



**Universidad
Zaragoza**



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2008 / 2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**Atención sanitaria paliativa por los Equipos de Soporte de Atención
Domiciliaria al paciente en fase terminal avanzada y familia:
Análisis de un caso clínico.**

Autor/a: Silvia Jardiel Budria

Tutor/a: Ángel Gasch Gallén

<Tutor/a 2 (cuando exista)/>

CALIFICACIÓN.

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se está produciendo un aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población, aumento de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas, discapacidades y prolongadas fases de convalecencia, que requieren con mayor frecuencia atención sanitaria domiciliaria.^{1,2} Es por ello, que para poder satisfacer las distintas necesidades derivadas de estas enfermedades que afectan profundamente a la salud y la capacidad funcional, existen diversos modelos de atención sanitaria, entre los que se encuentran, los equipos de soporte de atención a domicilio (ESAD).

Los ESAD, son unidades de apoyo de Atención Primaria formadas por un equipo multidisciplinar con una formación teórico-práctica específica, integradas por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales, cuya función es prestar asistencia a domicilio a pacientes terminales (oncológicos, SIDA,) pacientes con enfermedad crónica avanzada (respiratorias, cardiocirculatorias, hepatopatías, neurológicas, renales y osteoarticulares) limitación funcional y/o inmovilizados complejos, que dada la evolución y características del proceso de enfermedad hace que muchos de ellos requieran cuidados paliativos.³⁻⁶

En los últimos años, el desarrollo de los cuidados paliativos ha sufrido un notable crecimiento, dado al aumento de los pacientes que demandan dichos cuidados⁷, de hecho, hoy en día se calcula que en España a causa de enfermedades de evolución progresiva que conllevan a situación terminal, fallecen en un año unas 500 personas por 100.000 habitantes.² La OMS en el año 2002 definió los cuidados paliativos como "el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden a un tratamiento curativo, valorando como primordial el control del dolor y de otros síntomas, así como los problemas psicológicos, sociales y espirituales." ⁸

Por ello, los cuidados paliativos suponen un auténtico reto para los profesionales sanitarios al tratarse de un paciente con numerosos y diversos síntomas de causa multifactorial, cambiantes e intensos, que precisan de una atención especializada e integral basada en todas las dimensiones del ser humano: física, social, psicológica y espiritual. Siendo indispensable para dar respuesta a todas ellas un buen trabajo interdisciplinar, en el que enfermería junto con el resto del equipo sanitario tiene un papel esencial, atendiendo las necesidades del paciente y su familia mediante el establecimiento de objetivos comunes entre todos ellos, actuando como elementos facilitadores del proceso de adaptación del paciente a la enfermedad terminal ^{1, 9-16}

Los principales cuidados en domicilio que desempeñan los ESAD dependen de la situación clínica de cada paciente y familia en particular proporcionando un buen tratamiento sintomático, rápido y eficaz, siendo el alivio y control de síntomas uno de los objetivos más importantes para mejorar y mantener la mejor calidad de vida posible ante enfermedades cambiantes y multifactoriales. Además se encargan de brindar el máximo confort y bienestar mediante un ambiente de confianza y comunicación a través de un buen soporte emocional y espiritual para afrontar la situación de la mejor manera en su domicilio. ^{1,5, 6,13, 15}

El presente trabajo tiene como finalidad analizar y describir la labor que desempeña enfermería dentro del ESAD, en la atención a pacientes en situación terminal que requieren cuidados paliativos en su domicilio, tomando como referencia el caso clínico de una paciente oncológica terminal que precisa dichos cuidados utilizando como método de trabajo el proceso enfermero bajo la premisa de una atención integral, activa y humanista, considerando los cuidados paliativos bajo las concepciones más avanzadas de lo que son los cuidados de enfermería, supliendo las necesidades de los pacientes y su familia mediante la realización de planes de cuidados que contemplan el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC para lograr el mejor bienestar y confort posible a través de una atención directa e individualizada en su domicilio. ^{2, 4, 11, 13}

Se han utilizado como líneas metodológicas la literatura y las revisiones bibliográficas correspondientes a enfermería en cuidados paliativos, junto con entrevistas a enfermeras especialistas en cuidados paliativos como fuentes adicionales de información.

2. OBJETIVOS:

1. Se pretende describir la función que desempeña enfermería dentro del Equipo de Soporte de Atención a Domicilio (ESAD), en el proceso de atención de un paciente en situación terminal que precisa cuidados paliativos, mediante la explicación de los principales cuidados y las herramientas que utilizan para satisfacer las necesidades del paciente y su familia, a partir de la realización de un plan de cuidados basado en un caso clínico.
2. Contribuir a la descripción del trabajo que desempeñan los ESAD en coordinación con el equipo de Atención Primaria (AP) mediante el análisis de la actividad clínica llevada a cabo a través de entrevistas a enfermeras , aportando nuevos conocimientos acerca del modelo de atención que requerirá el paciente y su familia en su domicilio.

3. METODOLOGÍA:

Para la elaboración del presente trabajo se lleva a cabo una revisión de la literatura y una búsqueda bibliográfica referente a la atención y cuidados de al paciente en situación terminal que precisa cuidados paliativos en su domicilio, concretando en el área de actuación de enfermería.

Para alcanzar el primero de los objetivos, se describe el caso de una paciente oncológica terminal subsidiaria de recibir cuidados paliativos por el ESAD, explicando a partir de sus necesidades y problemas de salud el proceso de atención que recibe en su domicilio. Para ello, se realiza un plan de cuidados de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NIC y NOC, y el proceso enfermero como método de trabajo usando para la fase de valoración los patrones funcionales de Gordon, siendo este método el mismo que utiliza el ESAD.

Por otro lado, para la consecución de ambos objetivos se realizan entrevistas semi-estructuradas, con preguntas abiertas a dos enfermeras que prestan cuidados paliativos. En primer lugar, a una enfermera del ESAD para describir y analizar el trabajo que desempeñan diariamente, como son los cuidados que prestan en domicilio, a qué tipo de enfermos atienden con más frecuencia, qué herramientas utilizan a su disposición y cómo utilizan los planes de cuidados para proporcionar asistencia.

Por otra parte, se realiza otra entrevista a una enfermera de AP que trabaja en coordinación con el ESAD para la asistencia de algunos de sus pacientes, con la finalidad de conocer mediante su experiencia profesional la función que tiene la enfermera de atención primaria en cuidados paliativos, qué dificultades surgen a la hora de prestar asistencia, de qué herramientas disponen para realizar sus planes de cuidados y cuál es su perspectiva acerca del trabajo que desempeñan en coordinación con el ESAD.

Así pues, con estas dos entrevistas se pretende obtener el punto de vista tanto personal como profesional, consiguiendo datos relevantes y significativos sobre sus experiencias, expectativas y opiniones, detectando las principales dificultades con las que se encuentran a la hora de prestar asistencia y poder así, proponer mejoras en el proceso de atención de estos pacientes.

4. DESARROLLO:

El caso clínico descrito a partir del cual se analiza y describe el funcionamiento del ESAD, es el de una paciente diagnosticada en 2009 de un carcinoma de ovario estadio IV tratada con histerectomía-anexectomía y quimioterapia posterior. En 2011 la paciente sufre recidiva de su enfermedad a nivel abdominal dando lugar a una carcinomatosis peritoneal, iniciándose de nuevo tratamiento con QT sin respuesta al mismo. Debido al avance de su enfermedad oncológica y cuadro de oclusión intestinal persistente, la paciente presenta un deterioro clínico importante por lo que se desestima continuar con el tratamiento, razón por la que, de acuerdo con la paciente y su familia se decide alta a domicilio con soporte del ESAD.

Tal y como reflejan ambas enfermeras en sus entrevistas, cuando un paciente es subsidiario de recibir cuidados paliativos en su domicilio es remitido a los ESAD, en este caso en particular, es la enfermera en unidad de hospitalización, quien se encarga de contactar y derivarla. Del mismo modo puede ser el mismo equipo de Atención primaria o la propia familia quienes soliciten formalmente la asistencia por estos equipos.

Una vez que la paciente ha sido aceptada, se establece la primera visita domiciliaria, en la cual es recomendable la presencia conjunta del ESAD y el equipo de atención primaria, hecho afirmado por ambas enfermeras porque tal y como refleja J. Barbero y L. Díaz una adecuada comunicación y coordinación entre los equipos de soporte y atención primaria son necesarias para garantizar un modelo organizacional que aporte el máximo beneficio a los pacientes.^{7, 16,17} En ella se lleva a cabo una valoración exhaustiva donde se recopila toda la información necesaria para conocer la respuesta adaptativa de la paciente al proceso vital, su situación funcional, problemas de salud reales o potenciales, signos y síntomas para poder así satisfacer sus necesidades, además de llevar a cabo ajustes de medicación si fuera necesario y proporcionarles información acerca de la dinámica de

trabajo, accesibilidad, funcionamiento del sistema. Por tanto, es a partir de esta primera valoración en domicilio y la información contenida en la historia clínica cuando se propone un plan de actuación individualizado, activo y continuado que incluya las medidas terapéuticas, cuidados e intervenciones que se llevan a cabo, utilizando como método de trabajo el proceso enfermero.^{5, 6, 8, 14, 18}

En este caso y tal como realizan la valoración las enfermeras del ESAD, se realiza una valoración basada en los patrones funcionales de Gordon para poder con posterioridad, establecer los diagnósticos enfermeros (NANDA), con los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC) y por consiguiente realizar el plan de cuidados individualizado para la cada paciente en particular, como se expone en el Anexo 1.

Como refleja Buisán R, Delgado J.C en su artículo y ambas enfermeras en sus entrevistas para una buena atención al paciente al final de la vida, es necesario un abordaje integral y específico mediante un apropiada monitorización y control de síntomas, habilidades de comunicación e información, soporte psicosocial y un equipo interdisciplinar adecuado siendo el objetivo principal, el alivio del sufrimiento y conseguir la mejor calidad de vida posible.^{1,5,7-10,12,13}

Dentro de este equipo multidisciplinar, enfermería es uno de los integrantes imprescindibles ya que la esencia de su profesión es el cuidado. De hecho, los cuidados que aplican las enfermeras del ESAD y de AP son similares ya que comparten el mismo objetivo, porque ambas intentan aliviar signos y síntomas físicos, psíquicos y sociales, proporcionan educación sanitaria al paciente y su familia, atención en el proceso de morir facilitando el soporte espiritual, con algunas salvedades ya que dentro de este proceso de asistencia cada una tienen sus funciones específicas. Por ejemplo: las enfermeras del ESAD se encargan con más frecuencia del manejo de dispositivos (reservorios, sondas nasogastrica, aspiradores), manejo de la vía subcutánea, bombas de infusión. Sin embargo, las enfermeras de AP realizan entre otros cuidados las curas, revisión de tratamientos, administración de inyectables.

María Rufin et al evidencian en su artículo que en esta labor de acompañamiento que desempeña enfermería es necesario tener conciencia de la situación de la paciente y como maneja su realidad, sin imponer nuestros criterios o deseos. Por ello, se establece que la comunicación es una herramienta básica para conocer los deseos, conocimientos, preferencias del mismo utilizando siempre un lenguaje claro y comprensible. Por tanto, el intercambio adecuado de información puede mejorar la adherencia al tratamiento, disminuir el malestar y ayudar en la transmisión de unas expectativas realistas teniendo una gran influencia sobre la capacidad de adaptación de los pacientes y sus familias ante nuevas situaciones y asimilación de la enfermedad.^{5, 6, 8-10,12, 13}

En el caso clínico expuesto con anterioridad uno de los objetivos que se persiguen es aumentar el afrontamiento a su situación de salud ya que la paciente presenta ansiedad y temor cuando los síntomas físicos se agravan, siendo incapaz de poder afrontar la situación, por ello se proponen visitas frecuentes y programadas para aliviar la posible sensación de abandono, al mismo tiempo se le proporciona el acceso telefónico con el equipo como forma de seguimiento y método de solución de dudas y así reducir en la medida de lo posible la sensación de ansiedad y angustia.^{5,10,8,13}

Además, presenta una baja autoestima con expresiones de desesperanza al tener el sentimiento de no poder enfrentarse a su nueva situación de salud, por ello se establece una escucha activa para potenciar su autoestima y se le informa, asesora y enseña acerca de los cuidados que se deben llevar a cabo ya que la incertidumbre puede derivar a falsas creencias o pensamientos sobre su estado de salud. Simultáneamente se le anima para que nos exponga dudas y así poderle ofrecer consejos individuales y materiales escritos para potenciar su conocimiento acerca de aquello que desee saber.^{6,8, 10, 12, 13}

Siguiendo el modelo explicado por la enfermera del ESAD y de atención primaria, una vez efectuadas las intervenciones y actividades planteadas en el plan de cuidados, se reflejan en la hoja de seguimiento recogiendo los principales datos que son de interés para valorar en visitas

sucesivas.

El plan de cuidados deberá ser modificado en visitas posteriores en función de la situación clínica que presente la paciente aportando nuevos datos fruto de la evolución de la enfermedad y de su estado psicológico. De esta manera es posible una organización del trabajo dando continuidad y racionalización a los cuidados prestados, permitiendo la valoración del plan de cuidados o actividades que se ha llevado a cabo con anterioridad y así sucesivamente.

Además, J. Barbero y L. Díaz reiteran que dada la complejidad de la situación vivida por el paciente y su familia es fundamental una buena planificación y organización de los cuidados requiriéndose semanalmente una reunión con todos los integrantes del ESAD para la valoración de los principales cuidados, evaluar la situación y respuesta de la paciente al proceso de salud, establecer mejoras y cambios al plan de cuidados. Por lo tanto, la dinámica del grupo debe estar integrada por una buena comunicación e interrelación entre sus integrantes para lograr el bienestar de la paciente y su familia y asegurar de esta forma la continuidad asistencial.^{5,7,8, 13}

5. CONCLUSIONES:

Tras realizar la revisión bibliográfica pertinente y las entrevistas a profesionales de enfermería se demuestra que los cuidados paliativos en domicilio por el ESAD y el equipo de AP son imprescindibles ya que mejoran notablemente la calidad de vida del paciente y su familia, gracias a una atención individualizada, activa e integral basada en el control de síntomas, apoyo a la familia, alivio y prevención del sufrimiento con el mayor respeto a la dignidad y autonomía del paciente y su familia.

Una vez realizado el análisis de la actividad clínica de ambos equipos a través de sus respectivas entrevistas que incluye una actualización del tema con la revisión bibliográfica mencionada con anterioridad se plantean las siguientes propuestas para mejorar la asistencia en domicilio y responder a las necesidades de la población: un aumento del número de profesionales especializados en cuidados paliativos para poder aumentar el número de equipos a domicilio dado al aumento de pacientes que demandan estos cuidados, mejor comunicación y coordinación entre ambos equipos ya que las visitas conjuntas se asocian de manera positiva y mejoran notablemente la calidad de la asistencia , además de, la aplicación de un plan de cuidados estandarizado basado en el proceso enfermero como método unificado de trabajo del cual puedan disponer ambos equipos, con la finalidad de que sirva de ayuda y apoyo a enfermería para la elección de las mejores intervenciones y por consiguiente, para aplicación de cuidados profesionales y especializados a la población.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1. Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *MedClin(Barc)*.2010;135(2):83–89
2. Vega T, Arrieta E, Lozano JE, Miralles M, Anes Y, Gómez C et al. Atención sanitaria paliativa y de soporte de los equipos de atención primaria en el domicilio. *Gac Sanit*. 2011;25(3):205–210
3. José I. GE. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. España: Cometa S.A;2006
4. Pérez Durillo FT, Gallego Montalbán JA, Jaén Castillo P. Análisis de la actividad de un equipo de soporte de cuidados paliativos. *Med Paliat*. 2011;18(4):129-134
5. Hernández Pedraza R. Atención al paciente terminal. En: Sánchez Gómez MB, Gómez Salgado J, Duarte Climents G, coordinadores. Atención al individuo y la familia. Madrid: FUDEN;2009.p.463-486
6. García González A. Enfermería en cuidados paliativos. Madrid:Centro de estudios Ramón Areces;2011
7. Barbero J, Díaz L. Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2007;30(3):71-86
8. Teodoro María Bondyale Oko. Enfermería en cuidados paliativos. 1ª ed.2007. DAE (difusión avances de enfermería). España.
9. Mencía Seco V R, Diez Cagigal RA. Manejo del enfermo terminal en su domicilio: actitudes y aptitudes de los profesionales ante la enfermedad, la agonía y la muerte. Jaén:FORMACIÓN ALCALÁ;2006
10. Míguez Burgos A, Muños Simarro D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería global*. 2009;(16):1-9

11. Tejada Domínguez FJ, Ruíz Domínguez MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enfermería global*. 2009;(15):1-13
12. Buisán R, Delgado JC. El cuidado del paciente terminal. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2007; 30(3):103-112.
13. Rufino M, Blasco T, Güell E, Ramos A, Pascual A. Comunicación y bienestar en paciente y cuidador en una unidad de cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2010;7(1): 99-108
14. Navarro Ferrer PM, Pérez Labrada BR, Parada López N. Buenas prácticas de enfermería en pacientes tributarios de cuidados paliativos en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 2009;25(1-2):1-17
15. Locán P, Gisbert A, Fernández C, Valentín R, Teixido A, Vidarreta R et al. Cuidados paliativos y medicina intensiva en la atención al final de la vida siglo XXI. 2007;30(3):113-128
16. Rocafort Gil J, Herrera Molina E, Fernández Bermejo F, Grajera Paredes ME, Redondo Moralo MJ, Díaz Díez F. Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Aten Primaria*. 2006;38(6):316-324
17. Corrales-Nevaldo D, Alonso-Babarro A, Rodríguez-Lozano M. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(S):63-68
18. Astudillo Alarcón W, Díaz-Albon E, García Calleja JM, Mendinueta C, Granja P, De la Fuente Hontañón C et al. Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Rev Soc Esp Dolor*. 2009;16(4):246-255

19. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza J, Limón E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *MedClin(Barc)*. 2010; 135(10):470-475
20. Molinero Blanco E, Sanz Fernández E. Manejo general y extrahospitalario paliativo del paciente oncológico. *Medicine*. 2009;10(26):1753-60
21. Saraswathi Devi P. A Timely Referral to Palliative Care Team Improves Quality of Life. *Indian J Palliat Care* 2011;17:14-16
22. Colell Brunet R. Enfermería y cuidados paliativos. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida;2008.
23. Luxardo N, Tropildo V, Funes M, Berenguer C, Nastasi R, Veloso V. Perfil de cuidadores de enfermos en cuidados paliativos. *MEDICINA*. 2009; 69:519-525
24. Ruymán Brito-Brito P, Rodríguez- Ramos M, Pérez-García Talevera C. Caso clínico: duelo complicado en atención primaria. Planificación de los cuidados. *Enferm Clin*.2009;19(6):345-348
25. Ibáñez C, Ávila R, Gómez MD, Díaz R. El equipo interdisciplinar como instrumento básico en cuidados paliativos: a propósito de un caso. *Psicooncología*.2008;5(2-3):439-457
26. Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), 5ª ed. ElsevierMosby. 2009. España.
27. Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Elsevier. 2009. España (Barcelona)
28. Sue M, Marion J, Meridean L.M, S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. ELSEVIER.2009. España

ANEXO 1: PLAN DE CUIDADOS ESAD

Paciente de 55 años, alérgica a la penicilina, con intolerancia al gluten y ex fumadora. En la actualidad vive con su hermana, cuñado y sobrinas en el domicilio de estos.

Diagnostico principal

OCLUSION INTESTINAL SECUNDARIA A CARCINOMATOSIS PERITONEAL.
CARCINOMA DE OVARIO CON CARCINOMATOSIS INTESTINAL EN TTO PALIATIVO.

Tratamiento y recomendaciones desde planta de oncología:

- Reposo relativo.
- Dieta absoluta
- Nutrición parenteral domiciliaria 2150 cc cada 24h.
- Portadora de SNG.
- Dormicum 7.5 mg sc___ 23h.
- Dexametasona 8 mg ___ c/8h sc.
- Clexane 40 mg sc___c/24h
- Bomba sc Baxter de 1650 mg de Clm___ c/48h.
- Si dolor 3 amp de 10 mg Clm al 1% cada una.
- Primperan 2 amp sc c/8h.
- Si nauseas dexametasona 4 mg sc.

VALORACIÓN ENFERMERIA ESAD POR PATRONES FUNCIONALES DE GORDON:

1. Percepción- manejo de salud: La paciente refiere mal estado de salud, con presencia de dolor, malestar y necesidad de precisar cada vez más ayuda. Sigue correctamente los tratamientos indicados. Ha sido derivada a domicilio tras su último ingreso hospitalario.
2. Nutricional-metabólico: imposibilidad de ingerir nada por vía oral, la paciente porta Nutrición Parenteral Total. Toma líquidos por vía oral.

Hidratada. Presenta nauseas y vómitos con relativa frecuencia a consecuencia del cuadro de oclusión intestinal.

3. Eliminación: Sin alteración en eliminación urinario. Precisa sonda nasogastrica en aspiración, debido a cuadro de oclusión intestinal por la cual se expulsa contenido fecaloideo.
4. Actividad-ejercicio: Necesidad de ayuda para realizar determinadas actividades de la vida diaria por pérdida progresiva de fuerza.
5. Sueño-descanso: Precisa fármacos para conciliar el sueño, los cuales son efectivos.
6. Cognitivo-perceptivo: orientada, sin deterioro cognitivo. Dolores crónicos fuertes con necesidad de regular con fármacos.
7. Autocontrol-autoconcepto: Ansiedad, sentimientos de poca valía personal y baja autoestima. Tristeza frecuente. Sabedora de la gravedad de su situación.
8. Rol-relaciones: Vive con su hermana, cuñado y sobrinas, buen soporte familiar.
9. Sexualidad- reproducción: sin marido, ni hijos.
10. Adaptación-tolerancia a estrés: se observa presencia de ansiedad, aflicción y temor cuando los síntomas físicos se agravan con miedo a quedarse sola, necesitando continuamente compañía para disminuirla.
11. Valores y creencias: no se conocen.

DIAGNOSTICOS (NANDA), RESULTADOS (NOC) E INTERVENCIONES
(NIC)

1. Manejo efectivo del régimen terapéutico r/c suplencia necesidades nutricionales m/p administración adecuada de NPT en el horario y velocidad pautados.

➤ Resultados: estado nutricional : ingestión alimentaria y de líquidos(1008)

✓ Indicadores:

- Administración de líquidos con nutrición parenteral total (100805)

➤ Intervención: Administración de nutrición parenteral total (NPT) (1200):

✓ Actividades:

- Mantener la permeabilidad de la vía central.
- Utilizar bomba de infusión para el aporte de las soluciones NPT.
- Controlar ingesta y eliminaciones.
- Informar al equipo acerca de signos y síntomas anormales asociados con la NPT, y modificar los cuidados correspondientes.

2. Motilidad gastrointestinal disfuncional r/c cuadro oclusión intestinal m/p imposibilidad de emisión de heces con necesidad de colocar SNG.

➤ Resultados: función intestinal (1015)

✓ Indicadores:

- Aspirados gástricos: color (101509)
- Aspirados gástricos: cantidad de residuos (101510)
- Distensión abdominal (101514)

➤ Resultado: Severidad de las náuseas y vómitos (2107)

✓ Indicadores:

- Dolor gástrico (210715)
- Vómitos fecaloideos (201719)

➤ Intervención: sondaje gastrointestinal (1080)

✓ Actividades:

- Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda nasogástrica, considerando su uso y razonamiento de la inserción.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda observando si hay signos y síntomas de ubicación traqueal, comprobando el color, inspección de la cavidad bucal y permeabilidad de la misma. Así como la presencia de náuseas y/o vómitos.

➤ Intervención: cuidados de la sonda gastrointestinal (1874)

✓ Actividades:

- Observar la correcta colocación de la sonda.
- Conectar la sonda para que aspire.
- Fijar la sonda a la parte corporal correspondiente teniendo en cuenta la comodidad e integridad de la piel del paciente.
- Observar si hay sensaciones de plenitud, náuseas y vómitos.
- Observar periódicamente la cantidad, el color y la consistencia del contenido nasogástrico.
- Enseñar al paciente y a la familia los cuidados de la sonda.
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción de la sonda.

4. Deprivación del sueño (00096) relacionado con malestar (físico y psicológico) manifestado por verbalización por parte de la paciente de la incapacidad para conciliar el sueño.

➤ Resultados : Sueño (0004)

✓ Indicadores:

- Calidad del sueño (000402)
- Patrón del sueño (000403)

➤ Intervención: Mejorar el sueño (1850):

✓ Actividades:

- Explicar la importancia del sueño adecuado durante la enfermedad.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor/molestias) y /o psicológicos (ansiedad o miedo) que interrumpen el sueño.
- Comentar con el paciente y familia técnicas para favorecer el sueño.

➤ Intervención: Terapia de relajación simple (6040)

✓ Actividades:

- Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación.
- Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación.

5. Dolor crónico (00133) r/c enfermedad oncológica m/p informes verbales de dolor.

➤ Resultados: conocimiento: manejo del dolor (1843)

✓ Indicadores:

- Estrategias para controlar el dolor (184304)
- Uso correcto de la medicación prescrita (184308)
- Importancia de seguir el régimen de la medicación (184318)

➤ Intervención: Manejo del dolor (1400):

✓ Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones)
- Utilizar un método de valoración adecuado que permita el seguimiento de los cambios en el dolor y que ayude a identificar los factores desencadenantes reales y potenciales (hoja de informe, llevar un diario).
- Explorar y animar para el uso actual del paciente de métodos farmacológicos de alivio del dolor.

➤ Intervención: Administración de analgésicos (2210):

✓ Actividades:

- Comprobar órdenes médicas en cuanto al tratamiento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Instruir para que se solicite la medicación según necesidades para el dolor antes de que sea severo.

- Determinar el analgésico preferido, vía de administración y dosis para conseguir un efecto óptimo.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de analgesia, especialmente con el dolor severo.

6. Ansiedad (00146) r/c agravamiento síntomas físicos m/p nerviosismo, inquietud, angustia, palpitaciones.

➤ Resultado: Autocontrol de la ansiedad (1402)

✓ Indicadores:

- Planificación de estrategias de superación efectivas (140206)
- Controla la respuesta de ansiedad (140217)

➤ Intervención: disminución de la ansiedad (5820):

✓ Actividades:

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente ante una situación que le provoca ansiedad.
- Escuchar con atención
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

7. Baja autoestima situacional (00120) r/c deterioro funcional m/p verbalizaciones y expresiones por parte de la paciente de impotencia, inutilidad, incapacidad para afrontar los acontecimientos, preocupación

➤ Resultados: Autoestima (1205):

✓ Indicadores:

- Comunicación abierta (120507)
- Sentimientos sobre su propia persona (120519)

➤ Intervención: Escucha activa (4920):

✓ Actividades:

- Hacer preguntas o frases que animen a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación
- Identificar problemas predominantes.
- Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.

8. Disposición para mejorar los conocimientos (00161) r/ nueva situación de salud m/p actitud de aprendizaje.

➤ Resultados: Aceptación: estado de salud (1300)

✓ Indicadores:

- Expresa sentimientos sobre el estado de salud (130007)
- Se adapta al cambio en el estado de salud (130017)

➤ Resultado: Conocimientos: proceso de la enfermedad (1803)

✓ Indicadores:

- Curso habitual de la enfermedad (180307)
- Signos y síntomas de la enfermedad (180306)
- Efecto psicosocial de la enfermedad sobre el enfermo y la familia (180315)

➤ Intervención: Enseñanza: proceso de enfermedad (5602):

✓ Actividades:

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad.
- Enseñar medidas para controlar/minimizar síntomas, si procede.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidado, si procede
- Proporcionar número de teléfono al que llamar si surgen complicaciones.

9. Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062) r/c complejidad de las tareas de cuidados, enfermedad grave y cambiante del receptor, inexperiencia

➤ Resultados: apoyo familiar durante el tratamiento (2609)

✓ Indicadores:

- Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria (260911)
- Piden información sobre los procedimientos (260904)
- Piden información sobre la condición del paciente (260905)

➤ Intervención: Apoyo a la familia (7140).

✓ Actividades:

- Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles.

- Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.
- Escuchar inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia y paciente.
- Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados, incluyéndolos en la toma de decisiones acerca de los cuidados.
- Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para proporcionar los cuidados al paciente.

10. Riesgo de infección (00004) r/c presencia de vías acceso venoso y subcutáneo

➤ Resultado: Conocimiento control de la infección (1842)

✓ Indicadores:

- Signos y síntomas de infección (184204)
- Procedimientos de control de la infección (180706)

➤ Intervención: Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (reservorio)

✓ Actividades:

- Mantener técnica aséptica siempre que se manipule el dispositivo.
- Cambiar el sistema semanalmente.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica (enrojecimiento, tumefacción, sensibilidad, fiebre, malestar)
- Instruir al paciente y/o familia en el mantenimiento del dispositivo.

11. Disposición para mejorar el confort (00183) r/c fase terminal de enfermedad oncológica m/p manifestación de deseos de aumentar la relajación y confort.

➤ Resultado: Muerte confortable (2007)

✓ Indicadores:

- Calma (200701)
- Bienestar psicológico (200722)
- Apoyo de la familia (200724)

➤ Resultados. Calidad de vida (2000)

✓ Indicadores:

- Dignidad (200014)
- Satisfacción con el estado de ánimo general (200011)

➤ Intervención: cuidados en la agonía (5260)

✓ Actividades:

- Observar si hay dolor.
- Ayudar con los cuidados básicos, si es necesario.
- Modificar el ambiente en función de las necesidades y los deseos del paciente.
- Identificar las prioridades de cuidados del paciente

12. Manejo efectivo del régimen terapéutico (00082) r/c m/p buen soporte sanitario y familiar.

➤ Resultado: Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)

✓ Indicadores:

- Participa en la planificación asistencial (260501)
- Participa en la asistencia sanitaria profesional (260502)

- Obtiene información necesaria (260504)
- Define las necesidades y los problemas importantes para la asistencia sanitaria (260507)
- Resultado: satisfacción del paciente: acceso a los recursos asistenciales (3000)
 - ✓ Indicadores:
 - Disponibilidad del equipo necesario para los cuidados (300004)
 - Acceso a la enfermera responsable de los cuidados (300006)
 - Ayuda para el acceso a proveedores sanitarios (300007)
 - Coordinación de los recursos de asistencia sanitaria (300009)
- Intervención: Análisis de la situación sanitaria (6520)
 - ✓ Actividades:
 - Programar citas para mejorar un cuidado eficaz e individualizado
 - Obtener el historial sanitario que incluya hábitos sanitarios, factores de riesgo y medicamentos.
 - Utilizar instrumentos de análisis sanitarios válidos y fiables.
 - Realizar valoración física.
 - Disponer de intimidad y confidencialidad.
- Reunión multidisciplinar sobre cuidados (8020):
 - ✓ Actividades:
 - Identificar los diagnósticos de cuidados actuales.
 - Explicar las intervenciones de enfermería que se han de poner en práctica, así como la respuesta del paciente y su familia a las mismas.
 - Revisar el plan de cuidados del paciente,-
 - Recomendar cambios al plan de tratamiento, si procede.

Bibliografía plan de cuidados:

- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne McCloskey Dochterman. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC), 5ª ed. ElsevierMosby. 2009. España.
- Diagnósticos enfermeros 2009-2011. Elsevier. 2009. España (Barcelona)
- Sue M, Marion J, Meridean L.M, S. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. ELSEVIER.2009. España

ANEXO 2: ENTREVISTA EQUIPO ESAD II

El viernes 2 de marzo, me cite con una enfermera del equipo del ESAD. En primer lugar, me presente y le explique en qué consistía mi trabajo y porque elegí este tema. A continuación le realicé la presente entrevista para obtener información acerca del trabajo que desempeñan estos equipos y que labor tiene enfermería en la atención al paciente terminal en su domicilio.

- Para comenzar, ¿Me podría explicar qué es y cuál es la función del ESAD?
- ¿Para trabajar como enfermera del ESAD se necesitan unas características (aptitudes y actitudes) determinadas?
- ¿Qué herramientas (planes de cuidados, OMI...) utilizan para desempeñar su trabajo?
- ¿A qué perfil de enfermos (oncológicos, crónicos, VIH...) están prestando atención con más frecuencia hoy en día?
- ¿Qué situaciones les dan más reparo, incidiendo en aquellas que les ocasionan mas incomodidad, inquietud?
- ¿Cómo es la relación y trato con los pacientes y familia?
- Y, ¿cómo saben ustedes que un paciente ha fallecido?
- ¿Usted cree que el servicio que proporcionan es conocido por la población?
- ¿Qué le gustaría que cambiara, si fuese posible, en su trabajo?

ANEXO 3: ENTREVISTA ENFERMERA ATENCIÓN PRIMARIA

La presente entrevista se ha realizado a una enfermera de atención primaria del centro de salud San José Sur, es coordinadora de enfermería en el mismo y lleva ejerciendo esta profesión 32 años. Dicha entrevista se lleva a cabo para obtener información adicional acerca de la atención del paciente terminal en domicilio y conseguir otro punto de vista acerca del trabajo en coordinación por ambos equipos.

- Como enfermera de Atención Primaria, me podría explicar ¿cuál es su visión o perspectiva acerca de los cuidados paliativos en domicilio?
- ¿Cómo se coordina el equipo de atención primaria con el ESAD?
¿Considera que esa coordinación entre ambos equipos es buena?
- En la actualidad, ¿Tiene a algún paciente susceptible de recibir asistencia por los ESAD?
- ¿Trabajan con planes de cuidados, al igual que los ESAD o disponen de otras herramientas de trabajo?
- ¿Qué tipo de cuidados lleváis con más frecuencia las enfermeras de AP cuando un paciente ya está siendo atendido por los ESAD?
- ¿Cuáles son las principales dificultades que tienen para prestar asistencia a estos pacientes?
- ¿Qué opina acerca del ESAD?
- ¿Cree que este equipo es conocido por la población?