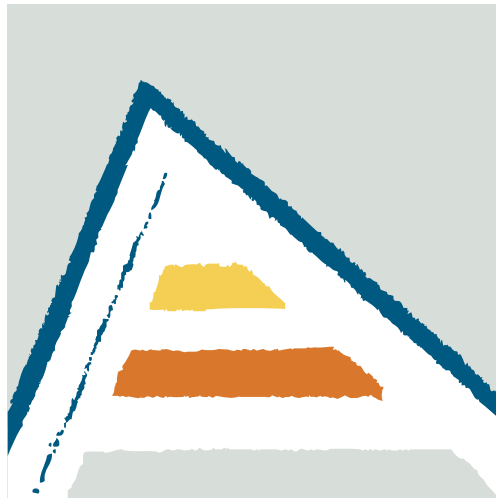


UNIVERSIDAD DE ALICANTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



***“Cuidados de enfermería de una paciente con
cáncer de mama en una unidad de cuidados
paliativos. Caso clínico”***

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2019-2020

Estudiante: María del Carmen Sánchez Vidal

Tutora: María Isabel Orts-Cortés

Departamento de Enfermería

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	JUSTIFICACIÓN DEL CASO.....	3
3.	EPIDEMIOLOGÍA	4
4.	ANATOMÍA Y FISIOPATOLOGÍA	7
5.	METODOLOGÍA.....	11
6.	DESARROLLO	12
6.1.	PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO	12
6.2.	VALORACIÓN INICIAL	12
6.3.	PLANIFICACIÓN DE INTERVENCIONES E INDICADORES DE RESULTADO	16
6.4.	EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADO	24
7.	DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	28
8.	AGRADECIMIENTOS.....	30
9.	REFERENCIAS	31

1. Resumen

Introducción y objetivos. A través de las prácticas clínicas realizadas en el hospital de Cuidados Paliativos de la provincia de Alicante, se seleccionó a una paciente de habla inglesa que padecía cáncer de mama en estadio IV como principal diagnóstico, encontrándose en la unidad mencionada para su atención y control de síntomas. El presente trabajo trata de abordar desde un punto de vista epidemiológico y fisiopatológico su enfermedad principal, para posteriormente elaborar, implementar y evaluar un plan de cuidados de enfermería individualizado.

Metodología. Se han establecido actuaciones de enfermería basadas en la evidencia, para reducir sus problemas reales y prevenir los potenciales. Se han utilizado guías de buena práctica clínica, distintas bases de datos y bibliotecas online para fundamentar el cuidado. Se realizó una valoración de la paciente, basándonos en las 14 necesidades de Virginia Henderson, para planificar nuestras actuaciones en el cuidado integral, donde se abordarán todos los aspectos pertinentes, como la comunicación. Durante esta planificación se volvió a realizar una evaluación de los resultados obtenidos, para comprobar la eficacia de las intervenciones, y se aplicaron algunas nuevas debido a la modificación en sus necesidades.

Resultados y discusión. Se realiza un análisis de la situación final de la paciente donde se observa una mejoría en casi todas las necesidades debido a la mejoría en la comunicación y el cuidado del riesgo de infección. Otras necesidades no han podido ser resueltas como la nutrición.

Conclusiones. Se obtiene una mejora en la comunicación con la paciente, logrando mejorar su estado anímico, y global, el cual ha tenido una repercusión positiva en todos sus ámbitos. Gracias a las enfermeras, a sus habilidades de comunicación y cuidados, se logra proporcionar un clima de confort tanto a la familia como a la paciente, acompañándole en su última etapa de vida.

Palabras clave: cuidados de enfermería; cáncer de mama; cuidados paliativos; autonomía; comunicación.

Abstract

Introduction and objectives. Through the clinical practises that have been carried out in the Palliative Care Hospital of Alicante's province, an English patient who suffered from breast cancer in stage 4 as main diagnosis was selected, being in the mentioned unit so as to be paid attention and for her symptoms to be controlled. The present document tries to deal with her principal disease, from an epidemiological and pathophysiological point of view, in order to develop, implement and assess a customised nursing care plan.

Methodology. Nursing activities have been based on evidence, in order to reduce her current problems and prevent her from the potential ones. Different evidence-based clinical practice guidelines have been used, as well as assorted data bases and online libraries for substantiating the care plan. An assessment was made to the patient, based on Virginia Henderson's 14 necessities, with the aim of planning our interventions in the integral care, where all the relevant aspects will be discussed, such as communication. Throughout this planning, another assessment was made to the results gained, in order to prove the interventions' effectiveness, and some new approaches were employed due to modifications on her needs.

Results and discussion. An analysis of the closing situation of the patient was made, which points out an improvement in almost every necessity on account of the enhancement in communication and risk for infection care plan. Other needs haven't been solved; for instance, nourishment.

Conclusion. A betterment in communication has been acquired, upgrading her mood and general well-being, which has turned out to have a positive repercussion at all levels. Thanks to the nurses, their communication and caring skills, the family and the patient have both been provided with a comfort climate, supporting her along the last stage of her life.

Key words: nursing care plan; breast cancer; palliative care; autonomy; communication; confrontation.

2. Justificación del caso

La enfermería es una disciplina que se encarga de proporcionar cuidados integrales a sus pacientes, atendiendo a todas sus necesidades tanto físicas como emocionales. La enfermera no tiene como único objetivo curar, ya que también se encarga de proporcionar medidas de confort, por ejemplo en etapas finales de la vida. Es por ello que hemos seleccionado este caso, para observar la actuación de la enfermera en una unidad de cuidados paliativos y manifestar que no es una profesión meramente técnica, si no que abarca diversos campos como la espiritualidad.

La paciente seleccionada para este caso se encontraba en la Unidad de Paliativos debido a un cáncer de mama estadio IV terminal. El cáncer afecta actualmente a un gran porcentaje de la población impactando tanto en el propio paciente como en su entorno. En estas unidades se trabaja para aliviar el sufrimiento tanto físico como psíquico, sin contemplar la curación, por lo tanto, se plantea el trabajo de la enfermera desde un punto de vista distinto.

La paciente es de origen británico y lleva en España dos años, por lo que sabe hablar muy poco castellano y se comunica casi en su totalidad en inglés, lo cual resulta un problema. El proceso de comunicación se ve truncado y no se establecen adecuadamente las relaciones terapéuticas, ya que no existe la certeza de que la paciente comprenda adecuadamente las indicaciones y viceversa.

3. Epidemiología

En los últimos 20 años ha aumentado significativamente el número de diagnósticos de cáncer, provocados, entre otros, por un incremento de la población, aumento de la esperanza de vida y distintos factores de riesgo como puede ser el tabaquismo (1,2).

En 2018 a nivel mundial se obtuvieron 18'1 millones de nuevos diagnósticos positivos de cáncer (2).

Observando la figura 1, la incidencia del cáncer es desigual según el órgano al que afecte.

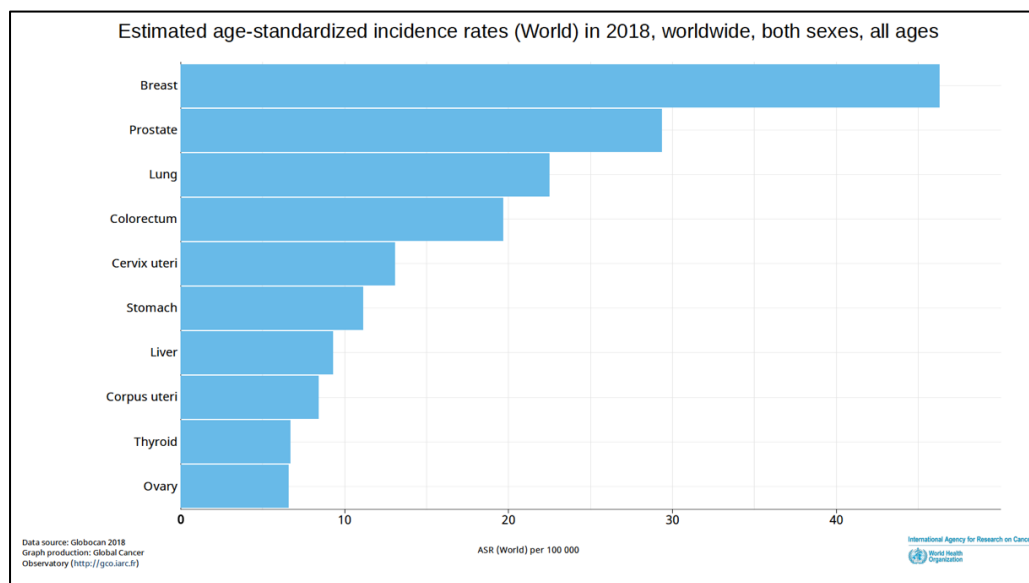


Figura 1. Incidencia del cáncer por órganos afectados (3)

Se ha observado un aumento de casos en mujeres debido al acceso a diferentes puestos de trabajo (estando expuesta a agentes tóxicos), al aumento del hábito tabáquico, etc.

Lo que es común en ambos sexos es un aumento en la probabilidad de padecer cáncer a partir de los 45-50 años.

Otro dato a considerar sobre esta patología es su prevalencia (número de personas vivas con una enfermedad, superada o no), ya que indica su supervivencia, es decir, cuanto mayor sea su prevalencia, más probabilidades de sobrevivir.

El cáncer de mama tuvo en 2018 una prevalencia de 129.928 casos en 5 años.

No obstante, el Instituto Nacional de Estadística marcó en 2018 el cáncer como la segunda causa de muerte en España con un 26'8% de los fallecidos, solo por detrás de las muertes causadas por problemas en el sistema circulatorio. A pesar de su alta incidencia, se había conseguido una disminución de la tasa de fallecidos en un 1'3% rompiendo así la tendencia al alza en muertes (2).

En la figura 2 se observa una desigualdad entre el tipo de cáncer más diagnosticado y el que tiene una mortalidad más alta. El cáncer con mayor incidencia es el de mama, pero el de mayor mortalidad es el de pulmón. Estas variantes se producen debido a los programas de detección precoz y las vías de tratamiento (4).

Por lo tanto, la supervivencia vendría determinada por la probabilidad de sobrevivir tras un tiempo, independientemente de la causa por la que se podría dar la defunción (influenciada por el propio cáncer o no).

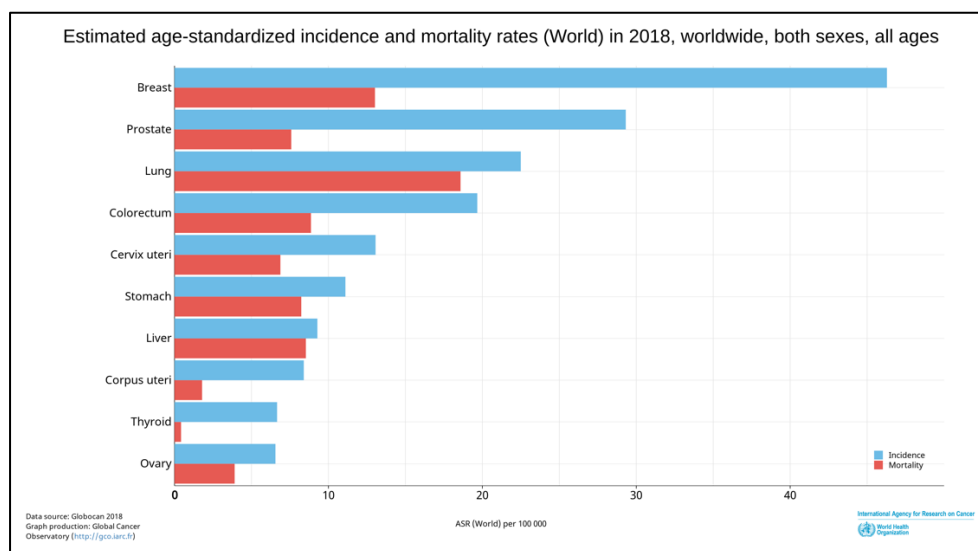


Figura 2. Incidencia y mortalidad del cáncer según el órgano afectado (5)

El cáncer de mama tuvo una supervivencia del 86% en 2018, superado solamente por el melanoma cutáneo (89%) y el cáncer de tiroides (93%) (2).

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer española. Se estima que en 2020 se diagnosticarán 32.953 nuevos casos, indicando que 1 de cada 8 mujeres lo padecerá.

Pese al programa de cribado y sus avances terapéuticos, esta sigue siendo la principal causa de fallecimiento en mujeres, aumentando notablemente a partir de los 50 años. Solo un 10% de los casos son diagnosticados en menores de 40 años (6).

Se observa que este tipo de cáncer tiene componente genético, siendo un 5-10% de las diagnosticadas pertenecientes a este grupo (7).

Su supervivencia ha continuado ascendiendo desde 2018, pero depende del estadio en el que es diagnosticado (6).

En la figura 3 se observa como a nivel mundial en 2018 el cáncer de mama tenía una gran incidencia sobre la mujer, aunque su mortalidad era bastante reducida.

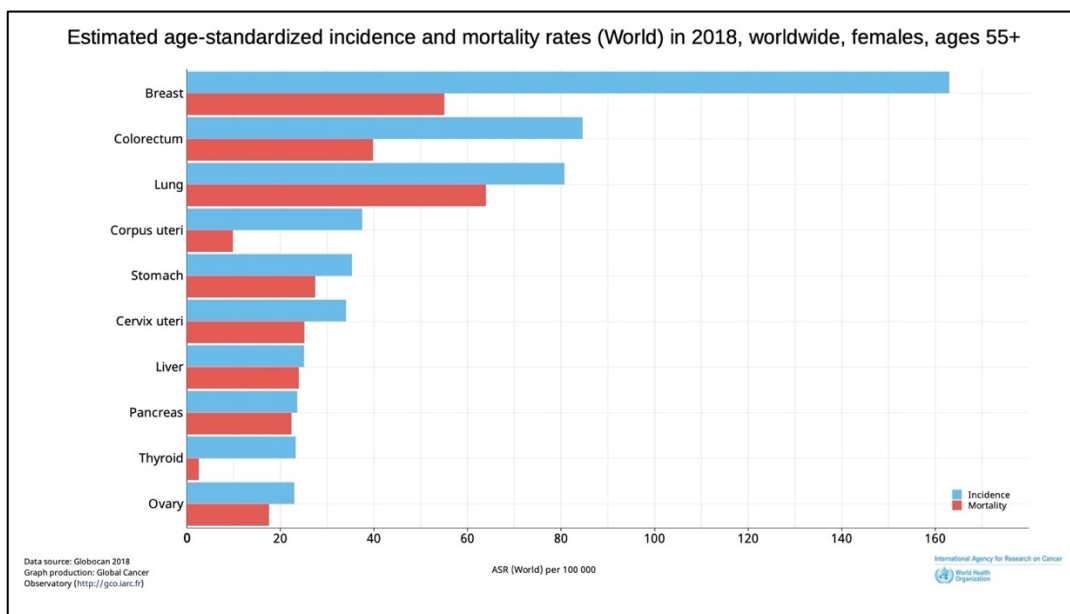


Figura 3. Incidencia y mortalidad del cáncer en mujeres mayores de 55 años (8)

Cuanto más tardío es el diagnóstico del cáncer, más agresivo será el tratamiento, asociándose a un mal pronóstico y una esperanza de vida pequeña. Por lo tanto, se ha relacionado el cáncer avanzado con una mayor probabilidad de padecer dolor (9), que limita significativamente la calidad de vida del paciente y su entorno.

Se estima que el dolor tiene una prevalencia del 39% durante el tratamiento curativo y en fases avanzadas o terminales aumenta hasta un 66-80%. Una variante del dolor es el irruptivo, que lo padecen un 41% de los pacientes con cáncer y provoca un aumento de la ansiedad en los pacientes, familiares y equipo sanitario, reduciendo la calidad de vida (10).

4. Anatomía y fisiopatología

El cáncer de mama es definido por la Sociedad española de Oncología médica como “*una proliferación incontrolada de las células del epitelio glandular*”. Estas células han adquirido la capacidad de diseminarse y llegar a otras partes del cuerpo creando metástasis (6).

Las células cancerígenas crecen y se dividen muy rápidamente, adquiriendo la capacidad de diseminarse a otras partes del organismo y perdiendo la capacidad de morir.

Existen diversos factores que aumentan la probabilidad de padecer este tipo de cáncer, como la edad de la persona (a mayor edad, mayor probabilidad), factores externos como el alcohol, factores genéticos como historia familiar o variaciones en el gen BRCA 1 y 2, una mama con densidad elevada, una terapia hormonal después de la menopausia u obesidad.

Debido a la alta incidencia que tiene el cáncer de mama en la sociedad, existe un programa de cribado muy desarrollado. Se debe fomentar una detección precoz, pues un diagnóstico tardío daría paso a una vía de tratamiento más agresiva, ocasionando así más efectos secundarios como el dolor, lo que reduciría la esperanza de vida (6,9). Actualmente se puede realizar un estudio para determinar si se tiene variaciones en el gen BRCA 1 y 2.

También se realizan otras pruebas de diagnóstico precoz como las mamografías, calificadas como el método de cribado más efectivo, obteniendo imágenes vía rayos X. Cabe recordar que esta vía de acceso es desigual en el mundo, ya que en los países en desarrollo no se tiene fácil acceso a la mamografía, dificultando su diagnóstico precoz (6,11). Otras técnicas son la ecografía, la resonancia magnética nuclear y la biopsia.

Si se confirmara la diseminación, se realizarían pruebas para descartar la presencia de metástasis, como la radiografía de tórax, una ecografía de abdomen, una gammagrafía ósea y/o una tomografía axial computerizada.

El estadio del tumor será determinado mediante un examen patológico de las muestras extraídas en la biopsia.

No se debe olvidar que una de las principales líneas del cribado es la concienciación de la población sobre la autoexploración mamaria regularmente, detectando algunos de los

principales síntomas como un nódulo palpable no doloroso, una retracción en el pezón o alteraciones en la piel.

A nivel histológico, el cáncer de mama se puede desarrollar en las células de los conductos por donde fluye la leche, llamándose “carcinoma ductal”, o en el lóbulo mamario (lugar donde se produce la leche), denominándose “carcinoma lobulillar”, siendo este el más común.

El cáncer de mama también tiene una clasificación molecular: Luminal A, Luminal B, HER 2 o basal like. Ambos tipos de Luminal poseen receptores hormonales, siendo el Luminal A el que mejor pronóstico tiene y el basal like el peor (6).

No obstante, existe una clasificación por estadios (6):

- El estadio 0 se divide en dos subtipos. El “carcinoma lobulillar in situ” indica la presencia de células anómalas que rara vez desarrollan un cáncer invasivo, pero aumentan las probabilidades de padecerlo. Por otro lado, el “carcinoma ductal in situ” o “carcinoma intraductal” demuestra la presencia de células anómalas que muy probablemente adquirirán la capacidad de invadir otras estructuras.
- El estadio I se produce cuando el tumor mide menos de 2cm y no se ha diseminado fuera de la mama.
- El estadio II incluye a los tumores con alguna de las siguientes características: un tumor de menos de 2cm pero que ha infectado ganglios linfáticos de la axila, un tumor de 2 a 5 cm o un tumor de más de 5 cm sin afectación de ganglios.
- El estadio III se divide a su vez en tres subtipos. El estadio IIIA determinado por tumores de menos de 5 cm que se han diseminado a ganglios de la axila o del esternón o tumores de más de 5 cm con las mismas características de diseminación. El estadio IIIB es aquel que independientemente del tamaño afecta a la pared del tórax y de la mama. Y el estadio IIIC es independiente del tamaño, pero tiene que cumplir alguna de las siguientes características: afectar a más de 10 ganglios axilares, afectar a ganglios axilares y a los situados detrás del esternón o afectar a ganglios situados por debajo o encima de la clavícula.
- Por último, el estadio IV indica un cáncer que se ha diseminado al resto del organismo.

Existe también el “cáncer inflamatorio de mama”, un tumor diseminado que se suele encontrar en estadios avanzados de la enfermedad. Sus primeros síntomas son una zona roja, hinchada y caliente.

Hay diferentes variantes de tratamiento, sin olvidar la simbología que la mama aporta a la mujer, ya que puede causar un gran impacto psicosocial tanto en la paciente como en su entorno, favoreciendo aspectos negativos de la vía terapéutica y de la propia enfermedad (7).

Por un lado, existe la posibilidad de tratamiento quirúrgico, siendo el más utilizado. Se puede realizar una cirugía conservadora extirpando solo el tumor y aplicando radioterapia o mastectomía radical extirpando toda la mama. Con este último tipo de cirugía pueden aparecer efectos adversos, como la reducción de movilidad de los miembros superiores, cambios en la postura corporal, asimetrías en el tronco, trastorno muscular, etc. El efecto secundario más común es “linfedema”, una inflamación del brazo que influye en las actividades de la vida cotidiana (6,12).

Otro tratamiento sería la radioterapia con sus variantes. La quimioterapia es quizás la más conocida y su acción radica en impedir el crecimiento de las células o destruirlas. La hormonoterapia es utilizada en aquellos cánceres que tienen su origen en la función de hormonas. La inmunoterapia, se basa en potenciar el propio sistema inmune para que destruya las células cancerígenas.

Las terapias dirigidas son utilizadas para atacar únicamente a las células tumorales.

El tratamiento médico adyuvante trata de evitar recaídas basándose en evitar que las células tumorales de pequeño tamaño e indetectables puedan propagarse a través de la sangre e invadir otros tejidos. Y el tratamiento médico neoadyuvante se utiliza para facilitar la cirugía disminuyendo el tamaño del tumor, o para observar si el tratamiento elegido ha sido el adecuado.

Tras cumplir el tratamiento establecido y tener indicios de superación de la enfermedad, se realizarán revisiones cada 4-6 meses los 5 primeros años y posteriormente de manera anual (6).

Debido a que la paciente cuenta con un cáncer en estadio IV, vamos a ver las posibilidades de tratamiento de esta variante.

Cuando el cáncer de mama se encuentra diseminado por el organismo es imposible su curación, ya que ningún agente ha proporcionado evidencias sobre aumentar la supervivencia en estos pacientes, por lo tanto, se cronificará o se aportará tratamiento paliativo (6,13). El uso de quimioterapia dependerá de si se ha utilizado con anterioridad y su duración. Se pueden utilizar terapias dirigidas, por su baja incidencia en toxicidad, siendo más selectivas y eficaces. Y se utilizarán fármacos antiresortivos cuando haya afectación ósea, para reducir el dolor (6).

Se debe tener en cuenta durante todo proceso del cáncer los aspectos negativos de la paciente, pues se ha demostrado un aumento en el grado de ansiedad y depresión (sobretudo en ciertos países entre los que destaca Reino Unido, al cual pertenece nuestra paciente). Estas serían catalogadas como las angustias psicológicas más comunes que afectan al desarrollo del paciente y la enfermedad, por lo tanto se deben de abordar para reducir su impacto, y si fuera posible, eliminarlas (14).

5. Metodología

Para realizar este trabajo se solicitó a la paciente su permiso y aceptó a participar de manera activa; además todos los datos han sido tratados de manera confidencial y bajo su consentimiento.

Tras la selección de la paciente de la unidad de Cuidados Paliativos, realizamos una valoración para identificar sus problemas potenciales y reales; posteriormente planificamos intervenciones con el fin de mejorar estos problemas y su calidad de vida.

El equipo de enfermería estuvo constantemente reevaluando la situación de la paciente, comprobando la resolución de algunos problemas e identificando nuevos, según avanzaba su estancia hospitalaria.

Finalmente se comprobó la situación de la paciente tras la realización de todas las intervenciones y se evaluó las diferentes técnicas utilizadas según su resultado positivo o negativo.

Todas las intervenciones se encuentran basadas en la evidencia. Las intervenciones fueron realizadas en el periodo de tiempo que duraron las prácticas clínicas, por lo tanto se utilizó el programa “Orion” utilizado en la unidad para evaluar el seguimiento y también fueron utilizadas herramientas de este para su evaluación.

Se han utilizado diversas guías de buena práctica clínica elaboradas tanto por hospitales como por asociaciones científicas.

También se han utilizado diversas bases de datos como “Scopus” y “Pubmed”, así como diversas plataformas con bibliotecas online como son “SciELO”, “Elsevier Clinical Skills” y “Centro español para los cuidados de salud basados en la evidencia (CECBE)”, para la fundamentación de este trabajo.

Para la redacción del presente trabajo fin de grado se ha utilizado el gestor bibliográfico “Mendeley” y se han seguido las normas de citación bibliográfica de Vancouver.

La estrategia de búsqueda se basó en buscar la actualidad de los documentos, con 5 años de antigüedad máximo, excepto algunas guías clínicas. Y se definió el marco de edad utilizando la de la paciente, así como su sexo.

6. Desarrollo

6.1. Presentación del caso clínico

La paciente es una mujer de 64 años, padece Carcinoma de mama estadio IV en el pecho izquierdo con metástasis hepáticas, y posiblemente óseas según las últimas pruebas diagnósticas.

Como antecedentes importantes se destaca que la paciente padeció una parálisis de Bell con 20 años y era fumadora de al menos medio paquete de cigarrillos al día, aunque actualmente refiere estar un mes sin consumir.

La paciente ingresa en la unidad procedente de otro hospital donde ha permanecido un largo periodo en la UCI debido a una Neumonía. Tiene un mal control del dolor debido al aspecto oncológico, sumándole una cervicalgia que padece de manera crónica.

6.2. Valoración inicial

Al ingresar en la unidad se realiza una valoración integral basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, para determinar su situación de dependencia y crear un plan de cuidados individualizado y centrado en ella.

Mediante la valoración de las necesidades se observan los aspectos que rodean a la paciente y sus interacciones, determinando factores para su bienestar y/o calidad de vida (15).

Se debe de tener presente que la paciente viene de un traslado de otro hospital, donde ha permanecido un largo tiempo en la UCI.

La valoración sería la siguiente:

- **Necesidad de respirar**, la paciente cuenta con una saturación al 95%, por lo que se observa una disnea leve mientras habla, siendo portadora gafas nasales de oxígeno a 2lpm.
- **Necesidad de comer y beber**, es evaluada de manera objetiva mediante el test de “Mini Nutritional Assessment” (MNA).

Se obtiene una puntuación de 12’5 puntos indicando desnutrición.

Su IMC es de 19'46 estando en rangos normales, pero muestra desnutrición debido a los déficits nutricionales.

- **Necesidad de eliminar** alterada por ser portadora de una sonda vesical, puesta en el hospital anterior. Además presenta una orina con coluria, lo que hace presente la bilirrubina en la orina, característica de afectaciones en el hígado (la paciente padece metástasis hepáticas).
- La **necesidad de moverse y mantener las posturas** se ve comprometida ya que la paciente no tiene fuerza física para poder desplazarse.
Para comprobar la dependencia, se realiza el “Índice de Barthel” obteniendo una puntuación de 45, indicando una dependencia moderada para las actividades de la vida diaria.
- **Necesidad de dormir y descansar** alterada, ya que refiere durante la entrevista que le cuesta dormir bien. Se utiliza el test de “Insomnia Severity Index” (ISI) (16) para evaluar su estado del sueño, obteniendo un 13, por lo que padece insomnio subclínico.
- **Necesidad de vestirse** alterada porque la paciente se encuentra en ámbito hospitalario, por lo tanto lleva el pijama que se proporciona, además el índice de Barthel también se encuentra alterado.
- La **necesidad de mantener la temperatura** corporal no se encuentra alterada ya que la paciente no tiene fiebre y sabe diferenciar las sensaciones respecto al medio, siendo independiente para taparse, por ejemplo.
- Para valorar de manera objetiva la **necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel**, se utiliza la “escala de Braden” que indicará el riesgo que tiene la paciente de padecer úlceras por presión. se obtiene una puntuación de 17, que indicaría bajo riesgo. También se evalúa la mucosa; se encuentra hidratada, de color rosáceo y sin yagas aparentemente.

Cuando va a realizar la higiene personal, no puede por si sola, debido a la dependencia moderada (obtenida en el test de Barthel) que padece. No se debe olvidar las estructuras de las que es portadora (sonda vesical, gafas nasales) que podría ocasionarle úlceras.

Además la paciente cuenta con un catéter venoso periférico de calibre 22 en el miembro superior derecho.

Por estos motivos la necesidad se encuentra alterada.

- La **necesidad de evitar los peligros** se ve muy influenciada por el estado de ánimo de la paciente, por ello que se realiza la escala de “Goldberg”, midiendo el grado de ansiedad/depresión. Se obtiene una puntuación de 9 y 5 respectivamente, significando que padece ambas.

Por otro lado, se realiza la escala “EVA” para el dolor; la paciente aporta una numeración de 10 (siendo el valor más alto en la escala) para determinar la intensidad de los periodos de exacerbación.

Y por último, se realiza la escala de “Pfeiffer” para valorar un posible deterioro cognitivo; la paciente solo comete tres errores, aunque uno de ellos corresponde al nombre del presidente anterior de España, como la paciente es británica y lleva poco tiempo residiendo aquí, se justifica así su desconocimiento, entonces se le pregunta por el primer ministro anterior de Inglaterra y acierta; es por ello que se contabilizaran solo dos errores y tendrá una valoración cognitiva normal.

Como resumen, esta necesidad se encuentra alterada debido al estado de ánimo y el dolor.

- La **necesidad de comunicarse** se encuentra alterada, por la barrera idiomática que la paciente tiene con gran parte del personal sanitario.

No obstante, se encuentra en perfecto estado cognitivo (comprobado anteriormente), expresándose correctamente, incluso con la dificultad del idioma, intenta comunicarse y participar en la toma de decisiones.

Su única familia en España es su marido que viene a verla una vez al día, también vienen amigas suyas. Su familia reside en Inglaterra, con la que realiza frecuentemente videollamadas.

- La **necesidad de vivir de acuerdo con los propios valores y creencias** se ve ligeramente alterada porque la paciente no consigue asimilar su situación respecto a la enfermedad, y tampoco respecto a la muerte. Por el resto de circunstancias, la paciente se encuentra correctamente, siendo colaborativa en todo momento con su autocuidado, la medicación, realiza pasatiempos que le gustan como la lectura, crucigramas, etc.

- De la misma manera, la **necesidad de ocuparse de algo**, se ve alterada por la “negación” que la paciente tiene acerca de su enfermedad, obteniendo en el test

de Golberg puntuaciones muy altas para la depresión y la ansiedad; en el resto de variables que se miden en esta necesidad, la paciente se mostraría independiente ya que es capaz de entretenerse por si sola, se comunica con sus seres queridos, etc.

- La **necesidad de participar** no esta alterada ya que participa en las actividades que se realizan en el hospital, o cuando vienen sus familiares/amigos se entretiene con ellos. Además forma parte en la toma de decisiones.
- Y por último, la **necesidad de aprender**, se encuentra sin alteración ya que la paciente escucha detenidamente cuando se le proporciona información sobre su enfermedad, medicamentos, etc.

Muestra interés por estar actualizada sobre las noticias (ayudándole también a fomentar su entretenimiento), y como se ha comprobado mediante Pfeiffer, tiene una función cognitiva adecuada.

Después de realizar la primera valoración, se identifican los problemas reales y potenciales que tiene para poder actuar y mejorar su calidad de vida. Serían los siguientes (tabla 1):

Tabla 1. Problemas reales y potenciales identificados

PROBLEMAS REALES	PROBLEMAS POTENCIALES
Dificultad respiratoria	Aumenta el riesgo de úlceras por presión debido a las gafas nasales. Puede ocasionar sequedad en las fosas nasales incrementando la probabilidad de heridas.
Desnutrición	Aumenta el riesgo de padecer úlceras y en el caso de su aparición ocasionaría una curación más tardía y complicada.
Insomnio	Empeoramiento del estado anímico
Mal control del dolor	
Fragilidad	Incrementa el riesgo de producir caídas Riesgo de reducir su autocuidado
Barrera idiomática	Aumento del riesgo de errores en la comunicación Dificulta el abordaje terapéutico de sus emociones
Catéter venoso periférico y sonda vesical	Riesgo de infección de ambas vías
Negativa de su enfermedad	

6.3. Planificación de intervenciones e indicadores de resultado

Una vez identificados todos los problemas, se han utilizado intervenciones basadas en la evidencia para solucionarlos o prevenirlos. Como la paciente se encuentra en una situación paliativa, nos ceñiremos a tener como primordial el control de síntomas y la mejoría de la situación funcional y de la situación afectiva, sin olvidarnos de realizar cuidados al entorno si fuera necesario (17).

Como base de todo plan de cuidados, se garantizará siempre la privacidad de la paciente. En este caso, la habitación es individual, por lo que se cerrará la puerta y se creará un entorno favorable (iluminación adecuada, temperatura correcta, etc.) siempre que se vaya a realizar alguna intervención. También se realizará una correcta higiene de manos antes de entrar a la habitación y a su salida, y si fuera necesario, también podría realizarse justo antes de iniciar la intervención. Con esta medida se asegura una reducción del riesgo de infección.

Comunicación

Otro elemento esencial es la comunicación. En la paciente se encuentra comprometida debido a la diferencia de idioma. Con una correcta comunicación se facilita la expresión de sus sentimientos para poder abordarlos, así como se aumenta su independencia al entender las actividades indicadas, y podría participar más activamente en las decisiones, garantizando así una atención equitativa e independiente para cada persona.

Mediante la comunicación se atienden de manera prioritaria las necesidades, valores e intereses de nuestra paciente (18).

Para mejorar la barrera idiomática se utilizan recursos como imágenes, simulaciones, tarjetas de puntuación (cuando se evalúan diferentes aspectos como el dolor) y programas que permitan la correcta comunicación. Este formato es comentado por la paciente cuando se le pregunta que facilitaría su expresión, así menciona el uso de traductores online.

Cuando nos comuniquemos con la paciente, se hará de una manera sencilla y a velocidad lenta, asegurándonos de que entiende la información que queremos transmitirle.

Para esta comprobación, se pueden utilizar diversas técnicas entre las que destaca el “feedback”, es decir, se pedirá a la paciente que transmita lo que ha entendido, así se asegura la correcta comunicación.

Actualmente, se puede hacer uso de la figura de un intérprete, que será el encargado de traducir la información, no transformarla. El equipo de enfermería deberá dirigirse siempre a la familia y al paciente (18,19).

Es recomendable que el personal se encuentre formado culturalmente, ya que existen tabús culturales, diferencias en las formas de expresión, etc. Se ha contemplado que un 93% de la comunicación es no verbal, por lo tanto siempre que vaya a haber una comunicación con nuestra paciente se adoptaran posturas corporales correctas (no cruzar los brazos, mantener una distancia adecuada, etc.) y se hará uso de las habilidades de escucha (empatía, escucha activa, evitar excesiva emoción, evitar paternalismo).

No se debe olvidar la utilización correcta de los silencios, que en ocasiones son más adecuados que proporcionar información.

Negativa de la enfermedad

La paciente presenta un mal afrontamiento de su enfermedad, por lo tanto, deberá tener un proceso de maduración para tomar consciencia de su propia muerte; no es adecuado proporcionar información en momentos que ella no lo desee.

Es frecuente que durante el proceso de comunicación se deban dar malas noticias y para ello se seguirán unas series de directrices: nunca se crearán esperanzas no reales, se tendrá en cuenta que después del uso de ciertas palabras como “cáncer” o “muerte” la paciente recordará menos del 40% de la información dada, por lo que se intentará proporcionar información no muy relevante y no se establecerán límites sobre la duración de su enfermedad, pues serían irreales, inseguros e inútiles. De esta manera, se crea un entorno más favorable para la comunicación obteniendo la confianza de la paciente y rompiendo las barreras de comunicación (20).

Lo que se busca con la mejoría en la comunicación es empoderar a la paciente para que presente un papel relevante, participando correctamente en la toma de decisiones, y a su vez mejorar la expresión de sus emociones (21).

La mayoría de las necesidades se encuentran alteradas debido a un mal afrontamiento de su situación actual que le lleva a padecer altos niveles de ansiedad y depresión; y por ello, un correcto abordaje mejoraría muchos aspectos de la paciente.

Lo primero que debemos tener en cuenta es la comunicación, de la cual ya se han nombrado las directrices a seguir.

Para mejorar la depresión se potenciará el acercamiento físico, por ejemplo, dándole la mano o permaneciendo a su lado en momentos que sean complicados si así lo desea. Se reformularán los sentimientos que la paciente exprese para que vea nuestro interés y asegurar así que es correcto lo entendido.

Durante una conversación en la que se abordan temas emocionales pueden resurgir distintos aspectos inesperados, pero que se deberán tratar, no ignorar.

Las preguntas serán abiertas, con el fin de que la paciente cuente lo que le apetezca y no se limite su respuesta, permitiéndole que identifique por sí misma diferentes factores que le llevan a la depresión (19).

Se utilizará la técnica de recompensar a la paciente por los pequeños logros que consiga, animándole a realizar actividades por sí sola, como pueden ser algunas del autocuidado. De esta manera, se reforzará su autoestima al considerarse “útil” y se aportarán herramientas para afrontar mejor sus miedos.

La paciente cuenta con ansiedad hacia su muerte, provocándole una negativa ante esta. Estaremos disponibles para hablar cuando lo necesite, utilizando las técnicas de comunicación mencionadas, con el fin de que entienda el proceso que ha llevado su enfermedad y el momento en el que se encuentra. Se proporcionará apoyo emocional y, si fuera necesario, le explicaremos la situación a su entorno. Esta serie de intervenciones relacionadas con la aceptación de su situación le llevan a disminuir su ansiedad (22).

Se ha demostrado que el estado anímico influye notablemente en la evolución del cáncer, por lo tanto un abordaje espiritual sería beneficioso (23). Para mejorar su espiritualidad, se preguntará por sus costumbres culturales, buscando rituales que le ayuden a encontrarse mejor y que permitan una mejoría de los síntomas (24,25).

Higiene de la paciente

Como se ha mencionado, la paciente muestra dependencia para las actividades de la vida diaria y necesita ayuda, por lo que una incorrecta actuación podría dañar su dignidad y empeorar su estado anímico, así como causar otros daños físicos.

La higiene de la paciente se realizará en la cama, ya que no es capaz de realizarlo por sí sola. Se aplicarán todas las medidas mencionadas en relación con el ambiente. Además, habrá un clima de confianza para que la paciente pueda expresar sus emociones.

Durante la higiene se potenciará que la paciente realice todas aquellas actividades que pueda por sí sola, mejorando así su autocuidado.

El lavado de boca será una de estas intervenciones y se le proporcionarán recomendaciones, como el uso de hilo dental para eliminar todos los restos de comida. Aunque la paciente lo realice por sí misma, nos aseguraremos de que lo hace después de cada comida, porque una buena higiene se ha relacionado con una menor probabilidad de padecer neumonía (26).

Durante la higiene, la cabecera permanecerá elevada 30-45°, favoreciendo así su respiración. La cama tendrá las barreras de seguridad de ambos lados levantadas y el freno puesto para evitar movimientos indeseados y caídas.

Durante la higiene se prestará especial atención a las estructuras externas de las que es portadora. Por un lado, preservaremos la esterilidad del catéter venoso periférico y evitaremos acciones que hagan tener que volver a canalizarlo.

Por otro lado se encuentra la sonda vesical, la cual se limpiará al menos 10cm desde el meato, llevando extremo cuidado de no estirar de ella, pues podría ocasionar lesiones en la uretra y se movilizará ligeramente (con movimientos rotatorios, nunca de atrás a adelante), evitando así la creación de úlceras. Posteriormente, la fijaremos a la zona interna del muslo para evitar que pueda ser extraída. Tras acabar con la higiene, se comprobará que la orina sale correctamente por la sonda hasta la bolsa colectora; este es un sistema cerrado por lo que siempre que se manipule se deberá realizar lo más estéril posible para evitar la creación de infecciones (27).

No obstante, hay diversas partes del cuerpo que también precisan atención especial. Por ejemplo, la limpieza de los ojos, que se realizará desde el ángulo interno al externo utilizando distintas partes de la manopla, reduciendo así el riesgo de infección.

Las zonas de la cara (frente, mejillas y nariz), el cuello y las orejas están más expuestas al medio ambiente, por lo tanto, está contraindicado utilizar jabón en estas zonas, ya que aumenta su predisposición a la sequedad.

Las uñas, tanto de las manos como de los pies, deben permanecer en buen estado (largura correcta, sin roturas ni hongos) y limpias para evitar contaminar la comida o que se creen úlceras (28).

Se debe tener en cuenta que las zonas de difícil acceso pueden acumular secreciones y/o una alta salinidad, como las axilas (para proceder a una correcta limpieza de ellas rotaremos el hombro para facilitar el acceso, lo cual además favorece el movimiento de la articulación). Se evitará el uso de polvos de talco para no producir una maceración de la zona.

La espalda será limpiada antes que las nalgas para evitar que se contamine.

El aseo de la zona íntima en nuestra paciente se ve comprometido por ser portadora de una sonda vesical. Para realizar la limpieza de esta zona se evaluará la presencia del meato y los tejidos de alrededor por si hubiera signos de infección; no está demostrada la eficacia del uso de un antiséptico por lo que lo utilizaremos únicamente si observamos inflamación en el meato (27,29).

Durante la higiene se evaluará constantemente la piel en busca de factores que indiquen una posible pérdida de la integridad cutánea: enrojecimiento, edema, hipersensibilidad, trombosis venosa profunda, sequedad extrema (pudiendo favorecer la aparición de fisuras), etc. Además, se evaluará el estado general de la paciente, prestando atención a su respiración, nivel de conciencia, posibilidad de movimiento, dolor, etc.

La frecuencia de la higiene en la paciente será una vez al día como mínimo, pudiendo aumentar si se ensucia. Todas las acciones serán consensuadas con ella, dando importancia a sus preferencias, como el momento del día que prefiere que la realicemos, los jabones, etc. (30).

Al realizar una buena higiene se asegura un buen aspecto físico, mejorando de esta manera su autoestima (31).

Catéter venoso periférico

Nuestra paciente es portadora de un catéter venoso periférico, como ya se ha comentado, por lo que además de los cuidados durante la higiene, se deberán llevar diversos cuidados todo el tiempo para evitar su infección.

Se recomienda tener un registro de la fecha de inserción, revisión del catéter, signos de flebitis, etc. para llevar un control exhaustivo, previniendo la flebitis y las extravasaciones (32). De este modo, se reducen las complicaciones desencadenadas por la infección.

Está recomendado vigilar diariamente el lugar de inserción, por lo tanto, el apósito más adecuado será el transparente. Si fuera necesario utilizar tiras estériles para su fijación, se colocarán a 2cm del punto de inserción y el apósito será cambiado una vez a la semana o si se encuentra en malas condiciones (mojado, sucio o despegado).

Se cambiarán las alargaderas, equipos, conectores sin agujas y llaves de tres vías cada 72h para evitar la concentración de microorganismos.

Las manipulaciones se realizarán siempre con la máxima esterilidad posible. Antes de utilizar los conectores serán desinfectados y se reducirá el número de luces si no son útiles (33,34).

Sonda vesical

Otro foco de infección sería la sonda vesical, ya que la mayoría de las infecciones nosocomiales se producen por una infección en el tracto urinario. Ya se han mencionado los cuidados durante la higiene, pero además, se evaluarán las características del líquido de la bolsa, identificando una infección lo antes posible, y se asegurará la bolsa por debajo del nivel de la vejiga para que se deposite por gravedad. Para ello, el sistema deberá permanecer permeable y sin obstrucciones.

Cuando la bolsa esté a 2/3 de su capacidad se deberá vaciar (35).

Fragilidad

La fragilidad es un síndrome geriátrico que aumenta el riesgo de caídas y la dependencia. La paciente tiene una movilidad reducida, por lo tanto se llevará cuidado en todas las intervenciones (36,37).

Es conveniente trasladar a la paciente de la cama al sillón, reduciendo el riesgo de úlcera por presión y facilitando el sueño, ya que al no estar todo el día en la cama, podrá dormir mejor.

Cuando se realice esta movilización se evaluará la fuerza que tiene, su capacidad para movilizar las articulaciones y su estado general, pues de ello dependerá el procedimiento que llevemos a cabo. Siempre se asegurarán los frenos de ambas estructuras para evitar posibles caídas, y será conveniente que el sillón se situé a 45° de la cama. La paciente se sentará previamente en el borde de la cama para evitar la hipotensión ortostática. Una vez comprobado que es capaz de mantener el equilibrio, se le ayudará a que pase al sillón. El personal puede utilizar un cinturón para sostenerla y nunca se levantará por los brazos o axilas. Una vez esté situada en el sillón, se evaluará su nivel de comodidad, midiendo su dolor. Nos cercioraremos de que haya tenido las mínimas molestias posibles (38,39).

Desnutrición

La desnutrición y los problemas derivados de ella, según las indicaciones de cuidados paliativos, no son un objetivo de primer grado y menos cuando se han producido por una enfermedad que no responde al tratamiento.

A pesar de ello, se pueden adoptar medidas para favorecerla, preguntando por sus gustos culturales para cocinar e intentando crear menús individualizados que le abran el apetito. Además, se hablará con su marido para que pueda traerle alimentos y comerlos en el hospital. Es esencial que en el momento de la alimentación la paciente se encuentre en una posición cómoda, los alimentos tengan la temperatura adecuada y ella los ingiera de manera pausada, masticándolos bien para evitar el atragantamiento. Esto fomentará que se alimente por sí misma y aumente su autocuidado. Se deberá educar a la paciente para que consuma el agua y las comidas fraccionadas durante el día (17,22,40,41).

Insomnio

La necesidad del sueño se encuentra alterada por padecer insomnio. La paciente refiere que se encuentra en un lugar extraño y no consigue conciliarlo. Se tomarán medidas como que pase tiempo en el sillón, asociando la cama con el momento de dormir, y se fijará un horario para acostarse y levantarse evitando realizar en la cama otras actividades como comer.

Se podrá educar a la paciente sobre una higiene del sueño, aconsejándole que no se acueste con hambre, enseñándole ejercicios de relajación e intentando que la habitación esté a una temperatura óptima. Por nuestro lado, no realizaremos interrupciones nocturnas, dándole la medicación antes de que se duerma (22,38,42,43).

Favoreciendo el sueño de la paciente se logra favorecer el tratamiento del dolor. La paciente padece dolor irruptivo (tras sufrir dolor basal controlado, tiene periodos de exacerbación). Para controlarlo, se proporcionarán técnicas de relajación y se recomendará el uso de música como beneficioso para controlar sus emociones, pues el aspecto psicológico influye notablemente.

El dolor

El dolor se ve influenciado por acciones secundarias como el insomnio, la fatiga o la ansiedad, y abordando cada una de ellas como se ha indicado previamente se conseguirá una mejoría.

Siempre se observaran las respuestas no verbales ante las diferentes intervenciones que se realicen para identificar signos de dolor.

Se omitirán los estigmas que hay entorno a los opiáceos, ya que muchas personas se niegan a tomarlos por los posibles efectos adversos. Para reducir este temor, se le explicará a la paciente que estaremos constantemente reevaluando su situación y que estaremos a su lado si necesita nuestro apoyo mientras dure el dolor.

Es importante educar a la paciente para identificar factores que causen el dolor, pudiendo tratarlo antes de que aparezca o en su fase inicial (10,38,44-46).

Gafas nasales

Se comprobará que sigue estando la curvatura adecuada para colocarse en la nariz y se explicará a la paciente su correcto uso para que ella misma pueda colocárselas.

El sistema no debe presentar ninguna acodadura que impida el paso del flujo aéreo; nos aseguraremos de su limpieza y se descartará la presencia de secreciones.

Mínimo una vez por turno se comprobará la saturación de oxígeno y estaremos pendientes de una posible aparición de efectos adversos, como tos áspera, cambios en la coloración, sudoración, etc.

Le informaremos de una posible irritación de la nariz debido a la sequedad, por la que deberá beber más agua y aplicaremos crema hidratante. No está recomendado el uso de vaselina o aceites por su reacción con el O₂.

Comprobaremos al menos una vez por turno que el sistema de gafas nasales no está ocasionando úlceras en la paciente (47).

Estos serían los cuidados tras la primera evaluación, pero la paciente será evaluada constantemente para identificar efectos secundarios, mejorías o la aparición de nuevos problemas reales o potenciales.

6.4. Evaluación de indicadores de resultado

Los indicadores de resultado obtenidos en función de los problemas reales detectados se exponen en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores de resultado

PROBLEMAS REALES	INDICADORES DE RESULTADO
Dificultad respiratoria	La paciente consigue respirar adecuadamente sin la necesidad de las gafas nasales.
Desnutrición	No se han podido mejorar los menús. La paciente come más porque su marido trae comida de su casa.
Insomnio	Consigue descansar por las noches.
Mal control del dolor	La paciente ha conseguido identificar el momento de su aparición y pide ayuda para reducirlo.
Fragilidad	Ha conseguido levantarse de la cama y mantenerse en pie.
Barrera idiomática	Cada vez son más los profesionales que utilizan traductores online, por lo que ha mejorado.
Catéter venoso periférico y sonda vesical	Ya no es portadora de ninguno de los dos, entonces se ha eliminado el riesgo de infección.
Negativa de su enfermedad	No se ha conseguido mejorar.

Tras un seguimiento de los cuidados mencionados, la mayoría de los síntomas evolucionaron positivamente, mejorando su calidad de vida.

Se consiguió entablar una relación de confianza con ella, gracias a las técnicas de comunicación, abordando así sus emociones. Fue asesorada sobre algunos aspectos, como el miedo a la muerte cuando le ocurría a otros pacientes, se reforzó el aspecto positivo de las videollamadas con sus familiares y se intentaron realizar las intervenciones cuando no se estuviera produciendo dicho contacto, ya que le ayudaba a distraerse y mejoraba su estado de ánimo.

Se plantearon objetivos a corto plazo reales, como una mejoría en su fuerza física, que le permitiría pasear por los jardines del hospital y salir de la habitación, siempre acompañada.

Esta mejoría se vio favorecida por las sesiones de fisioterapia que la paciente comenzó a recibir en el hospital. Deberá haber comunicación entre el equipo de enfermería y fisioterapia para trabajar en conjunto.

Mejóro notablemente su nutrición, pese a no comer mucha de la comida que se le proporcionaba en el hospital, porque su marido traía la que a ella le gustaba anteriormente.

Clínicamente se consideró adecuada la retirada del catéter venoso periférico, pues casi toda la mediación era oral y las que no pudiesen serlo, serían subcutáneas. Así, se redujo la posibilidad de infección (34).

Para llevar a cabo las inyecciones subcutáneas, se le explica a la paciente como se administrará a partir de ahora la medicación y se le advierte de que con el pinchazo podría notar un poco de quemazón al introducir el fármaco y que podría aparecer un hematoma, aunque las probabilidades sean bajas.

Se intentará que la paciente esté relajada, ya que el pinchazo es menos doloroso, y la zona será inspeccionada correctamente, asegurando que no existen anomalías. Se cambiará el sitio de punción para evitar que se endurezcan los tejidos.

La zona se desinfecta antes con gasa y antiséptico para evitar infecciones, pero posteriormente al pinchazo no se debe masajear la zona porque puede ocasionar daño en los tejidos. Se realizará de manera estéril.

Podremos “pellizcar” la zona para elevar el tejido subcutáneo y disminuir el dolor del pinchazo.

Después de la administración de cualquier medicamento estaremos pendientes ante una posible aparición de efectos secundarios (48).

También mejoró su disnea, posibilitando dejar de utilizar las gafas nasales.

Tras una mejoría en su estado de ánimo y su fatiga, la paciente pudo salir con su marido al jardín del hospital con una silla de ruedas, y le impulsamos a que dentro de la unidad intentará ir andando poco a poco.

Ante una mayor movilidad de la paciente, se dieron una serie de medidas para reducir las caídas. El personal de enfermería entró como mínimo cada hora a la habitación para evaluar su equilibrio, estado cognitivo y motricidad, así como se aseguró de que la habitación se encontraba en orden evitando que la paciente tropezara. Se le recomendó el uso de zapatillas con suela antideslizante y se le proporcionaron técnicas como esperar

sentada en la cama antes de levantarse, pedir ayuda si sintiese vértigos o debilidad, caminar despacio, la posibilidad de que caminemos a su lado, etc.

Tras las diferentes conversaciones con ella, se pudo observar un empeoramiento en la percepción de la propia muerte, ya que las mejorías le llevaban a tener una esperanza no real. Su propósito era irse a su casa, lo que le alentaba para tener un estado de ánimo mejor y ser más participativa con su autocuidado.

Al mejorar su debilidad, era capaz de realizar por ella misma las técnicas de higiene. Esta autonomía conlleva un aumento en el estado de ánimo.

Pudimos observar una mejoría en el ritmo del sueño; la paciente pasaba tiempo fuera de la habitación y aunque las actividades que realizaba no eran de mucha intensidad, le provocaban cansancio, debido a su situación de deterioro.

Se valoró positivamente la retirada de la sonda vesical. Se recomienda que cuando la sonda sea extraída haya seguridad de no tener que volver a sondar, pues es muy común la formación de un globo vesical tras su retirada. Para comprobar que esta no existe, se palpa el abdomen y se estará pendiente de la primera micción, así como de su volumen y características.

La sonda será extraída cuando la paciente tenga una respiración lenta y profunda, favoreciendo la relajación de la uretra; mientras ella exhale se extraerá con delicadeza.

Tras la extracción de la sonda, se le proponen a la paciente una serie de objetivos como la micción programada (deberá orinar cada 2h evitando el rebosamiento y llegando a controlar voluntariamente la micción). Además, se recomiendan ejercicios que entrenan la musculatura del suelo pélvico para mejorar tanto el tono muscular como las estructuras (35,49–51).

El dolor se encuentra más controlado debido a la mejoría psicológica, pero sigue requiriendo la medicación en los periodos que aumenta.

La paciente quiere irse a su casa y al hablar con su familiar, este comenta que él se haría cargo de sus cuidados. Se pacta con la paciente que si sigue mejorando sus síntomas podrá irse a casa, pero por el momento deberá permanecer en el hospital para poder tratar el dolor y comprobar que no hay un empeoramiento de los síntomas.

7. Discusión y conclusiones

El cáncer es una patología que ha adquirido en las últimas décadas una mayor incidencia, sobretodo el cáncer de mama, ya que es el más incidente en las mujeres.

La paciente se encuentra en un estadio IV de la enfermedad, lo cual imposibilita la curación, por lo tanto se incluye en un programa de cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos mejoran su calidad de vida e intentan reducir su sintomatología con diversas intervenciones, sin olvidar de los derechos principales de la paciente.

Tras realizar una evaluación y planificación de las actividades, se encuentra como positiva la mejora en la comunicación con la paciente, pues permite una relación terapéutica en cuanto a sus emociones y nos ayuda a hacerla participe en todas las decisiones sobre su tratamiento. Esta comunicación se ha mejorado gracias al uso de “traductores online”, siendo accesibles en cualquier momento.

La paciente no ha obtenido una reducción del dolor, pero si un mayor control de este gracias a las indicaciones que le proporcionamos sobre los desencadenantes y medidas de relajamiento.

Al mejorar su situación emocional, la paciente se encuentra más activa y tiene una actitud positiva hacia su autonomía, por ejemplo en la higiene personal o en la movilidad.

La higiene se contempla como un aspecto muy relevante en su cuidado, ya que cuando ingresó en la unidad se encontraba encamada y una buena higiene garantiza una mejoría de su situación.

En la práctica, el personal técnico en cuidados de enfermería se encarga de realizarlo la mayoría de veces debido a la sobrecarga de trabajo de enfermería. No obstante, siempre hay una evaluación de enfermería en este momento.

La movilización también aumentó debido al trabajo multidisciplinar.

Por el contrario, no se ha conseguido una asimilación de su situación terminal y la paciente mantiene esperanzas en su curación, ya que las mejorías obtenidas en su calidad de vida son interpretadas como “falsas esperanzas”.

En la práctica no se contradice esta idea, pero cuando la paciente habla sobre su enfermedad, no se oculta su pronóstico.

Todas las intervenciones se han realizado manteniendo la máxima esterilidad posible, lo que ha garantizado la reducción del riesgo de infección.

También se consideró positivo la reevaluación del equipo de enfermería, pudiendo contemplar nuevos problemas.

Se observa como se ha conseguido una mejoría en la calidad de vida de la paciente, proporcionándole medidas de confort. Por tanto, los cuidados paliativos se muestran como una unidad que alivia el sufrimiento de los pacientes terminales y sus familiares.

8. Agradecimientos

Como agradecimientos se menciona a Jorge Gosálbez, tutor de las prácticas clínicas, ya que proporcionó la información necesaria para poder realizar el caso y aportó su visión enfermera a los cuidados e intervenciones.

Maria José Cortes, técnica en cuidados de enfermería, ayudó a crear una situación de confort con la paciente para que hubiera confianza y abordó temas complicados como la muerte de una manera efectiva.

Isabel Orts, tutora del trabajo de fin de grado, por haber dirigido el trabajo y haber aportado anotaciones y mejoras bajo el juicio clínico basado en la evidencia.

9. Referencias

1. Sociedad Española de Oncología Médica. ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del cáncer en España 2020 Hombres. Soc Española Oncol Médica. 2020;36.
3. GLOBOCAN. Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2018, all cancers, both sexes, all ages. World Heal Organ [Internet]. 2018;2018. Available from: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&gro
4. Puigpinós-Riera R, Castillo Gómez A, Romero Morales A, Aller M, Castells X, Sala M. Determinantes sociales y clínicos del uso de servicios sanitarios en mujeres con cáncer de mama (Cohorte DAMA). Gac Sanit. 2019;33(5):434–41.
5. CancerToday.com. Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2018, worldwide, both sexes, all ages. Cancer Today [Internet]. 2018;2018. Available from: http://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2018&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=15&grou
6. Cáncer de mama - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama>
7. Ribeiro-Accioly ACL, Féres-Carneiro T, Magalhães AS. Social representations of breast cancer, its etiology and treatment: A qualitative study with women in Rio de Janeiro State. Av en Psicol Latinoam. 2017;35(1):95–106.
8. International Agency for Research on Cancer 2018. Estimated age-standardized

- incidence rates (World) in 2018, worldwide, females, all ages. World Heal Organ [Internet]. 2018;2018. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
9. Ruela L de O, Siqueira YMA de, Gradim CVC. Pain evaluation in patients under chemotherapy: application of McGill pain Questionnaire. *Rev Dor*. 2017;18(2):156–60.
 10. Jara C, del Barco S, Grávalos C, Hoyos S, Hernández B, Muñoz M, et al. SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain (2017). *Clin Transl Oncol*. 2018;20(1):97–107.
 11. Jerônimo AF de A, Freitas ÂGQ, Weller M. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: An integrative revision of Latin American studies. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(1):135–49.
 12. Esposto DS, Palinkas M, Gonçalves LMN, de Vasconcelos PB, Ferreira VTK, Guirro EC de O, et al. Effect of breast cancer treatment on the stomatognathic system. *Braz Dent J*. 2018;29(4):368–73.
 13. Chacón López-Muñiz JI, de la Cruz Merino L, Gavilá Gregori J, Martínez Dueñas E, Oliveira M, Seguí Palmer MA, et al. SEOM clinical guidelines in advanced and recurrent breast cancer (2018). *Clin Transl Oncol* [Internet]. 2019;21(1):31–45. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12094-018-02010-w>
 14. Yang YL, Sui GY, Liu GC, Huang DS, Wang SM, Wang L. The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Cancer*. 2014;14(1).
 15. Garcia MD, Alba A, Cárdenas V. Capítulo 15. Necesidad de Participar en Actividades Recreativas [Internet]. *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los lenguajes NNN*. 2010. 17–33 p. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
 16. Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. 2001 Jul;2(4):297-307. doi: 10.1016/s1389-9457(00)00065-4.
 17. Canalejo-Oza ELÁ-GCJAZ-GH de LR. Cuidados paliativos en el anciano [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>

18. Polster DS. Afrontar las barreras para mejorar la alfabetización sanitaria y la competencia cultural en distintas poblaciones. *Nurs* (Ed española). 2019;36(4):36–40.
19. Comunicación con el paciente deprimido [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1162/comunicación-con-el-paciente-deprimido>
20. Sociedad Española de Cuidados paliativos. Guía de cuidados paliativos. Secpal [Internet]. 2002;1–52. Available from: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf> %5Cn<http://cmvinalo.webs.ull.es/docencia/Posgrado/8-CANCER Y CUIDADOS-PALIATIVOS/guiacp.pdf>
21. Jacques-Aviñó C, Pons-Vigués M, Mcghie JE, Rodríguez-Giralt I, Medina-Perucha L, Mahtani-Chugani V, et al. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. *Gac Sanit*. 2019;34(2):200–3.
22. Vallés MP, Casado N, García I, Manzanos A, Sánchez L. Planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a paciente y familia en procesos avanzados y terminales. *Asoc Española Enfermeras en Cuid Paliativos*. 2014;198.
23. Dunn AM, Hofmann OS, Waters B, Witchel E. Cloaking malware with the trusted platform module. *Proceedings of the 20th USENIX Security Symposium*. 2011. p. 395–410.
24. Pérez-Hernández S, Okino-Sawada N, Díaz-Oviedo A, Lordelo-Marinho PM, Ruiz-Paloalto ML, Pérez-Hernández S, et al. Espiritualidad y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Enfermería Univ* [Internet]. 2019 Apr 24 [cited 2020 Mar 21];16(2):185–95. Available from: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/643>
25. Kimball BC, James KM, Yost KJ, Fernandez CA, Kumbamu A, Leppin AL, et al. Listening in on difficult conversations: An observational, multi-center investigation of real-time conversations in medical oncology. *BMC Cancer*. 2013;13.

26. Clinical Skills. Higiene bucodental [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1212/higiene-bucodental>
27. Clinical skills. Catéteres urinarios: cuidados del catéter permanente [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1183/cateteres-urinaris-cuidados-del-cateter-permanente>
28. Clinical Skills. Cuidado de las uñas y los pies [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1123/cuidado-de-las-uñas-y-los-pies>
29. Clinical Skills. Higiene íntima [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1131/higiene-íntima>
30. Fratezi FR, Tronchin DMR. Validación de las actividades desarrolladas en centros de día para ancianos: contribuciones a la evaluación de la calidad. *Enfermería Glob.* 2018;17(52):202–18.
31. Clinical Skills. Aseo total o parcial en la cama del paciente [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1142/aseo-total-o-parcial-en-la-cama-del-paciente>
32. Sebastian-Viana T, Núñez-Crespo F, Martín-Merino G, González-Ruiz JM, Lema-Lorenzo I, Salvadores-Fuentes P, et al. Impacto de la implantación de recordatorios para disminuir eventos adversos en pacientes con accesos venosos periféricos. *An Sist Sanit Navar.* 2012;35(3):395–402.
33. Oliveira ADSS, Basto ML, Braga LM, Sena CA, Melo MN, Parreira PMDSD. Nursing practices in peripheral venous catheter: Phlebitis and patient safety. *Texto e Context Enferm.* 2019;28:1–13.
34. Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente. Protocolo Versión A. Bacteriemia zero ANEXOS Bacteriemia zero [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/ANEXOS_Bac

- teriemia_zero.pdf
35. Lozano-Sanz V, Rodriguez-Soberado M, Sánchez-Sanz S, Santos-Boya M. Mantenimiento Y Retirada Del Catéter Vesical . 2018;29.
 36. Miyamura K, Fhon JRS, Bueno A de A, Fuentes-Neira WL, Silveira RC de CP, Rodrigues RAP. Frailty syndrome and cognitive impairment in older adults: Systematic review of the literature. Rev Lat Am Enfermagem. 2019;27.
 37. Gómez Pavón J. Pluripatología, comorbilidad y fragilidad. detección del anciano frágil. Dr. Javier Gómez Pavón 31. Guía buena práctica clínica en Geriatria [Internet]. 2014;31–43. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf
 38. Acreditación SDE, Sociales Des. Protocolos para el cuidado básico de personas mayores sistema de acreditación de servicios sociales Grupo de Trabajo “Criterios de calidad asistencial en servicios para personas mayores .” 2019.
 39. Clinical Skills. Movilización del paciente: traslado de la cama a la silla [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1103/movilización-del-paciente-traslado-de-la-cama-a-la-silla>
 40. Clinical Skills. Evaluación: nutrición [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1111/evaluación-nutrición>
 41. García de Lorenzo A, Alvarez Hernández J, Burgos Peláez R, Planas Vila M. Consenso multidisciplinar [Internet]. 2011. 1–50 p. Available from: https://www.senpe.com/documentacion/consenso/SENPE_Consenso_Multidisciplinar_Abordaje_Desnutricion_ESP.pdf
 42. López Trigo JA, Álamo González C, Gil Gregorio P, Dr. González Gil P, Merino Andreu M, DPGG. Guia buena practica clínica en geriatría [Internet]. 2015 (cited 2020 Apr 21) Available from: https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Insomnio.pdf
 43. Gerontología SE de G y. Dormir es salud. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Dormir_es_salud.pdf
 44. Alamo Gonzalez C, Cabezón Gutierrez L, Gil Gregorio P, López Muñoz F, Pérez

- Cajaraville J. Guía de buena práctica clínica en geriatría. Dolor irruptivo en el anciano. Soc Española Geratría y Gerontol. 2017;
45. Clinical Skills. Alivio del dolor [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1161/alivio-del-dolor>
 46. Escobar Álvarez Y, Biete I Solà A, Camba Rodríguez M, Gálvez Mateos R, Mañas Rueda A, Rodríguez Sánchez CA, et al. Diagnóstico y tratamiento del dolor irruptivo oncológico: Recomendaciones de consenso. Rev la Soc Esp del Dolor. 2013;20(2):61–8.
 47. Blázquez Villacastín C. Procedimiento de administración de oxígeno. Hosp Gen Univ Gregor Marañón [Internet]. 2013;1–13. Available from: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352820207436&ssbinary=true>
 48. Administración de medicamentos: inyecciones subcutáneas [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1209/administración-de-medicamentos-inyecciones-subcutaneas>
 49. Sonda urinaria permanente: retirada [Internet]. [cited 2020 Apr 21]. Available from: <https://www.elsevierclinicalskills.es/procedimiento/1184/sonda-urinaria-permanente-retirada>
 50. M.S. Buitrago Sivianes, J. Cerdán Miguel, C. Cerdán Santacruz, M. Esteban Fuertes, A. Gómez Rodríguez, M. Ortega López. Incontinencia en el anciano. (2013)
 51. Méndez Rubio S, Salinas Casado J, Verdejo Bravo C. Actualizaciones terapéuticas. Incontinencia en el anciano. [Internet]. 2013. 1–46 p. Available from: https://www.segg.es/media/descargas/Incontinencia_urinaria_ONTEX_Modulo1.pdf