

Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca

Trabajo Fin de Grado

Plan de Cuidados individualizado a un paciente con cáncer de pulmón en estado terminal.

Autor/es

Lucía Simón Luis

Director/es

Ana Calvo Gascón

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	7
2. OBJETIVOS	12
Objetivo general:	12
Objetivos específicos:	12
3. METODOLOGÍA	12
Diseño del estudio.	12
Estrategia de búsqueda.	12
4. DESARROLLO	14
PRESENTACIÓN DEL PACIENTE	14
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	17
PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	21
1. FASE DIAGNÓSTICA Y DE PLANIFICACIÓN	21
2. FASE DE EJECUCIÓN	37
3. FASE DE EVALUACIÓN	38
5. CONCLUSIONES	38
6. BIBLIOGRAFÍA	39
7. ANEXOS	45
7.1. ANEXO 1: DATOS DE MORTALIDAD DEL CÁNCER DE PULMÓN EN ARAGÓN	45
7.2. ANEXO 2: ESCALAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES	48
ESCALA MUST	48
ESCALA NORTON	49
ESCALA EVA	50
ESCALA DOWNTON	51
ESCALA BARTHEL	52
7.3. ANEXO 3: ESCALAS DE LOS INDICADORES NOC	54
ESCALA 02	54
ESCALA 14	54
ESCALA 01:	54
ESCALA 13:	54
ESCALA 19:	54
ESCALA 06:	55

RESUMEN

El cáncer es una de las enfermedades de mayor importancia a nivel mundial, siendo el de pulmón el tercero más frecuente en España. Su principal factor de riesgo es el tabaco. Este tipo de cáncer es uno de los más agresivos y presenta una alta mortalidad.

Dentro del cáncer de pulmón se pueden encontrar diferentes tipos, el más frecuente es carcinoma de células no pequeñas.

El paciente con esta patología presenta diferentes síntomas mediante los cuales se identifica la enfermedad, junto con las diferentes pruebas diagnósticas. Hoy en día se encuentra mucha diversidad en los tratamientos para este tipo de cáncer, pero existe la posibilidad del fracaso de todas las opciones terapéuticas apareciendo la necesidad de recurrir a los cuidados paliativos.

El objetivo de este trabajo es realizar un plan de cuidados individualizado de un paciente con cáncer de pulmón en estado terminal.

La metodología utilizada para ello ha sido la realización de una búsqueda bibliográfica en bases de datos, fuentes de información primarias y secundarias.

Las palabras clave utilizadas para la búsqueda han sido "Lung Neoplasms", "Nursing", "cáncer", "pulmón", "enfermería".

Como conclusión se puede decir que las intervenciones enfermeras organizadas a través de un plan de cuidados facilitan la labor de enfermería y contribuyen a la mejora de la calidad de vida del paciente.

ABSTRACT

Cancer is one of the most important diseases in the world. And lung cancer is the third most frequent in Spain. The main risk factor is tobacco. This type of cancer is one of the most aggressive and it has a high mortality rate.

Different types of lung cancer can be found, being the most common the non-small cell carcinoma.

The patient with this pathology will have different symptoms wich make it possible to identify the disease, with the different diagnostic tests.

Nowadays there is much diversity in the treatments for this type of cancer, but the failure of all therapeutic options may be possible, in wich case the need to resort to palliative care will arise.

The objective of this project is make a individualized care plan of a patient with lung cancer in terminal status.

The methodology was the performance of a bibliographic search in databases, primary and secondary sources of information.

The key words which I used for the search was "Lung Neoplasms", "Nursing", "*cáncer*", "*pulmón*", "*enfermería*".

As a conclusion it is possible to assert that nursing interventions organized through a plan of care, make the nurse's work easier and contribute to an improvement in the patient's life quality.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El cáncer es una de las enfermedades de mayor importancia a nivel mundial.

En España la previsión de la incidencia de cáncer realizadas por *REDECAN* (*Red Española de Registros de Cáncer*), *estimó que el número total de casos nuevos por año para 2020 sería de 277.394*. Respecto a la incidencia de años atrás, concretamente 2015, supondría un incremento del 8,7%.

El cáncer de pulmón es el tercero más frecuente en España. Según REDECAN, para 2020 se estimaron 21.847 casos nuevos.

En España el cáncer es la segunda causa de muerte (1). Además, es importante destacar que en Aragón, tiene un gran impacto debido a su alto índice de mortalidad (Anexo 1).

La diferencia de casos entre hombres y mujeres es muy significativa, siendo de 4/1000 habitantes en hombres comparado con el 1/1000 habitantes en mujeres. Siendo este tipo de cáncer la principal causa de muerte en los hombres (2-4).

Desde los años 90 se observa una tendencia descendente de los casos, actualmente de 1,9%. Pero este no es el caso de nuestra comunidad ya que estas cifras descendentes se observan en todas las comunidades de España excepto en Castilla-La Mancha y Aragón.

En el caso de las mujeres, no es una de las principales causas de muerte pero se evidencia una tasa ascendente del 3% anual de nuevos casos.

Se podría afirmar que estos datos se deben a que en los últimos años se observa un descenso del consumo de tabaco en hombres y un aumento en las mujeres (1). Esto revela que el principal factor de riesgo del cáncer de pulmón es el consumo de tabaco, responsable de un 80-90% de los casos. El riesgo de padecer cáncer de pulmón en los fumadores es 9 veces superior al riesgo de los no fumadores. Cabe destacar la importancia de que, no solo es factor de riesgo el consumo directo de tabaco, sino también la exposición continua al humo de este (1,5).

El cáncer de pulmón es uno de los tipos de cáncer más agresivos. Además de su alta mortalidad, se debe tener en cuenta su baja supervivencia. Se estima una supervivencia entre el 9 y 15% de casos a los 5 años del diagnóstico, debido a su difícil detección temprana (6).

Nuestro organismo es capaz de controlar el proceso de crecimiento y reemplazo celular. Cuando este mecanismo de regulación se altera en una célula, esta crece de forma incontrolada dando lugar a un tumor. Puede darse el caso de que dicha célula sea capaz invadir tejidos de alrededor (proceso conocido como infiltración) y proliferar a otras partes del organismo (proceso conocido como metástasis), momento en el cual dicho tumor pasa a denominarse tumor maligno. Se habla de cáncer de pulmón cuando ese tumor maligno tiene origen en el pulmón (7).

El cáncer de pulmón se clasifica en 2 grandes grupos.

Se puede encontrar el carcinoma de células pequeñas o microcíticas: comprende el 10-15% de todos los cánceres pulmonares. Localizado en la mayoría de las ocasiones en la zona central de los pulmones. Por otro lado, se puede encontrar el carcinoma de células no pequeñas o no microcíticas: comprende el 85-90% de todos los cánceres pulmonares. Dentro de este último tipo se encuentran 3 subtipos: Adenocarcinoma, representa el 45% de los carcinomas de pulmón, Carcinoma escamoso o epidermoide que corresponde al 30% del total de los carcinomas y por último, carcinoma de células grandes que supone el 10% del total (6).

Los síntomas del cáncer de pulmón dependen de la localización, tipo y extensión del tumor, algunos de los más frecuentes son:

Tos persistente: en el caso de personas con tos crónica, cambios en el patrón habitual de la tos.

Disfonía: presencia de cambios en la voz. Es una posible complicación debido a la extensión del tumor al mediastino y la afectación del nervio recurrente encargado de movilizar las cuerdas vocales.

Disfagia: dificultad para tragar. Aparece cuando el tumor o algunos ganglios afectados llegan a comprimir el esófago.

Infecciones respiratorias persistentes: infecciones respiratorias de aparición constante o que no llegan a curarse y que no mejoran con el tratamiento habitual.

Algunos síntomas que pueden aparecer ante un cáncer de pulmón más avanzado son: pérdida del apetito, cansancio, debilidad, confusión, mareos o pérdida de peso.

En el diagnóstico del cáncer de pulmón se debe tener en cuenta diferentes aspectos. En primer lugar, observar los síntomas que presenta el paciente y comprobar si es fumador, si lo ha sido en el pasado o ha sido fumador pasivo. También se debe tener en cuenta los antecedentes familiares y personales de cualquier enfermedad pulmonar u oncológica (8).

Las pruebas que se realizan para el diagnóstico de este tipo de cáncer son:

La Broncoscopia o Fibrobroncoscopia: es la prueba diagnóstica específica para determinar la etiología de este tipo de cáncer. Su objetivo consiste en examinar la tráquea y los bronquios desde el interior. Se introduce un broncoscopio portador de fibra óptica en las vías respiratorias, esto nos permite visualizar en un monitor todo su recorrido. Además, no solo tiene función de visualización, sino también la capacidad de tomar muestras de lesiones sospechosas para su posterior análisis. Se necesitará el uso de anestesia para esta prueba.

La Punción con aguja fina permite obtener células de la lesión mediante la realización de una punción torácica, siempre guiado bajo el control de una tomografía computerizada. Está indicada cuando se tiene evidencias de que el tumor (o lesión sospechosa) se halla en una zona periférica del tórax, ya que es más difícil acceder con el broncoscopio.

La Tomografía Axial Computerizada (TAC) se basa en la toma de imágenes de diferentes zonas del cuerpo y en diferentes ángulos y perspectivas. En el caso del cáncer de pulmón se realiza en 3 zonas: TAC torácico, para la visualización de los pulmones. TAC abdominal, para detectar metástasis a órganos abdominales como el hígado. TAC craneal, con la función principal de detectar posible metástasis cerebral.

También se realizan otras pruebas como el análisis de sangre y orina, la RX de tórax y la gammagrafía ósea, que son comunes al diagnóstico de otros tipos de cáncer (9).

La evolución del cáncer de pulmón puede ser muy rápida, incluso a veces indetectable hasta el punto de que su diagnóstico se realiza por los síntomas que produce la aparición de metástasis en otros órganos del cuerpo. La distribución de la metástasis por el cuerpo depende del tipo de cáncer de pulmón. Ante la presencia de un adenocarcinoma o de un carcinoma epidermoide los lugares anatómicos más frecuentes son los ganglios regionales, el pulmón contralateral, las glándulas suprarrenales y el hígado. En el caso de un cáncer de células pequeñas se suele encontrar metástasis en los ganglios regionales, pulmón contralateral, glándulas suprarrenales y en los ganglios distales. Por último, cuando el paciente padece un carcinoma de células grandes los lugares más habituales de aparición de metástasis son los ganglios regionales, el hígado y los ganglios distales (10).

Una vez diagnosticado el cáncer de pulmón encontramos diferentes líneas de tratamiento. La elección del mejor para cada paciente se realiza en función del tipo de cáncer, tamaño, estadio, edad del paciente y sus preferencias.

Algunos de los tratamientos más habituales para el cáncer de pulmón son los siguientes:

Cirugía: Es la opción seleccionada para estadios I, II y III de cualquier tipo histológico de tumor excepto el de células pequeñas o que otros problemas personales descarten la cirugía. Las más practicadas son lobectomía, extracción del todo el lóbulo pulmonar, pneumonectomía, extracción de un

pulmón entero y resección bronquial cuando hay afectación bronquial. Cualquier tipo de cirugía se acompaña, en la mayoría de los casos, de tratamiento preventivo con quimioterapia o radioterapia.

Las demás opciones son quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida o terapia combinada (11). En el caso de que los tratamientos mencionados no sean capaces de detener el avance de la enfermedad será el momento de recurrir a los cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos buscan aportar herramientas médicas, psicológicas y espirituales para aliviar el sufrimiento del paciente y hacer estos momentos lo más llevaderos posible. La atención al final de la vida se debe centrar en las necesidades individualizadas de cada persona, debe ser de calidad y permitir una muerte conforme a los valores de cada uno (11,12).

Además se debe tener en cuenta que las intervenciones de carácter paliativo se tienen que basar fundamentalmente en las necesidades de los pacientes antes que en un plazo concreto de supervivencia.

Estos cuidados se deben poner en marcha desde el momento en que a un paciente se le diagnostica una enfermedad incurable y progresiva con un pronóstico de vida limitado.

Los últimos días de vida de un paciente es uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar. Aparecen situaciones de gran intensidad tanto física como emocional para el paciente y su familia. Ante las múltiples y complejas necesidades de estos últimos días, el abordaje de la situación desde el sistema sanitario debe tener un enfoque que procure aliviar el sufrimiento de forma que se consiga una buena calidad de vida y una buena muerte, llegado el momento (12).

La elección de este tipo de cáncer para este trabajo de fin de grado es por el gran impacto que tiene en la calidad de vida del paciente, familia y entorno.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

Realizar un plan de cuidados individualizado de un paciente con cáncer de pulmón en estado terminal.

Objetivos específicos:

- Conocer las necesidades alteradas en un paciente con cáncer de pulmón en estado terminal.
- Formular y priorizar los diagnósticos identificados.
- Establecer las intervenciones indicadas para mejorar la calidad de vida del paciente.

3. METODOLOGÍA

Diseño del estudio.

El diseño de este trabajo está basado en la elaboración de un plan de cuidados de enfermería individualizado a un paciente con carcinoma epidermoide pulmonar.

Para su desarrollo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en bases de datos, fuentes de información primarias y secundarias.

Estrategia de búsqueda.

Para esta revisión se consultaron varias fuentes de información:

Fuentes de información primarias como libros disponibles en la biblioteca de la Universidad de Zaragoza (Tabla 2), revistas científicas y páginas web de la Cartera de servicios de Aragón y la Asociación Española contra el cáncer. Fuentes de información secundarias como bases de datos, concretamente PubMed y Cuiden (Tabla 1). También un motor de búsqueda, Google Académico.

Se utilizaron las palabras clave obtenidas del Descriptor de Ciencias de la Salud (DeCS), combinadas de diferentes formas mediante los operadores booleanos "AND" y "OR".

Por último, seleccionamos la información en base a los criterios de inclusión y exclusión (Tabla 3).

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	RESULTADOS HALLADOS	RESULTADOS UTILIZADOS
PubMed	"Lung Neoplasms" AND "Nursing"	13	1
Cuiden	"cáncer" AND "pulmón" AND "enfermería"	62	1

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica. Creación propia.

TÍTULO DEL LIBRO	AUTOR	AÑO	EDICIÓN
Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)	Gloria M. Bulechek Howard K. Butcher Joanne M. Dochterman Cheryl M. Wagner	2014	6
Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017	NANDA International	2014	1
Manual de diagnósticos de enfermería	Marjory Gordon	2007	11
Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)	Sue Moorhead Marion Johnson Meridean L. Maas	2014	5

	Elizabeth Swanson		
Los diagnósticos enfermeros	María Teresa Luis Rodrigo	2008	8

Tabla 2: Libros utilizados. Creación propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos o documentos que contengan las palabras clave y que responden a la búsqueda.	Artículos o documentos que contengan las palabras clave pero que no responden a la búsqueda.
Documentos con año de publicación en 2002 o posterior.	Documentos con año de publicación anterior al 2002.
Documentos redactados en castellano o inglés.	Documentos redactados en cualquier otro idioma.

Tabla 3: Criterios de inclusión/exclusión. Creación propia.

4. **DESARROLLO**

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Varón de 52 años de edad. Actualmente vive en su casa con su mujer. Tiene una hija que no vive en el domicilio. Autónomo para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Sin alergias medicamentosas conocidas y no presenta otras enfermedades.

En lo referente a los antecedentes familiares, no encontramos antecedentes de enfermedades oncológicas, pero sí de enfermedades pulmonares, su padre padeció EPOC y su hermana tiene asma.

Respecto a los hábitos de vida no fuma en la actualidad, aunque estuvo fumando al menos un paquete diario desde los dieciocho años hasta el diagnóstico de la enfermedad.

El paciente fue diagnosticado de cáncer hace un año ocho meses. Padece un cáncer de pulmón de origen primario y localización central de células no pequeñas, cáncer de células grandes con metástasis hepática.

Desde el momento del diagnóstico se inició el tratamiento con quimioterapia y radioterapia. La cirugía quedó descartada desde el inicio debido a la localización central del tumor ya que conllevaba muchos riesgos. Durante el primer año el tratamiento ayudo a remitir los síntomas, la patología estaba aparentemente controlada, pero a partir del año y dos meses los síntomas volvieron a aparecer.

Desde ese momento ha tenido 2 ingresos, siendo el ultimo el más importante. Estuvo veintitrés días ingresado, debido a "dificultad para respirar, hinchazón abdominal, dolor en la parte superior abdominal y constante debilidad". En base a los síntomas se le realizaron diferentes pruebas diagnósticas, análisis de sangre y orina, RX de tórax, TAC abdominal y resonancia magnética. De esta manera fue como se identificó la presencia de metástasis en el hígado.

Ingresa ahora, tres meses después, refiriendo infecciones respiratorias muy frecuentes, cambios en el patrón de la tos, con presencia de hemoptisis y disnea habitual, por lo que es portador de gafas nasales a dos litros por minuto. También un fuerte dolor en el pecho que aumenta mucho al respirar. Además fuertes dolores de cabeza y a veces pérdidas de memoria.

Se hacen diferentes preguntas al paciente en el momento del ingreso para poder realizar posteriormente una valoración integral.

Respecto a los hábitos alimenticios comenta que a medida que pasan los días pierde el apetito y come menos, además de que no bebe suficientes líquidos. Aunque todavía presenta un buen estado nutricional. Se evalúa el riesgo de desnutrición mediante el uso de la escala *Must* con un resultado de riesgo alto de desnutrición (Anexo 2). En base a este resultado se deriva al servicio de nutrición para continuar con el estudio.

Presenta escapes de orina involuntarios, por lo que ha empezado a utilizar pañales. A pesar de ello a nivel fecal es continente y es autónomo para la realización de la higiene. La piel se aprecia íntegra y sin lesiones, aunque sí se aprecia una piel seca y comenta que en ocasiones tiene sequedad de boca

debido al uso de oxígeno, por lo que realiza enjuagues diarios. También es independiente para la selección de su ropa, vestirse y desvestirse.

Cuando se le pregunta por su movilidad refiere tener alguna dificultad. Presenta una constante debilidad que no le permite andar durante un rato prolongado ya que en ese caso le produce fatiga. Además en ocasiones esa fatiga le llega a producir mareos. Comenta que ya sufrió una caída en su domicilio hace unas semanas debido a dichos mareos. Desde entonces si es necesario utiliza un andador. Por este motivo se evalúa el riesgo de caídas mediante la escala *Downton*: resultado de 3 puntos, lo que significa que el paciente presenta riesgo notable de caídas (Anexo 2).

Debido a la cantidad de horas que pasa encamado se evalúa el riesgo de desarrollo de úlceras por presión mediante la escala *Norton* con un resultado de 14 puntos. El paciente presenta riesgo medio para el desarrollo de úlceras por presión. (Anexo 2).

Respecto a sus hábitos de sueño refiere tener dificultades para dormir. Comenta que le cuesta conciliar el sueño debido a la situación personal "Cuando llega la noche suelo tener ansiedad debido a que tengo más tiempo para pensar y darle vueltas a la cabeza".

También dice que no consigue descansar, ya que en la mayoría de las noches se despierta debido al dolor. Toma medicación para dormir y para controlar el dolor, pero últimamente afirma no ser suficiente. Se evalúa el grado de dolor mediante la escala *EVA* con un resultado de 6 puntos, lo cual significa dolor fuerte. (Anexo 2)

Al preguntarle por posibles problemas para la comunicación el paciente no refiere tener ninguna alteración visual o auditiva y su lenguaje es perfectamente comprensible. Comenta que siempre ha estado acompañado por su mujer y desde que empezó todo el proceso de la enfermedad su hija ha estado muy presente. Es con ellas con quien comparte sus emociones diariamente, sus miedos y sus posibles complicaciones de la enfermedad.

Respecto a su vida laboral el paciente informa de que continuó trabajando a pesar del diagnóstico de su enfermedad hasta que tuvo que pedir la baja laboral por a la dificultad para estar activo tantas horas. A pesar de esto

afirma seguir manteniéndose activo realizando las actividades recreativas de las que más disfruta. Comenta que le gusta ver series y películas con su mujer, los dos son muy cinéfilos. Si ella no está, le gusta pasar el tiempo realizando sudokus y leyendo novelas.

Por último, al preguntarle por el aprendizaje sobre su patología afirma haber estado al corriente de todo el proceso de la enfermedad y tratamientos, desde el momento del diagnóstico. Preguntó al personal sanitario sobre recursos donde informarse y actualmente es conocedor de todo el proceso.

Para completar la información se realiza la escala *Barthel*, que valora la discapacidad funcional para la realización de las ABVD. La puntuación fue de: 75 lo que significa que el paciente presenta una dependencia leve. (Anexo 2)

Desde el momento del ingreso se realizan diferentes pruebas: Análisis de sangre y orina, después del cual se le deja una vía de acceso venoso periférico colocada, RX de tórax y TAC abdominal y torácico y resonancia magnética. Mediante estas pruebas se detectó la extensión de la metástasis a ganglios linfáticos regionales y distales. Se comunica al paciente que se encuentra en la fase terminal de la enfermedad. Se le ofrece la oportunidad de iniciar los cuidados paliativos, a lo que el paciente inicialmente se niega.

Tras 10 días de ingreso intentando controlar los síntomas, el paciente nos comunica su decisión y deseo de iniciar los cuidados paliativos.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería consiste en obtener datos que aporten información sobre el estado de salud del paciente a partir de técnicas como la observación, la entrevista y el examen físico. Además se tendrán en cuenta datos de interés aportados por los exámenes de laboratorio, la historia clínica y pruebas diagnósticas (30).

Se iniciará evaluando el estado de las necesidades del paciente en base a las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.

Se ha seleccionado esta forma de valoración ya que es el modelo elegido en Aragón, emplea una terminología de fácil comprensión y, además, es un

modelo de valoración que observa al paciente de manera holística, viendo a la persona compuesta por los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que interactúan entre sí.

La valoración se realizará dividiendo los datos en las 14 necesidades. Dentro de cada necesidad se organizarán los datos en Manifestaciones de dependencia (MD): datos que aportan información sobre acciones que el paciente podría mejorar mediante la fuerza física (f.f.), la fuerza psíquica (f.p.) o la voluntad (v); Manifestaciones de independencia (MI): los datos que aportan información sobre acciones que el paciente realiza de manera correcta y Datos a considerar (DC): los datos que aportan información que se debe conocer sobre el paciente pero que no es dependiente de su f.f, f.p. o v. (Tabla 4).

VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON			
1: Respirar normalmente.	MD: No se observan.	MI: Lleva gafas nasales para evitar la disnea.	DC: Exfumador.
2: Comer y beber adecuadamente.	MD: No se observan.	MI: Autónomo para la alimentación. Actualmente Presenta un buen estado nutricional.	DC: Presenta riesgo de desnutrición alto respecto a la escala <i>Must</i> .
3: Eliminar por todas las vías corporales.	MD: No se observan.	MI: No se observan.	DC: Continente a nivel fecal. Usa pañales para los escapes de orina.

4: Moverse y mantener posturas adecuadas.	MD: No se observan.	MI: No se observan.	DC: Utiliza andador si es necesario.
5: Dormir y descansar.	MD: Le cuesta conciliar el sueño debido a la ansiedad.	MI: No se observan.	DC: Se despierta por las noches debido al dolor. Toma medicación para dormir y controlar el dolor. Resultado 6 (dolor fuerte) en la escala EVA.
6: Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.	MD: No se observan.	MI: Autónomo para vestirse y desvestirse.	DC: No constan.
7: Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.	MD: No se observan.	MI: No se observan.	DC: No constan.
8: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.	MD: No se observan.	MI: Autónomo para la realización de la higiene.	DC: Presenta sequedad de piel y mucosas

		Realiza enjuagues diarios por la sequedad de boca.	Resultado de 14 puntos en la escala <i>Norton</i> .
9: Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.	MD: No se observan.	MI: No se observan.	DC: Resultado escala <i>DOWNTON</i> : 3. Presenta riesgo de caídas.
10: Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.	MD: No se observan.	MI: Comparte con su mujer y su hija sus temores respecto a su salud y el avance de la enfermedad.	DC: Visión y audición sin alteraciones. Lenguaje comprensible.
11: Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.	MD: No se observan.	MI: No se observan.	DC: No constan.
12: Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.	MD: No se observan.	MI: Trabajo hasta que tuvo que pedir la baja laboral por su patología.	DC: no constan.
13: Participar en actividades recreativas.	MD: No se observan.	MI: realiza actividades que le mantienen entretenido: ver películas o series	DC: No constan.

		con su mujer, hace sudokus y lee novelas.	
14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.	MD: No se observan.	MI: Se informo enseguida sobre el proceso de su enfermedad.	DC: No constan.

Tabla 4: Valoración de las 14 necesidades. Creación propia.

En base a esta valoración integral y el estado actual del paciente se realizará el plan de cuidados de enfermería donde se seleccionarán y priorizarán los diagnósticos enfermeros más adecuados.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. FASE DIAGNÓSTICA Y DE PLANIFICACIÓN

La fase diagnóstica del plan de cuidados consiste en identificar los problemas de salud del paciente que son relevantes para Enfermería, basándose en las necesidades de la valoración que se encuentran alteradas.

Los diagnósticos de enfermería se crearon alrededor de los años 60 y han ido evolucionando hasta que se estableció un lenguaje internacional. Este lenguaje son los diagnósticos de Enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. También se estableció una nomenclatura internacional para las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados de Enfermería (NOC).

A continuación se pasa a la fase de planificación, en la cual se establecerán las actividades que enfermería realizará con el paciente para prevenir o corregir los problemas identificados en la valoración y de los cuales se han formulado los diagnósticos (30).

1.1. DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA

DEFINICIÓN
<p>Los diagnósticos de autonomía son aquellos que muestran una falta de capacidad física del paciente para hacer por sí mismo las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades (29).</p> <p>Esta falta de capacidad puede ser total o parcial, en función de si el paciente necesita una suplencia en todas las actividades o si tan solo necesita ayuda en algunos momentos. También puede ser temporal: cuando se debe a un acontecimiento concreto y posteriormente se va a recuperar la movilidad; o permanente: cuando el paciente no va a recuperar esa capacidad.</p>
DIAGNOSTICO DE AUTONOMÍA
Movilización y mantenimiento de una buena postura: suplencia parcial.
OBJETIVO
Facilitar la movilización corporal y conservar en todo momento la fuerza y tono muscular.
INTERVENCIÓN
Ayuda para moverse y mantener el tono y la fuerza muscular.

Tabla 5: Diagnósticos de autonomía. Creación propia.

1.2. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

DEFINICIÓN	
<p>Los problemas de colaboración se podrían definir como: <i>Problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el medico (29).</i></p> <p>Estos se denominan problemas de colaboración reales (PC) cuando dicho problema está instaurado y se requiere poner una solución o tratamiento. Por otro lado, se denominarán problemas de colaboración potenciales (CP) cuando dicho problema no se ha instaurado todavía pero hay posibilidades de que ocurra. Por lo tanto, habrá que poner medidas preventivas.</p>	
PROBLEMAS DE COLABORACIÓN(PC)/COMPLICACIONES POTENCIALES (CP)	
PC	Dolor secundario a analgesia insuficiente.
PC	Sequedad de boca secundaria a uso de oxígeno con gafas nasales.
CP	Riesgo de ulceración de las fosas nasales y pabellones auriculares secundaria a uso de gafas nasales de oxígeno.
CP	Flebitis, extravasación, acodamiento, desalojo u obstrucción secundaria a catéter venoso periférico.
CP	Riesgo de desnutrición secundaria a la falta de apetito.

Tabla 6: Problemas de colaboración/ Complicaciones potenciales. Creación propia.

1.3. **DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA**

DEFINICIÓN
Según la definición aceptada por la NANDA: <i>los diagnósticos enfermeros son un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable (29).</i>
NECESIDAD: RESPIRAR NORMALMENTE
DIAGNOSTICO NANDA
<p><u>[00030] Deterioro del intercambio de gases r/c patrón respiratorio ineficaz (ff) m/p saturación de oxígeno baja (hipoxemia)</u></p> <p>DEFINICIÓN: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono.</p>
RESULTADOS NOC
<p>[0415] Estado respiratorio</p> <p>DEFINICIÓN: Movimiento del aire hacia dentro y fuera de los pulmones e intercambio alveolar de dióxido de carbono y oxígeno.</p> <p>Indicadores: (Escalas en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- [41501] Frecuencia respiratoria. ESCALA 02: 2- [41503] Profundidad de la inspiración. ESCALA 02: 3- [41508] Saturación de oxígeno. ESCALA 02: 2- [41515] Disnea de pequeños esfuerzos. ESCALA 14: 2 <p>[2103] Severidad de los síntomas</p> <p>DEFINICIÓN: Gravedad de las respuestas adversas físicas, emocionales y sociales.</p> <p>Indicadores: (Escalas en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none">- [210301] Intensidad del síntoma. ESCALA 14: 2

- [210302] Frecuencia del síntoma. ESCALA 14: 3
- [210304] Discomfort asociado. ESCALA 14: 3
- [210305] Inquietud asociada. ESCALA 14: 2

INTERVENCIONES NIC

[3390] Ayuda a la ventilación

DEFINICIÓN: Estimulación de un esquema respiratorio espontáneo óptimo que maximice el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono en los pulmones.

Actividades:

- Mantener una vía aérea permeable: Asegurarse de que no hay obstrucción por objetos o secreciones.
- Colocar al paciente de forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios: Elevar la cabecera de la cama cuando el paciente esté tumbado.
- Mantener el oxígeno suplementario a los 2 litros por minuto prescritos por orden médica (p.o.m.).
- Administrar los analgésicos necesarios para evitar la hipoventilación por dolor al respirar.
- Administrar los broncodilatadores/inhaladores prescritos por orden médica que favorezcan la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio de gases.
- Valorar la instauración de nebulizaciones para mejorar la ventilación.

[3350] Monitorización respiratoria

DEFINICIÓN: Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado.

Actividades:

- Vigilar la frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones del paciente, además del esfuerzo necesario, cada 6 horas (h).

- Observar si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos cada 6h.
- Valorar la instauración de nebulizaciones para expulsar secreciones.
- Valorar la necesidad de aspirar secreciones en base a los ruidos respiratorios.
- Colocar un pulsioxímetro de dedo con los sistemas de alarma acorde a los valores de saturación de oxígeno del paciente: Alarma con saturación de oxígeno (SatO2) < 90%.
- Comprobar que el paciente es capaz de toser eficazmente.

[3320] Oxigenoterapia

DEFINICIÓN: Administración de oxígeno y control de su eficacia.

Actividades:

- Preparar el equipo de oxígeno: gafas nasales, toma de oxígeno y humidificador, y administrar.
- Vigilar que el flujo de oxígeno este según el prescrito p.o.m: 2 litros por minuto.
- Enseñar y recordar al paciente la importancia de llevar las gafas nasales y que el aporte de oxígeno siempre este encendido.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia (manteniendo la SatO2 > 95%) mediante el uso de un pulsioxímetro o si fuese necesario la realización de una gasometría arterial.
- Asegurarse de que se le proporciona oxígeno al paciente en cualquier posible traslado.

Tabla 7: Diagnósticos de independencia. Necesidad: respirar normalmente. Creación propia.

NECESIDAD: ELIMINAR POR TODAS LAS VÍAS CORPORALES.
DIAGNOSTICO NANDA
<u>[00015] Riesgo de estreñimiento r/c disminución de la actividad y poca ingesta de líquidos (ff, fp)</u>

DEFINICIÓN: Susceptible de evacuación infrecuente o difícil de heces, que puede comprometer la salud.

RESULTADOS NOC

[1902] Control del riesgo

DEFINICIÓN: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.

Indicadores: (Escala en Anexo 3)

- [190201] Reconoce los factores de riesgo personales. ESCALA 13: 4
- [190203] Controla los factores de riesgo personales. ESCALA 13: 3
- [190205] Adapta las estrategias de control del riesgo. ESCALA 13: 3
- [190207] Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas. ESCALA 13: 3

[1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos

DEFINICIÓN: Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

Indicadores: (Escala en Anexo 3)

- [100803] Ingestión de líquidos orales. ESCALA 06: 2
- [100804] Administración de líquidos IV. ESCALA 06: 5

INTERVENCIONES NIC

[4120] Manejo de líquidos

DEFINICIÓN: Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir las complicaciones derivadas de los niveles de líquidos anormales o no deseados.

Actividades:

- Controlar la ingesta de líquidos: Proporcionar al paciente una botella de 1,5L y controlar que beba una diariamente.

- Favorecer la ingesta oral de líquidos: proporcionar una pajita si fuese necesario, ofrecer líquidos según gusto del paciente (zumos, leche, etc.)
- Administrar líquidos de sueroterapia según prescripción p.o.m.
 - Distribuir la ingesta de líquidos en las 24h del día.

Tabla 8: Diagnósticos de independencia. Necesidad: Eliminar por todas las vías corporales. Creación propia.

NECESIDAD: DORMIR Y DESCANSAR
DIAGNOSTICO NANDA
<p><u>[00198] Trastorno del patrón del sueño r/c aumento del dolor (c,ff.) m/p Despertarse sin querer.</u></p> <p>DEFINICIÓN: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.</p>
RESULTADOS NOC
<p>[0003] Descanso</p> <p>DEFINICIÓN: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.</p> <p>Indicadores: (Escala en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - [301] Tiempo del descanso. ESCALA 01: 2 - [303] Calidad del descanso. ESCALA 01: 1 - [304] Descansado físicamente. ESCALA 01: 2 - [305] Descansado mentalmente. ESCALA 01: 1 - [308] Descansado emocionalmente. ESCALA 01: 1 <p>[0004] Sueño</p> <p>DEFINICIÓN: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p> <p>Indicadores: (Escala en Anexo 3)</p>

- [402] Horas de sueño cumplidas. ESCALA 01: 2
- [406] Sueño interrumpido. ESCALA 14: 2
- [407] Hábito de sueño. ESCALA 01: 2
- [410] Despertar a horas apropiadas. ESCALA 01: 3
- [419] Cama confortable. ESCALA 01: 5
- [420] Temperatura de la habitación confortable. ESCALA 01: 5
- [425] Dolor. ESCALA 14: 1

INTERVENCIONES NIC

[2300] Administración de medicación

DEFINICIÓN: Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

Actividades:

- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos a demanda: Aumento de medicamentos para control del dolor y para dormir.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente: que la medicación administrada sea efectiva y el paciente no se despierte por dolor.
- Documentar la administración de la medicación de rescate en el caso de que el paciente la necesite.

[6482] Manejo ambiental: confort

DEFINICIÓN: Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.

Actividades:

- Proporcionar una habitación individual que facilite el descanso, si es posible.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo: no entrar en la habitación si no es alguna actividad que no se pueda posponer.
- Ajustar la temperatura ambiental al gusto y necesidad del paciente.

- Ajustar la iluminación en cada momento/actividad, evitando la luz directa en los ojos.

[1850] Mejorar el sueño

DEFINICIÓN: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

Actividades:

- Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente.
 - Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, dolor/molestias) y/o psicológicas (miedo) que interrumpen el sueño.
- Ajustar el ambiente para favorecer el sueño: luz apagada, ruido mínimo, temperatura adecuada para no pasar exceso de frío ni calor, colchón adecuado y cama con la cabecera ligeramente elevada para ayudar a la respiración.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño, por ejemplo, tomar un vaso de leche caliente o relajarse viendo alguna película o leyendo.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama: Exceso de bebidas que hagan al paciente despertarse para ir al baño, bebidas con cafeína como te o café o alimentos de difícil digestión que puedan producir molestias antes de dormir.
- Fomentar el aumento de las horas de sueño, realizando siestas a lo largo del día, si llegase a ser necesario.

Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.

Tabla 9: Diagnósticos de independencia. Necesidad: Dormir y descansar.
Creación propia.

NECESIDAD: MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL
DIAGNOSTICO NANDA
<p><u>[00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c ingesta inadecuada de líquidos (c, fp) m/p sequedad de piel.</u></p> <p>DEFINICIÓN: Susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.</p>
RESULTADOS NOC
<p>[0602] Hidratación</p> <p>DEFINICIÓN: Agua adecuada en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</p> <p>Indicadores: (Escalas en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - [60201] Turgencia cutánea. ESCALA 01: 2 - [60202] Membranas mucosas húmedas. ESCALA 01: 1 - [60215] Ingesta de líquidos. ESCALA 01: 1 <p>[1101] Integridad tisular: piel y membranas mucosas</p> <p>DEFINICIÓN: Integridad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</p> <p>Indicadores: (Escalas en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - [110103] Elasticidad. ESCALA 01: 3 - [110104] Hidratación. ESCALA 01: 2 - [110113] Integridad de la piel. ESCALA 01: 5 - [110119] Descamación cutánea. ESCALA 14: 3
INTERVENCIONES NIC
<p>[2080] Manejo de líquidos/electrolitos</p> <p>DEFINICIÓN: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.</p> <p>Actividades:</p>

- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de empeoramiento de la deshidratación: oliguria, saliva espesa.
- Administrar líquidos: Dar al paciente una botella de agua de 1.5L y controlar que beba una por día.
- Favorecer la ingesta oral: Proporcionar al paciente líquidos orales según preferencias (leche, zumos, etc.)
- Minimizar la ingesta de alimentos y bebidas con efectos diuréticos (te, café, etc.)
- Asegurarse de que todos los dispositivos (IV) funcionan al ritmo correcto prescrito p.o.m., sobre todo si no están regulados por una bomba.

[3584] Cuidados de la piel: tratamiento tópico

DEFINICIÓN: Aplicación de sustancias tópicas o manipulación de dispositivos para promover la integridad de la piel y minimizar la pérdida de la solución de continuidad.

Actividades:

- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa bucal: usar cacao labial y realizar enjuagues diarios para aliviar la sequedad bucal.
- Aplicar emolientes de forma diaria después de la higiene en las zonas de mayor sequedad en la piel.
- Inspeccionar diariamente la piel en busca de posibles lesiones de nueva aparición.
- Retirar el esparadrapo y los restos con cuidado ante posible aumento de la descamación de la piel.

[3590] Vigilancia de la piel

DEFINICIÓN: Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.

Actividades:

- Observar si hay un aumento de la sequedad de la piel.
- Observar si hay zonas de presión o fricción que empeoren las zonas de sequedad de la piel.

- Observar y documentar cualquier cambio de la piel.
- Instaurar medidas para evitar mayor deterioro: Aplicar cremas hidratantes y ácidos grasos hiperoxigenados cada día después de la higiene para mejorar la hidratación de la piel.

Tabla 10: Diagnósticos de independencia. Necesidad: Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel. Creación propia.

NECESIDAD: EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS
DIAGNOSTICO NANDA
<p><u>[00303] Riesgo de caídas del adulto r/c deterioro de la movilidad física m/p uso de dispositivos de asistencia para la ambulación: andador.</u></p> <p>DEFINICIÓN: Susceptibilidad del adulto de experimentar un evento que resulte en acabar echado en el suelo o en otro nivel inferior por descuido, que puede comprometer la salud.</p>
RESULTADOS NOC
<p>[1939] Control del riesgo: caídas.</p> <p>DEFINICIÓN: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir caídas.</p> <p>Indicadores: (Escala en Anexo 3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - [193903] Reconoce los riesgos personales que le pueden ocasionar caídas. ESCALA 13: 3 - [193909] Utiliza dispositivos de asistencia para reducir el riesgo de caídas. ESCALA 13: 4 - [193927] Solicita la asistencia necesaria en la deambulación para reducir el riesgo de caídas. ESCALA 13: 3 <p>[1909] Conducta de prevención de caídas.</p>

DEFINICIÓN: Acciones personales o del cuidador familiar para minimizar los factores de riesgo que podrían producir caídas en el entorno personal.

Indicadores: (Escala en Anexo 3)

- [190901] Utiliza dispositivos de ayuda correctamente. ESCALA 13: 3
- [190903] Coloca barreras para prevenir caídas. ESCALA 13: 4
- [190912] Adapta la altura de la silla según sea necesario. ESCALA 13: 4
- [190913] Adapta de la altura de la cama según sea necesario. ESCALA 13: 4
- [190923] Pide ayuda. ESCALA 13: 4

INTERVENCIONES NIC

[6490] Prevención de caídas.

DEFINICIÓN: Establecer precauciones especiales en pacientes con alto riesgo de lesiones por caídas.

Actividades:

- Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas: la fatiga y mareos que le produce caminar.
- Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia: presencia de una caída previa.
- Proporcionar dispositivos de ayuda: (andador para caminar) para conseguir una marcha estable en los trayectos que necesite realizar el paciente.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse cuando lo necesite.
- Disponer sillas de altura adecuada, con respaldo y apoyabrazos para un traslado más sencillo cuando sea preciso.
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.

DIAGNOSTICO NANDA

[00148] Temor r/c avance de la enfermedad m/p insomnio y verbalización del paciente.

DEFINICIÓN: Respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata (American Psychological Association).

RESULTADOS NOC

[1210] Nivel de miedo

DEFINICIÓN: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

Indicadores: (Escala en Anexo 3)

- [121005] Inquietud. ESCALA 14: 1
- [121008] Dificultades de concentración. ESCALA 14: 3
- [121015] Preocupación por la fuente del miedo. ESCALA 14: 1
 - [121026] Incapacidad para dormir. ESCALA 14: 2
 - [121028] Fatiga. ESCALA 14: 2
- [121031] Temor verbalizado. ESCALA 14: 2

[1404] Autocontrol del miedo

DEFINICIÓN: Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicadores: (Escala en Anexo 3)

- [140404] Evita fuentes de miedo cuando es posible. ESCALA 13: 3
- [140406] Utiliza estrategias de superación efectivas. ESCALA 13: 3
 - [140407] Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. ESCALA 13: 3
 - [140411] Mantiene las relaciones sociales. ESCALA 13: 3
 - [140417] Controla la respuesta de miedo. ESCALA 13: 3

INTERVENCIONES NIC

[5270] Apoyo emocional

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

Actividades:

- Comentar la situación de la enfermedad y el inminente desenlace con el paciente.
- Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza con sus allegados cada vez que sea necesario.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
- Proporcionar ayuda en la toma de decisiones siempre que el paciente lo solicite.

[5880] Técnica de relajación

DEFINICIÓN: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

Actividades:

- Mantener la calma de una manera deliberada: enseñar al paciente a identificar el momento en que sufre miedo y enseñarle como relajarse (haciendo respiraciones profundas y lentas, intentar controlar los pensamientos y distraerse realizando otras actividades.)
- Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente: su mujer y su hija.
- Proporcionar tiempo y espacio para estar a solas si el paciente lo pide y necesita.
- Sentarse y hablar con el paciente siempre que lo solicite.
- Proporcionar ansiolíticos, si llega a necesitarlos, siempre p.o.m.

[5230] Mejorar el afrontamiento

DEFINICIÓN: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades:

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal: asegurarse de que acepta sus cambios de aspecto de forma adecuada.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad: asegurarse de que el paciente sabe lo que implica su situación de desenlace final.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener: situación actual de su enfermedad, tratamientos actuales, síntomas o posibles efectos secundarios...
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados: la necesidad de ayuda para la deambulación, el uso de terapia IV...
- Alentar una actitud positiva sobre cómo manejar los sentimientos de impotencia: expresándolos con personas de confianza, manifestando las emociones como lloros o enfado que sea necesario, etc.
- Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos con sus allegados.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo con quien lo necesiten: personal cualificado, personal sanitario presente en los cuidados, otros allegados, etc.

Tabla 11: Diagnósticos de independencia. Necesidad: Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. Creación propia.

2. FASE DE EJECUCIÓN

La siguiente etapa es la ejecución. Consiste en la puesta en marcha del propio plan de cuidados y se deben realizar tres pasos: preparación, tanto del material necesario como del propio paciente, familiares y del equipo sanitario

que intervenga, ejecución de las diferentes actividades e intervenciones planeadas y por último el registro de todas las actividades realizadas (30).

3. FASE DE EVALUACIÓN

La última etapa es la evaluación. En esta parte del proceso se compara el estado de salud actual del paciente con el inicial y se valora si las necesidades afectadas han sido satisfechas mediante las actividades realizadas. Esto se realiza mediante la revisión de los indicadores NOC y observando que cada uno de ellos ha aumentado de puntuación en su respectiva escala.

En caso contrario, en el que alguno de los indicadores NOC no hayan mejorado, se debe volver a la fase valoración para reevaluar y rehacer dicho plan de cuidados, ya que esto es indicativo de que no se han satisfecho todas las necesidades afectadas del paciente (30).

5. CONCLUSIONES

- Se han conocido las necesidades alteradas en un paciente con cáncer de pulmón en estado terminal.
- Se han formulado y priorizado los diagnósticos identificados.
- Se han establecido las intervenciones necesarias para mejorar la calidad de vida del paciente.
- Como conclusión final, se puede afirmar que las intervenciones enfermeras organizadas a través de un plan de cuidados facilitan la labor de enfermería y contribuyen a la mejora de la calidad de vida del paciente.

6. **BIBLIOGRAFÍA**

1. Ministerio de sanidad. Estrategia en cáncer del sistema nacional de salud. [Internet]. Cartera de servicios de Aragón. 2021. [30 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/26206141/EstrategiaCancer_2020.pdf/098d85a2-88ff-6705-8e45-6331c85e2178?version=1.0&t=1661413376037
2. Gobierno de Aragón, Departamento de sanidad. Informe de mortalidad por cáncer de pulmón. Aragón 2020. [Internet]. Cartera de servicios de Aragón. 2021 [30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/2020+Mortalidad+por+c%C3%A1ncer+de+pulm%C3%B3n+en+Arag%C3%B3n.pdf/4ccb4e20-4ec0-5f24-e54c-ddd9342c56fe?t=1653992997875>
3. Gobierno de Aragón, Departamento de sanidad. Informe de mortalidad por cáncer de pulmón. Aragón 2019. [Internet]. Cartera de servicios de Aragón. 2020 [30 de enero de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Mortalidad_Cancer_Pulmon_Aragon_2019.pdf/5b4bf8ea-6707-a770-1dac-366ccf38d684?t=1633351640652
4. Gobierno de Aragón, Departamento de sanidad. Informe de mortalidad por cáncer de pulmón. Aragón 2018. [Internet]. Cartera de servicios de Aragón. 2019 [30 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/Mortalidad+por+cancer+de+pulmon+en+Aragon+2018.pdf/0c67d598-4e2d-61b1-d32d-215b86b489af?t=1592476296403>
5. Gobierno de Aragón, Departamento de sanidad. Garantizar espacios sin humo en todos los espacios públicos. [Internet]. Cartera de

servicios de Aragón. [30 de enero de 2023]. Disponible en:
https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/ARGUMENTARIO_NVA_LEY_TABACO.pdf/d83d0de0-fc59-0903-7374-16e1bdee0e1f?version=1.0&t=1565947177375

6. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2021 [2021; 7 de marzo de 2023]. Todo sobre el cáncer- Tipos de cáncer- Cáncer de pulmón; 5. Disponible en:
<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon>
7. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2021 [2021; 7 de marzo de 2023]. Todo sobre el cáncer- Tipos de cáncer- Cáncer de pulmón- anatomía del pulmón: ¿Qué es el cáncer de pulmón?; 3. Disponible en:
<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon/que-es-cancer-pulmon>
8. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2021 [2021; 8 de marzo de 2023]. Todo sobre el cáncer- Tipos de Cáncer- Cáncer de pulmón- Síntomas del cáncer de pulmón; 3. Disponible en:
<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon/sintomas-cancer-pulmon>
9. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2021 [2021; 8 de marzo de 2023]. Todo sobre el cáncer- Tipos de cáncer- Cáncer de pulmón- Diagnóstico del cáncer de pulmón; 4. Disponible en:
<https://www.contraelcancer.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-pulmon/diagnostico>

10. Rivera R.M, Salazar M. Cáncer pulmonar: Distribución de metástasis de acuerdo al tipo histológico. Estudio de autopsias. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. [Internet]. 2002 [9 de marzo de 2023]; 15 (2): 7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2002/in022f.pdf>
11. Roche Pacientes [Internet]. 2022 [2022; 9 de marzo de 2023]. Patologías- cáncer- Tipos- Cáncer de pulmón- Tratamiento; 9. Disponible en: <https://rochepacientes.es/cancer/pulmon/tratamiento.html>
12. Almajano M.V., Aparicio S, Calvo A.M., Chaverri C, Girón G, Martín J, Monclús A.T., Moreno V, Palacín C.C., Rebollo M.C., Revilla M.C., Vecino A.M. Plan de cuidados de enfermería en pacientes que precisan cuidados paliativos. [Internet]. Aragón: 2022. [9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/93704596/Plan_cuidados_enfermer%C3%ADa_CP_Aragon.pdf/ac013de2-9d3a-ab94-c287-4a2f0ddf07fc?t=1671096428249
13. Dogan E, Ozcelik H. Determinar las intensidades de los síntomas, el rendimiento y los niveles de desesperanza de los pacientes con cáncer de pulmón avanzado para el enfoque de cuidados paliativos. Am J Hosp Palliat Care. [Internet]. 2022 [31 de enero de 2023]. 39 (11): 1325-1332. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9527446/pdf/10.1177_10499091211073528.pdf
14. Manzanares S, Niño A. Caso clínico: cuidados de enfermería a una paciente con cáncer de pulmón. RSI. [Internet]. 2021 [30 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/caso-clinico-cuidados-de-enfermeria-a-una-paciente-con-cancer-de-pulmon/>

15. Ayala H, Sancho I, Mato X, Bermejo L, Máñez A, Cueto I. Plan de cuidados de un paciente con cáncer de pulmón en fase terminal. RSI. [Internet]. 2021 [30 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-un-paciente-con-cancer-de-pulmon-en-fase-terminal/>
16. Valdés A, Marín M, Bruna I, Martínez L. Plan de atención de enfermería a pacientes con cáncer de pulmón en fase terminal. RSI: [Internet]. 2020 [30 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-atencion-de-enfermeria-a-pacientes-con-cancer-de-pulmon-en-fase-terminal/>
17. Ávila A.M, Guiu I, Vicente A, Álvarez P, Benito A, Rodríguez A. Proceso de atención de enfermería en un paciente paliativo con cáncer de pulmón. RSI. [Internet]. 2022 [31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/proceso-de-atencion-de-enfermeria-en-un-paciente-paliativo-con-cancer-de-pulmon/>
18. Bareche M, Alastrué L, Amado C, López N, Avellanas P, Maza M. Plan de cuidados de enfermería en un paciente con enfermedad terminal. RSI. [Internet]. 2022 [31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-en-un-paciente-con-enfermedad-terminal/>
19. García P.C, María A, Ferrando C, Calzado C, Mínguez N, Hernández M. Plan de cuidados de enfermería de paciente paliativo. Caso clínico. RSI: [Internet]. 2021 [31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-de-paciente-paliativo-caso-clinico/>
20. Sallán B, Deyanova N, Figueres S, García G, Laguna P, Mazón A. Plan de cuidados a un paciente con cáncer de pulmón sometido a

- quimioterapia. A propósito de un caso clínico. RSI. [Internet]. 2021 [2 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-a-un-paciente-con-cancer-de-pulmon-sometido-a-quimioterapia-a-proposito-de-un-caso-clinico/>
21. Zamudio A, Romero A, Romero-Arana A, Iglesias M.R. Plan de cuidados en las necesidades psicoemocionales de los supervivientes de cáncer. ROL Enferm. [Internet]. 2019 [2 de febrero de 2023]; 42(11-12): 770. Disponible en: <https://e-rol.es/wp-content/uploads/2021/09/Plan-de-cuidados-en-las-necesidades-psicoemocionales.pdf>
22. Ramos V.M, Caudillo L, De La Roca J.M, Hernández M.A, Barbosa G, García M. Correlación entre el estrés, niveles de cortisol y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer sometidos a tratamiento. EGlobal. [Internet]. 2020 [2 de febrero de 2023]. (60): 12. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/410951/287371https://revistas.um.es/eglobal/article/view/410951/287381?id=2640&user=unizaragoza&nivel=2&url=https://revistas.um.es/eglobal/article/view/410951/287371https://revistas.um.es/eglobal/article/view/410951/287381&md=99970c18a125c1675993e22ab4405e24>
23. Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
24. Herdman H, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
25. Gordon M. Manual de diagnósticos de enfermería. 11ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2007.

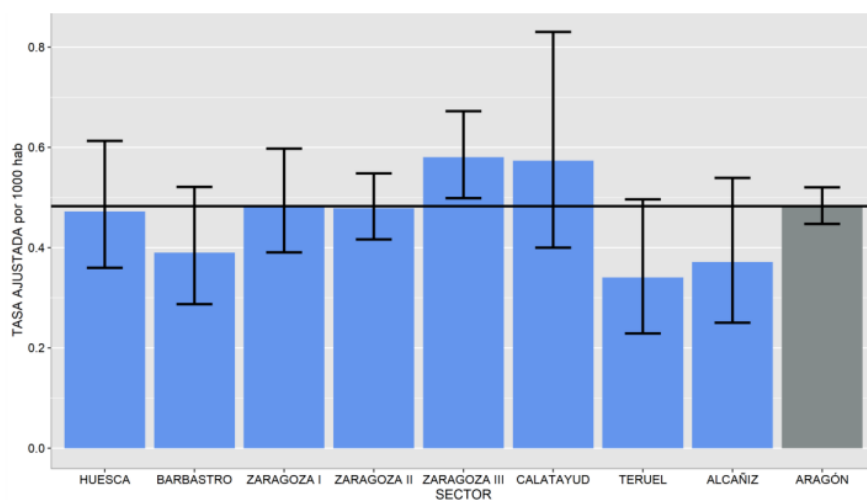
26. Moorhead S, Johnson M, L. Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Medición de resultados en salud. 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
27. Luis M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª edición. Barcelona: Elsevier; 2008.
28. Reina G, Carolina N. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. [Internet]. 2010 [2 de abril de 2023]; (17):7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>
29. Agudo M.C., Amestoy M.C., Anadón A, Andreu S, Calvo A, Cano M, Chaverri C, Corral M, De Ramos E, Del Corral E, Gómez L, González E, Martín J, Zamora A. Proceso de atención a paliativos. [Internet]. Aragón: 2022. [9 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/93704596/Proceso_atenci%C3%B3n_paliativos_Arag%C3%B3n.pdf/beb548a5-caac-91c3-f943-ff4459fa1da1?t=1671096426261
30. NNNConsult [Internet]: Elsevier; [2023; marzo 2023]. Disponible en: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/nanda>

7. ANEXOS

7.1. ANEXO 1: DATOS DE MORTALIDAD DEL CÁNCER DE PULMÓN EN ARAGÓN

Mortalidad del cáncer de pulmón por cada sector sanitario de Aragón. Ambos sexos.

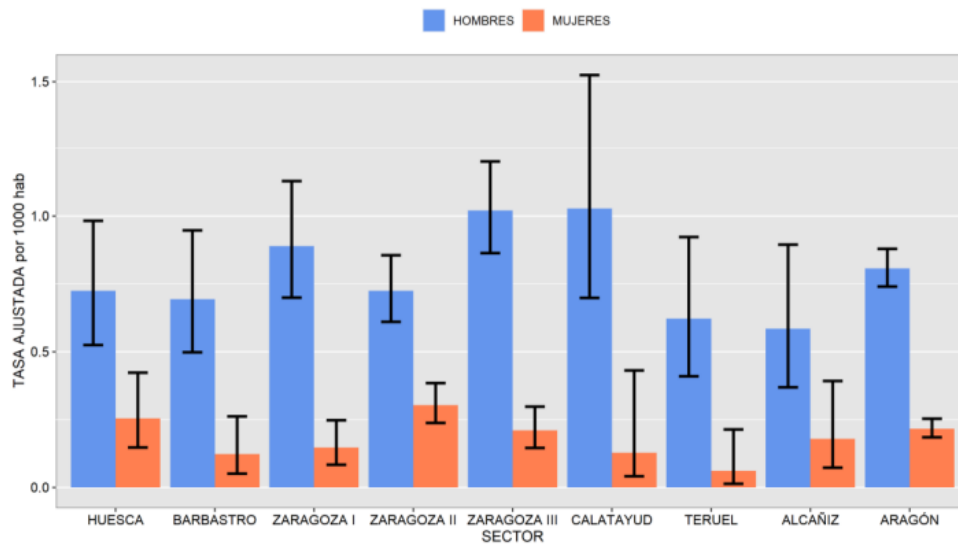
Figura 1. Tasa ajustada por sector sanitario. Ambos sexos.



Fuente:

<https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/2020+Mortalidad+por+c%C3%A1ncer+de+pulm%C3%B3n+en+Arag%C3%B3n.pdf/4ccb4e20-4ec0-5f24-e54c-ddd9342c56fe?t=1653992997875>

Mortalidad del cáncer de pulmón en cada sector sanitario de Aragón.
Diferenciación entre hombres y mujeres.

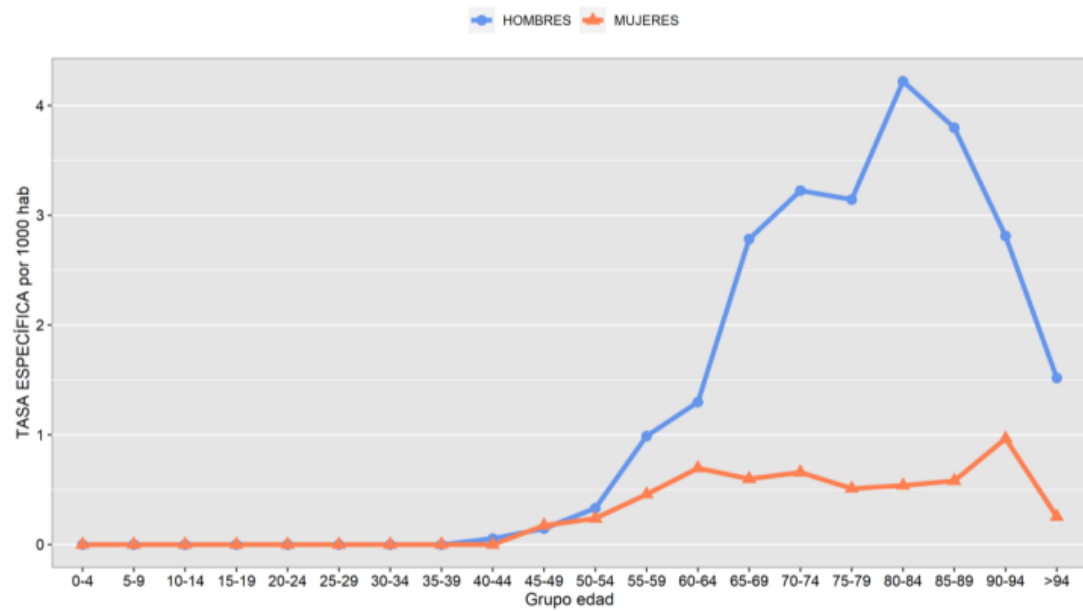


Fuente:

<https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/2020+Mortalidad+por+c%C3%A1ncer+de+pulm%C3%B3n+en+Arag%C3%B3n.pdf/4ccb4e20-4ec0-5f24-e54c-ddd9342c56fe?t=1653992997875>

Mortalidad por cáncer de pulmón en Aragón. Diferenciando hombres y mujeres, y especificando grupos de edad.

Figura 3. Tasas específicas por edad y sexo.

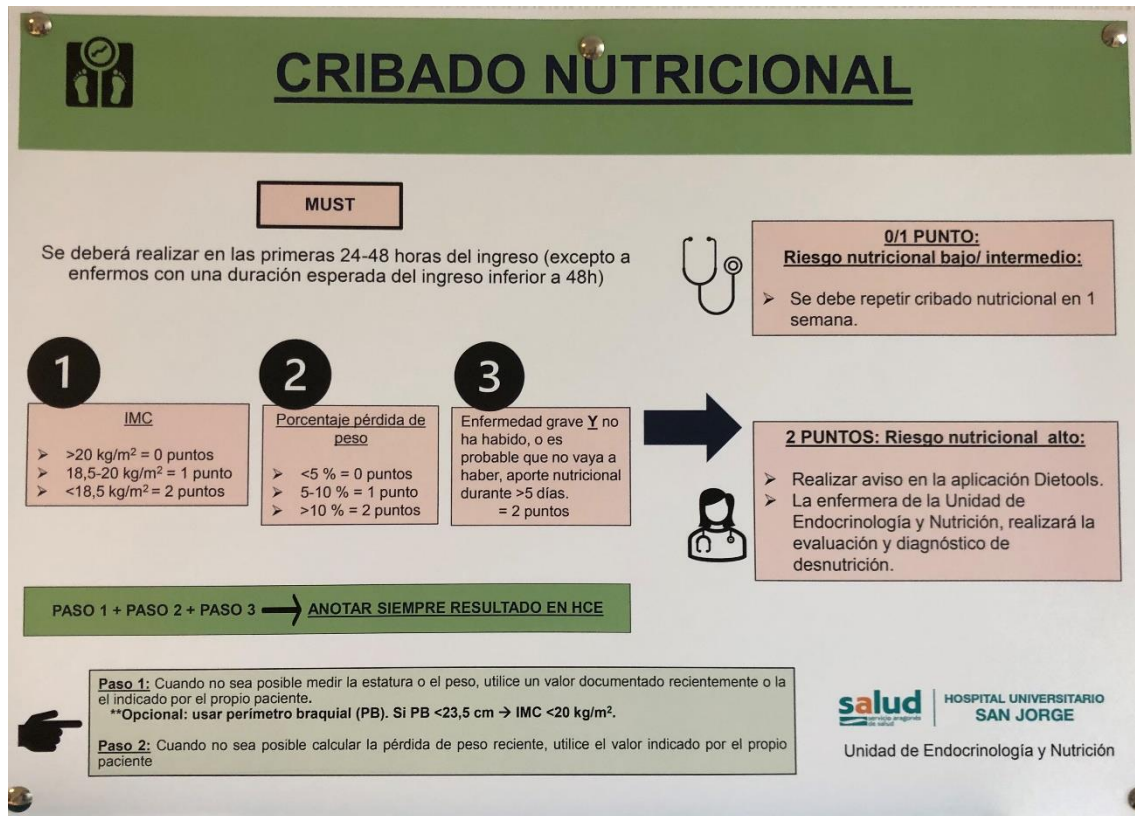


Fuente:

<https://www.aragon.es/documents/20127/1650151/2020+Mortalidad+por+c%C3%A1ncer+de+pulm%C3%B3n+en+Arag%C3%B3n.pdf/4ccb4e20-4ec0-5f24-e54c-ddd9342c56fe?t=1653992997875>

7.2. ANEXO 2: ESCALAS UTILIZADAS EN LA VALORACIÓN DE LAS 14 NECESIDADES

ESCALA MUST



Fuente: Foto de realización propia.

EVALUACIÓN:

Peso del paciente: 68 kg

Altura del paciente: 1.70 m.

- IMC del paciente: 23.52. → >20Kg/m² = 0 puntos.
- Porcentaje de pérdida de peso: <5% = 0 puntos.
- Presencia de enfermedad grave: si = 2 puntos.

RESULTADO:

El paciente presenta riesgo nutricional alto.

ESCALA NORTON

ESCALA DE NORTON

Estado Físico General	Estado Mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia	Puntos
Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna	4
Mediano	Apático	Disminuida	Camina con Ayuda	Ocasional	3
Regular	Confuso	Muy Limitado	Sentado	Urinaria o fecal	2
Muy malo	Estuporoso Comatoso	Inmóvil	Encamado/a	Urinaria y Fecal	1

CLASIFICACION DE RIESGO

PUNTUACION DE 5 A 9	RIESGO MUY ALTO
PUNTUACIÓN DE 10 A 12	RIESGO ALTO
PUNTUACIÓN DE 13 A 14	RIESGO MEDIO
PUNTUACIÓN MAYOR DE 14	RIESGO MINIMO/NO RIESGO

FUENTE:

http://www.academiamengar.es/global/MisArchivos/Documentos/Aux_Enferm_ERA/Material%205/ESCALAS%20DE%20NORTON-Variaciones.pdf

EVALUACIÓN:

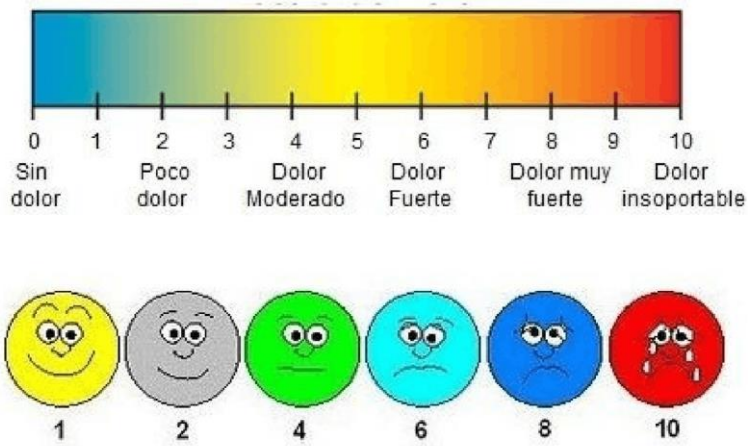
- Estado físico general: Regular → 2
- Estado mental: Apático → 3
- Actividad: Disminuida → 3
- Movilidad: Camina con ayuda → 3
- Incontinencia: Ocasional → 3

RESULTADO:

14 puntos. El paciente presenta riesgo medio para el desarrollo de úlceras por presión.

ESCALA EVA

Escalas de dolor



FUENTE:

<https://www.docsity.com/fr/escala-eva-evaluacion-de-dolor/5370046/>

EVALUACIÓN Y RESULTADO:

El paciente afirma tener un valor 6 de dolor: Dolor fuerte.

ESCALA DOWNTON

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS		ALTO RIESGO > 2
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SI	1
MEDICAMENTOS	Ninguno	0
	Tranquilizantes, sedantes, Diuréticos, antidepresivos, otros	1
DÉFICITS SENSORIALES	Ninguno	0
	Alteraciones visuales, auditivas	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
DEAMBULACIÓN	Normal	0
	Segura con ayuda, insegura	1

FUENTE: <https://sites.google.com/site/calidadhosla/home/indice-general-recursos/escala-riesgo-caidas-1>

EVALUACIÓN:

- Caídas previas: Sí → 1
- Medicamentos: Sedantes para dormir. → 1
- Déficits sensoriales: ninguno. → 0
- Estado mental: Orientado. → 0
- Deambulación: Segura con ayuda. → 1

RESULTADO:

Puntuación de 3. El paciente presenta alto riesgo de caídas.

ESCALA BARTHEL

- Índice de Barthel de valoración funcional de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Katz de independencia en las actividades básicas de la vida diaria.
- Índice de Lawton y Brody de evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria.

ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)

Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continente	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinente	0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda	10
	- Ocasionalmente, máx un episodio de incontinencia en 24h,necesita ayuda para cuidar la sonda	5
	- Incontinente	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	- Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión	10
	- Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	- Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión	5
	- Dependiente	0
TOTAL		

Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 Total independencia (siendo 90 la máxima si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 Dependencia leve
- 35-55 Dependencia moderada
- 20-35 Dependencia severa
- 20 Dependencia total

FUENTE: <https://www.yumpu.com/es/document/view/5031949/-indice-de-barthel-de-valoracion-funcional-de-fpsanidad>

EVALUACIÓN:

- Comer: Totalmente independiente → 10
- Lavarse: Dependiente → 0
- Vestirse: Independiente → 10
- Arreglarse: Independiente → 5
- Deposiciones: Continente → 10
- Micción: Ocasionalmente → 5
- Usar el retrete: Independiente → 10
- Trasladarse: Independiente → 10
- Deambular: Necesita supervisión → 10
- Escalones: Necesita supervisión → 5

RESULTADO: 75. El paciente presenta una dependencia leve.

7.3. ANEXO 3: ESCALAS DE LOS INDICADORES NOC

ESCALA 02: Grado de desviación de una norma o estándar establecido.

- 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.

ESCALA 14 : Grado de un estado o respuesta negativo o adverso.

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

ESCALA 01: Grado de deterioro de la salud o el bienestar.

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

ESCALA 13: Frecuencia de aclarar por informe o conducta

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

ESCALA 19: Frecuencia de aclarar por informe o conducta.

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

ESCALA 06: Grado de suficiencia en cantidad o calidad para conseguir un estado deseado.

- 1: Inadecuado.
- 2: Ligeramente moderado.
- 3: Moderadamente.
- 4: Sustancialmente adecuado.
- 5: Completamente adecuado.

FUENTE: <https://www-nnnconsult-com.cuarzo.unizar.es:9443/nanda>

