

CASO CLÍNICO



APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO A UNA PACIENTE PALIATIVA CON DISNEA A MÍNIMOS ESFUERZOS

AUTORA: ANA FERNÁNDEZ CONDE (enfermera de HADO del CHUO).

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 78 años con cáncer de colon y de mama y metástasis óseas en fase terminal, que es tratada en su domicilio por Hospitalización a Domicilio tras la decisión consensuada de paciente, familia y equipo médico de limitar el esfuerzo terapéutico.

En la valoración de la paciente se usaron los patrones funcionales de M. Gordon. Para el plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA, NOC, NIC.

Se realizaron diez visitas de seguimiento por su médico y enfermera. La paciente falleció a los 20 días del ingreso, se precisó vía subcutánea para un buen control de síntomas.

ABSTRACT

Occurs the clinical case report of a 78 year old woman with colon and breast cancer and bone metastases in terminal phase, which is treated at home by Home Care after a consensual decision to patient, family and medical team effort limitation occurs therapeutic.

In the assessment of the patient's functional patterns of M. Gordon they were used. For the care plan NANDA, NOC, NIC taxonomy was used.

Ten follow-up visits were made by your doctor and nurse. The patient died 20 days after admission, subcutaneously is said to good symptom control.

INTRODUCCIÓN

En una fase avanzada de la enfermedad los pacientes pueden mostrar fragilidades y limitaciones de tipo físico, psicosocial, emocional y espiritual. En esta fase surge la necesidad de cuidados especiales, aceptando la complejidad del ser humano y buscando la promoción del confort¹.

La atención a pacientes con enfermedad avanzada y a sus familias requiere un buen control de los síntomas, información y comunicación adecuados. Estas acciones pueden llevarse a cabo en el ambiente hospitalario o en el domicilio del paciente, siendo este último el ambiente más propicio para mantener la autonomía y dignidad del individuo².

La enfermera de cuidados paliativos ha de realizar una correcta evaluación para identificar las necesidades del paciente (físicas, sociales, psicológicas, espirituales, y culturales). El sufrimiento, el dolor, la aparición de síntomas refractarios deben ser reconocidos y tratados precozmente ya que el control de estos síntomas nos permitirá mejorar la calidad de vida de paciente y familia.

Conseguir que el paciente, a pesar de su enorme fragilidad, pueda vivir plenamente los últimos

momentos de su vida en función de sus valores es el gran reto de la enfermería paliativa³.

La paciente sujeto del caso clínico es una mujer diagnosticada de cáncer de colon y posteriormente de cáncer de mama con progresión de la enfermedad, linfangitis pulmonar y metástasis óseas a la que se remite a la unidad de hospitalización a domicilio (HADO) para control de síntomas tras decidir de forma consensuada con paciente y familia limitar el esfuerzo terapéutico.

Presetación del caso:

1ª visita domiciliaria

Mujer de 78 años en fase terminal con cáncer de colon, cáncer de mama, linfangitis pulmonar y metástasis óseas.

Nos avisa su médico de atención primaria para control de síntomas en el domicilio tras la decisión consensuada entre paciente, familia y oncólogo de limitar el esfuerzo terapéutico.

Como tratamiento médico tiene prescrito dexametasona, metoclopramida y codeisán.

Antecedentes personales:

- Diabetes Mellitus tipo II.
- Hipercolesterolemia.
- Adenocarcinoma de colon.
- Carcinoma de mama.

La paciente vive en el domicilio familiar con su marido. Su hija, que vive en el piso de al lado, colabora en el cuidado y pasa gran parte del día con ellos.

Valoración de enfermería: se realizó utilizando los patrones funcionales de valoración de M. Gordon

Datos generales:

- Nombre: O.M.G.
- Sexo: mujer.
- Edad 78 años.
- Alergias: no conocidas.
- Motivo de ingreso: control paliativo de síntomas: náuseas y vómitos, tos y disnea a mínimos esfuerzos.
- Tratamiento domiciliario: dexametasona, metoclopramida y codeisán.
- Cuidador principal: marido e hija.
- Constantes: T.A: 125/70, Fc: 75 lpm, Sat O2: 98% con cánulas a 2 lpm, glucemia capilar

140mg/dl.

- Barthel al ingreso: 50 (dependencia moderada).
- Bradem adultos al ingreso: 14 (riesgo moderado).
- E.C.O.G: 3 (El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse).
- Karnofsky: 50 (Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día).

Patrón 1: Mantenimiento-Percepción de la salud:

- ✓ Mujer de 78 años que conoce su diagnóstico pero no su pronóstico.
- ✓ Refiere estar “cansada del hospital”.
- ✓ No presenta alergias conocidas.
- ✓ No refiere hábitos tóxicos.
- ✓ Conoce su tratamiento aunque es su hija la encargada de controlarlo.

Patrón 2: Nutricional y Metabólico:

- ✓ Habitualmente se levanta para comer.
- ✓ Cocinan su marido y su hija.
- ✓ Come todo triturado, dieta de diabético.
- ✓ Presenta inapetencia, náuseas y ocasionalmente vómitos.
- ✓ Bebe aproximadamente 500 cc al día.
- ✓ Presenta edemas en miembros inferiores (MMII).
- ✓ Sin alteraciones de la integridad de la piel.
- ✓ Peso: 54 kg, talla: 1,56, IMC: 22,19.
- ✓ Glucemias mal controladas en los últimos días por los cambios de tratamiento con corticoides.

Patrón 3: Eliminación:

- ✓ Refiere polaquiuria.
- ✓ Presenta una deposición diaria, le resulta difícil por su disnea realizar el esfuerzo de defecar.

- ✓ No es portadora de colostomía.

Patrón 4: Actividad-ejercicio físico:

- ✓ Presenta una dependencia total para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a causa de su disnea a mínimos esfuerzos.
- ✓ Cansancio excesivo.
- ✓ Incapaz de realizar las actividades habituales (ama de casa).

Patrón 5: Sueño-Descanso:

- ✓ Duerme unas 6-7 h al día de forma no continuada.
- ✓ Presenta insomnio de conciliación y mantenimiento.
- ✓ Presenta tos pertinaz que interfiere el sueño.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual:

- ✓ Consciente y orientada.
- ✓ No presenta dificultad para el entendimiento de su proceso de salud.
- ✓ No refiere dolor, Escala Visual Analógica (EVA): 2.
- ✓ No presenta ansiedad.
- ✓ Tendencia a la tristeza y el decaimiento.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto:

- ✓ Refiere sentirse “muy cansada” y desanimada.
- ✓ Mantiene una buena relación con la familia.
- ✓ Expresa su deseo de morir en casa.

Patrón 8: Rol y Relaciones:

- ✓ Su capacidad funcional está alterada.
- ✓ Posee una buena red de apoyo familiar. Convive con su marido y su hija acude al domicilio varias veces al día. Posee además otra hija y nietas que también colaboran en el cuidado.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción:

- ✓ Madre de dos hijas. Lo demás sin valorar.

Patrón 10: Adaptación y Tolerancia al estrés:

- ✓ Como cambio más importante en su vida está la limitación funcional por la disnea a mínimos esfuerzos.
- ✓ Mantiene una buena comunicación familiar.
- ✓ Verbaliza los problemas.
- ✓ Es capaz de afrontar la situación.

Patrón 11: Valores-Creencias:

- ✓ Creyente.
- ✓ Manifiesta no estar preocupada por la muerte.
- ✓ No quiere pasar dolor.

Plan de cuidados:

Para el plan de cuidados se utilizó la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Los principales diagnósticos, resultados e intervenciones abordados fueron los siguientes:

00092: Intolerancia a la actividad r/c debilidad generalizada m/p informes verbales de fatiga o debilidad:

NOC – 0415 Estado respiratorio:

- Disnea de reposo (de grave 1 a moderado 3 en 7 días)
- Tos (de grave 1 a leve 4 en 7 días)

NOC - 0005 Tolerancia de la actividad:

- Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad (de gravemente comprometida 1 a moderadamente comprometida 3 en 15 días).
- Facilidad para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) (de gravemente comprometida 1 a moderadamente comprometida 3 en 15 días).

NIC – 1800 Ayuda en el autocuidado:

- Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada.

- Establecer una rutina de actividades de autocuidado.

NIC – 5330 Control del estado de ánimo:

- Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.
- Vigilar la función cognitiva (concentración, atención, memoria, capacidad de procesar información y toma de decisiones).

00134: Náuseas r/c cáncer m/p sensación nauseosa:

NOC – 1608 Control de síntomas:

- Utiliza medidas preventivas (de nunca demostrado 1 a siempre demostrado 5 en 7 días).
- Refiere control de síntomas (de nunca demostrado 1 a a veces demostrado 3 en 7 días).

NOC – 0602 Hidratación:

- Diuresis (de moderadamente comprometida 3 a no comprometida 5 en 7 días)
- Membranas mucosas húmedas (de moderadamente comprometida 3 a no comprometida 5 en 7 días)

NIC – 1450 Manejo de las náuseas:

- Controlar los factores ambientales que puedan evocar náuseas (p. ej., malos olores, sonido y estimulación visual desagradable).
- Utilizar una higiene bucal frecuente para fomentar la comodidad, a menos que eso estimule las náuseas.
- Animar a que se ingieran pequeñas cantidades de comida que sean atractivas para la persona con náuseas.

NIC – 2380: Manejo de la medicación:

- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.

NIC: 1570: Manejo del vómito:

- Proporcionar apoyo físico durante el vómito (como ayudar a la persona a inclinarse o sujetarle la cabeza).
- Utilizar higiene oral para limpiar boca y nariz.

00108: Déficit de autocuidado: baño r/c debilidad y cansancio m/p incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo.

NOC – 0301 Autocuidados: baño:

- Se baña en la ducha (de gravemente comprometido 1 a moderadamente comprometido 3 en 15 días).
- Seca el cuerpo (de gravemente comprometido 1 a moderadamente comprometido 3 en 15 días).

NOC – 0001 Resistencia:

- Actividad física (de gravemente comprometido 1 a moderadamente comprometido 3 en 15 días).
- Agotamiento (de grave 1 a moderado 3 en 15 días).

NIC – 1801 Ayuda en el autocuidado: baño/higiene:

- Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.

00179: Riesgo de nivel de glucemia inestable:

NOC – 2300 Nivel de glucemia:

- Concentración sanguínea de glucosa (de desviación grave del rango normal 1 a desviación leve del rango normal 4 en 5 días).

NOC – 1808 Conocimiento: medicación:

- Uso correcto de la medicación prescrita (de ningún conocimiento 1 a conocimiento sustancial 4 en 3 días)

NIC – 2120 Manejo de la hiperglucemia:

- Vigilar la glucemia, si está indicado.
- Administrar insulina, según prescripción.

Evolución del caso:

Se realizó la ejecución del plan de cuidados en diferentes visitas domiciliarias.

2ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los dos días del ingreso):

- Estable, mejoría subjetiva.
- T.A: 120/60, Sat O2: 97% con cánulas a 2 lpm.

- No dolor: EVA: 1.
- Mantiene disnea de mínimos esfuerzos que no le impide moverse por casa y realizar tareas básicas.
- No vómitos, ingesta aceptable.
- Aumento de la glucemia capilar: 208 mg/dl.
- Aumento de la polaquiuria, se recoge muestra de orina para cultivo.
- Mantiene intensa tos nocturna que interfiere el sueño. Se le pauta Romilar[®] jarabe.
- La familia se implica en los cuidados.

3ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los cuatro días de la última visita):

- T.A: 115/70, Sat O2: 96% con cánulas a 2 lpm, glucemia capilar: 230 mg/dl.
- E.C.O.G: 3 (El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria como por ejemplo el vestirse).
- Karnofsky: 50 (Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Encamado menos del 50% del día).
- Refiere aceptable control de la tos.
- Continúa sin dolor, E.V.A: 1.
- Refiere insomnio, cansancio y desánimo, no ansiedad.
- Sedimento con leucocitosis, se inicia tratamiento antibiótico vía oral (pendiente cultivo).
- Deshidratada, rechaza sueroterapia por lo que se le da la opción de aumentar la ingesta hídrica oral.

4ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los tres días de la última visita):

- T.A: 115/60, Sat O2: 97% con cánulas a 2 lpm, glucemia capilar: 270 mg/dl.
- Síntomas aceptablemente controlados.
- Mantiene disnea de mínimos esfuerzos que le permite deambular por casa y realizar tareas básicas.
- Las cifras de glucemia son discretamente más elevadas por lo que se pauta una insulina rápida de rescate si precisa.

5ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los cuatro días de la última visita):

- T.A: 100/60, Sat O2: 97% con cánulas a 2 lpm.
- Empeoramiento en el estado de ánimo.
- Dado el cuadro de astenia – anorexia asociado al bajo estado de ánimo se decide asociar un antidepresivo vía oral (mirtazapina 15 mg).
- La cifras de glucemia basal siguen aumentando (entre 351 y 365 mg/dl) por lo que se aumenta la pauta de insulina rápida de rescate.

6ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los cuatro días de la última visita):

- T.A: 100/65, Sat O2: 95% con FIO2 ambiente.
- Mejoría del estado de ánimo.
- Come bien y con apetito aceptable.
- Mejoría de la disnea, ha empezado a retirar el O2 durante el día.
- Refiere disminución de la movilidad y debilidad en cintura pélvica y en los MMII con dificultad para levantarse de la silla. Sospecha de miopatía esteroidea, se modifica tratamiento (se suspende la dexametasona 4mg y se pauta prednisona 30mg).

7ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (a los tres días de la última visita):

- T.A: 140/80, Sat O2: 95% con cánulas a 2 lpm.
- Más animada y más activa.
- Subjetivamente relata mejoría discreta de la movilidad y fuerza de MMII.
- Precisó incorporar pauta de insulina lenta y con ella mantiene cifras de glucemia basal en torno a los 120mg/dl.
- Mantiene deshidratación, evidenciada en la sequedad de mucosas pero rechaza la rehidratación con fluidoterapia.

8ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (al día siguiente de la última visita):

- T.A: 140/70, Sat O2: 93% con cánulas a 2 lpm, glucemia capilar basal: 190 mg/dl.
- ECOG 4 (El paciente permanece encamado el 100% del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria, como por ejemplo la higiene corporal, la movilización en la cama e incluso la alimentación)

- Deterioro clínico severo en las últimas 24h, sensación de disnea y disconfort.
- Refiere dolor, E.V.A: 7.
- Astenia y anorexia severa.
- Presentó esputos hemoptoicos.
- Mayor postración y pérdida de fuerza.

Se informa a la familia de la situación clínica y del progreso de la enfermedad. Están de acuerdo en mantener a la paciente en domicilio sin medidas agresivas y con tratamiento sintomático.

Ante la imposibilidad de garantizar un correcto tratamiento por vía oral se plantea la alternativa de la vía subcutánea. Se implanta una palomilla de calibre 23G en hemitórax izquierdo y a través de un infusor elastomérico para 24h se administra de forma constante y continua cloruro mórfico 10 mg, midazolán 5 mg,

Se le facilitan rescates de cloruro mórfico de 5 mg a la familia y se le adiestra para su administración por vía subcutánea si fuera necesario.

9ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (al día siguiente de la última visita):

- Estable dentro de la gravedad.
- La familia refiere buen control de síntomas.
- Precisó dos rescates de cloruro mórfico 5mg en las últimas 24h.
- La paciente está animada aunque con episodios frecuentes de somnolencia.
- Buen control glucémico.
- Disnea intensa a mínimos esfuerzos, no se levanta de la cama.

10ª visita domiciliaria: conjunta médico-enfermera (al día siguiente de la última visita):

- Sat O2: 87-91% con O2 por cánulas a 2lpm, Fc: 120lpm, glucemia basal: 127 mg/dl.
- La familia refiere que hizo apneas durante la noche.
- En las últimas horas desorientada y con nivel de conciencia disminuido.

Se informa a la familia de la situación de últimos momentos y probable desenlace inminente. La familia maneja adecuadamente la situación y se reafirma en el deseo de que esté en su casa y en que no se realicen maniobras agresivas.

Se ajusta medicación del infusor elastomérico para control de síntomas con cloruro mórfico

50 mg, midazolán 15 mg, N-butilbromuro de hioscina (buscapina®) 5 ampollas y metoclopramida hidrocloreto (primperán®) 3 ampollas.

Se le facilitan rescates de cloruro morfíneo 5mg y midazolán 5mg para utilizar a demanda por la familia si precisa.

Éxitus: a las 10 horas de la última visita.

Evaluación de los resultados:

Analizando los resultados en consecución con los objetivos se observa que el apoyo para fomentar la independencia en las actividades de la vida diaria, el adiestramiento para minimizar los síntomas respiratorios y digestivos y la enseñanza para el correcto manejo de la hiperglucemia fueron elementos clave para prestar los cuidados físicos a la paciente.

Podemos definir que los resultados se han cumplido en el tiempo establecido.

DISCUSIÓN

En el caso expuesto se observa la atención que se realiza desde el servicio de Hospitalización a Domicilio a una paciente paliativa con limitación de esfuerzo terapéutico y con síntomas mal controlados.

En las situaciones terminales nuestro objetivo va a ser cuidar del paciente, no curarle, atendiendo a la persona, a la familia y a su entorno como parte fundamental de la asistencia.

La dispensación de cuidados de enfermería en el domicilio del paciente favorece que el vínculo paciente - familia – enfermera sea más intenso y que se puedan reconocer mejor las disfuncionalidades y los signos y síntomas de la enfermedad.

Es fundamental que el equipo sanitario ofrezca apoyo informativo, educativo y emocional a la familia para el control de los síntomas y para el alivio del sufrimiento. Este apoyo ha de ser continuo, ofreciendo nuestra disponibilidad en cualquier momento que lo precise y garantizando la cobertura de otro servicio (en nuestro caso el 061) en las horas en las que no estamos.

El paciente y su familia reciben visitas de médico y enfermera de forma programada al mismo tiempo que pueden solicitar nuestra visita si lo necesitan o comunicarse con nosotros por vía telefónica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espinar Cid E. Los cuidados paliativos: acompañado a las personas en el final de la vida. Cuad. Bioét. 2012, 23(77):169-176.
2. Miranda M, Orineu L, Chagas M, Alexandre J, Da Costa S, Faria J. Perfil diagnóstico de enfermería en un hospital brasileño especializado en cuidados paliativos oncológicos. Ciencia y Enfermería XIX 2013 (1): 49-59.
3. Hermida Porto ML, Dopico Santamariña LM, Lamelo Alfonsín F, Aldámiz-Echevarría Iraurgi B, Silva César MA, Vidán Martínez L. Hospitalización a Domicilio en hospitales públicos gallegos. Galicia Clin 2015; 76 (1): 7-12.
4. Tirado Pedregosa, Gerardo; Hueso Montoro, César; Cuevas Fernández-Gallego, Magdalena; Montoya Juárez, Rafael; Bonill de las Nieves, Candela; Schmidt Río-Del Valle, Jacqueline. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería. Index de Enfermería 2011; 20(1-2).