



Plan de cuidados enfermero de las Metástasis Cutáneas en pacientes con sarcoma sinovial cardíaco

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universitat Jaume I por Almudena Fernández Romero en el curso académico 2016/2017.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Beatriz Dámaso Vega.

FECHA DE DEPÓSITO:

17 de Noviembre 2017

Yo, Almudena Fernández Romero, con NIF48327107-J, alumna de cuarto curso del Grado en Enfermería de la Universitat Jaume I, expongo que durante el curso académico **2016/2017**.

- He superado al menos 168 créditos ECTS de la titulación.
- Cuento con la evaluación favorable del proceso de elaboración de mi TFG.

Por estos motivos, solicito poder depositar y defender mi TFG titulado “Cuidados enfermeros de la Metástasis cutáneas en pacientes con sarcoma sinovial cardíaco” tutelado por la profesora Beatriz Dámaso Vega, defendido en lengua castellana, en el período de 30 noviembre 2017.

Firmado: Almudena Fernández Romero.

Castellón de la Plana, 17 de Noviembre 2017



EVALUACION DEL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL TFG (Tutor)

Trabajo Final de Grado
Grado en Enfermería
Universitat Jaume I

Apellido: Fernández Romero Nombre Almudena Convocatoria: 1 2; Fecha: 10/11/17

Título del trabajo:

Plas de cuidados enfermero de las metástasis cutáneas en paciente con sarcoma sinusal cardíaco

Criterios	Insuficiente (2,5)	Suficiente (5)	Notable (7,5)	Excelente (10)
El/la estudiante acude a las tutorías presenciales regular y puntualmente.	Acude a menos del 50% de las tutorías pactadas. No justifica ausencias/retrasos.	Acude al menos al 75% de las tutorías pactadas. Justifica retrasos/ausencias el mismo día	Acude a más del 75% de las tutorías pactadas. Justifica ausencias/retrasos previamente.	Acude a 100% de las tutorías puntualmente. No necesita justificar ausencias/retrasos.
El/la estudiante cumple con la planificación pactada con el tutor.	Siempre se retrasa en las entregas de trabajo pactadas con el tutor y no lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo pactadas con el tutor el último día. Si se retrasa no lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo pactadas con el tutor el último día. Si se retrasa lo justifica.	Realiza las entregas de trabajo con el tutor dentro del plazo pactado. No se retrasa.
El/la estudiante alcanza los objetivos pactados con el tutor en las entregas.	Nunca entrega todo el trabajo pactado.	El estudiante entrega al menos el 50% del trabajo pactado en cada entrega.	El estudiante entrega al menos el 75% del trabajo pactado en cada entrega.	El estudiante entrega todo el trabajo pactado.
El/la estudiante tiene una actitud activa durante el proceso de elaboración del TFG	Nunca pregunta ni sugiere. No acepta ni incorpora las sugerencias del tutor.	Incorpora las sugerencias del tutor, aunque no pregunta ni sugiere.	Incorpora las sugerencias del tutor y pregunta los motivos. Sugiere alternativas	Incorpora las sugerencias del tutor y pregunta los motivos. Sugiere alternativas y las argumenta. ✓
El/la estudiante es capaz de elaborar una pregunta de investigación y darle respuesta a través de la búsqueda bibliográfica.	No es capaz de plantear una pregunta clínica ni de darle respuesta a través de la búsqueda bibliográfica	Elabora preguntas clínicas, pero tiene dificultades para plantear una estrategia de búsqueda y ejecutarla de forma coherente	Elabora preguntas clínicas y la estrategia de búsqueda aunque tiene dificultades para ejecutarla de forma coherente ✓	Elabora preguntas clínicas estructuradas y la estrategia de búsqueda. Ejecuta de forma coherente con los objetivos de su TFG

<p>EI/la estudiante establece objetivos y metodología adecuada en función de las características de su TFG</p>	<p>No es capaz de establecer unos objetivos y metodología adecuados a las características de su TFG. No solicita el apoyo del tutor ni considera sus sugerencias.</p>	<p>No es capaz de establecer unos objetivos o metodología adecuados a su TFG, aunque solicita el apoyo del tutor para conseguirlo.</p>	<p>Es capaz de establecer objetivos y metodología adecuados a las características del TFG, aunque requiere el apoyo del tutor para alcanzar una coherencia. ✓</p>	<p>Establece objetivos y metodología adecuados a las características de su TFG y estos son coherentes. Requiere escasa ayuda del tutor.</p>
<p>EI/la estudiante es capaz organizar la información obtenida de forma coherente.</p>	<p>No es capaz de organizar la información obtenida, ni pregunta al tutor sobre posibles estrategias.</p>	<p>No es capaz de organizar la información pero busca recursos para lograrlo</p>	<p>Demuestra capacidades para organizar la información obtenida y se deja aconsejar por el tutor. ✓</p>	<p>Antes de obtener la información plantea al tutor la estrategia para organizarla y ésta se adecua a las características del TFG.</p>
<p>EI/la estudiante es capaz sintetizar los resultados más relevantes obtenidos y compararlos con la literatura reciente</p>	<p>No es capaz de sintetizar los resultados relevantes ni de compararlos. No solicita la ayuda del tutor ni considera sus sugerencias.</p>	<p>Sintetiza los resultados más relevantes, pero solicita la ayuda del tutor para compararlos con la literatura reciente.</p>	<p>Sintetiza los resultados relevantes y los compara con la literatura, aunque con aportaciones del tutor. ✓</p>	<p>Sintetiza los resultados relevantes y los compara con la literatura y aporta aspectos de mejora del trabajo realizado. ✓</p>
<p>Observaciones: <i>Interés y colaboración. Un buen TFG teniendo en cuenta que partía de un caso clínico.</i></p>				
<p>Calificación**: <i>8,125.</i></p>				

**El tribunal puede anotar aquellas observaciones que considere oportunas.

*Sumar la puntuación de cada criterio y dividir por el número total de criterios; esta calificación supone un 50% de la nota final del TFG

AGRADECIMIENTOS

Agradecer principalmente a mi familia el apoyo y los ánimos en los momentos más bajos y difíciles a lo largo de la carrera, agradecerles también el espíritu de trabajo y los valores en los que me han educado.

A Lucía por su sensatez, comprensión y capacidad de escucha.

A mis amig@s por todos aquellos momentos en los que no he podido estar presente.

A mis compañer@s de la Universidad por demostrarme su apoyo, solidaridad y su amistad, en especial a Fermín Barres, Beatriz Cervera Roig y Sandra Ortega Santamaría.

A mi tutora Beatriz Dámaso Vega por su profesionalidad, y su implicación a la hora de guiarme y hacer que este trabajo sea posible.

A Aisha por su amor incondicional.

A Andreu Porcar por las horas de paciencia y dedicación.

Y finalmente dedicarle este trabajo a Lidia por ser la persona que siempre ha estado ahí, de la que más apoyo incondicional he recibido a todos los niveles, y por haber hecho que todo esto sea posible. Gracias por creer en mí, has sido un pilar fundamental todo este tiempo

ÍNDICE

Glosario de Acrónimos	6
Índice de anexos.....	6
RESUMEN/ABSTRACT	8/9
1. Introducción	10
1.1 Epidemiología	10-11
1.2 Anatomía y fisiopatología	12-15
1.3 Diagnóstico diferencial	15
2. Justificación.....	16-17
3. Objetivos	17
3.1 Principales	17
3.2 Secundarios	17
4. Metodología	18
5. Valoración al ingreso	18-19
Diagnóstico.....	19
6.1 Breve introducción a la NANDA	20-22
6. Planificación estandarizada de los cuidados	23-26
7. Ejecución.....	26-34
8. Evaluación.....	35-36
9. Complicaciones potenciales	36
10. Discusión y conclusiones	36-37
11. Bibliografía.....	38-41
12. Anexos.....	42-50

Glosario de acrónimos

E.R.: Enfermedad rara

M.C.: Metástasis cutáneas

T.C.: Tumor cardíaco

TTO: Tratamiento

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

N.I.C: Nursing Interventions Classification

N.O.C.: Nursing Outcomes Classification

N.N.N.: Nanda/Nic/Noc

U.P.P.: Úlcera por presión

V.E.G.F.: Factor de crecimiento endotelial vascular

U.C.I.: Unidad de cuidados intensivos

U.H.D.: Unidad hospitalización domiciliaria

P.A.E.: Plan de cuidados enfermero

Índice de anexos

ANEXO 1.....43-47

Cuestionario de valoración del paciente basado en los 11 Patrones funcionales de Marjory Gordon.

ANEXO 2.....48-49

Escala de carga del cuidado de Zarit.

ANEXO 3.....50

Escala de dolor E.V.A.

RESUMEN

Actualmente, cada vez son más las enfermedades y síndromes inusuales los que se diagnostican anualmente. Este fenómeno es debido al desarrollo tecnológico y a la investigación en el sector de la salud. Este hecho implica la adquisición de mayores conocimientos y competencias del personal de enfermería, ya que, supone un reto en el ámbito de la salud.

Existe cierta falta divulgativa de dichas patologías en el sector sanitario. Esta inexistencia de documentación disponible es muy relevante, ya que, el desconocimiento de dichas enfermedades puede conllevar a la realización de malas prácticas, inadecuación en la aplicación del tratamiento e incluso la proporción de unos cuidados sanitarios no acertados.

El cuidado de este tipo de pacientes es esencial para la mejora de su situación, la unidad a tratar es el enfermo y su familia, lo que implica que sea imprescindible la capacitación personal y profesional para poder proporcionar unos cuidados de calidad.

El presente trabajo plantea un P.A.E. centrado en las Metástasis cutáneas de pacientes con diagnóstico de Sarcoma sinovial cardíaco.

Objetivos: Mejorar la sintomatología derivada de las Metástasis cutáneas en un paciente con diagnóstico de sarcoma sinovial cardíaco, a través del diseño e implantación de un P.A.E.

Método: Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos de rigor científico, clasificación a través del sistema NANDA, N.I.C., N.O.C. y elaboración de un P.A.E fundamentado en la metodología enfermera una vez detectados los problemas del paciente.

Palabras clave: sarcoma sinovial cardíaco, neoplasia cardíaca, metástasis cutáneas, plan de cuidados enfermero y cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Nowadays, more and more rare diseases and unusual syndromes are diagnosed annually, due to technological development and research in the health sector; this implies the acquisition of greater knowledge and skills by the nursing staff, since it involves a challenge in the field of health. Nevertheless, there is still a certain lack of dissemination of these pathologies in the health sector, this fact is very relevant, since the ignorance of these diseases can lead to poor practices by professionals, inadequate treatment and even provide unsuitable care to the patient. The role of nursing in the care of such patients is indispensable for the improvement of the situation, the unit to be treated is the patient and his family, which implies that it is essential the personal and professional training to be able to provide quality care. In the present work, a standardized care plan (PAE) is proposed focusing on cutaneous metastases of patients with a diagnosis of cardiac synovial sarcoma.

Objectives: To improve the discomfort derived from cutaneous metastases in a patient with a diagnosis of cardiac synovial sarcoma, through the design and implantation of an E.C.P.

Method: Bibliographic search in several databases of scientific rigor, classification through the NANDA system, N.I.C, N.O.C. and elaboration of a P.A.E. based on the nurse methodology once the patient's problems are detected.

Key words: cardiac synovial sarcoma, cardiac neoplasia, cutaneous metastases, nursing care plan and nursing care.

1. Introducción

En las últimas décadas debido al avance tecnológico unido indiscutiblemente al desarrollo de la investigación en el área de la salud, se viene observando un aumento cada vez mayor de la prevalencia de enfermedades raras¹ (E.R) o desconocidas. El rol o papel que enfermería puede desarrollar en este tipo de patologías tiene como finalidad proporcionar cuidados que tratan de aliviar al paciente que padece dicha enfermedad, no con el objetivo de prolongar su supervivencia a toda costa, ya que podríamos caer en el encarnizamiento terapéutico², sino, con la intención de lograr la más alta calidad de vida tanto para el paciente como para su familia dentro de su situación concreta.

1.1. Epidemiología

En este punto se presenta una de las patologías que cada vez son más detectables y que en la actualidad siguen teniendo baja repercusión en la población mundial, no por ello, deja de ser menos devastadora para el paciente que la padece y sus familiares. Nos referimos al sarcoma sinovial cardíaco que es un tipo de neoplasia poco usual y bastante desconocida en el ámbito sanitario, de hecho, es clasificable como una E.R, ya que, este tipo de neoplasia tiene una muy baja incidencia sobre la población, dándose menos de 5 casos /10.000 habitantes, y normalmente se presenta en los tejidos blandos de extremidades, cabeza y cuello. Su localización primaria en corazón constituye una identidad bastante inusual, ya que, solo tiene una incidencia de autopsia de aproximadamente 0,001-0,28% y un solo (<0,1%) de incidencia en la población³, no existe sexo de predilección ni ubicación topográfica concreta en este órgano, sí que se sabe, no obstante, que los tumores cardíacos primarios malignos tienen gran tendencia a producir metástasis a distancia especialmente en pulmón, riñón, hígado, glándulas suprarrenales, hueso y en menor grado en tejido cutáneo⁴.

Según la teoría, cualquier neoplasia maligna puede extenderse a la piel. Sin embargo, en la práctica se ha comprobado que existe una relación directa entre la frecuencia de los distintos tumores malignos y el origen de las metástasis cutáneas (M.C).

Los tumores malignos más frecuentes en cada sexo y aquellos que producen mayor aparición de M.C. con mayor frecuencia son: mama en la mujer, pulmón en el varón, y los adenocarcinomas digestivos en ambos sexos. Estas neoplasias son las que más frecuentemente llegan a producir metástasis cutáneas.⁴

Las M.C. son el resultado de la infiltración en la piel de proliferaciones de células procedentes de tumores malignos situados a distancia. La detección temprana de la mayoría de las metástasis requiere de pruebas complementarias sofisticadas. Sin embargo, las M.C. son fácilmente observables en una exploración física dirigida y cuidadosa en la mayoría de los casos.⁴

Las M.C. tienen un importante valor pronóstico dado que reducen sustancialmente la supervivencia. Tras el tratamiento, la aparición de estas, puede ser el primer signo de recidiva del tumor.

De hecho, hasta un tercio de las M.C. se diagnostican de forma previa o simultánea al tumor de origen; por ello, su reconocimiento clínico precoz es imprescindible, pues puede permitir el diagnóstico de un tumor maligno primario no previamente conocido, poner de manifiesto la diseminación de un tumor primario ya conocido, o ser un signo precoz de recurrencia tumoral de un tumor maligno en aparente remisión. Por lo tanto, el diagnóstico de las M.C. puede suponer un cambio en la estadificación de la enfermedad tumoral, lo cual puede repercutir o acarrear implicaciones terapéuticas y pronósticas de gran relevancia.

Asimismo, la presencia de M.C. a menudo varía drásticamente la actitud terapéutica especialmente cuando las metástasis implican la persistencia de una neoplasia en aparente remisión, además, permite obtener fácilmente muestras de tumor que pueden ser de utilidad para analizar la sensibilidad del tumor primario a diversos tratamientos⁴.

Las metástasis cutáneas de Sarcomas cardíacos suponen un hallazgo infrecuente en la práctica clínica, su incidencia varía entre el 0,7 y el 9% de los pacientes con neoplasias internas. Este es un evento raro en dermatología y Dermatopatología⁵.

1.2. Anatomía y fisiopatología

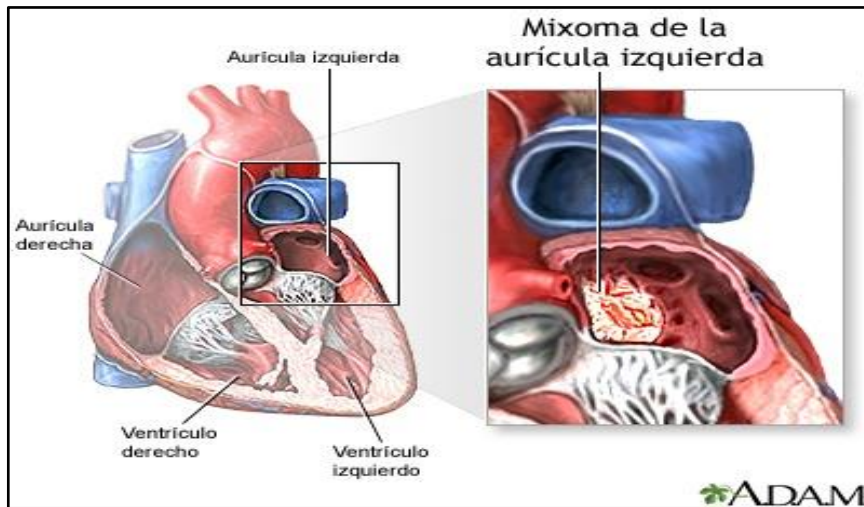
Los tumores cardíacos (T.C.) malignos primarios, frecuentemente se ubican en las cámaras cardíacas derechas y desde ahí, invaden otras estructuras cardíacas como, aurícula izquierda, ventrículo izquierdo, arteria pulmonar o pericardio. Además, tienen un crecimiento rápido con carácter infiltrativo e invasivo de estructuras mediastínicas y torácicas.

La sintomatología de los T.C. es múltiple. De hecho, cualquier sintomatología cardiovascular puede ser una manifestación clínica de un T.C: Tos, fatiga, abulia, nicturia, pulso irregular, disnea, anorexia y edema periférico.

Las manifestaciones cardíacas propiamente dichas de los T.C. primarios tienen su base relacionada con la interferencia mecánica directa que se establece con el funcionamiento miocárdico o valvular, interferencia con la conducción electrofisiológica, interrupción del flujo sanguíneo coronario o acumulación de líquido en el pericardio.

La expresión de las diversas manifestaciones cardíacas depende fundamentalmente de la topografía del tumor (pericardio, interparietal o intracavitario), de la cavidad afectada, del tamaño del tumor y de su naturaleza infiltrativa⁶.

Ilustración que representa un mixoma cardíaco benigno en aurícula izquierda⁷.



La M.C. es otra posible, aunque extraña manifestación, propia de este tipo de tumor. Estas, pueden aparecer por extensión directa del tumor primario, mediante vía linfática, hematológica, o menormente quirúrgica.

Estas úlceras tumorales son infiltraciones cutáneas de células cancerígenas. Generalmente, se producen por el crecimiento de un tumor primario de la piel: carcinoma basocelular, células escamosas, melanoma, sarcoma de Kaposi y linfomas cutáneos⁸, o bien por metástasis (invasión de la piel por otros tumores, los más comunes de mama, cabeza y cuello, pulmón, abdomen y genitales). Otras causas menos frecuentes son la implantación accidental de células malignas en el epitelio durante procedimientos diagnósticos, quirúrgicos, o bien, por heridas crónicas que no cicatrizan durante un tiempo prolongado.

Este tipo de lesiones cutáneas suelen aparecer en pacientes durante la fase terminal del cáncer y/o en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad.

Para que se produzcan las metástasis, en primer lugar, el tumor primario debe ser lo bastante grande o abarcar la suficiente extensión como para liberar una cantidad suficiente de células neoplásicas al sistema circulatorio o linfático.

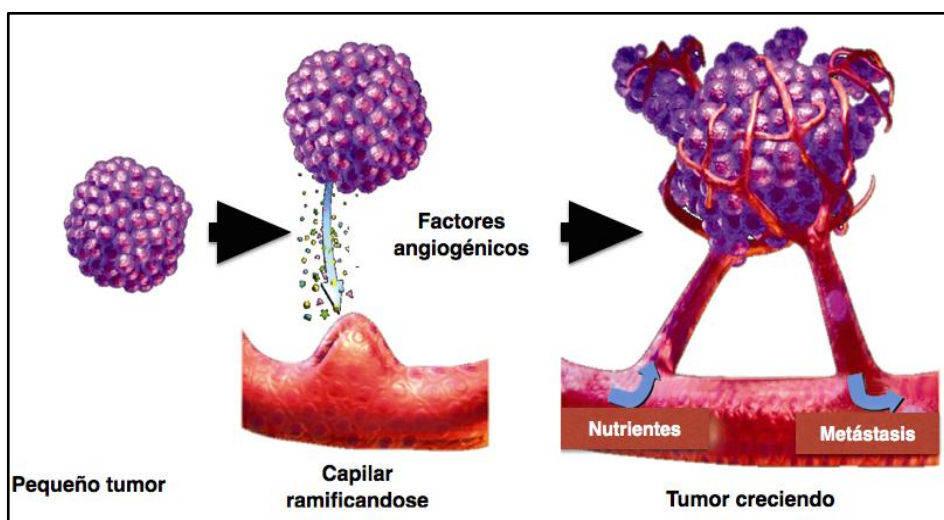
La mayoría de las células neoplásicas libres son destruidas por el sistema inmune, mientras que los grupos de 6 o 7 células parecen tener una mayor probabilidad de metastatizar.

Estas células oncogénicas, a su vez, precisan poseer ciertas propiedades y mecanismos, como la suspensión celular y un adecuado índice mitótico para sobrevivir.

El desarrollo de un clon neoplásico se ve ayudado inicialmente por la activación de oncogenes específicos y la pérdida de genes supresores tumorales, para establecerse. Las células neoplásicas que se encuentran en el sistema circulatorio deben penetrar a través de las paredes de los vasos y entrar en contacto con moléculas de señalización tales como el factor de crecimiento endotelial vascular (V.E.G.F.). Esta molécula, se une a otros factores de crecimiento endotelial, y a su vez se anclan a sus receptores en las células endoteliales, se inician señales dentro de estas células que promueven el crecimiento, formación y la supervivencia de vasos sanguíneos nuevos.

Una vez establecida la adhesión, se forma un trombo alrededor de las células neoplásicas por lesión de las células endoteliales, este trombo servirá de protección a las células neoplásicas. Llegado a este punto, la metástasis se establece y obtiene inicialmente la nutrición a través de fenómenos de difusión, posteriormente forma sus propios vasos (angiogénesis), por lo tanto, ya puede obtener su abastecimiento propio en oxígeno y nutrientes⁹.

Representación gráfica del proceso de angiogénesis oncogénica en torrente linfático- sanguíneo¹⁰.



Las M.C. se presentan como lesiones eritematosas, calientes, sensibles, bien delimitadas, similares a la erisipela¹¹. El bloqueo linfático por el infiltrado neoplásico puede originar un linfedema localizado que da una apariencia de piel de naranja. La piel puede llegar a adquirir, un color amarillento y una textura fibrosa, cabe destacar que, en función a la zona y la etiología tumoral estas pueden tener ciertas características¹².

Los tratamientos locales como la cirugía, la radioterapia o la inmunoterapia intralesional no son siempre viables en función del número, tamaño y situación anatómica de las lesiones. Disponer de un tratamiento tópico de aplicación sencilla, poco tóxico y no excesivamente costoso es un objetivo deseable para estos casos¹³.

Aunque en la mayoría de los casos las lesiones son asintomáticas, los pacientes pueden referir dolor, sobre todo en determinadas localizaciones concretas (ejemplo: Cáncer orofaríngeo).

Imágenes de M.C.¹⁴



1.3 Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de las M.C. es muy amplio. Algunas características de las M.C. incluyen la presencia de células neoplásicas en el interior de los vasos linfáticos y sanguíneos, la localización en la dermis reticular profunda e hipodermis y la presencia de células neoplásicas alineadas entre los haces de colágeno. Los tumores metastásicos son generalmente lóbulos redondeados, localizados en la dermis o la hipodermis, no están relacionados con la epidermis. La fibrosis y la inflamación pueden estar presentes¹⁵.

Asimismo, las M.C. difieren de otro tipo de lesiones cutáneas dentro de la clasificación de heridas crónicas como: U.P.P., úlceras vasculares, y de pie diabético en sus mecanismos etiológicos y fisiopatológicos¹⁶.

Por lo tanto, cabe destacar que el mecanismo por el cual se suceden las metástasis cutáneas difieren de estos otros tipos de lesiones, ya que, las células tumorales se instalan a través de la vía hematogena y linfática (principalmente) en la zona, produciendo una angiogénesis y reproduciéndose en tejido cutáneo, y que este tipo de lesiones no se rigen por factores relacionados con la estasis, la obstrucción del flujo sanguíneo, ni es debido a la presión o fuerza mecánica ejercida sobre dicha zona, sino, que son producto de un proceso oncogénico .

2. Justificación

El presente Trabajo de Fin de Grado pretende arrojar luz sobre las características principales de este tipo de neoplasia y sus correspondientes consecuencias, es por ello necesario destacar que dentro de las patologías poco conocidas y con tratamientos no claros, se encuentran este tipo de tumores y sus respectivas lesiones a nivel cutáneo.

Este tipo de cáncer, dada su poca incidencia, es un fenómeno bastante desconocido dentro del mundo sanitario en general, siendo básicamente este mismo hecho lo que me ha empujado a presentar este plan de cuidados respaldado en un caso clínico concreto. Por ello, se propone un plan de cuidados estandarizado haciendo hincapié en el hecho de que a pesar de ser un paciente propio de distintas unidades como pueden ser oncología, cardiología, UHD o la de paliativos, existen cuidados y técnicas que son de función propia y únicamente de enfermería.

Estas lesiones aparecen durante la fase terminal del cáncer o en el desarrollo de tumores de alto grado de malignidad, y esto supone la presencia de ciertas características adversas a tener en cuenta, ya que, este tipo de molestias pueden generar problemas psicosociales y emocionales en el paciente y sus familiares.

Se debe hacer una valoración integral del paciente para poder establecer un tratamiento individualizado adecuado a sus necesidades con el objetivo de evitar y reducir en la medida de lo posible las múltiples molestias y complicaciones derivadas de este tipo de lesiones, a través de la realización de un P.A.E.

Un P.A.E. define, la aportación enfermera al cuidado de la salud del paciente. Fija indicadores que permite valorar la calidad, estableciendo estándares de proceso y criterios de resultados. El diseño de este plan de cuidados posibilita acordar, pactar y ajustar acciones a una situación que favorece la disminución de la variabilidad en la práctica clínica.

Además, dirige las intervenciones enfermeras para obtener resultados específicos para el paciente, teniendo en cuenta todos aquellos problemas que podrán tener un impacto en el alta potencial del paciente al domicilio, su habilidad para gestionar su nuevo tratamiento y, en general, su calidad de vida.

El P.A.E. se basa en los diagnósticos enfermeros, que se encargan de las respuestas humanas reales o potenciales a problemas de salud y procesos vitales.

El diagnóstico médico, se centra principalmente en el tratamiento, etiología de la enfermedad, las dolencias o las propias lesiones. Sin embargo, cabe destacar que los diagnósticos enfermeros proporcionan una visión más holística sobre el impacto que dicha lesión o enfermedad puede tener sobre el paciente, sus familiares o e en su propio entorno.

3. Objetivos

3.1. Principal

-Elaborar un PAE detallado que refleje los cuidados específicos para tratar las molestias causadas por dichas lesiones, con el objetivo de estandarizar los cuidados a llevar a cabo con este tipo de pacientes.

-Mejorar el control de la sintomatología producida por las Metástasis cutáneas y favorecer el bienestar del paciente.

3.2. Secundarios

-Contribuir al conocimiento de un proceso clínico inusual a través de un plan de cuidados, interrelacionado con las taxonomías de diagnóstico, intervenciones y objetivos de enfermería.

4. Metodología

Se efectúa una búsqueda bibliográfica en la que son seleccionados aquellos artículos, libros o documentos que aportan e identifican aspectos claves relacionados con el sarcoma sinovial cardíaco, metástasis cutáneas y las taxonomías enfermeras.

La búsqueda se realizó en español e inglés en las siguientes bases de datos: Cochane, Pubmed, Lilacs y Google académico del 15 de julio hasta el 15 de Noviembre del 2017.

Los descriptores utilizados fueron: sarcoma sinovial cardíaco, metástasis cutáneas, cáncer cardíaco y plan de cuidados enfermero.

Términos en inglés M.E.S.H. (para la búsqueda en Pubmed): asociados con los booleanos “AND/OR”.

Se clasifican los diagnósticos, objetivos e intervenciones a través de las taxonomías enfermeras NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), N.I.C. (Nursing Interventions Classification), y N.O.C. (Nursing Outcomes Classification).

5. Valoración al ingreso

La valoración implica la recogida de información subjetiva (a través de la entrevista enfermera) y objetiva (revisión de la historia clínica del paciente, toma de constantes, pruebas analíticas...), en este punto, enfermería hace una recopilación de la información sobre aquellas áreas no afectas o sin aparente alteración en el paciente (oportunidades de promoción de la salud) y sobre los riesgos (aspectos fisiológicos donde podemos prevenir problemas potenciales).

El proceso de valoración puede basarse en una teoría de enfermería en concreto, como la desarrollada por Dorothea Orem¹⁷, o en un marco teórico para la valoración como los patrones funcionales de Marjory Gordon en 1982 (Anexo 1); que ha sido el modelo referencial utilizado en este caso particular.

Estos marcos son herramientas que nos proporcionan una forma de clasificar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados de categorías de datos.

La utilización de los Patrones Funcionales¹⁸, nos permiten una observación enfermera focalizada sobre 11 áreas, lo que nos brinda la oportunidad de una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de información sobre el paciente (datos físicos, psíquicos, sociales y del entorno) la obtención de estos datos se da de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos de forma detallada y secuencial con el objetivo de contribuir a la salud y mejora de la calidad de vida del paciente.

El fundamento de los diagnósticos enfermeros es el razonamiento clínico, necesario para distinguir los datos que son normales de los que no lo son, agrupar datos relacionados, reconocer datos que faltan, identificar inconsistencias en los datos y realizar inferencias.

Las enfermeras necesitamos valorar a los pacientes desde el punto de vista de la disciplina enfermera para poder diagnosticar de forma precisa y proporcionar cuidados eficaces, tras la valoración de las respuestas humanas reales o potenciales a afecciones de la salud/procesos vitales, o vulnerabilidad hacia esa respuesta.

6. Diagnóstico

Los diagnósticos enfermeros¹⁹ funcionan como un tipo de etiqueta codificada, que se usa con la finalidad de poder identificar unas necesidades (reales o potenciales), marcar unos objetivos, planificar los cuidados, las intervenciones específicas de manera secuencial y finalmente, obtener unos resultados valorables.

Cuando hablamos de un resultado en enfermería, nos referimos siempre a una conducta medible o una percepción demostrada por el paciente. En cualquier caso, cabe destacar que los diagnósticos pueden estar en constante cambio y revisión, ya que, el paciente evoluciona y modifica su estado de forma continua, es algo muy a tener en cuenta por parte del personal de enfermería, la reevaluación de los diagnósticos en cualquier fase del proceso, y por lo tanto, la posible modificación de las intervenciones y objetivos.

6.1 Breve introducción a la NANDA

En este P.A.E. los diagnósticos han sido nombrados y numerados a través de la taxonomía NANDA que en sus orígenes comenzó como una organización norteamericana, y por lo tanto, los primeros diagnósticos enfermeros que nos encontramos fueron desarrollados fundamentalmente por enfermeras de Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, en los últimos 20 años ha habido una implicación creciente de las enfermeras de todo el mundo, los miembros de la NANDA International incluyen enfermeras de casi 40 países, con aproximadamente dos tercios de sus miembros de países de fuera de Norteamérica.

El trabajo se desarrolla en todos los países donde se usan los diagnósticos enfermeros de NANDA-I en los currículos de formación, la práctica clínica, o las aplicaciones informáticas.

Como reflejo de esta creciente actividad, contribución y utilización internacional, la North American Nursing Diagnosis Association modificó su enfoque hacia una organización internacional en 2002, cambiando su nombre a NANDA International. Se conservó el nombre “NANDA” dado su estatus en la profesión enfermera, por tanto, se debe pensar en él como un nombre de marca, no como un acrónimo, ya que hoy en día no responde al nombre original²⁰.

Es importante el uso de diagnósticos NANDA en el ámbito enfermero, ya que, mantener estas taxonomías como un cuerpo intacto de conocimientos en todos los idiomas facilita a las enfermeras de todo el mundo ver, discutir, y considerar conceptos diagnósticos que son usados por enfermeras en su país o fuera del mismo, lo que permite el compromiso por parte de las profesionales de la enfermería a la hora comprometerse en la discusión, la investigación y el debate sobre la adecuación de los diagnósticos.

Una vez que los diagnósticos han sido identificados, deben jerarquizarse con la finalidad de identificar las prioridades de cuidados. Deben identificarse los diagnósticos enfermeros de alta prioridad con la finalidad de que los cuidados puedan ser dirigidos a la resolución de dichos problemas, y/ o a la disminución de la gravedad.

Tabla de diagnósticos NANDA²⁰

DOMINIO 2: NUTRICIÓN	
Clase 5: Regulación física	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de desequilibrio en el volumen de líquidos	00025
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO	
Clase 1: Sueño/reposo	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro del patrón del sueño	00198
Clase 3: Equilibrio de la energía	Código del diagnóstico enfermero
Fatiga	00093
Clase 5: Déficit de autocuidado	Código del diagnóstico enfermero
Alimentación	00102
Baño	00108
Vestido	00109
Trastorno de la imagen corporal	00118
Control emocional inestable	00251
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	
Clase 4: Cognición	Código del diagnóstico enfermero
Control emocional inestable	00251
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN	
Clase 3: Imagen corporal	Código del diagnóstico enfermero
Trastorno de la imagen corporal	00118
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	
Clase 2: Respuestas de afrontamiento	Código del diagnóstico enfermero
Ansiedad	00146
Ansiedad ante la muerte	00147
Duelo	00136
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN	
Clase 1: Infección	Código del diagnóstico enfermero
Riesgo de infección	00004
Clase 2: Lesión física	Código del diagnóstico enfermero
Deterioro de la integridad cutánea	00046
Deterioro de la integridad tisular	00044
DOMINIO 12: CONFORT	
Clase 1: Disconfort físico	Código del diagnóstico enfermero
Disconfort	00214
Dolor agudo	00132
Clase 3: Confort social	Código del diagnóstico enfermero
Aislamiento social	0053

6. Planificación estandarizada de los cuidados.

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del paciente, esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados.

Durante la fase de planificación, se elaboran los objetivos y las intervenciones de enfermería, los objetivos indican lo que será capaz de hacer la persona cuidada tras las acciones de enfermería. Las intervenciones de enfermería, a su vez, describen la forma en que el profesional puede ayudar al paciente a conseguir los objetivos o resultados esperados.

Las interrelaciones N.N.N.²¹ (NANDA-N.I.C.-N.O.C.), facilitarán el juicio clínico y la toma de decisiones razonada. Dichas interrelaciones entre diagnósticos y resultados indican las relaciones entre el problema o estado actual del paciente y los aspectos del problema o estado que se espera resolver mediante una o más intervenciones. Las relaciones entre los diagnósticos y las intervenciones indican la asociación entre el problema del paciente y las acciones enfermeras que lo resolverán.

Los posibles resultados u objetivos, N.O.C., deben ser identificados y formulados antes de determinar la intervención, N.I.C., para conseguir la máxima efectividad y eficacia en el tratamiento del paciente.

Una vez realizada la valoración y los diagnósticos a partir de los datos extraídos de cada patrón alterado, se procede a la identificación de las intervenciones enfermeras:

Relación de intervenciones de los diagnósticos NANDA

Dominio 2: Hidratación

Clase 5. Hidratación

NANDA: 00025/Riesgo de desequilibrio de líquidos.

NIC: 4130/Monitorización de líquidos.

NIC: 4140/Reposición de líquidos.

Dominio 4: Actividad/reposo

Clase 1. Sueño/reposo

NANDA: 00198/Deterioro del patrón del sueño.

NIC: 1850/Mejora del sueño

NIC: 5880/Técnicas de relajación

Clase 3. Equilibrio de la energía

NANDA: 00093/Fatiga

NIC: 0180/ Manejo de la energía

NIC: 6040/Terapia de relajación simple.

Clase 5. Déficit de autocuidado

NANDA: 00102/Alimentación

NIC: 1803/Ayuda en el autocuidado: Alimentación.

NANDA: 00108/Baño

NIC: 1804/Ayuda en el autocuidado: Aseo

NANDA: 00109/Vestido

NIC: 1802/Ayuda con el autocuidado: Vestido.

NIC: 1800/Ayuda al autocuidado.

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4. Cognición

NANDA: 00251/Control emocional inestable

NIC: 5400/Potenciar la autoestima

NIC: 5395/Mejorar la autoconfianza

NIC: 5360/Terapia de entretenimiento

Dominio 6: Autopercepción

Clase 3.Imagen personal

NANDA: 00118/Trastorno de la imagen corporal

NIC: 5450/Terapia de grupo

NIC: 5220/Potenciación de la imagen personal

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase 2.Respuesta de afrontamiento

NANDA: 00146/Ansiedad

NIC: 2300/ Administración de medicación

NIC: 4390/ Terapia con el entorno

NANDA: Ansiedad ante la muerte

NIC: 5430/ Grupo de apoyo

NIC: 5230/ Aumentar el afrontamiento

NIC: 5270/ Apoyo emocional

NANDA: 00136/Duelo

NIC: 5290/ Facilitar el duelo

Dominio 11: Seguridad/protección

Clase 1.Infección

NANDA: 00004/Riesgo de infección

NIC: 6550/ Protección contra las infecciones

NIC: 5540/ Control de las infecciones

Clase 2. Lesión física

NANDA: 00046/ Deterioro de la integridad cutánea

NIC: 3589/ Cuidados de la piel.

NANDA: 00044/ Deterioro de la integridad tisular

NIC: 3660/ Cuidados de las heridas.

Dominio 12: Confort

Clase 1. Disconfort físico

NANDA: 00214/ Disconfort

NIC: 6482/ Manejo ambiental

NANDA: 00132/ Dolor agudo

NIC: 2210/Administración de analgesia

NIC: 2314/Administrar medicación intravenosa

Clase 3. Confort social

NANDA: Aislamiento social

NIC: 5100/ Potenciación de la sociabilización

NIC: 7506/ Facilitar las visitas

NIC: 7170/Facilitar la presencia de la familia

NIC: 7100/Estimular la interacción familiar

Una vez codificadas las intervenciones en relación a los diagnósticos, enfermería continúa con su labor asistencial. Nuestro trabajo diario consiste en evaluar de forma constante la evolución del paciente y la funcionalidad de dichos cuidados, en el caso de una modificación repentina en el estado del paciente con el cual se está aplicando el P.A.E. conllevará la reevaluación de dicho plan de cuidados y las modificaciones necesarias, según se hayan valorado los nuevos diagnósticos de mayor prioridad.

8. Ejecución

Una intervención, se define como cualquier tratamiento, basado en el juicio clínico y el conocimiento, que una enfermera administra para mejorar los resultados del paciente.

Estas intervenciones son acciones personalizadas que se llevarán a cabo con el usuario, dependiendo de los principios fisiológicos, la edad, la formación cultural, el equilibrio emocional, la capacidad física y mental de la persona, en función a todos estos factores estas actividades o labores se desarrollarán de una manera u otra.

Las intervenciones de enfermería (N.I.C) son una taxonomía completa de acciones, basada en la evidencia, que las enfermeras realizan en diversos entornos de la salud, encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el P.A.E, debemos de definir las intervenciones necesarias para alcanzar los criterios de resultados establecidos previamente, de tal forma que la intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas²²:

Una *Intervención de Enfermería directa* es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Una *Intervención de Enfermería indirecta* es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Muchos centros han adoptado la N.I.C. para aplicarlo en estándares, planes de cuidados, evaluación de competencia y sistemas de información de enfermería; los programas de enseñanza utilizan la N.I.C. para estructurar el currículum e identificar competencias de profesionales de enfermería.

La clarificación de los conceptos de las intervenciones contribuye a desarrollar el conocimiento de enfermería y facilita la comunicación dentro de la disciplina.

A medida que crezca la habilidad de enfermería para relacionar diagnósticos intervenciones y resultados, evolucionará la teoría prescriptiva de la enfermería práctica.

La N.I.C. representa un desarrollo crucial debido a que proporciona el léxico para las teorías menos extendidas de enfermería que relacionan diagnósticos, intervenciones y resultados. Es por ello que son un elemento clave de enfermería.

Aquellos dominios que no son mencionados o tenidos en cuenta (sexualidad, eliminación, crecimiento/ desarrollo...) no competen a este trabajo, ya que no se relacionan con el objetivo de este PAE.

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
Dominio 2: Nutrición <u>Clase 5. Hidratación</u> 00025 Riesgo en el desequilibrio de líquidos. R/c: Posibilidad de pérdida de abundante líquido a través de la lesión cutánea.	4130 Monitorización de líquidos: sondaje vesical y balance hídrico diario. 4140 Reposición de líquidos: IV y por vía oral.	0601 Equilibrio hídrico. 1101 Integridad tisular: piel membranas y mucosas. 0602 Hidratación

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
<p>Dominio 4: Actividad/ reposo</p> <p>Clase 1. Sueño/reposo</p> <p>00198 Deterioro del patrón del sueño. R/c: Ansiedad y Aumento de la sensibilidad al dolor en la zona de la lesión.</p>	<p>1850 Mejora del sueño: -Acomodar la ropa de cama y facilitar la posición para que el paciente no apoye el peso sobre la zona de la lesión. 5880 Técnicas de relajación: Respiración diafragmática. -Luz ambiental</p>	<p>0004 Sueño. Reposo pautado, evitar el sobre esfuerzo y potenciar el confort.</p>
<p>Clase 5. Déficit de Autocuidado.</p> <p>00102 Alimentación. R/c: Debilidad y disminución de la motivación. -Pérdida proteica por lesión cutánea. 00108: Baño. R/c: Dolor. Y deterioro muscular esquelético. -Dificultad para el lavado de la zona de MC. 00109: vestido R/c: Deterioro de la habilidad para mantener el aspecto. -Molestia y prurito por el roce del tejido en la zona lesionada.</p>	<p>1800 Ayuda al autocuidado 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación -Aumentar el contenido calórico-proteico^{2,3} para retrasar la pérdida de tejido e intentar favorecer la cicatrización. 1804: Ayuda con los autocuidados: aseo -Retirar los apósitos, irrigar la zona con SF y mantener la zona perilesional rasurada. -Uso de jabones con ph neutro para el lavado de la lesión. 1802: Ayuda con los autocuidados: vestido-arreglo personal. -Evitar ropa ajustada que comprima o produzca fricción en la zona -Uso de tejidos de algodón (evitar el prurito).</p>	<p>0300 Auto cuidado en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). 0301 Autocuidado: baño 0302 Autocuidado: vestir 0303 Autocuidado: Alimentación 0305 Autocuidado: higiene 1614 Autonomía personal 0313 Nivel autocuidado</p>
<p>Clase 3. Equilibrio de energía</p> <p>00093 Fatiga R/c: Acontecimiento vital negativo. -Afección fisiológica. -Deprivación del sueño debido a las molestias propias de las MC. Pérdida de la condición física: Lesiones cutáneas en cabeza y mejilla derecha (zonas de apoyo).</p>	<p>0180 Manejo de la energía: -Reposo y evitar el sobre esfuerzo. -Toma de complejos vitamínicos. 6040 Terapia de relajación simple.</p>	<p>1850 Mejora del sueño 0003 Descanso. 0002 Conservación de la energía 1804 Conocimiento: conservación de la energía</p>

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
<p>Dominio 5: Percepción/cognición</p> <p><u>Clase 4. Cognición</u></p> <p>00251 Control emocional inestable R/c: Alteración de la autoestima: -Impacto visual que causa sobre el paciente la presencia de las lesiones en rostro y cabeza. Alteración emocional: -Rechazo de la propia imagen Trastorno del estado del ánimo: -Tristeza y auto rechazo de la propia imagen Sufrimiento social: -Miedo al rechazo social. -Sentimiento de vergüenza por la propia imagen personal</p>	<p>5400 Potenciar la autoestima: -Uso de apósitos cómodos, ergonómicos y que se adapten bien a la zona (es aconsejable que tengan un tono similar al de la piel del paciente). -Uso de pañuelo para cubrir la zona. 5395 Mejorar la autoconfianza: -Realizando aquellas actividades que el paciente pueda realizar y que le satisfagan. 5360 Terapia de entretenimiento: -Es aconsejable que el paciente participe en aquellas actividades que le puedan hacer entretenerse y no pensar constantemente en la presencia de las MC, estas actividades no deben implicar una complicación de las lesiones (evitar actividades en el medio acuático).</p>	<p>1204 Equilibrio emocional. 1205:Autoestima</p>

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
<p>Dominio 6: Autopercepción</p> <p><u>Clase 3. Imagen personal</u></p> <p>00118 Trastorno de la imagen corporal R/c: Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia del propio cuerpo. -Respuesta no verbal a cambios corporales (alteración del aspecto debido a la presencia de las MC). -Alteración de la autopercepción debido a los cambios físicos -Lesión facial que puede crear rechazo en el paciente.</p>	<p>5450 Terapia de grupo: -Asistencia a grupos de apoyo con pacientes que sufran el mismo tipo de lesiones u modificaciones físicas que puedan afectar gravemente a su imagen corporal.</p> <p>5220 Potenciación de la imagen corporal: -Cubrir la zona con apósitos lo más estéticamente posibles. -Asistencia psicológica.</p>	<p>2002 Bienestar personal</p> <p>1200 Imagen corporal</p>

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
<p>Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia al estrés</p> <p><u>Clase 2. Respuestas de afrontamiento</u></p> <p>00146 Ansiedad R/c: -Amenaza de muerte. -Crisis situacional. -El paciente percibe que tiene una herida que no cicatriza y la cual, su presencia implica un mal pronóstico de la enfermedad.</p> <p>00147 Ansiedad ante la muerte. -Anticipación del impacto de la muerte sobre los demás. -Confrontación de la realidad de la enfermedad terminal. -Experiencia cercana a la muerte.</p> <p>00136 Duelo -Anticipación ante la pérdida de la propia vida: Debido al empeoramiento de las lesiones y del estado en general.</p>	<p>5230 Aumentar el afrontamiento: Acompañando en la incertidumbre.</p> <p>2300 Administración medicación: Ansiolíticos (Benzodiacepinas, fenotiazinas...) Según pauta médica.</p> <p>4390 Terapia con el entorno. 5430 Grupo de apoyo 5270 Apoyo emocional</p> <p>5290 Facilitar el duelo</p>	<p>1402 Autocontrol de la ansiedad.</p> <p>2007 Muerte confortable</p>

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
Dominio 11: Seguridad/protección Clase 1. Infección 00004 Riesgo de infección. R/c: -Alteración de la integridad de la piel. -Immunosupresión.	6550 Protección contra las infecciones: Máxima asepsia con las técnicas invasivas y máxima asepsia en las curas de las heridas. 6540 Control de las infecciones: Recogida de muestra microbiológica del lecho de la herida, y antibioterapia en caso de ser necesaria (según pauta médica).	1924 Control del riesgo: Proceso infección. 1842 Conocimiento: control de la infección.
Clase 2. Lesión física 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/c: -Alteración de la epidermis y /o la dermis por las lesiones causadas por las MC	3589 Cuidados de la piel: Mantener la piel de la zona siempre limpia y seca. 3660: Cuidados de las heridas: uso de apósitos que recojan el exudado (alginatos y espumas) y neutralicen el olor (carbón activo), desbridamiento autolítico u enzimático. ²⁴	
00044 Deterioro de la integridad tisular. R/c: -Destrucción tisular. -Lesión tisular		

Código Diagnóstico NANDA	Código Resultado NIC	Intervención NOC
Dominio 12: Confort		
<u>Clase 1. Disconfort físico</u>		
00214 Disconfort R/c: -Incapacidad para relajarse. -Inquietud. -Prurito en cuero cabelludo (zonaMC).	6482 Manejo ambiental: Confort -Habitación limpia y aireada. -Luz natural -Música 2210 Administración analgesia, debido al dolor causado por las lesiones, administrar analgesia 30 min antes de las curas las curas (Según pauta médica). 2314 Administración de medicación intravenosa (Según pauta médica).	1824 Conocimiento: Cuidados de la enfermedad 2000 Calidad de vida 1843 Conocimiento: manejo del dolor 1605 Control del dolor.
<u>Clase 3. Confort social</u>		
00053 Aislamiento social R/c: -Alteración de la apariencia física. -Alteración del bienestar -Aislamiento físico por el propio autorechazo de la paciente hacia su propia imagen corporal. -Aislamiento social por miedo al rechazo debido a la presencia de las lesiones faciales.	5100 potenciación de la sociabilización: Mayor flexibilidad en el horario de visitas avisar del aspecto físico del paciente y de la presencia de las lesiones. 7560 Facilitar las visitas: -Una vez que las curas estén realizadas, la habitación limpia y aireada (evitar posibles olores proveniente de las heridas). 7170 Facilitar la presencia de la familia: Aconsejar que eviten estar presente en las curas en caso de ser aprendisivos. 7100 Estimular la interacción familiar: permitiéndoles más participación en el cuidado y las actividades de entretenimiento.	1504 Soporte social. 0902 Comunicación 1604 Participación en actividades de ocio 1502 Habilidades de interacción social. 1503 Implicación social. 2700 Competencia social. 1300 Aceptación del estado de salud

9. Evaluación

La evaluación es la fase final del proceso de enfermería. Se produce siempre que el personal de enfermería interacciona con el paciente. Ayuda a determinar los criterios que indican los niveles de independencia mantenidos y/o alcanzados a partir de la ejecución. Su objetivo es que el paciente logre conseguir su independencia máxima dentro de lo que su situación y estado le permita.

La enfermera y el paciente deben establecer si el plan ha sido efectivo y si hay algún cambio en el mismo.

El proceso de enfermería frecuentemente se describe como una evolución paso a paso, pero en realidad, la enfermera puede ir hacia delante y hacia atrás durante su desarrollo.

La evolución debe darse, finalmente, en cada paso del proceso, así como una vez que el plan de cuidados ha sido implementado.

La evaluación formal consta de tres pasos:

1. Valoración de la situación del paciente.
2. Comparación con los objetivos marcados y emisión de un juicio.
3. Mantenimiento, modificación o finalización de los cuidados.

La evaluación de la funcionalidad de P.A.E. se hará diariamente ya que, partimos de la base de que es un paciente paliativo y que las lesiones cutáneas que refiere no tienen pronóstico de curación¹⁶. Se evaluará que dichos cuidados se están llevando a término tal y como se refleja en este plan.

La familia o los cuidadores principales serán los únicos que nos pueden desvelar si se está aplicando el P.A.E. tal y como se ha programado. En el caso, de considerarlo

oportuno y bajo la sospecha de sobrecarga de los cuidadores principales, es aconsejable pasar escalas semanales como puede ser la escala o test de Zarit (Anexo2)

No se descarta, que en el caso de que exista una sobrecarga por parte del cuidador o que los cuidados no sean proporcionados de forma correcta por circunstancias domésticas, es altamente aconsejable el ingreso del paciente en un centro hospitalario para pacientes terminales, donde este P.A.E podría seguir manteniendo su perfecta aplicación.

A priori, es necesario tener muy presente que la aplicación de este P.A.E. no tiene como finalidad la recuperación del paciente, sino, que su objetivo principal es mejorar aquellas molestias que pueda sufrir derivadas de la presencia de las M.C. También es altamente aconsejable pasar al paciente escalas de dolor como la escala E.V.A (Anexo3) ya que, el uso de escalas de forma continuada nos permite poder hacer una evaluación y valoración evolutiva de los cuidados.

10. Complicaciones potenciales

Las complicaciones potenciales con las que nos podemos encontrar, derivan de la alta y rápida mortalidad del paciente tras el diagnóstico, lo que, implica la posible no aplicación en su totalidad de dicho plan de cuidados.

11. Discusión y conclusiones:

En la actualidad, los profesionales de enfermería mediante el uso de la metodología del proceso enfermero podemos realizar valoraciones dirigidas de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes que estén bajo nuestro cuidado. La estandarización de planes de cuidados de enfermería, constituye una guía y su aplicación dependerá de las necesidades del paciente y del contexto en el que se brinde la atención. Utilizar la interrelación N.N.N., lleva a una mejor planificación de los cuidados que se otorgan, ya que permite evaluar de manera dinámica cada uno de los resultados que se plantean y valorar la eficacia de las intervenciones que se planearon, lo cual redundará en la mejora continua de la calidad de los servicios de enfermería .

Una de las limitaciones que se tienen para obtener datos sobre la incidencia de la patología tumoral cardíaca, es el desconocimiento por parte del personal sanitario, de su clasificación, su tratamiento y su pronóstico, llevando a no reportar los casos, y lo que es más preocupante, a no ofrecer tratamiento alguno a estos pacientes asumiendo el concepto de alta mortalidad con tratamiento o sin él, sabiendo que a muchos de los tumores se les hace el diagnóstico tras la cirugía de resección, lo que conlleva a que exista poca bibliografía relacionada con las M.C., causadas por dicho tumor, mínimas publicaciones enfermeras donde queda mucho por indagar , investigar y publicar.

Con este P.A.E. se pretende reflejar las necesidades de este tipo de pacientes, a través de una primera valoración para obtener una mejor calidad asistencial, un aumento del grado de satisfacción del usuario y de los profesionales.

Para concluir con este Trabajo de Fin de Grado, recalcar la importancia y la necesidad de la realización de planes de cuidados, ya que, estos son una herramienta fundamental en la práctica enfermera.

12. Bibliografía

1. Diccionario Real Academia de la lengua Española, [Última consulta: 24 julio 2017].

2. Taboada. P. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios éticos de proporcionalidad terapéutica. Revista digital: Enciclopedia de la bioética. Universidad Católica de Argentina. [Última consulta: 1 de Octubre 2017]. Disponible en:

<http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/146-limitacion-de-esfuerzo-terapeutico>.

3. Hospital universitario central de Asturias. Tumores cardíacos. Página web. Abril 2006. [Última consulta: 27 de Septiembre del 2016]. Disponible en:

<http://www.hca.es/huca/web/contenidos/servicios/cardiologia/colgarweb/tumores.pdf>

4. Fernández. A; Martínez.MC; Parra-Blanco.V; Avilés Izquierdo.J.A; Suárez Fernández. R.M. Metástasis cutáneas de origen visceral. Actas Dermo-silográficas. 2013; 104:841-53 - Vol. 104 Núm.10. Disponible en:

<http://www.actasdermo.org/es/metastasis-cutaneas-origenvisceral/articulo/S0001731012002761/>

5. Martínez Casimiro. L; Vilata Corell. JJ. Metástasis cutáneas de neoplasias internas. 2009; 37(3):117-129 117 .Consortio Hospital General Universitario. Valencia. España. [Última consulta: 22 de Septiembre de 2017] Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2009/mc093b.pdf>

6. Carlos A; Cubides S; Salazar. G;.Muñoz. A; Pedraza. J; Hernánde. E; Martínez.J. et al. Tumores cardíacos primarios. Revista colombiana de cardiología. Reporte de un caso. Bogotá .Colombia. Sep/Oct 2003.201.Vol.10.Nº 8. [Última consulta: 10 de Agosto del 2017].Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcca/v10n8/10n8a6.pdf>

7. Imagen de tumor cardíaco en Aurícula izquierda. Disponible en:

https://www.google.es/search?q=imagen+tumor+cardiaco&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjf9oLNtLzXAhXHUIAKHY1EC4oQ_AUICigB&biw=1280&b

8. Gallardo. F; Pujol. R.M. Diagnóstico y tratamiento de los linfomas cutáneos de células T primarios. Revista: Actas Dermo-silográficas 2004; 95:473-90 - Vol. 95 Núm.8 [Última consulta: 22 de septiembre de 2017]. Disponible en:

<http://www.actasdermo.org/es/diagnostico-tratamiento-los-linfomas-cutaneos/articulo/13066674/>

9. Página web: NIH. Instituto Nacional de Cáncer. EEUU. 1-800-422-6237 [Última consulta: 15 de Septiembre del 2017]. Disponible en:

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/inmunoterapia/hoja-informativa-inhibidores-angiogenesis>

10. Imagen del proceso de angiogénesis. Disponible en:

https://www.google.es/search?biw=1280&bih=669&tbm=isch&sa=1&ei=WwMKWsK3I4vcwAL57YD4DQ&q=angiogenesis&oq=angiogéneis&gs_l=psy-ab.1.0.0i13k1

11. Fica. A. Celulitis y erisipela: Manejo en atención primaria. Revista digital: Infectología práctica. Revista Chilena de Infectología. Abril 2003; 20 (2): 104-110. [Última consulta: 19 de Agostos del 2017] Disponible en:

<http://www.scielo.cl/pdf/rci/v20n2/art04.pdf>

12. García R; Figueroa. Y. Metástasis de la piel. Folia de Dermatología Peruana. Reporte de casos clínicos. 2002. Vol. 13 .Nº 1. [Última consulta 26 de Octubre de 2017].

Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/fofia/Vol13_N1/metastasis_piel.htm

13. Sigüenza. M; Pizarro. A; Mayor. M; Vidaurrázaga. C; Miralles, L; et al. Tratamiento tópico de las metástasis cutáneas de melanoma con imiquimod. 2005; Vol. 96 Núm: 296:111-5. [Última consulta: 23 de Septiembre del 2017]. Disponible en:

<http://www.actasdermo.org/es/tratamiento-topico-lametastasiscutaneas/articulo/13072218/>

14. Imágenes metástasis cutáneas. Disponible en:

https://www.google.es/search?q=metastasis+cutaneas&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjDwbjAjY7XAhUL8IMKHarrBw0Q_AUICigB&biw=1280&bih=6

15. Chiesura. V; Caballero .G; Garay.I; Kurpis. M; Ruiz Lascano. A. Trabajos originales Metástasis cutáneas: a propósito de 6 casos. [Última consulta: 27 de Agosto de 2017].Disponible en:

<http://www.archivosdermato.org.ar/Uploads/180%20Chiesura-Metastasis%20cutaneas.pdf>

16. Barón Burgos. M; Benítez Ramírez. M; Caparrós Cervantes. A; Escarvajal López. E et al. Guía para la prevención de las UPP y Heridas crónicas. Madrid.2015.pág 11. [Última consulta 11 de Noviembre de 2017].Disponible en:

<http://gneaupp.info/guia-para-la-prevencion-y-manejo-de-las-upp-y-heridas-cronicas/>

17. Prado Solar A.L.; González Reguera M; Gómez.P; Romero Borges. K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en el cuidado. Artículo de revisión. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Cuba. Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez Hernández. Matanzas, Cuba.23 octubre 2014. [Última consulta: 14 de Septiembre de 2017].Disponible en:

<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>

18. Álvarez Suarez. J.L; Del Castillo Arévalo. F; Fernández Fidalgo .D; Muñoz Meléndez. M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Comisión de Cuidados Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria. Gijón (Asturias) Junio, 2010. [Última consulta: 16 de Agosto de 2017]. Disponible en:

<http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

19. Observatorio metodología enfermera. Revista digital:F.U.D.E.N.(Fundación para el desarrollo de la enfermería).[Última consulta:24 de Septiembre del 2017].Disponible en:

http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=109

20. Herdman, T.H; Shigemi, K., Inc. Diagnósticos enfermeros Definiciones y clasificación. Ed. NANDA Internacional. Barcelona. Elsevier. 2015-2017.Capitulos 3-4 [Última consulta: 11 de Octubre 2017].

21. Johnson M, Bulechlek G, Butcher H, McCloskey DJ, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Ed. Madrid: Elsevier; 2006.

22. NANDA, NIC, NOC. Actualización en enfermería. [Última consulta: 5 de Noviembre de 2017].Disponible en:

<http://enfermeriaactual.com/nic/>

23. Del Castillo Arévalo. F; Cuidados a la persona con enfermedad terminal. Enfermera. C.S.de Contrueces. Gijón. Enero 2003. [Última consulta: 07 de Noviembre de 2017].Disponible en:

http://www.seapaonline.org/uploads/documentacion/Herramientas%20para%20la%20Consulta%20Enfermera/CUIDADOS_Enfermo_Terminal.pdf

24. Montiel Vaquer. L. Manejo de las úlceras cutáneas de origen tumoral. Centro de salud Foietes. Benidorm. [Última consulta: 8 de Noviembre del 2017].Disponible en:

<http://www.seoq.org/docs/files2013/enfermeria/ponencias/MONMUC.pdf>

25. Vilma Villacis. V; Valoración de enfermería anamnesis y exploración.

Slidesare. 23 diciembre 2009. [Última consulta: 11 de Noviembre de 2017].Disponible en:

https://es.slideshare.net/0201508074/anamnesis-y-examen-fisico?next_slideshow=1

ANEXO 1. *Cuestionario de valoración y anamnesis²³ del paciente basado en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon. (Cuestionario de elaboración propia.)*

<u>Datos generales:</u>
Nombre y Apellidos.
Sexo:
Edad:
Fecha de ingreso:
Persona de contacto/parentesco/teléfono.
Procedencia:
Modo de llegada:
Motivo de ingreso:
Alergias:
Antecedentes médicos:
Tratamiento:
Ingresos hospitalarios previos:

<u>Patrón 1: Percepción – Control de la salud</u>
Describe su estado de salud como:
Da importancia su salud:
Acepta su estado de salud:
Describe /conoce alteraciones actuales:
Sigue tratamiento prescrito:
Dieta: Describe dieta especial:
Ejercicio:
Consumo de tabaco:
Consumo de alcohol:
Otras sustancias tóxicas:
Estado vacunal:

<u>Patrón 2: Nutricional –Metabólico</u>
Nº comidas al día:
Tipo de dieta:
Tipo de ingesta:
Ingesta de líquidos:
Suplemento nutricional:
Apetito:
Náuseas:
Dificultad para la deglución:
Dentición:
Problemas en la mucosa oral:
Piel:
Pelo, uñas:
Higiene:

<u>Patrón 3: Eliminación</u>
Intestinal
Incontinencia:
Aspecto:
Cambios en hábitos intestinales:
Urinaria:
Color:
Cantidad:
Sudoración:

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

Independencia para las actividades de la vida diaria:

Comparte tareas domésticas:

Independencia para auto cuidado:

Trabajo:

Capacidad funcional: Fuerza en las manos:

Fuerza en las piernas:

Estabilidad en la marcha:

Movilidad de las articulaciones:

De ambulación:

Comer:

Baño:

Vestido:

Traslado:

Actividades de ocio:

Ruidos respiratorios:

Patrón 5: Sueño-Descanso

Nº horas de sueño:

Interrupciones del sueño:

Ayuda para dormir:

Sueño reparador:

Nivel de energía durante el día:

Somnolencia durante el día:

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

Estado mental:

Comunicación verbal:

Capacidad de lectura:

Escritura:

Nivel académico:

Alteraciones sensoriales:

Sensibilidad térmica:

Sabor:

Vértigos:

Dolor:

Orientación temporal/espacial:

Dificultad de comprensión:

Patrón 7: Auto percepción –Auto concepto

Ansiedad:

Temor o preocupación expreso:

Temor relacionado con la enfermedad:

Imagen corporal:

Autoestima:

Patrón 8: Rol-Relaciones

Con quien vive y dependencia familiar:

Sobre carga expresada por parte de los familiares:

Relación con amigos:

Pertenece a algún grupo de apoyo u organización:

Se siente integrada en la comunidad:

Sistemas de apoyos específicos:

Duelo:

Habla clara:

Comprensión de conceptos y discurso coherente:

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

Disfunción sexual:

Apetencia sexual.

Anticoncepción:

Embarazos/ Abortos:

Patrón 10: Adaptación –Tolerancia al estrés

Cambios importantes desde su DX:

Toma de decisiones:

Con quien suele hablar:

Manejo de situaciones difíciles:

Adaptación al estrés:

Patrón 11: Valores – Creencias

Expresa cambio de valores:

Importancia de la religión en su vida:

Creyente:

Desea asistencia religiosa:

Planes de futuro:

ANEXO 2. *Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview).*

Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

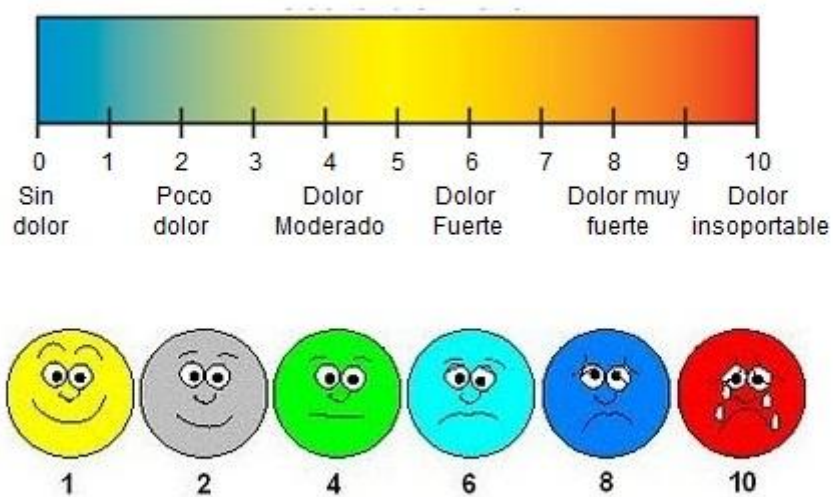
Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

*Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de "no sobrecarga" una puntuación inferior a 46, y de "sobrecarga intensa" una puntuación superior a 56.

ANEXO 3. Escala de dolor E.V.A

Escalas de dolor



**Escala analógica del dolor (E.V.A.)*

