paciente.</li> </ul>
	<p><b>Resultado:</b> Calidad de vida (2000)</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dignidad (200014)</li> <li>-Satisfacción con el estado de ánimo general (200011)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Facilitar el perdón (5280)</li> <li>-Dar esperanza (5310)</li> <li>-Cuidados en la agonía (5260)</li> </ul> <p><b>Actividades</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Observar si hay dolor.</li> <li>-Minimizar la incomodidad cuando sea posible.</li> <li>-Posponer la alimentación cuando la persona se encuentre fatigado.</li> <li>- Ayudar a los cuidados básicos, si es necesario.</li> <li>-Quedarse físicamente cerca de la persona atemorizada.</li> </ul>
(00066) <b>Sufrimiento espiritual r/c agonía ante la muerte m/p sentimiento de desesperación</b>	<p><b>Resultado:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bienestar espiritual (2001)</li> <li>-Esperanza (1201)</li> <li>-Resolución de la aflicción (1304)</li> <li>-Muerte digna (1303)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Restablecimiento de la salud bucodental (1730)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una rutina de cuidados bucales.</li> <li>-Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.</li> <li>-Enseñar y ayudar a la persona a realizar la higiene bucal después de las comidas.</li> <li>-Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.</li> <li>-Recomendar medidas que favorecen la salivación.</li> <li>-Ayudar a seleccionar alimentos suaves.</li> </ul>
(00045) <b>Deterioro de la mucosa oral r/c sequedad y aftas bucales m/p malestar y discomfort</b>	<p><b>Resultado</b> Salud bucodental (1100)</p> <p><b>Indicadores</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aseo personal de la boca (01)</li> <li>-Humedad de la mucosa bucal y de la lengua (10)</li> <li>-Integridad de la mucosa bucal (12)</li> </ul>	<p><b>Intervención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Restablecimiento de la salud bucodental (1730)</li> </ul> <p><b>Actividades:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Establecer una rutina de cuidados bucales.</li> <li>-Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.</li> <li>-Enseñar y ayudar a la persona a realizar la higiene bucal después de las comidas.</li> <li>-Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis.</li> <li>-Recomendar medidas que favorecen la salivación.</li> <li>-Ayudar a seleccionar alimentos suaves.</li> </ul>

## ANEXO 14

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN (Problema salud real o potencial)	INTERVENCIONES (NIC)
<b>Anorexia-Caquexia-Desnutrición</b>	<b>1030 Manejo de los trastornos de la alimentación</b> <b>1050 Alimentación</b> <b>1120 Terapia nutricional</b> <b>1160 Monitorización nutricional</b>
<b>Caídas-Lesiones</b>	<b>6486 Manejo ambiental: seguridad</b> <b>6490 Prevención de las caídas</b> <b>6654 Vigilancia: seguridad</b> <b>6580 Sujeción física</b> <b>6610 Identificación de riesgos</b>
<b>Convulsión</b>	<b>2620 Monitorización neurológica</b> <b>2680 Manejo de las convulsiones</b> <b>2690 Precauciones contra las convulsiones</b> <b>6650 Vigilancia</b>
<b>Depresión</b>	<b>5230 Aumentar el afrontamiento</b> <b>5270 Apoyo emocional</b> <b>5400 Potenciación de la autoestima</b>
<b>Disnea-Tos</b>	<b>2300 Administración de medicación</b> <b>3140 Manejo de las vías aéreas</b> <b>3160 Aspiración de secreciones</b> <b>3250 Mejorar la tos</b> <b>3320 Oxigenoterapia</b> <b>3350 Monitorización respiratoria</b>
<b>Estreñimiento</b>	<b>0430 Manejo intestinal. Control de la evacuación</b> <b>0450 Manejo del estreñimiento/ impactación</b> <b>2340 Administración de medicación pautada (laxantes)</b>
<b>Infección</b>	<b>3660 Cuidado de las heridas</b> <b>6540 Control de las infecciones</b> <b>6550 Protección contra las infecciones</b> <b>7820 Manejo de muestra</b>

## ANEXO 15

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN (Problema salud real o potencial)	INTERVENCIONES (NIC)
Insomnio	<b>1850 Mejorar el sueño</b> <b>2380 Manejo de la medicación</b> <b>6040 Terapia de relajación simple</b> <b>6482 Manejo ambiental: confort</b>
Fiebre	<b>2080 Manejo de líquidos y electrolíticos</b> <b>3740 Tratamiento de la fiebre</b> <b>3900 Regulación de la temperatura</b> <b>6680 Monitorización de signos vitales (tª)</b>
Riesgo derivado de procedimientos Diagnósticos y/o Terapéuticos	<b>2300 Administración de medicación</b> <b>6650 Vigilancia</b> <b>6680 Monitorización de los signos vitales</b> <b>7710 Colaboración con el médico.</b>