

Proceso de cuidado de enfermería en un paciente oncológico

Nursing care process in an oncology patient

Goyzueta, Ana Paula



 Ana Paula Goyzueta ¹

apgoyzueta@gmail.com

Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

Peruvian Journal of Health Care and Global Health

Universidad de Ciencias y Humanidades, Perú

ISSN: 2522-7270

ISSN-e: 2522-7270

Periodicidad: Semestral

vol. 4, núm. 1, 2020

peruvianjournal.hgh@gmail.com

Recepción: 09 Marzo 2020

Aprobación: 12 Junio 2020

Publicación: 27 Junio 2020

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792494007/index.html>

DOI: <https://doi.org/10.22258/hgh.2020.41.72>

Autor de correspondencia: apgoyzueta@gmail.com

Copyright 2020 Health care & global health



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Resumen: El proceso de cuidado de Enfermería (PCE) es una herramienta que permite al enfermero brindar los cuidados de enfermería, ayuda a comprender la respuesta del ser humano, para poder intervenir oportunamente y tener una respuesta favorable del paciente. El objetivo del trabajo fue describir el estado clínico de un paciente adulto mayor con enfermedad terminal, y conocer las características personales, familiares y sociales. Se trató el caso de un paciente senil con diagnóstico de cáncer de estómago estadio avanzado, post operada de gastrectomía total, con ascitis y derrame pleural en pulmón izquierdo. Se brindó un enfoque integral al paciente en sus últimos días y hubo soporte familiar en todo momento. Se considera que es derecho del paciente conocer su estado de salud y pronóstico, siempre y cuando el paciente se encuentre consciente.

Palabras clave: Neoplasias Gástricas, Adulto Mayor, Atención de Enfermería, Perú (Fuente: DeCS, BIREME).

Abstract: The Nursing Care Process (PCE) is a tool that allows the nurse to provide nursing care, helps to understand the human response, in order to intervene in a timely manner and have a favorable response from the patient. The objective of the work was to describe the clinical state of an older adult patient with terminal illness, and to know the personal, family and social characteristics. This is the case of a senile patient with a diagnosis of advanced stage stomach cancer, post-surgery for a total gastrectomy, with ascites and pleural effusion in the left lung. A comprehensive approach was provided to the patient in his last days and there was family support at all times. It is considered that it is the patient's right to know his state of health and his prognosis, as long as the patient is conscious.

Keywords: Stomach Neoplasms, Aged, Nursing Care, Peru (Source: MeSH, NLM).

NOTAS DE AUTOR

- 1 Universidad de Ciencias y Humanidades. Bachiller en Enfermería. Email: apgoyzueta@gmail.com. Dirección: Av. Universitaria 5175, Los Olivos, Lima - Perú

Autor para Correspondencia: 1

INTRODUCCIÓN

El cáncer es el acúmulo de células anormales, que presentan invasividad por su multiplicación rápida y descontrolada dentro o fuera de los órganos de origen como por fallas en los mecanismos de muerte celular natural. Cuando estas células tienen la capacidad de ingresar a los vasos linfáticos o sanguíneos y son capaces de instaurarse en órganos alejados se denomina metástasis⁽¹⁾.

La enfermedad terminal es una enfermedad activa y progresiva para la cual el tratamiento curativo no es posible ni apropiada y de la cual la muerte es segura, por ende, son necesarios los cuidados paliativos con el objetivo de lograr la mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias⁽²⁾, sin la intención de apresurar ni posponer la muerte. Los cuidados paliativos logran prevenir y aliviar el sufrimiento de cualquier tipo: físico, psicológico, social o espiritual a través de la identificación temprana, la evaluación correcta y el tratamiento de dolor, ya que este último es uno de los síntomas más frecuentes y graves que experimentan los pacientes que necesitan cuidados paliativos⁽³⁾. El 90% los pacientes con SIDA o cáncer experimentan dolor de moderado a intenso al final de sus vidas⁽⁴⁾, 80% depresión o ansiedad, 60% dificultad para respirar y, en su mayoría, falta de apetito, sequedad bucal, constipación, debilidad general u otras molestias similares, una oleada de síntomas que afectan en su totalidad al paciente⁽⁵⁾, por tales razones, se brinda las terapias paliativas⁽⁶⁾.

Los estudios demuestran que los pacientes que reciben cuidados paliativos tienen como beneficios mejorar la calidad de vida, disminuir la carga de síntomas incluido la depresión, evitando los riesgos asociados al tratamiento y hospitalización y disminuyen los costos con una mejor utilización de los recursos de atención médica⁽⁷⁾.

La función de los profesionales de enfermería en los cuidados paliativos es necesario porque son ellos quienes interactúan entre el paciente y resto de profesionales que intervienen en los cuidados⁽¹⁾. La psicoterapia en pacientes terminales también es de suma importancia para el paciente, porque aborda problemas en lo psicosocial, espiritual y físico, generando satisfacción, utilidad, aumento de dignidad, sentido de la vida, sentido de propósito y voluntad de vivir, con una disminución significativa en el sufrimiento; en tanto, para la familia es satisfactorio, ya que mejora la experiencia al final de la vida⁽⁸⁾.

El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que debe facilitarse con un lenguaje comprensible; en caso de que el paciente no quiera o no pueda recibir dicha información, esta debe proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables⁽⁹⁾. El paciente al no conocer su estado de salud, limita la capacidad de decisión; a ello solo los pacientes con la capacidad para comprender la situación a la que se enfrenta tienen el derecho ético y legal de aceptar o rechazar un procedimiento propuesto⁽¹⁰⁾. Prigerson, menciona que los pacientes tienen derecho a saber el estado de su enfermedad y los probables resultados del tratamiento para que tomen decisiones sobre el cuidado basándose en la información⁽¹¹⁾.

Los pacientes informados sobre su diagnóstico tienen mayor satisfacción con el médico tratante y entienden mejor las explicaciones recibidas, asimismo no solo no pierden la esperanza, sino que muestran más confianza en el cuidado que reciben⁽¹²⁾, dejando de lado la desconfianza, la sensación de engaño y el conflicto que podría generar no decir el diagnóstico en el momento oportuno. Un estudio en España sobre la comunicación del diagnóstico en cáncer, evidencia que un 70% de pacientes con cáncer conocen la naturaleza maligna de su enfermedad a pesar de que solo un 50% han sido informados de ellos. Muchas veces el enfermo sabe más de lo que se le dice⁽¹²⁾.

La familia debe estar correctamente informada sobre la evolución de la enfermedad, por lo tanto, tratar de evitar que el paciente conozca sobre su estado de salud, impide que este comparta sus sentimientos, miedos y

hace que este se sienta cada vez más aislado. El profesional de salud y la familia no pueden brindar mensajes discordantes, sobre todo cuando insisten en ocultar la información al enfermo⁽¹³⁾, es importante tratar de convencerles de que es mucho mejor la sinceridad y fomentar una comunicación veraz entre ambos. Es una situación difícil, pero sea el profesional de salud o familia deben considerarse siempre los derechos del paciente y respetarlos.

La muerte es el término de la vida y puede ser percibida como una bendición divina, sin embargo, no significa pedir al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona con sufrimiento⁽¹⁴⁾. Hipócrates, en su Juramento pide a los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal aun cuando les sea solicitada, ni brindar consejos con dicho objetivo. En Holanda, el 15% de los fallecidos muere por eutanasia⁽⁵⁾. No debemos olvidar que todo paciente terminal merece cesar su vida con dignidad.

El pronóstico de un paciente terminal no es nada alentador, la esperanza de vida del paciente es seis meses o menos, es algo fortuito; no se puede saber con exactitud⁽¹¹⁾. El diagnóstico médico de una enfermedad oncológica, sea cual fuese el tipo es aquello que, en su momento tiene un impacto emocional tanto para el paciente y los familiares, el paciente comienza con una serie de pensamientos, sentimientos, muchos de ellos negativos; la desesperanza y vacío que sienten no tiene explicación alguna; no obstante, no todos reaccionan de la misma manera.

La familia, por desconocer la situación y el proceso de la enfermedad, trata de ayudar y hacer todo lo posible para preservar la salud, busca todas las alternativas y recursos posibles para que el familiar no sufra. El problema radica cuando no se dice al paciente el diagnóstico que tiene. Por ello, cuando la familia es quien decide por el paciente, deja de lado la autonomía y derecho que le corresponde a la persona o paciente. Es importante conocer el pensamiento del paciente, el saber cómo se siente, saber cuáles son sus deseos y expectativas de vida. Llega un momento en el que el mismo paciente, en sus facultades, no comprende que es lo que le pasa, a pesar de la información brindada por sus familiares, no comprende, comienza a cuestionarse, a comparar, a tener dudas de lo sucedido. Sabemos que es difícil recibir un diagnóstico como el cáncer, pero es egoísta no decir la verdad y hablar con enredo al paciente.

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo describir el estado clínico de un paciente adulto mayor con enfermedad terminal, y conocer las características personales, familiares y sociales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para el desarrollo del estudio de caso, se ha trabajado y aplicado la taxonomía diagnóstica según NANDA-NIC-NOC, una herramienta que permite clasificar según los estándares de diagnóstico, planificación e intervención.

- Taxonomía clasificación de diagnósticos de enfermería (NANDA): Permite clasificar los diagnósticos de enfermería basados en evidencia⁽¹⁵⁾.
- Taxonomía clasificación de resultados de enfermería (NOC): Es un sistema de clasificación que permite describir los resultados y objetivos que se quiere lograr con el paciente según el diagnóstico priorizado, asimismo se encarga de evaluar los efectos del cuidado de enfermería.
- Taxonomía calificación de intervenciones de enfermería (NIC): Permite clasificar las intervenciones que serán brindadas al paciente según diagnóstico priorizado.

Como herramienta se utilizó el Proceso de Cuidado de Enfermería (PCE), que permitirá estratificar el plan de cuidados según las necesidades que requiere el paciente, de modo que pueda recibir los cuidados necesarios y llevar sus últimos días con calidad y sin sufrimiento.

I. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

DATOS SUBJETIVOS

A la entrevista con el familiar (hija) refiere: “Es mejor no decir nada, para que no sufra. Ella se podría deprimir, para que decirle, solo debemos darle calidad de vida”.

A la entrevista con el familiar (hijo) refiere: “Si tomas tus medicinas mamá, te vas a poner bien, te vas a recuperar” “Tienes que hacer lo que dice el doctor”. Negación de la enfermedad.

DATOS OBJETIVOS

Paciente se muestra colaboradora, con facies de dolor. Al examen físico: Cabellos frágiles, ojos hundidos, pómulos hundidos, mucosa bucal seca, piel pálida y flácida, sin turgencia, con problemas de deglución, no puede pasar los alimentos tanto sólidos ni líquidos, presencia de vómitos intermitentes de características biliosa y ácida, excesiva salivación. Cuello sin presencia de ganglios inflamados, también presenta lordosis lumbar. Miembros superiores uniformes con presencia sarcopenia y presencia de vía periférica en el miembro superior derecho (MSD). Pulmones, a la auscultación se escucha crépitos. Abdomen distendido, globoso, dolor a la palpación en mesogastrio, con Escala de Evaluación Analógica (EVA) (9/10), acompañado de malestar general. Miembros inferiores uniformes con disminución de la fuerza motora, zona genital íntegra, orina colúrica, ambos pies con signo de fóvea +++/+++ y presencia de úlcera por presión estadio I en la región sacra.

Control de funciones vitales: PA: 110/70 FC: 115x', FR: 22x', SatO₂: 87%, T°: 36,8 °C, Talla: 1,56 y Peso: 50 Kg.

Escala de Glasgow: 13/ 15 puntos (AO: 4, RV: 4 y RM: 5). Nivel (Moderado)

Datos de afiliación personal y/o familiar

Paciente mujer de iniciales GCS, de 83 años de edad, soltera, procedente de Lima. Como acompañantes se encuentra los hermanos, hijos y nietos.

Condiciones de salud de la paciente

Paciente se encuentra con ascitis y derrame pleural en pulmón izquierdo, post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago. Enfermedad de estadio IV (avanzado), progresivo e incurable. Generó un gran impacto emocional en el paciente y familia. El pronóstico de vida según el médico tratante es menor a dos meses. Paciente con grado de dependencia III y en un aparente mal estado general. Por las noches paciente no puede dormir, se levanta por el dolor en abdomen y reflujo laringofaríngeo, por ratos se rehúsa a recibir el medicamento para el dolor. Por las mañanas manifiesta deseos de morir.

Datos de la enfermedad:

- Diagnóstico médico: Post operada de gastrectomía total por cáncer de estómago.
- Tratamiento médico: (22/12/2019) Recibe NaCl 0,9x1000cc c/8 horas vía EV, Dimenhidrinato 50 mg c/12h EV, Pantoprazol 40 mg c/24 h EV y Tramadol 50 mg c/12 horas SC.

II. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

LISTADO DE DIAGNÓSTICOS

TABLA 1.
Diagnósticos reales.

Diagnósticos reales

Dominio1: Promoción de la salud / Clase2: Gestión de la salud	(00257)
Síndrome de fragilidad del anciano r/c sarcopenia m/p desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales.	
Dominio2: Nutrición / Clase1: Ingestión	(00103)
Deterioro de la deglución r/c reflujofaringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca.	
Dominio2: Nutrición / Clase5: Hidratación	(00027)
Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis.	
Dominio3: Eliminación e Intercambio / Clase1: Función urinaria	(00011)
Estreñimiento r/c tumor m/p aumento de la presión intraabdominal	
Dominio4: Actividad/Reposo/ Clase1: Sueño/Reposo	(00095)
Insomnio r/c malestar físico m/p dolor intenso.	
Dominio4: Actividad/Reposo/ Clase2:	(00088)
Deterioro de la ambulación r/c fuerza muscular insuficiente m/p Deterioro de la habilidad para caminar una distancia requerida.	
Dominio5: Percepción/ Clase4: Cognición	(00128)
Confusión aguda r/c demencia m/p alucinaciones	
Dominio11: Seguridad/Protección / Clase2: Lesión física	(00046)
Deterioro de la integridad cutánea r /c alteración de la turgencia de la piel m/p upp- estadio I	
	(00031)
Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones m/p cantidad excesiva de esputo.	
Dominio12: Confort / Clase1: Confort físico	(00133)
Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor.	
	(00134)
Náuseas r/c ascitis m/p aversión a alimentos.	
Leyenda	
* r/c: Relacionado con (causa)	
* m/p: Manifestado por (signos y síntomas)	

TABLA 2.
Diagnósticos de riesgo.

Diagnósticos de riesgo

Dominio11: Seguridad/Protección / Clase1: Infección	(00004)
Riesgo de infección r/c inmunosupresión.	
Dominio11: Seguridad/Protección/Clase2: Lesión física	(00039)
Riesgo de aspiración r/c aumento de secreciones.	
	(00155)
Riesgo de caídas r/c disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.	
	(00205)
Riesgo de shock r/c hipovolemia.	
Dominio11: Seguridad/Protección/Clase6: Termorregulación	(00005)
Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal r/c alteración de la tasa metabólica.	
Leyenda	
* r/c: Relacionado con (causa)	
* m/p: Manifestado por (signos y síntomas)	

PRIORIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

1. Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor.
2. Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis.
3. Deterioro de la deglución r/c reflujofaringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca.
4. Insomnio r/c malestar físico m/p dolor intenso.
5. Deterioro de la integridad cutánea r/c alteración de la turgencia de la piel m/p upp- estadio I.

III. PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

En esta tercera etapa del PCE, se establecen los objetivos a corto plazo, un resultado esperado para con el paciente, para modificar o disminuir el problema que se encontró. En el caso se encontró 10 diagnósticos reales y cinco diagnósticos de riesgo; sin embargo, del total de diagnósticos, se priorizan los que requieren intervención inmediata y necesaria. Priorizando siempre los diagnósticos potenciales o reales para luego continuar con los de riesgo. A cada uno de ellos, se le otorga un objetivo o resultado esperado.

IV. INTERVENCIÓN

En esta cuarta etapa del PCE, se ejecutan los cuidados planteados al paciente y/o familia. Las actividades involucran trabajo intelectual para decidir correctamente y que beneficien al usuario⁽¹⁶⁾. Es importante la valoración antes y después de la intervención, registrando en todo momento las características del paciente.

TABLA 3.
Dominio 12: Confort / Clase 1: Confort Físico.

DOMINIO 12: CONFORT / CLASE 1: CONFORT FÍSICO					
Diagnóstico: Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor. (00133)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Nivel de dolor 2102	Dolor referido 210201	Sustancial:2	Mantener:2 Aumentar: 5	Administración de analgésicos 2210	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la localización, duración e intensidad del dolor antes de administrar el analgésico. • Monitorizar el dolor del paciente con alteraciones de comunicación (demencia) • Documentar todos los hallazgos de la observación del dolor. • Comprobar antecedentes de alergias a otros medicamentos. • Verificar la vía de administración • Administración de Tramadol para el control del dolor, • Evaluar la respuesta del paciente ante la administración del analgésico.
DOMINIO: SALUD PERCIBIDA (V)	Expresiones faciales de dolor 210206	Sustancial:2	Mantener:2 Aumentar:5	CAMPO: Fisiológico: Complejo	
CALSE: SINTOMATOLOGÍA (V)	Pérdida de apetito 210215	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 5	CLASE: Control de Fármacos (H)	

TABLA 4.
Dominio 2: Nutrición / Clase5: Hidratación.

DOMINIO2: NUTRICIÓN / CLASE5: HIDRATACIÓN					
Diagnóstico: Déficit de volumen de líquidos r/c mecanismos de regulación comprometidos m/p pérdida de peso, piel seca, sed, disminución de diuresis. (00027)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Hidratación 0602	Turgencia cutánea 060201	Sustancialmente comprometido:2	Mantener: 2 Aumentar: 4 Levemente comprometido	Manejo de Líquidos/ Electrolitos 2080	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar los cambios del estado respiratorio y cardiaco que indiquen una sobrecarga de líquidos o deshidratación. • Monitorizar los signos y síntomas de la deshidratación (crepitantes en la auscultación pulmonar, ojos hundidos, saliva espumosa o espesa). • Favorecer la ingesta oral, colocarlo a su alcance, proporcionar una gasa humedecida de agua.
	Orina oscura 060219	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4 Leve		
DOMINIO: SALUD FISIOLÓGICA (II)				CAMPO: Fisiológico: Complejo	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que la solución intravenosa, contenga electrolitos y se administre a un ritmo constante. • Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos. • Vigilar los signos vitales. • Explorar mucosas bucales, la esclera y piel del paciente por si hubiera desequilibrio hidroelectrolítico. • Observar si existe pérdida de líquidos. • Llevar un registro preciso de entradas y salidas.
CALSE: LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS (G)	Espasmos musculares 060225	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 5 Ninguno	CLASE: Control de electrolitos y acido básico (G)	

TABLA 5.
Dominio 12: Confort / Clase1: Confort Físico.

DOMINIO12: CONFORT / CLASE1: CONFORT FISICO					
Diagnóstico: Deterioro de la deglución r/c reflujofaringolaríngeo m/p los alimentos son expulsados por la boca					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTAJACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Severidad de las náuseas y los vómitos 2107	Frecuencia de los vómitos 210707	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4	Manejo del Vómito 1570	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el color, consistencia y grado en el que es forzado. • Estimar el volumen de emesis. • Llevar consigo bolsas de plástico para recoger la emesis. • Controlar los factores ambientales que pueden evocar el vómito (malos olores, ruidos) • Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración. • Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza). • Proporcionar alivio (lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca) durante el periodo del vomito. • Utilizar higiene oral para limpiar la boca y nariz. • Limpiar después del episodio del vómito para eliminar el olor. • Aumentar gradualmente la ingesta de líquidos si durante un periodo de 30 minutos no se han producido vómitos. • Controlar el equilibrio hidroelectrolítico. • Fomentar el descanso. • Enseñar el uso de técnicas no farmacológicas (relajación, musicoterapia, distracción) • Ayudar al paciente y familia a solicitar ayuda.
	Intensidad de los vómitos 210708	Grave: 1	Mantener: 1 Aumentar: 4		
DOMINIO: SALUD PERCIBIDA (V)				CAMPO: Fisiológico: Básico	
CALSE: SINTOMATOLOGÍA (V)	Vómitos fecaloides 210719	Sustancial:2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Fomento de la comodidad física (E)	

TABLA 6.
Dominio 4: Actividad/Reposo/ Clase1: Sueño/Reposo.

DOMINIO4: ACTIVIDAD/REPOSO/ CLASE1: SUEÑO/REPOSO					
Diagnóstico: Insomnio r/c malestar físico m/p Estado de salud comprometido. (00095)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTUACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Sueño	Calidad de sueño 000404	Sustancialmente comprometido: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5	Mejorar el sueño 1850	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el patrón de sueño. Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. Observar las circunstancias psicológicas (miedo o ansiedad). Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
	Dificultad para conciliar el sueño 000421	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 5		
DOMINIO: SALUD FUNCIONAL (I)				CAMPO: Fisiológico: Básico	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar mantener una rutina habitual a la hora de irse a la cama. Iniciar/llevar a cabo medidas agradables: masajes, colocación y contacto afectuoso.
CLASE: MANTENIMIENTO DE LA ENERGÍA (A)	Dolor 000425	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Facilitación del autocuidado (F)	<ul style="list-style-type: none"> Disponer siestas durante el día, para cumplir con las necesidades del sueño. Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente. Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.

TABLA 7.
 Dominio 4: Actividad/Reposo/ Clase1: Sueño/Reposo.

DOMINIO4: ACTIVIDAD/REPOSO/ CLASE1: SUEÑO/REPOSO					
Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea r /c alteración de la turgencia de la piel m/p estadio I. (00046)					
NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	PUNTAJACION DIANA	NIC	ACTIVIDADES
Curación de la herida por primera intención	Aproximación cutánea 110201	Sustancial: 4	Mantener: 4 Aumentar: 2 Escaso	Cuidados de las úlceras por presión 3520 Vigilancia de la piel 3590	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera por presión (longitud, anchura, profundidad y estadio) • Controlar el color, la temperatura, edema, humedad y aspecto de la piel. • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua. • Limpiar la úlcera con solución salina con movimientos circulares desde el centro. • Mantener la úlcera humedecida (Niofen) para favorecer la curación. • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera • Observar el color, calor, textura y si hay edema y ulceraciones en alguna otra región corporal. • Observar las zonas de presión y fricción para evitar otra upp. • Vigilar el color y temperatura de la piel. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas.
DOMINIO: Salud Fisiológica (II)	Eritema cutáneo circundante 110208	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CAMPO: Fisiológico: Complejo	
CALSE: Integridad tisular (L)	Olor de la herida 110211	Sustancial: 2	Mantener: 2 Aumentar: 4	CLASE: Control de la piel/ heridas (I)	

V. EVALUACIÓN

Es la última etapa del PCE, dónde es importante identificar y comparar los objetivos trazados con el paciente antes y después de la intervención con el paciente, mediante los indicadores de valoración. La evaluación ejerce una importante función en revalorar y registrar nuevamente datos del paciente en caso no se hayan cumplido con los objetivos establecidos, permite intervenir nuevamente desde el inicio de una valoración hasta su evaluación con el propósito de lograr los objetivos trazados y exista una respuesta favorable en el paciente.

Los propios enfermeros(as) quienes realizan la función de docencia tienen la responsabilidad de formar profesionales en pregrado, con las capacidades necesarias para afrontar situaciones significativas en el desarrollo de la práctica, con un enfoque holístico, ya que nunca debe olvidarse el objeto de estudio, propio de enfermería, es el cuidado humano. El proceso de cuidado enfermero permite a la profesión, su crecimiento y desarrollo profesional hasta lograr una autoeficacia satisfactoria en el cuidado⁽¹⁶⁾.

El PCE es una herramienta que contribuye con el aprendizaje en pregrado, para que sea más dinámico y brinda la oportunidad de ser referencia para otros, con un caso similar, pero con diferentes experiencias y ellos en algún momento puedan compartir, generando un intercambio de conocimientos. Asimismo es importante que los cuidados paliativos no se consideren como algo que solo los hospitales pueden hacer, puede ser proporcionado en cualquier entorno de atención médica y también en los hogares de los pacientes⁽³⁾.

La evaluación es en función de los objetivos que se trazaron con el paciente. En el presente caso se evaluó y priorizó los diagnósticos de importancia que se debía de realizar con el fin de contribuir al bienestar del paciente. La paciente se muestra colaboradora en todo momento a los cuidados, sin embargo, el estadio avanzado de la enfermedad en el que se encontraba, era fuerte y se incrementaba cada vez más, a tal punto que el tratamiento farmacológico no era lo suficiente para poder paliar sus síntomas. Es necesario decir que se brindó un enfoque integral al paciente en sus últimos días, a pesar de no conocer el diagnóstico hubo soporte familiar en todo momento. Por tal motivo, se recomienda que por más doloroso que sea recibir un diagnóstico como tal, es derecho del paciente conocer su estado de salud, el pronóstico; que el paciente tome la decisión de que hacer, y que no decidan por uno, siempre y cuando el paciente se encuentre orientado en tiempo y espacio, sin alteración de conciencia. Es complicado quizás para la familia aceptar la decisión del paciente con una negativa, pero es derecho del paciente y debe ser siempre respetado.

Se recomienda fomentar los cuidados en casa para quienes vivan con adultos mayores, fortalecer su cuidado, buen desarrollo con la ayuda de la familia. Concientizar que los problemas que se presentan pueden llegar a comprometer la vida del paciente, pero que todo se puede prevenir si se toma las medidas necesarias y de manera oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laura Acuña, Silvia Aibar, Liliana Broggi, Constanza Celano, Clara Cullen, María Concepción Chambi, Silvina Estrada, Patricia Gange, Carlos González, Olinda González, Gladys Grance, Nelson Kohen, Marta Junín CEL. Manual de Enfermería Oncológica [Internet]. Ciudad Autónoma de Buenos Aires; 1395. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000510cnt-38-ManualEnfermeriaOncologica2014.pdf>
2. Higginson I. Palliative and Terminal Care [Internet]. Vol. 4. 1998. p. S20–1. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/9ee8/1852bbcfba76c3339c7d15b4f02d70393a39.pdf>
3. Oliver J. Planning and implementing palliative care services: A guide for programme managers [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. p. 1689–99. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>
4. Higginson IJ, Hart S, Koffman J, Selman L, Harding R. Needs Assessments in Palliative Care: An Appraisal of Definitions and Approaches Used. J Pain Symptom Manage [Internet]. 2007;33(5):500–5. Disponible en: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(07\)00109-1/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(07)00109-1/pdf)
5. Mendoza Vega J. El derecho a morir con dignidad. Biomedica [Internet]. 2005;25(2):165–6.
6. K.M.Foley, P. Kashemsant, N. MacDonald, M. McCaffery, V.A. Ngu, F. Takeda, R. Tiffany, R.G Twycross VV. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer. [Internet]. Ginebra; 1990. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41759/WHO_TRS_804_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Rebecca Mcateer CW. Palliative care: Benefits, Barriers, and Best Practices [Internet]. Washington. DC; 2013. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2013/1215/p807.pdf>
8. Donato SCT, Matuoka JY, Yamashita CC, Salvetti M de G. Effects of dignity therapy on terminally ill patients: A systematic review. Rev da Esc Enferm [Internet]. 2016;50(6):1011–21.
9. España O y legislación S en. Carta de derechos y deberes del paciente [Internet]. 2005. Disponible en: https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/07/23_01.pdf
10. Carrasco OV. El consentimiento informado del paciente en la actividad asistencial médica. Rev Médica La Paz [Internet]. 2016;22(1):59–68.
11. Instituto Nacional del Cáncer. Hablar del pronóstico con pacientes con cáncer avanzado - [Internet]. 14-07-2016. 2016 [cited 2020 Mar 2]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2016/cancer-pronostico-platicas>
12. Barbero Gutiérrez J. El derecho del paciente a la información: El arte de comunicar. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2006;29(SUPPL.3):19–27.

13. Arévalo F del C. Cuidados a la persona con enfermedad terminal [Internet]. 2003. p. 1–39. Disponible en: http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas para la Consulta Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf
14. Noemi JJ. Vida y muerte: Una reflexión teológico-fundamental. *Teol y Vida*. 2007;48(1):41–55.
15. Adams, Jeffrey, Kay Avant, Lynda Juall Carpenito, Dorothy DeMaio, T. Heather Herdman ML. Welcome to NANDA International | Defining the Knowledge of Nursing [Internet]. [cited 2020 Feb 18]. Disponible en: <https://www.nanda.org/>
16. Aguilar-Serrano L, López-Valdez M, Ponce-Gómez G, Rivas-Espinosa JG. Nivel de conocimientos acerca del proceso enfermero y la percepción de autoeficacia para su aplicación. *Rev enferm Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2008;16(18):3–6.