



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Grado en Enfermería

TRABAJO FIN DE GRADO

Trabajo de carácter profesional:

CUIDADOS PALIATIVOS A PACIENTES ONCOLÓGICOS EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

Estudiante: Laura Montero Sánchez

Tutora: María Dolores Gonzalo Iglesias

Salamanca, 11 de mayo de 2020

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	5
4. METODOLOGÍA	5
5. DESARROLLO	6
5.1 Finalidad de los cuidados paliativos.....	6
5.2 Control de síntomas en los cuidados paliativos	7
5.3 Plan de cuidados de enfermería	8
6. CONCLUSIÓN	20
7. BIBLIOGRAFÍA	21
8. ANEXO	24
8.1 Tablas	24
8.2 Figuras	27

1. RESUMEN

Los cuidados paliativos en Castilla y León se articulan en torno a la Atención Primaria y cuentan con profesionales especializados como apoyo ante circunstancias de alta complejidad.

La finalidad de estos cuidados consiste en conseguir el confort físico y emocional del paciente y su familia, desechando la creencia basada en “no hacer nada”.

El control de síntomas es uno de los pilares de los cuidados paliativos y su correcta realización, favorecería la calidad de vida de los pacientes.

Los pacientes con procesos oncológicos necesitan recibir cuidados paliativos cuando por la evolución de su proceso ya no tienen respuesta a tratamiento curativo. El profesional de enfermería deberá realizar y poner en marcha un plan de cuidados que permita favorecer la calidad de vida del paciente procurando su aplicación en el ámbito domiciliario.

Después de valorar las necesidades de cuidados, se analizará la información obtenida y se enunciarán los diagnósticos enfermeros (NANDA). Se establecerán los objetivos (NOC) y las intervenciones enfermeras (NIC) para lograr los objetivos propuestos.

Palabras clave: Cuidados paliativos oncológicos, atención domiciliaria, plan de cuidados, diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca acercarse a la forma más correcta de planificar un plan de cuidados en pacientes con procesos oncológicos en situación paliativa. Previamente se expone la evolución histórica, situación actual, finalidad y plan de cuidados paliativos. Los procesos de *vida y fin de la vida* son los primeros conceptos que surgen en la época de las culturas mesolíticas (1).

En la Edad Antigua, la tradición hipocrática prohibía el contacto con los enfermos incurables y terminales debido a la creencia de que dichas personas estaban recibiendo un castigo divino. Con la instauración del cristianismo, empezaron a crearse instituciones dedicadas al cuidado del paciente cambiando así el concepto que se tenía de dichos enfermos (1).

En 1967, se inició el Movimiento Hospice responsable del concepto actual de la mayoría de los centros de cuidados paliativos en el mundo, gracias a la inauguración del St. Christopher's Hospice por Cicely Saunders (1). En la *tabla 1* se muestran los precedentes históricos más relevantes de este movimiento (1,2).

A partir de la década de los 70, los cuidados paliativos empiezan a desarrollarse en el resto de Europa y en 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) los aprobaría e incorporaría oficialmente como concepto y promovería el programa de dichos cuidados como parte del Plan de Control del Cáncer (1).

En 1982 se creó la primera unidad de cuidados paliativos en España en el Hospital Marqués de Valdecilla de Santander por parte de Marcos Gómez Sancho, Josep Porta y Jaime Sanz Ortiz. Cataluña fue la primera de todas las comunidades autónomas en innovar en la estructura de los programas de cuidados paliativos (1).

En 1992 se fundó y registró la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) y su Plan de Cuidados Paliativos se publicó y difundió en 1993 (1).

En el año 2000 se aprobó el Plan de Cuidados Paliativos donde se plasmaron las bases para el desarrollo de estos programas de atención (1).

Gracias a estos acontecimientos, aumentó significativamente la cobertura y asistencia a pacientes paliativos y terminales con la consiguiente creación y desarrollo de Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) en diferentes áreas y hospitales de España (1).

Actualmente la OMS define los cuidados paliativos como *“un modelo de atención que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares, que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación precoz, la correcta valoración y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales”* (3).

Para la SECPAL, éstos se harían conforme a *“la implantación de recursos específicos, la mejora de la atención en los recursos ya existentes (Atención primaria, Hospitales generales y Centros de larga estancia), la formación de profesionales y la educación de la sociedad y su participación a través del voluntariado”* (4), con el objetivo de mejorar la atención de los enfermos necesitados de estos cuidados.

A nivel Nacional, la organización y coordinación de los cuidados paliativos depende de las comunidades autónomas, lo que nos indica la existencia de diferencias entre ellas en cuanto a la estructuración de los planes o programas específicos de cuidados paliativos.

Los últimos datos recogidos (*figura 1*) nos muestran que la mayoría de pacientes atendidos lo fueron por equipos domiciliarios especializados en cuidados paliativos (30,7% en 2007 y 29,4% en 2008 respecto a la población estimada), destacando que los enfermos oncológicos representan el mayor porcentaje de éstos, superando a los atendidos en atención primaria (25,7% en 2007 y 22,1% en 2008 de la población estimada) y a los equipos, unidades o servicios hospitalarios de cuidados paliativos (17,9% en 2007 y 19,2% en 2008 de la población estimada) (3).

Conforme a estos datos, se refleja la importancia del equipo de soporte domiciliario y la coordinación de éste con otras unidades (3):

- En la mayoría de las comunidades autónomas existen sistemas de información entre atención primaria y equipos de soporte domiciliario con los servicios de Urgencias.
- En algunas UCP se establece un servicio de atención telefónica durante 24 horas.

- Únicamente en una de ellas se dispone de una guardia provincial localizada específica de 24 horas durante los 365 días del año, compuesta por profesionales de medicina y enfermería.
- Solo en algunas se establece un sistema de asesoramiento telefónico durante 12 horas, estando previsto uno informático de coordinación de recursos de cuidados paliativos-urgencias durante las 24 horas.

Estas son algunas de las asistencias que ya se están llevando a cabo, aunque el objetivo es seguir aumentando la organización y la coordinación de las UCP, sobre todo a nivel domiciliario (3).

Además, datos recogidos por la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2015, reflejan que España tiene 3.621 pacientes por millón de habitantes con necesidad de cuidados paliativos sin especificar enfermedad asociada. Y de ellos, 1.755 necesitarían una atención prestada por equipos específicos con formación avanzada (5).

Acorde a lo anterior, en Castilla y León hay que prestar cuidados paliativos sin especificación de enfermedad asociada a 8.632 pacientes, de los cuales el 48,48% necesitarían la atención de equipos específicos. De acuerdo con esta estimación, en la localidad de Salamanca, 1.196 pacientes necesitan asistencia de cuidados paliativos sin especificar enfermedad asociada y 580 de estos tendrían necesidad de cuidados paliativos avanzados (5). Conforme a estos datos, se refleja la necesidad de mantener y fomentar los cuidados paliativos en la Comunidad.

Para esto, Castilla y León propone un Plan de Cuidados Paliativos basándose en un modelo asistencial articulado en torno a la Atención Primaria de Salud, aunque es imprescindible disponer de un segundo nivel asistencial con profesionales especializados y recursos avanzados en atención paliativa como apoyo ante circunstancias de alta complejidad, incluyendo la posibilidad de implantar un modelo de atención domiciliaria (5).

En cuanto a la organización y coordinación de los cuidados paliativos en Castilla y León, consta de 247 Equipos de Atención primaria, 15 Equipos de Soporte Domiciliario de Cuidados Paliativos (ESDCP), 5 Equipos de Hospitalización a Domicilio (HADO) y 11 Unidades Hospitalarias de Cuidados Paliativos (UHCP), a

los que hay que añadir la colaboración de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y 2 Equipos de Atención Psicosocial de la Obra Social “la Caixa”. También mencionar los 199 puntos de Atención Continuada y los Equipos de Emergencias Sanitarias (EMS) y los 14 Servicios de Urgencias Hospitalarias que garantizan la continuidad asistencial (5).

3. OBJETIVOS

General:

Describir las intervenciones de enfermería para prestar unos cuidados paliativos adecuados a los pacientes oncológicos en el ámbito domiciliario, mejorando así su calidad de vida y la de sus familiares.

Específicos:

- 1) Tratar al paciente paliativo oncológico y a su familia como una unidad.
- 2) Atención integral, englobando los aspectos físicos y emocionales.
- 3) Favorecer la autonomía del paciente paliativo oncológico durante todo el trascurso de su enfermedad.
- 4) Proporcionar el mayor bienestar posible al paciente con proceso oncológico paliativo.

4. METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se realiza una búsqueda bibliográfica utilizando diferentes bases de datos como Scielo, Dialnet, PubMed y Google académico. Se utilizaron como palabras clave cuidados paliativos, proceso oncológico y atención domiciliaria, acotando el periodo de publicación entre los años 2004 y 2020.

También se consultaron diferentes revistas electrónicas como Enfermería Global y webs oficiales como SECPAL, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y Sanidad de Castilla y León (Sacyl), de donde se han obtenido diversos protocolos y planes de cuidados.

5. DESARROLLO

5.1 Finalidad de los cuidados paliativos

La finalidad de los cuidados paliativos es proporcionar al paciente un soporte emocional y confort físico para conseguir calidad de vida tanto del paciente como de sus familiares. Consisten en un programa colaborativo de un equipo de profesionales multidisciplinar que trabaja desde el diagnóstico que indica que no es posible un tratamiento curativo y es subsidiario de recibir estos cuidados. Así, desterramos la idea de que los cuidados paliativos significa “no hacer nada”.

No tenemos que cometer el error de relacionar o comparar la aplicación de estos cuidados con el concepto de *Encarnizamiento terapéutico* o *Distanasia* que es “*la tendencia a luchar a favor de la prolongación de la vida de un modo exagerado, consecuencia del gran desarrollo de la medicina y sus posibilidades de prolongación del proceso de muerte. Consiste en el mantenimiento de la vida del paciente por encima de cualquier consideración. Entendiendo así, como prioritaria la vida frente a la calidad de ésta*” (6).

Durante la aplicación de estos cuidados, la enfermedad va avanzando y los síntomas empeoran hasta llegar a un punto en el que está indicado el uso de la *Sedación Paliativa* que consiste “*en la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, una vez obtenido el oportuno consentimiento, mediante la administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas, con el objetivo de evitar un sufrimiento insostenible causado por uno o más síntomas refractarios*” (7). Cuando el enfermo se encuentra en sus últimos días u horas de vida (fase agónica), se denomina *Sedación Paliativa en la Agonía* o *Sedación Terminal*. No hay que confundir esta práctica con

la *Eutanasia*, acción que es ilegal en España (Actualmente está en debate la ley de Eutanasia según información proveniente del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) y según la SECPAL se define como “*la conducta (acción u omisión) intencionalmente dirigida a terminar con la vida de una persona que tiene una enfermedad grave e irreversible, por razones compasivas y en un contexto médico*” (7). También se considera según la OMS como “*la conducta de un médico que provoca intencionalmente la muerte de un paciente para que no sufra*” (tabla 2) (7).

Los cuidados paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir.

5.2 Control de síntomas en los cuidados paliativos

Los síntomas que aparecen pueden presentar una gran variabilidad. Son evolutivos y cambiantes, incluso llegan a convertirse en síntomas multifactoriales. El correcto control de éstos es fundamental en los cuidados paliativos y por ello el personal sanitario debe seguir las siguientes pautas (8):

- Evaluar los síntomas permitiéndonos establecer un plan terapéutico apropiado. Se realiza de una forma integral, estudiando el contexto donde se establecerá la atención y teniendo en cuenta la influencia de dicho contexto tanto en el paciente como en su entorno familiar. Se pretende conocer la causa, el patrón, los factores desencadenantes y de alivio, la intensidad que presenta y si ha habido respuesta a tratamientos previos.
- Explicar la causa de los síntomas tanto al paciente como a la familia para que sean capaz de comprenderlos.
- Establecer un plan terapéutico individualizado.
- Proporcionar educación sanitaria sobre el plan terapéutico al paciente y a la familia.
- Incluirá tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en el plan terapéutico, integrando medidas preventivas para evitar la aparición de otros síntomas.
- Monitorizar los síntomas para llevar un seguimiento de los mismos que permita ajustar los tratamientos a las necesidades del paciente que se irán modificando

de forma progresiva para prevenir o minimizar en lo posible los efectos adversos de las medidas terapéuticas aplicadas.

5.3 Plan de cuidados de enfermería

El Proceso de atención de enfermería (PAE) es *“la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática”* (9).

El plan de cuidados es *“la herramienta de la que dispone y se ayuda el enfermero/a para facilitar la aplicación de cuidados profesionales de la población, un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con un proceso clínico o enfermedad concreta, es decir, detallan un grupo de diagnósticos reales o de riesgo, que con probabilidad estarán presentes en ese proceso o enfermedad, así como las intervenciones asociadas más efectivas”* (9). Para su elaboración es preciso tomar como modelo un plan de cuidados estandarizado y así personalizarlo para su concreta aplicación.

A continuación, se propone un plan de cuidados dirigido a pacientes con procesos oncológicos que necesitan recibir cuidados paliativos a nivel domiciliario. Se han recopilado los problemas de salud que pueden presentar de acuerdo con los diagnósticos enfermeros NANDA y así elaborar los objetivos (NOC) y las intervenciones (NIC) pertinentes (6,10,11):

CUIDADOS DE LA NUTRICIÓN

Diagnóstico: (00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Factores relacionados: Cambios emocionales, disfagia, diarrea, estreñimiento, fármacos, vómitos y náuseas.

Objetivos (NOC):

- Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009).
- Apetito (1014).

Intervenciones (NIC):

- Manejo de la nutrición (1100).
- Asesoramiento nutricional (5246).
- Control intestinal (0430).
- Apoyo para la consecución del sustento (7500).

Actividades:

- Fomentar una actitud positiva a las horas de las comidas.
- Tener en cuenta las preferencias alimentarias del paciente.
- Presentación y cantidad: a gusto del paciente, bien presentado, en cantidades y platos pequeños.
- Características: temperatura y textura adecuadas dependiendo del estado del paciente (normal, triturada, líquida, pastosa) y evitar olores fuertes y comida picante.
- Lugar y/o posición: incorporado y mientras que se pueda con la familia o siempre acompañado.
- Fraccionar los horarios de comida en seis o siete veces al día, teniendo en cuenta el deseo del paciente.
- No forzar la ingesta, causa muy frecuente de náuseas y vómitos.
- Aportar suplementos nutricionales si es necesario.
- Mantener una higiene y un buen estado de la mucosa oral.

CUIDADOS DE LA BOCA

Diagnóstico: (00247) Riesgo de deterioro de la mucosa oral.

Definición: Vulnerabilidad a una lesión de los labios, los tejidos blandos de la cavidad bucal y/o faríngea que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Boca sucia, xerostomía (boca seca), boca dolorosa, micosis orofaríngeas como consecuencia de inadecuada higiene bucal, alteraciones digestivas, deshidratación, fármacos, quimioterapia, radioterapia, oxigenoterapia, infecciones, inflamación y el propio proceso oncológico.

Objetivos (NOC):

- Autocuidados: higiene oral (0308).
- Hidratación (0602).
- Salud bucal (1100).

Intervenciones (NIC):

- Ayuda con el autocuidado (1800).
- Fomentar la salud bucal (1720).
- Mantenimiento de la salud bucal (1710).

Actividades:

- La limpieza de la boca y lengua se hará con un cepillo suave o torunda de gasa.
- Realizar enjuagues bucales varias veces al día (solución anestésica, suero fisiológico, antifúngicos, antimicrobianos).
- Hidratar los labios con crema de cacao, hidratantes o aceite de oliva. No usar vaselina porque reseca.
- Pulverizar la mucosa oral con sprays de saliva artificial o de agua mineral tantas veces como se considere.
- Enseñar al paciente y/o familia sobre la importancia de la nutrición e higiene bucal adecuada.
- Animar al paciente para aumentar la ingesta de agua.

CUIDADOS DE LA PIEL

Diagnóstico: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Definición: Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

Factores relacionados: Humedad, factores mecánicos (presión, sujeciones) e inadecuada higiene y nutrición.

Objetivos (NOC):

- Control del riesgo (1902).
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101).
- Hidratación (0602).
- Estado nutricional (1004).
- Detección del riesgo (1908).

Intervenciones (NIC):

- Vigilancia de la piel (3590).
- Prevención de úlceras por presión (3540).
- Manejo de nutrición (1100).

Actividades:

- Promover la movilidad del paciente de acuerdo con su capacidad.
- Instruir a la familia sobre:
 - La necesidad de cambios posturales y explicarles cómo llevarlos a cabo (recomendable cada 2 o 3 horas).
 - Evitar la utilización de fibras sintéticas, gomas, etc., la formación de pliegues en las sábanas y considerar la utilización de camas y colchones especiales.
 - Higiene adecuada: fomentar el cambio de ropa, colectores, absorbentes (evita el contacto continuo de la piel con ambiente húmedo) y el secado de la piel realizando pequeños toques, nunca arrastrando.
 - Hidratación de la piel mediante mayor aporte de líquidos y aplicación de cremas hidratantes en zonas no lesionadas.
 - Protección de las zonas con mayor riesgo de lesión como prominencias óseas (talones, rodillas, sacro entre otras).

- No utilizar alcohol sobre zonas expuestas al tratamiento de radioterapia.
- Vigilar la presencia de lesiones en zonas de riesgo, como puede ser un enrojecimiento de la piel.
- Proporcionar una nutrición adecuada especialmente aporte proteico y si es preciso mediante suplementos.

CUIDADOS DE LA ELIMINACIÓN

<p>Diagnóstico: (00015) Riesgo de estreñimiento.</p>

Definición: Disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Tratamiento farmacológico (opiáceos, codeína), cambios en la alimentación, insuficiente ingesta de líquidos/fibra y disminución del nivel de actividad.

Objetivos (NOC):

- Detección del riesgo (1908).
- Respuesta a la medicación (2301).
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008).
- Movilidad (0208).
- Eliminación intestinal (0501).

Intervenciones (NIC):

- Manejo del estreñimiento/impactación fecal (450).
- Manejo de la medicación (2380).
- Asesoramiento nutricional (5246).
- Fomento del ejercicio (0200).

Actividades:

- Valorar sus hábitos y fecha de la última deposición.
- Explicar al enfermo y/o familia los cuidados precisos y la administración correcta de los medicamentos:

- Estimular la ingesta de líquidos (agua y zumos de frutas) y de fibra en la dieta, siempre que no esté contraindicado.
 - Atender lo antes posible al reflejo de eliminación y mientras sea posible que lo realice en el baño.
 - Proporcionar intimidad.
 - Aconsejar la actividad física dentro de lo posible.
- Comprobar si tiene pautado tratamiento laxante. Este tratamiento consiste en los siguientes pasos:
- Iniciación con un laxante estimulante para aumentar el peristaltismo como senósidos (12 a 72mg/día) o lactulosa (20 a 90cc/día).
 - Si el primer tratamiento no da resultados, se pueden añadir medidas rectales como supositorios de glicerina o de bisacodilo o micralax.
- Tacto rectal para constatar la presencia de fecaloma:
- Si es blando: supositorio de bisacodilo diariamente hasta que responda.
 - Si es duro: enema de aceite (100-200cc) la noche anterior y seguir con enemas fosfatados hasta su total eliminación.

CUIDADOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

<p>Diagnóstico: (00094) Riesgo de intolerancia a la actividad.</p>

Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Factores relacionados: Pérdida de la condición física y fatiga.

Objetivos (NOC):

- Control del riesgo (1902).
- Nivel de fatiga (0007).
- Conocimiento: mecanismos corporales (1827).
- Conocimiento: actividad prescrita (1811).

Intervenciones (NIC):

- Manejo de la energía (0180).
- Ayuda con el autocuidado: AIVD (1805).

Actividades:

- Evaluar la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas mediante la Escala de Karnofsky (*tabla 3*) (12).
- Adaptar su entorno para aumentar la autonomía del paciente en sus cuidados personales y actividades diarias.
- Fomentar su participación en sus propios cuidados y en la toma de decisiones siempre que su estado de salud se lo permita.
- Proporcionar ayuda por parte de su familia y/o cuidador cuando el estado de salud no permita la autonomía en sus cuidados y actividades diarias.
- Favorecer la necesidad de ocio y distracción, teniendo en cuenta las preferencias del paciente.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.
- Ajustar la realización de las actividades de la vida diaria al nivel de su capacidad.
- Gestionar el tiempo de actividad para evitar la fatiga.

CUIDADOS DEL CONFORT FÍSICO

Diagnóstico: (00198) Trastorno del patrón del sueño.

Definición: Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.

Factores relacionados: Inadecuado control del dolor, fármacos y medidas insatisfactorias para el descanso del paciente.

Objetivos (NOC):

- Sueño (0004).

Intervenciones (NIC):

- Mejorar el sueño (1850).
- Manejo de la medicación (2380).

Actividades:

- Preguntar las horas y calidad del sueño.
- Explicar los efectos secundarios que puede producir la medicación.
- Revisar la medicación pautada por si fuera la causa de la alteración del descanso.

- Proporcionar alivio al dolor mediante la administración correcta de analgesia.
- Aconsejar medidas que inducen al sueño: respetar horarios de sueño y descanso, el vaciamiento vesical, tomar algo caliente antes de la hora de dormir, ropa limpia, música suave, lectura, reducir la estimulación ambiental (luces, ruidos, etc.), técnicas de relajación y masajes.
- Animar al paciente a expresar sus sentimientos y poder reducir el nivel de preocupación favoreciendo su descanso.
- Siempre que el estado de salud del paciente lo permita, favorecer la actividad diaria: pasear, hacer manualidades entre otras.

Diagnóstico: (00133) Dolor crónico.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible de una duración mayor de seis meses.

Factores relacionados: Inadecuado control del dolor y el propio proceso oncológico.

Objetivos (NOC):

- Control del dolor (1605).
- Nivel del dolor (2102).

Intervenciones (NIC):

- Aplicación de calor o frío (1380).
- Manejo del dolor (1400).
- Administración de analgésicos (2210).
- Manejo de la medicación (2380).
- Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (2400).
- Escucha activa (4920).
- Mejorar el afrontamiento (5230).
- Terapia de relajación simple (6040).

Actividades:

- Nunca hay que utilizar placebo y siempre creer al enfermo cuando dice que presenta dolor.
- Identificar el tipo de dolor: sordo, punzante, quemazón entre otros.
- Localizar el lugar del dolor mediante la palpación y/o indicación por parte del paciente.
- Medir la intensidad pudiendo utilizar diferentes escalas: Escala numérica (cero indica ausencia de dolor y diez el mayor dolor imaginable), EVA (*figura 2*) (13) (dolor leve, moderado o severo) ...
- La frecuencia: ¿cuándo apareció?, ¿cuánto dura?, ¿en qué momento o postura aparece?, ¿el dolor que presenta es constante?
- Administración correcta de analgesia (*tabla 4*) (14) según la Escala Analgésica de la OMS (*tabla 5*) (14).
- Valorar la eficacia de la analgesia administrada.
- Enseñar y respetar posturas antiálgicas.
- Hay que asegurar que tiene pautado laxantes si el enfermo toma analgésicos opiáceos.
- Informar, educar y responsabilizar al enfermo y familia del plan terapéutico: tratamiento pautado, vía y horario de administración.
- Aplicar medidas no farmacológicas como complemento a la administración analgésica: estimulación cutánea con calor, frío o masaje, ejercicios de relajación y distracción con actividades de ocio.

CUIDADOS DEL ESTADO EMOCIONAL DEL PACIENTE

Diagnóstico: (00067) Riesgo de sufrimiento espiritual.

Definición: Susceptible de deterioro de la habilidad para experimentar e integrar sentido y propósito en la vida a través de la conexión con el yo, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al yo que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Depresión, ansiedad, estresores, soledad y percepción de tener asuntos pendientes.

Objetivos (NOC):

- Aceptación: estado de salud (1300).
- Bienestar personal (2002).
- Sufrimiento (2003).

Intervenciones (NIC):

- Mejorar el afrontamiento (5230).
- Escucha activa (4920).
- Apoyo espiritual (5420).
- Apoyo emocional (5270).
- Control del estado de ánimo (5330).

Actividades:

- Reservar y planificar un tiempo adecuado que favorezca la comunicación.
- Establecer una escucha activa, dedicando el tiempo que sea necesario.
- Animar al enfermo a que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Facilitar la asistencia espiritual y/o psicológica que demande.
- Facilitar una atmosfera adecuada en su entorno para resolver temas pendientes que pudiera tener.
- Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.

Diagnóstico: (00153) Riesgo de baja autoestima situacional.

Definición: Susceptible de desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación concreta, que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Alteración de la imagen corporal, disminución del control sobre el entorno y patrón de impotencia.

Objetivos (NOC):

- Autoestima (1205).
- Autonomía personal (1614).
- Estado de salud personal (2006).

Intervenciones (NIC):

- Potenciación de la autoestima (5400).
- Mejorar el afrontamiento (5230).
- Asesoramiento (5240).

Actividades:

- Reservar y planificar un tiempo adecuado para favorecer la comunicación.
- Tranquilizar explicando que este estado de ánimo sería normal y esperado que se presentara.
- Facilitar unas pautas de conducta que ayuden a normalizar aspectos de la vida que estén alterados como el autocuidado, siempre teniendo en cuenta la capacidad del paciente.
- Hacerle partícipe, en la medida de lo posible, de las decisiones sobre sus cuidados.
- Ayudarle a la adaptación al cambio del rol cuando lo precise.
- Invitar a la familia a realzar los valores y logros positivos del enfermo.

CUIDADOS A LA FAMILIA

Diagnóstico: (00226) Riesgo de planificación ineficaz de las actividades.

Definición: Susceptible de ser incapaz de prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones, que puede comprometer la salud.

Factores relacionados: Apoyo social insuficiente, habilidad insuficiente para procesar la información y percepción no realista del acontecimiento.

Objetivos (NOC):

- Autogestión de los cuidados (1613).
- Toma de decisiones (0906).

Intervenciones (NIC):

- Facilitar el aprendizaje (5520).
- Apoyo en la toma de decisiones (5250).

- Aumentar los sistemas de apoyo (5440).

Actividades:

- Valorar las demandas de la familia y las necesidades que el profesional enfermero observa.
- No juzgar ante las limitaciones que pueden poner.
- Explorar los recursos existentes en el entorno familiar.
- Realizar conjuntamente con los cuidadores el plan de cuidados.
- Escucha activa y empática para que la familia pueda expresar sus sentimientos.
- Explorar preocupaciones y resolverlas siempre que sea posible.
- Proporcionar recursos externos como material sanitario, información, asociaciones, apoyo psicológico, terapias entre otros.

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

Definición: Susceptible de tener dificultades para satisfacer las responsabilidades de cuidador, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas, que pueden comprometer la salud.

Factores relacionados: Actividades de cuidados excesivas, ampliación de la duración del cuidado requerido, asistencia insuficiente, complejidad de las actividades de cuidados y descanso para el cuidador insuficiente.

Objetivos (NOC):

- Control del riesgo (1902).
- Descanso (0003).
- Alteración del estilo de vida del cuidador familiar (2203).
- Bienestar del cuidador familiar (2508).

Intervenciones (NIC):

- Apoyo al cuidador principal (7040).
- Asesoramiento (5240).
- Fomento de la implicación familiar (7110).

Actividades:

- Valorar la probabilidad del riesgo mediante la Escala de Zarit (*tabla 6*) (15).
- Ayudarles a comprender que el descanso del cuidador principal es esencial.
- Facilitar la división de las tareas de apoyo al paciente entre el cuidador principal y el resto de la familia.
- Asesorarle sobre la contratación de ayuda externa.
- Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con las preferencias de éste.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento mediante llamadas por teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.
- Observar si hay indicios de estrés.
- Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

6. CONCLUSIÓN

Los cuidados paliativos han ido evolucionando a lo largo de la historia y su necesidad adquiere cada vez más importancia debido al aumento de la esperanza de vida. Como consecuencia de esto, han incrementado las personas con enfermedades crónicas y procesos oncológicos.

Los enfermos con procesos oncológicos son atendidos por un equipo multidisciplinar en el que la enfermera desempeña un papel fundamental en la prestación de cuidados, siendo el domicilio el lugar idóneo para la aplicación de éstos. Para ello, resulta relevante la necesidad de elaborar un plan de cuidados para prevenir y tratar los problemas de salud que puedan presentar. El objetivo sería mejorar la calidad de vida del paciente y la familia respetando su voluntad.

Para abordar la complejidad de los cuidados paliativos, la enfermera debería contar con una formación específica.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Allende S, Lafuente P. Historia de los Cuidados Paliativos. Introducción a los cuidados Paliativos [Internet]. Academia.edu [Consultado el 9 de Marzo de 2020]. Disponible en:
https://www.academia.edu/40542166/Historia_de_los_cuidados_Paliativos_Introducción_a_los_cuidados_Paliativos
2. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet] Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014 [Consultado el 9 de Marzo de 2020]. Historia de los Cuidados Paliativos. Algunos precedentes históricos. Disponible en:
https://www.secpal.com/secpal_historia-de-los-cuidados-paliativos_2-algunos-precedentes-historicos
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [Consultado el 16 de Febrero de 2020]. Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Disponible en:
https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/paliativos/cuidados_paliativos.pdf
4. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Consultado el 9 de Marzo de 2020]. Guía de Cuidados Paliativos. Disponible en: <https://www.secpal.com//Documentos/Paginas/guiacp.pdf>
5. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León [Internet]. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Gerencia Regional de Salud; 2017 [Consultado el 16 de Febrero de 2020]. Plan de Cuidados Paliativos de Castilla y León. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/cuidados-paliativos/plan-cuidados-paliativos-castilla-leon.ficheros/1119095-cuidados%20paliativos%20%28FINAL%20NAVEGABLE%29.pdf>

6. Tizón Bouza E, Vázquez Torrado R. Enfermería en cuidados paliativos: Hospitalización durante los últimos días. *Enferm Global* [Internet]. 2004 Nov [Consultado el 2 de Abril de 2020];3(5):1-32. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/24013/1/Enfermeria%20en%20cuidados%20paliativos.%20Hospitalizacion%20durante%20los%20ultimos%20dias%20de%20vida..pdf>
7. Benito González U. Eutanasia y Sedación Paliativa en pacientes terminales [Internet]. Alcoy: Área de Innovación y Desarrollo, SL-3Ciencias; 2017 [Consultado el 2 de Abril de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=705858>
8. Sociedad Española de Cuidados Paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2014 [Consultado el 15 de Abril de 2020]. Guía de Cuidados Paliativos. Principios generales de control de síntomas. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_4-principios-generales-de-control-de-sintomas
9. Tejado Domínguez FJ, Ruiz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enferm Global* [Internet]. 2009 Feb [Consultado el 2 de Abril de 2020];8 (1): 1-13. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/49551/47401>
10. Actualización en Enfermería. NANDA, NOC, NIC, Metodología Enfermera [Internet]. [Consultado el 20 de Febrero de 2020]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/>
11. Herdman TH. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classifications [Internet]. Barcelona: Elsevier; 2014 [Consultado el 20 de Febrero de 2020]. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com.ezproxy.usal.es/>
12. Puiggrós C et al. El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutr. Hosp.* [Internet]. 2009 Abr [Consultado el 2 de Abril de 2020]; 24 (2): 156-160. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112009000200008&lng=es

13. Camacho Barreiro L et al. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. Ene [Internet]. 2016 Mar-Abr [Consultado el 2 de Abril de 2020]; 10 (1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100006&lng=es

14. Departamento de salud. Gobierno Vasco [Internet]. Departamento de salud. Gobierno Vasco [Consultado el 16 de Febrero de 2020]. Guía de enfermería en cuidados paliativos. Equipo Consultor de cuidados paliativos. Disponible en:

https://www.habe.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/GuiaCuidadosPaliativosC.pdf

15. Hayo Breinbauer K et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2009 May [Consultado el 2 de Abril de 2020]; 137 (5): 657-665. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500009&lng=es

8. ANEXO

8.1 Tablas

Tabla 1. Precedentes históricos

SIGLO	AÑO	LUGAR	TIPO DE CENTRO	PERSONA
V	400	Ostia.	Hospicio en el Puerto de Roma.	Fabiola, discípula de San Jerónimo.
XII	-	Europa.	Hospicios y hospederías medievales.	Caballeros Hospitalarios.
XVII	1625	Francia.	Lazaretos y Hospicios.	San Vicente de Paúl y las Hijas de la Caridad.
XIX	1842	Lyon.	Hospices o Calvaries.	Jean Granier y la Asociación de Mujeres del Calvario.
XIX	-	Prusia.	Fundación Kaiserwerth.	Pastor Flinder.
XIX	1879	Dublín.	Our Lady's Hospice.	Madre Mary Aikenhead y las Hermanas Irlandesas de la Caridad.
XIX	1872	Londres.	The Hostel of God (Trinity Hospice), St. Luke's Home y otras Protestant Homes.	Fundaciones protestantes.
XX	1909	Londres.	St. Joseph's Hospice.	Hermanas Irlandesas de la Caridad.
XX	1987	Londres.	St. Christopher's Hospice.	Cicely Saunders.
XX	1975	Montreal.	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital.	Balfour Mount.

Tabla 2. Diferencia entre Sedación Paliativa y Eutanasia

	OBJETIVO	PROCEDIMIENTO	RESULTADO
SEDACIÓN PALIATIVA	Disminución deliberada de la consciencia para evitar el sufrimiento causado por síntomas refractarios.	Administración de los fármacos indicados y a las dosis proporcionadas que precisa consentimiento previo.	Alivio del sufrimiento.
EUTANASIA	Terminar con la vida del enfermo para que no sufra.	Administración de fármacos a dosis letales que aseguren una muerte rápida.	Muerte.

Tabla 3. Escala de Karnofsky

Situación clínico-funcional	Puntuación
Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.	100
Capaz de llevar a cabo actividad normal, pero con signos o síntomas leves.	90
Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.	80
Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.	70
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.	60
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.	50
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.	40
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.	30
Muy enfermo, necesita tratamiento activo.	20
Moribundo irreversible.	10
Muerto.	0

Tabla 4. Clasificación de los analgésicos

Analgésicos periféricos	Coanalgésicos	Opiáceos débiles	Opiáceos potentes
Paracetamol			
Metamizol			
Diclofenaco	Corticoides	Codeína	Morfina
Ketorolaco	Antidepresivos	Dihidrocodeína	Metadona
Naproxeno	Anticonvulsivantes	Tramadol	Fentanilo
Ibuprofeno	Fenotiazinas		

Tabla 5. Escala Analgésica de la OMS

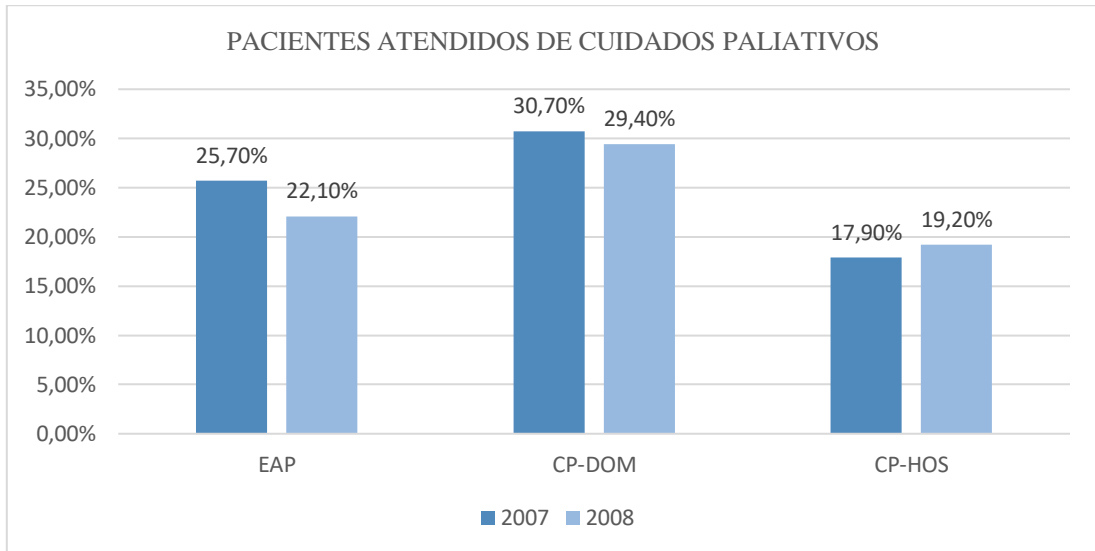
PRIMER ESCALÓN (Dolor leve)	SEGUNDO ESCALÓN (Dolor moderado)	TERCER ESCALÓN (Dolor severo)
Analgésico periférico +/- Coanalgésico	Opiáceo débil +/- Analgésico periférico +/- Coanalgésico	Opiáceo potente +/- Analgésico periférico +/- Coanalgésico

Tabla 6. Escala de Zarit

Puntuación para cada respuesta*	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	1	2	3	4	5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8. ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22. Globalmente, ¿Qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					
<p>*Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 46), “sobrecarga ligera” (47-55) y “sobrecarga intensa” (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.</p> <p>**Escala de Zarit Abreviada (sólo los ítems 2,3,6,9,10,17 y 22): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: “ausencia de sobrecarga” (≤ 16) y “sobrecarga intensa” (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador.</p>					

8.2 Figuras

Figura 1. Distribución de pacientes



Legenda: EAP: Equipos de atención primaria, CP-DOM: Equipos domiciliarios, CP-HOS: Equipos hospitalarios.

Figura 2. Escala visual analógica del dolor (EVA)

