



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Trabajo de Integración
Curricular previa la obtención
del Grado Académico de
Licenciado en Enfermería

Estudio de Caso:

**“CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER
DE CUELLO UTERINO ESTADIO IIIB: UN ESTUDIO DE CASO”**

Autor:

Eduardo Israel Viteri Huertas

Directora de Estudio de Caso:

Lic. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.

Quevedo - Los Ríos - Ecuador.

2024



DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Eduardo Israel Viteri Huertas**, declaro que la investigación aquí descrita es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que he consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento.

La Universidad Técnica Estatal de Quevedo, puede hacer uso de los derechos correspondientes a este documento, según lo establecido por la ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normatividad institucional vigente.

Eduardo Israel Viteri Huertas

C.I: 1719514521



CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO

La suscrita, **Lic. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, docente de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo, certifica que el estudiante **Eduardo Israel Viteri Huertas**, realizó el Estudio de Caso de grado titulado “**CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTADIO IIIB: UN ESTUDIO DE CASO**”, previo a la obtención del título de **Licenciado en Enfermería**, bajo mi dirección, habiendo cumplido con las disposiciones reglamentarias establecidas para el efecto.

Lic. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.
DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO

La suscrita, **Lic. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.**, mediante el presente cumpro en presentar a usted, el informe de estudio de caso titulado **“CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTADIO IIIB: UN ESTUDIO DE CASO”**, presentado por el estudiante **Eduardo Israel Viteri Huertas**, egresado de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, que fue revisado bajo mi dirección según resolución del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud, que se ha desarrollado de acuerdo al Reglamento de la Unidad de Integración Curricular de la Universidad Técnica Estatal de Quevedo y cumple con el requerimiento de análisis de COMPILATIO el cual avala los niveles de originalidad en un 93% y similitud 7%, del trabajo investigativo. Valido este documento para que el estudiante siga con los trámites pertinentes, de acuerdo como lo establece el Reglamento.

**CERTIFICADO DE ANÁLISIS**
magister

ESTUDIO DE CASO - EDUARDO VITERI HUERTAS

8%
Textos
sospechosos

7% Similitudes
< 1% similitudes entre
comillas
0% entre las fuentes
mencionadas
2% Idiomas no reconocidos
(ignorado)

Nombre del documento: ESTUDIO DE CASO - EDUARDO VITERI HUERTAS.docx	Depositante: SOLANGE LISSETH ACURIO BARRE	Número de palabras: 8974
ID del documento: a8eaf2f2770b446583852273922046e325eff8c4	Fecha de depósito: 7/11/2024	Número de caracteres: 60.115
Tamaño del documento original: 1,51 MB	Tipo de carga: interface	
Autores: []	fecha de fin de análisis: 7/11/2024	

Lic. Solange Lisseth Acurio Barre, MSc.

DIRECTORA DEL ESTUDIO DE CASO



UNIVERSIDAD TÉCNICA ESTATAL DE QUEVEDO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ESTUDIO DE CASO

Título:

**“CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER
DE CUELLO UTERINO ESTADIO IIIB: UN ESTUDIO DE CASO”**

Presentado al Consejo Directivo de Facultad como requisito previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería.

Aprobado por:

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL
Lic. Maricela Mariana
Díaz Soledispa, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Lic. Angie Dayana
Villamar Gavilanes, MSc.

MIEMBRO DEL TRIBUNAL
Dr. Cristian Armando
Romero Segovia, MSc.

QUEVEDO - LOS RIOS - ECUADOR
2024

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que han sido fundamentales en mi realización como profesional.

A mi familia, por ser mi pilar constante y mi fuente inagotable de apoyo y amor.

A mi madre, por su incondicional cariño, sus sabios consejos y su infinita paciencia. A mis hermanos, por su compañía, su aliento y por creer siempre en mí, incluso en los momentos más difíciles.

Y a mi pareja, por su comprensión, su motivación y por estar siempre a mi lado, brindándome su amor y su apoyo incondicional.

A todos ustedes, gracias por ser mi inspiración y mi fortaleza. Este logro también es suyo.

DEDICATORIA

A mi querida abuela, Verna Quilumba, que fuiste una fuente inagotable de amor, sabiduría y fortaleza en mi vida. Tus consejos, tus historias y tu ejemplo de vida han dejado una huella imborrable en mí.

Tu apoyo y cariño incondicional me lograron guiar y motivar a lo largo de este camino. Siempre creíste en mí, incluso cuando yo dudaba. Este logro no sería posible sin tu constante presencia y tus palabras de aliento.

Con gratitud y amor eterno, dedico este logro a ti. Gracias por todo lo que me has dado y por ser mi inspiración.

RESUMEN

El carcinoma de cérvix es actualmente la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en todo el mundo, lo que lo convierte en un gran problema de eje sanitario. Es así como en etapas terminales los cuidados paliativos se deben iniciar desde el momento del diagnóstico y adecuarse en el curso de la enfermedad. Por tal motivo, el presente estudio de caso se centró en determinar intervenciones de enfermería enfocadas en los cuidados paliativos en la paciente con cáncer de cuello uterino estadio IIIB, a través de instrumentos enfermeros que contribuyan a la optimización de su calidad de vida. Por consiguiente, se utilizaron herramientas como la escala funcional paliativa identificando un nivel del 40% en su funcionalidad, los patrones de Marjory Gordon que permitieron el análisis de los aspectos relevantes afectados a nivel del patrón cognitivo perceptual, nutricional metabólico y patrón actividad ejercicio. Asimismo, se consideró el uso del índice de Barthel obteniendo una suma total de 35 puntos, traduciéndose en un grado de dependencia severa en la realización de sus actividades diarias. Finalmente, en base a la priorización de necesidades se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el diseño de propuestas de planes de atención de enfermería que se basaron en el dolor crónico debido a la enfermedad catastrófica terminal con el uso de terapia farmacológica; atender el desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales para llevar a la paciente a un estado moderadamente comprometido; abordar el deterioro de la movilidad física; y la prevención del riesgo de infección por la presencia de la nefrostomía percutánea.

Palabras claves: cáncer de cérvix, cuidados paliativos, enfermería, paciente geriátrica.

ABSTRACT

Carcinoma of the cervix is currently the second leading cause of cancer death in women worldwide, which makes it a major health problem. Thus, in terminal stages, palliative care should be initiated from the moment of diagnosis and adapted during the course of the disease. For this reason, the present case study focused on determining nursing interventions focused on palliative care in the patient with stage IIIB cervical cancer, through nursing instruments that contribute to the optimization of her quality of life. Therefore, tools such as the palliative functional scale were used, identifying a level of 40% in her functionality, the Marjory Gordon patterns that allowed the analysis of the relevant aspects affected at the level of the cognitive perceptual pattern, nutritional metabolic pattern and exercise activity pattern. Likewise, the use of the Barthel index was considered, obtaining a total sum of 35 points, which translates into a degree of severe dependence in the performance of daily activities. Finally, based on the prioritization of needs, the NANDA, NOC and NIC taxonomies were used to design proposals for nursing care plans that were based on chronic pain due to terminal catastrophic illness with the use of pharmacological therapy; addressing nutritional imbalance: lower than body needs to bring the patient to a moderately compromised state; addressing impaired physical mobility; and preventing the risk of infection due to the presence of percutaneous nephrostomy.

Keywords: cervical cancer, palliative care, nursing, geriatric patient.

TABLA DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	ii
CERTIFICACIÓN DE CULMINACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO	iii
CERTIFICADO DEL REPORTE DE LA HERRAMIENTA DE PREVENCIÓN DE COINCIDENCIA Y/O PLAGIO ACADÉMICO	iv
CERTIFICADO DE APROBACIÓN POR TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CÓDIGO DUBLÍN	xiii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivo General.....	3
2.2. Objetivos Específicos	3
3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO	4
3.1. Historia clínica	4
3.2. Valoración integral de enfermería	6
3.3. Plan de cuidados de enfermería.	8
4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO.....	13
5. CONCLUSIONES	17
6. BIBLIOGRAFÍA	18
7. ANEXOS.....	21

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Primer plan de cuidados de enfermería

Tabla 2. Segundo plan de cuidados de enfermería

Tabla 3. Tercer plan de cuidados de enfermería

Tabla 4. Tercer plan de cuidados de enfermería

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Escala funcional paliativa

Anexo 2. Índice de Barthel

Anexo 3. Tratamiento farmacológico

Anexo 4. Plan de cuidados enviado por la institución de salud

Anexo 5. Activación de la red local de salud

CÓDIGO DUBLÍN

Título:	“CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO ESTADIO IIIB: UN ESTUDIO DE CASO”			
Autor:	Eduardo Israel Viteri Huertas			
Palabras claves:	cáncer de cérvix	cuidados paliativos	enfermería	paciente geriátrica
Fecha de publicación:				
Editorial:	Quevedo UTEQ, 2024			
Resumen:	El carcinoma de cérvix es actualmente la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en todo el mundo, lo que lo convierte en un gran problema de eje sanitario. Es así como en etapas terminales los cuidados paliativos se deben iniciar desde el momento del diagnóstico y adecuarse en el curso de la enfermedad. Por tal motivo, el presente estudio de caso se centró en determinar intervenciones de enfermería enfocadas en los cuidados paliativos en la paciente con cáncer de cuello uterino estadio IIIB, a través de instrumentos enfermeros que contribuyan a la optimización de su calidad de vida. Por consiguiente, se utilizaron herramientas como la escala funcional paliativa identificando un nivel del 40% en su funcionalidad, los patrones de Marjory Gordon que permitieron el análisis de los aspectos relevantes afectados a nivel del patrón cognitivo perceptual, nutricional metabólico y patrón actividad ejercicio. Asimismo, se consideró el uso del índice de Barthel obteniendo una suma total de 35 puntos, traduciéndose en un grado de dependencia severa en la realización de sus actividades diarias. Finalmente, en base a la priorización de necesidades se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el diseño de propuestas de planes de atención de enfermería que se basaron en el dolor crónico debido a la enfermedad catastrófica terminal con el uso de terapia farmacológica; atender el desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales para llevar a la paciente a un estado moderadamente comprometido; abordar el deterioro de la movilidad física; y la prevención del riesgo de infección por la presencia de la nefrostomía percutánea.			
Abstract:	Carcinoma of the cervix is currently the second leading cause of cancer death in women worldwide, which makes it a major health problem. Thus, in terminal stages, palliative care should be initiated from the moment of diagnosis and adapted during the course of the disease. For this reason, the present case study focused on determining nursing interventions focused on palliative care in the patient with stage IIIB cervical cancer, through nursing instruments that contribute to the optimization of her quality of life. Therefore, tools such as the palliative functional scale were used, identifying a level of 40% in her functionality, the Marjory Gordon patterns that allowed the analysis of the relevant aspects affected at the level of the cognitive perceptual pattern, nutritional metabolic pattern and exercise activity pattern. Likewise, the use of the Barthel index was considered, obtaining a total sum of 35 points, which translates into a degree of severe dependence in the performance of daily activities. Finally, based on the prioritization of needs, the NANDA, NOC and NIC taxonomies were used to design proposals for nursing care plans that were based on chronic pain due to terminal catastrophic illness with the use of pharmacological therapy; addressing nutritional imbalance: lower than body needs to bring the patient to a moderately compromised state; addressing impaired physical mobility; and preventing the risk of infection due to the presence of percutaneous nephrostomy.			
Descripción:	41 hojas: dimensiones, 29 x 21 cm + CD-ROM 6162			
URL:				

1. INTRODUCCIÓN

El carcinoma de cérvix es actualmente la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer en todo el mundo, lo que lo convierte en un gran problema de eje sanitario. No obstante, la distribución de su incidencia es muy variable de unas regiones a otras y está íntimamente relacionada con el nivel de desarrollo. Los países subdesarrollados como los de Latinoamérica, son los responsables del 80% de los casos de cáncer de cérvix en el mundo, por otra parte, en los países industrializados, el cáncer de cérvix supone menos del 3% de casos detectados, dicha disparidad se debe a la facilidad de detección del cáncer en una estancia temprana de la enfermedad (1).

Como consecuencia de no contar con una prevención temprana en Latinoamérica, el 70% de estos casos se presentan con enfermedades localmente avanzadas como la insuficiencia renal, consecuencia de la uropatía obstructiva por compresiones externas o invasión maligna de los uréteres inferiores (2), siendo así esta última, la característica patológica principal del carcinoma de cuello uterino estadio IIIB (3).

Las pacientes pueden ser sintomáticas o asintomáticas con cifras elevadas de electrolitos, creatinina, ácido úrico y urea, productos de desecho que son capaces de causar la muerte al no ser eliminados del organismo. De esta manera, la derivación urinaria mediante nefrostomía percutánea (NPC) es la técnica practicada más comúnmente, no solo porque ayuda a restablecer la función renal, sino porque mejora la calidad y estabilidad de vida y esto a su vez ayuda a que las pacientes se les pueda aplicar un tratamiento paliativo específico del tumor (4).

El manejo de las pacientes con cáncer ginecológico debe evolucionar en el control de los síntomas y el mantenimiento de la calidad de vida, desde el diagnóstico y luego durante las etapas terminales, es decir, la atención a los cuidados paliativos se debe iniciar desde el momento del diagnóstico y adecuarse en el curso de la enfermedad (5).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como: “un enfoque de mejora la calidad de vida del paciente y sus familias, frente al problema asociado a enfermedades potencialmente mortales,

mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, a través de la identificación temprana, la evaluación y tratamiento impecables del dolor y otros problemas, físicos, psicosocial y espiritual” (6). Cada tipo de Cáncer ginecológico se presenta con una diferenciación de síntomas y patrones de progresión, por ende, las formas de tratamiento estratégicas paliativas se adaptan a las complicaciones causadas por la invasión local o la diseminación a distancia, de tumores que aparecen en un lugar específico de origen.

El objetivo fundamental de los cuidados paliativos es el manejo primordial de los síntomas, tales como el dolor, mismo que se presenta marcadamente en estadios avanzados; yendo de la mano con las náuseas y la fatiga, pero, en definitiva, no se puede tratar síntomas secundarios sin el manejo del principal en mención. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor con sus siglas en inglés (IASP) lo definió como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descrita en los términos de dicha lesión”, a esto se le suma las situaciones de desespero que son difíciles de manejar en el transcurso de la enfermedad, decisiones que involucran tratamiento, objetivos de atención y planificación del final de la vida (5).

Es claro que el momento de la muerte no es del todo preciso cuando se habla de enfermedades con mal pronóstico, no obstante, el simple hecho de que se pueda dar cuidados de “confort” paliativos básicos como; el alivio del dolor, el control de náuseas o un apoyo emocional continuo, hace y puede marcar la diferencia, y un gran impacto hacia la calidad de vida que se puede brindar al paciente en su etapa terminal. Para ello en enfermería existen instrumentos de gran relevancia que valoran las condiciones funcionales de la paciente en su diario vivir, estas son tales como; la escala de Katz, índice de Karnofsky, escala funcional paliativa (PPS), patrones funcionales de Marjory Gordon e índice de Barthel (IB), siendo estos últimos tres los usados en este estudio de caso.

Basado en lo mencionado anteriormente, y considerando que es una problemática de gran relevancia en la mujer, se destaca la importancia del estudio de esta patología proponiendo cuidados de enfermería desde un enfoque holístico mediante actividades dirigidas a una paciente quien tras ser diagnosticada con cáncer de cuello uterino en estadio IIIB, fue remitida a cuidados paliativos.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar intervenciones de enfermería enfocadas en los cuidados paliativos en la paciente con cáncer de cuello uterino estadio IIIB, a través de instrumentos enfermeros que contribuyan a la optimización de su calidad de vida.

2.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de funcionalidad en el desarrollo de actividades y autocuidado de la paciente con cáncer de cuello uterino estadio IIIB.
- Analizar los aspectos relevantes de la información obtenida mediante herramientas de valoración aplicadas en la paciente con cáncer de cuello uterino estadio IIIB.
- Diseñar planes de atención de enfermería en la paciente con cáncer de cuello uterino en estadio IIIB.

3. DESCRIPCIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

3.1 Historia clínica

Paciente de sexo femenino de 80 años, etnia mestiza, nivel socioeconómico bajo, residente de la provincia de Imbabura, acudió al establecimiento de salud oncológico de su localidad en el mes de abril del año 2023 en compañía de su hija por presentar un cuadro clínico de aproximadamente un mes de evolución caracterizado por pérdida de apetito, dolor pélvico, oliguria y sangrado vaginal al momento de la eliminación de orina y heces. A su llegada, se evidenció consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, presentando constantes vitales donde se reflejó una presión arterial de 145/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones por minuto, saturación de oxígeno 98% al ambiente y temperatura de 36.9 °C.

En sus antecedentes patológicos personales se destacó la hipertensión arterial diagnosticada y tratada solamente 1 año previo a la enfermedad oncológica, además de cáncer de cuello uterino epidermoide moderadamente diferenciado invasor. Siendo este último detallado en su informe médico, el cual describía a la exploración genitourinaria y tacto vaginal presencia de vagina amplia elástica. Se denotó en el cérvix uterino tumoración de aproximadamente 2 centímetros de diámetro, útero ante verso, lateralizado a la izquierda medía 6.6 x 4.2 x 2.2 centímetros, volumen de 21 centímetros cúbicos, miometrio de ecogenicidad homogénea, endometrio central de 3 milímetros de grosor. El cérvix se observó aumentado de tamaño de 3.7 x 4 centímetros, ecogenicidad de ovarios, fondos de saco de Douglas libre.

En cuanto a la histopatología se destacaron exámenes microscópicos, dentro de estos una muestra de biopsia, tres fragmentos de color café de 0,5 y 1 centímetro, a esto se suma una muestra de legrado, varios fragmentos de color café en conjunto haciendo un volumen de 0,5 centímetros cúbicos.

Los cortes tanto de la biopsia como en el legrado indicaron un cérvix con neoplasia epitelial constituido por células escamosas de moderado pleomorfismo e hiperchromasia nucleares que invaden al estroma, dando un diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado invasor para lo cual recibió quimioterapia y radioterapia en el año 2005.

Es así como en base a lo descrito, por consiguiente, la derivaron a una casa de salud de especialidades oncológicas, en donde después de un análisis del caso y la realización de exámenes complementarios de imagen e histopatológicos, se diagnosticó una recidiva del cáncer de cuello uterino, avanzado metastásico a vejiga, recto y pelvis más obstrucción uretral izquierda, estadificado como IIIB. Posteriormente, el grupo médico concluyó en remitirla al área de cuidados paliativos, por esto, se requirió mantener tratamiento oncológico integral en colaboración con la casa de salud de especialidades oncológicas y a su vez la necesidad de la activación de red local de salud en Imbabura para seguimiento domiciliario.

La paciente fue hospitalizada para una valoración final en la cual se realizó un estadiaje con tomografía axial computarizada (TAC) corporal evidenciando progresión desfavorable más infección de tracto urinario (ultimo cultivo denota *Escherichia coli* (E.coli) multisensible, que culminó con un tratamiento con ciprofloxacina por 10 días, para un posterior uroanálisis de control en el cual se denotó leucocituria y piuria, que se adjudica a persistencia de secreciones vaginales y piuria en la vejiga).

Al examen físico por regiones presentó cabeza con postura alineada con respecto a la línea media del cuerpo, normocéfala, cuero cabelludo mínima alopecia, no presenta descamación, caspa o seborrea, sin nódulos palpables, cara levemente hipocrática, ictericia leve, limpia, sin engrosamiento de arterias temporales, ojos simétricos, escleróticas con cataratas, pupilas isocóricas, con fotofobia, parpado derecho con ptosis, sin lesiones, hélix de oído normal pabellón auricular sin heridas aparentes, pérdida de audición de un 75%, nariz y senos paranasales sin patologías subyacentes, fosas nasales permeables, boca con halitosis, presencia de prótesis dental, candidiasis visible, mucosas húmedas.

El cuello con buena movilidad, lateralidad y flexibilidad, pulso carotideo palpable, sin presencia de nódulos palpables, sin regurgitación yugular, garganta sin secreciones, sin referencia de dolor. Tórax anterior normal, mamas con ptosis, sin masas palpables, tórax posterior sin erupciones, en zona lumbar, presencia de bolsa nefrostomía percutánea, colocada en riñón izquierdo, bolsa limpia y drenada, ostomía urinaria sin irritación ni descamación, columna vertebral no presenta ninguna anomalía espinal.

El abdomen distendido con mayor notoriedad en hipogastrio por invasión tumoral, ruidos hiperactivos a la auscultación, de 5 a 6 ruidos en menos de 30 segundos. En la zona genitourinaria se evidenció sangrado vaginal leve visible en pañal, sin coágulos, extremidades superiores simétricas, en axila no presentaba vello, estado de la piel normal, hidratada, manos con falanges simétricas, con llenado capilar de 3 segundos, extremidades inferiores no presentó dolor, poca amplitud de movimientos, rigidez notoria, muy poca fuerza de parte del tono muscular, sin deformidades, sin escaras o lesiones características.

Para su egreso de hospitalización se le compartió un plan de cuidados paliativos elaborado por la institución (Ver anexo 4), y le fue prescrito una lista de medicamentos para el control sintomatológico como; ondasetron, losartan, tramadol, metoclopramida, lactulosa, omeprazol, filgastrin, paracetamol (Ver anexo 3), y por último se le colocó una derivación urinaria mediante nefrostomía percutánea (NPC).

3.2 Valoración Integral de enfermería

La valoración integral de enfermería es fundamental en el cuidado de los pacientes en cualquier tipo de patología. Esta se puede sustentar en modelos teóricos o instrumentos que permiten valorar de manera coherente y organizada las problemáticas que causan la patología a la paciente. En este estudio de caso clínico se usó tres instrumentos de valoración; en primer lugar, la escala funcional paliativa (PPS-V2), en segundo lugar, los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, y por último el índice de Barthel (IB).

A la valoración con la herramienta de la escala funcional paliativa (PPS) se logró obtener un porcentaje de 40% en su funcionalidad, debido a que dentro del criterio “ambulación” se encontraba principalmente en cama, en lo que respecta a “actividad y evidencia de enfermedad” se demostró de manera objetiva una incapacidad para casi todas las actividades, así como presencia de una enfermedad extensa, por otra parte, en cuanto al “autocuidado” tenía una notoria necesidad de asistencia para casi todas las actividades, sobre la “ingesta” era reducida y por último su “nivel de consciencia” era completo aunque por momentos somnolienta con riesgo de presentar confusión. (Ver anexo 1)

Además, de acuerdo con el instrumento de Gordon, en el patrón percepción manejo de la salud la paciente era consciente de que su salud estaba siendo afectada por la enfermedad. Consideraba que su condición se había visto deteriorada de manera rápida y progresiva, no obstante, mantenía un autocuidado correcto en cuanto estaba en sus posibilidades, no se abstenía a su tratamiento y acataba cada indicación que era dada por el equipo médico de cuidados paliativos.

En el patrón nutricional metabólico, se observó una notoria pérdida de peso por insuficiente aportación calórica a consecuencia de los síntomas de la patología, obteniendo un peso de 45 Kg y talla de 1,57 m, representando un índice de masa corporal (IMC) de 18,3, interpretándose como bajo peso. Mantuvo una nutrición desequilibrada por la hiporexia, se trató de mantener una dieta líquida y blanda, así adecuándose a las necesidades de la paciente.

En lo que respecta al patrón eliminación, existió alteraciones intestinales como estreñimiento, en cuanto a lo urinario se evidenció oliguria por obstrucción uretral por lo cual se indicó la colocación de nefrostomía percutánea.

Dentro del patrón actividad ejercicio, su movilidad fue restringida, con síntomas y signos de debilidad, notoria hipotonía muscular y claudicación intermitente, lo que dificultó la realización de las actividades de la vida diaria. Para el patrón sueño descanso requería el uso de ayudas farmacológicas para poder dormir, se infirió la dificultad de conciliar el sueño, despertar precoz o inversión día/noche debido al dolor, por ende, se ameritaba prescripción farmacológica para su descanso diario. En el patrón cognitivo perceptual se presentó deteriorado por

parches de buprenorfina que tenía prescrito, mismos que le causaban desorientación posterior a su aplicación, a esto se sumó la dificultad de comunicación por deficiencia de la vista y percepción de sonido con discapacidad auditiva del 75%. El patrón autopercepción autoconcepto se evidenció afectado por expresiones de desesperanza e inutilidad, refiriendo problemas conductuales momentáneos, aunque con la ayuda de sus cuidadores se controlaron dichas conductas.

En el patrón rol relaciones, se denotó apoyo familiar, siempre existía presencia de alguien cuidándola, sin presencia de violencia doméstica ni abusos, a esto se añadía el apoyo de colegas de su religión que hacían visitas frecuentes para animar a la paciente. Dentro del patrón valores creencias, presentó conflictos, perdiendo el significado a su vida en donde hubo un declive emocional, no obstante, el apoyo familiar presente ayudó en cuanto fue posible. Por momentos se presentó conflictos en cuanto al sentido de la vida, muerte o el sufrimiento que conllevaba la patología.

Finalmente se evaluó la función según el nivel de dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a partir del índice de Barthel (IB) en donde el parámetro de alimentarse se puntuó con un valor de 5 (necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.), trasladarse entre la silla y la cama con un valor de 5 (necesita algo ayuda importante, puede estar sentado), aseo personal con un valor de 0 (necesita ayuda con el aseo personal), uso de retrete con un valor de 0 (dependiente), bañarse/ ducharse con un valor de 0 (dependiente), desplazarse con un valor de 10 (anda con pequeña ayuda de una persona física o verbal), subir y bajar escaleras con un valor de 5 (necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta), vestirse o desvestirse con un valor de 5 (necesita ayuda pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda), control de heces con un valor de 5 (accidente excepcional uno por semana), control de orina con un valor de 0 (incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa), obteniendo una suma total de 35 puntos en IB traduciéndose en un grado de dependencia severa. (Ver anexo 2)

3.3 Plan de cuidados de enfermería

Se priorizaron diversos planes de cuidados de enfermería utilizando las taxonomías NANDA, NOC y NIC, mismos que se enfocaron en actividades concernientes al abordaje del dolor crónico relacionado con infiltración tumoral y manifestado por expresión facial de dolor (ver tabla 1), asimismo, se ejecutaron intervenciones ante un desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales, relacionado con factores biológicos y manifestado por peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal (ver tabla 2). Por otra parte, considerando los factores predisponentes para una pérdida muscular se incluyó el diagnóstico enfermero deterioro de la movilidad física, relacionado con el deterioro musculoesquelético y manifestado por la alteración de la marcha (ver tabla 3). Finalmente, por la presencia de un dispositivo externo correspondiente a una nefrostomía percutánea izquierda colocada por causa de la disfuncionalidad urinaria se consideró oportuno el planteamiento del diagnóstico riesgo de infección, relacionado con procedimientos invasivos (ver tabla 4).

Tabla 1

Primer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Dominio 12. Confort Clase 01. Confort físico 00133 Dolor crónico r/c infiltración tumoral m/p expresión facial de dolor	Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud	160501Reconoce el comienzo del dolor	1.Nunca demostrado 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.Siempre demostrado	Mantener en: 3 Aumentar a: 5
	Clase Q: Conducta de salud			
	1605 Control del dolor			
	Dominio 05: Salud percibida Clase V: Sintomatología	210201Dolor referido	1.Grave 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.Ninguno	Mantener en: 2 Aumentar a: 4
	1605 Nivel del dolor	210215 Pérdida de apetito		Mantener en: 2 Aumentar a: 4
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 01: Fisiológico: básico	Clase F: Facilitación del autocuidado Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente			
	1400 Manejo del dolor			

- 140001 Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes.
- 140003 Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- 140015 Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias.
- 140018 Seleccionar y desarrollar aquellas medidas que faciliten el alivio del dolor, según corresponda.
- 140027 Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.
- 140043 Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos.

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autor

Tabla 2

Segundo plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 02. Nutrición	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
Clase 01. Ingestión	Dominio 02: Salud fisiológica	100901 Ingestión calórica	1.Inadecuado 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente	Mantener en: 2 Aumentar a: 3
00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c factores biológicos m/p peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal	Clase K: Digestión y nutrición	100902 Ingestión proteica	5.Completamente adecuado	Mantener en: 2 Aumentar a: 3
	1009 Estado Nutricional: ingestión de nutrientes			
	Dominio 02: Salud fisiológica	101401Deseo de comer	1.Gravemente comprometido 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente	Mantener en: 2 Aumentar a: 3
	Clase K: Digestión y nutrición	101409 Estímulo para comer	5.No comprometido	Mantener en: 2 Aumentar a: 3
	1014 Apetito			
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 01: Fisiológico: básico		Clase D: Apoyo nutricional Ayuda a una persona a comer		
1803 Ayuda con el autocuidado: Alimentación				
-180301 Identificar la dieta prescrita				
-180302 Disponer la bandeja y la mesa de forma atractiva				
-180303 Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida				
-180304 Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas, según corresponda.				
-180305 Proporcionar higiene bucal antes de las comidas				
-180313 Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa				
-180320 Controlar la capacidad de deglutir del paciente				
-180323 Proporcionar ayuda física, si es necesario				
-180924 Controlar el peso del paciente, según corresponda				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.
Elaborado por: Autor

Tabla 3

Tercer plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 04. Actividad/ reposo Clase 02. Actividad/ ejercicio 00085 Deterioro de la movilidad física r/c Deterioro musculoesquelético m/p alteración de la marcha	Resultados Dominio 01: Salud funcional Clase C: Movilidad 0208 Movilidad	Indicadores 20801 Mantenimiento del equilibrio 20802 Mantenimiento de la posición corporal 20806 Ambulación	Escala de medición 1.Gravemente 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente 5.No comprometido	Puntuación Diana Mantener en: 2 Aumentar a: 3 Mantener en: 2 Aumentar a: 3 Mantener en: 2 Aumentar a: 3
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 01: Fisiológico: Básico		Clase A: Control de actividad ejercicio Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión		
0221 Terapia de ejercicios: ambulación				
-22101 Vestir al paciente con prendas cómodas -22103 Colocar una cama de baja altura si es oportuno -22105 Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia -22113 Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas) para la deambulación si el paciente tiene inestabilidad -22117 Ayudar al paciente a ponerse de pie a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal				
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 02: Fisiológico: Complejo		Clase I: control de la piel/heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.		
3540 Prevención de úlceras por presión				
-354004 Documentar cualquier episodio anterior de formación de úlceras por presión. -354007 Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. -354009 Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda. -354012 Poner el programa de cambios posturales al lado de la cama, según corresponda -354013 Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión al cambiar de posición al menos una vez al día. -354015 Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón. -354018 Utilizar camas y colchones especiales, según corresponda. -354021 Humedecer la piel seca intacta. -354030 Enseñar a los miembros de la familia/cuidador a vigilar si hay signos de solución de continuidad de la piel, según corresponda.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autor

Tabla 4

Cuarto plan de cuidados de enfermería

Diagnóstico enfermero (NANDA)	Clasificación de los resultados de enfermería (NOC)			
Dominio 11: Seguridad/Protección Clase 01: Infección 00004 Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo	Resultados	Indicadores	Escala de medición	Puntuación Diana
	Dominio 04: Conocimiento y conducta de salud Clase T: Control del riesgo y seguridad 1924 Control del riesgo: proceso infeccioso	192405 Identifica signos y síntomas de infección.	1.Nunca demostrado 2.Sustancialmente 3.Moderadamente 4.Levemente	Mantener en: 4 Aumentar a: 5
		192409 Controla el entorno para identificar factores asociados al riesgo de infección	5.Siempre demostrado	Mantener en: 3 Aumentar a: 5
		192414 Utiliza precauciones universales		Mantener en: 4 Aumentar a: 5
Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC)				
Dominio 01: Fisiológico: básico	Clase B: Control de la eliminación Actuación ante un paciente con un equipo de drenaje urinario.			
1876 Cuidados del catéter urinario				
-187601 Observar las características del líquido drenado.				
-187612 Limpiar la zona cutánea circundante con regularidad.				
-187618 Vaciar el dispositivo de drenaje urinario con regularidad a los intervalos especificados.				
-187621 Mantener una higiene de las manos antes, durante y después de la manipulación del catéter.				
-187627 Vaciar la bolsa de drenaje antes de cualquier traslado del paciente.				
-187631 Instruir al paciente y a la familia sobre los cuidados adecuados del catéter.				

Fuente: Taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Elaborado por: Autor

4. DISCUSIÓN DEL CASO EN ESTUDIO

La valoración y las intervenciones de enfermería desempeñan un papel de gran relevancia en el cuidado integral de un paciente paliativo, de manera significativa, es claro que la enfermería es la encargada de mantener una calidad de vida óptima en el transcurso de la enfermedad del individuo.

En primer lugar, se consideró el uso de los patrones funcionales de Marjory Gordon siendo fundamental como lo explica Arroyo (7) debido a que construyen un conocimiento en la valoración de seres humanos integrales, de manera que analiza y vincula la teoría con la realidad del paciente y su patología buscando crear en el enfermero un juicio crítico, de esta manera el uso de los patrones funcionales brindan una perspectiva clara y concisa de la funcionalidad o disfuncionalidad de un todo como ser humano y paciente.

Por otro lado, el uso de la escala funcional paliativa (PPSv2) logró valorar la estimación de supervivencia en la paciente, la cual según Arias J. et al (8) su determinación es útil para predecir la supervivencia de enfermos en programa de cuidados paliativos y la obtención de resultados con porcentajes bajos se asocian a supervivencias más cortas.

La repetición de la PPSv2 cada cierto tiempo puede señalar la trayectoria de la enfermedad. Es importante su valoración continua, basándose en el instructivo de uso, questions and answers de la PPSV2 por Downing, G et al (9), quienes exponen que el uso de la escala no es exclusivo del personal sanitario, sino que, con una tutoría de uso, cualquier individuo que este al cuidado directo puede valorarla sea este, médico, enfermero o familiar, para así lograr identificar cualquier disminución de la supervivencia del paciente.

Así también, el empleo del índice de Barthel (IB) en patologías como el cáncer en estado paliativo, es una herramienta que mide de manera absoluta las actividades de la vida diaria (AVD), según dos Santos, V et al (10), en su estudio acerca de la validez de este instrumento para medir la independencia funcional de pacientes oncológicos en cuidados paliativos, indican que es un instrumento validado por el consenso para la selección de instrumentos de medición de la

salud (COSMIN), estudio en el cual una de las patologías consideradas para el uso del índice fue el cáncer de cérvix.

Por otra parte, un tema a considerar es que, hasta el momento, la clasificación internacional de diagnósticos de enfermería (NANDA-I) no ha incorporado un diagnóstico que abarque de manera integral los cuidados paliativos necesarios para pacientes con cáncer. Sin embargo, como expuso Passarelles D. et al (11), en su estudio realizado en el 2019, se propuso el diagnóstico síndrome del deterioro sintomatológico, que según la literatura debe abordar los síntomas físico, psicológicos, sociales y espirituales. Puede haber cambios en el título después de la enfermería global N° 55 Julio 2019 Página 587. La definición de dicho diagnóstico propuesto se la expresó como: “estado dinámico de desequilibrio en agravio de enfermedad que afecta el estado de salud físico, psicológico, social y espiritual del individuo y lleva al aumento de la susceptibilidad a uno o más conjuntos de síntomas”. Siendo lo anterior de gran relevancia, la propuesta de plan de cuidados paliativos de este caso clínico abordó esa sintomatología perteneciente al diagnóstico enfermero propuesto como síndrome del deterioro sintomatológico, englobando el dolor crónico, nutrición des deseada: menor que las necesidades corporales y riesgo de infección.

Mencionan García, et al (5), que el dolor es un síntoma que frecuentemente es experimentado por las pacientes con cáncer ginecológico avanzado, por lo que su manejo es fundamental para una buena calidad de vida. Mas del 75% de las pacientes con cáncer de cuello uterino, presentan dolor relacionado con el cáncer. El dolor moderado se puede tratar con una combinación de acetaminofén con un opiáceo, como hidrocodona, tramadol u oxicodona. Agregando a lo anterior, en este estudio de caso, por prescripción médica, para el manejo del dolor se empleó tramadol oral, el cual actúa en el sistema nervioso al igual que sus otras presentaciones, cabe mencionar que la administración de medicamentos de forma correcta promueve una eficacia hacia el control del síntoma.

De igual manera, el segundo plan de cuidados de enfermería sugerido se enfocó en la nutrición siendo crucial de acuerdo con lo que mencionan Medina et al (12) quienes resaltan que un correcto control del estado nutricional de los pacientes evaluando su índice de masa corporal (IMC), sumado a una mejora de ingesta dietética, adecuada y basado en una dieta prescrita, posibilita la mejora de calidad de vida y disminuye las complicaciones gastrointestinales producidos por la patología, de ahí la importancia de un control minucioso en las necesidades corporales en paciente paliativos. No obstante, a pesar de que se controle la ingesta dietética, hay que tener claro que conforme el estadio clínico de la enfermedad progresa, el porcentaje de pérdida de peso aumenta gradualmente y con ello el riesgo a desnutrición incrementa causando problemáticas adyuvantes a la patología base (13).

Según García et al (14) la desnutrición en el paciente neoplásico produce una disminución de masa muscular que conlleva una pérdida de fuerza que tiene importantes consecuencias sobre el estado funcional del individuo, pues aumenta la dependencia de cuidados por terceros (familiares o cuidadores) y disminuye su calidad de vida. Como consecuencia de la progresiva pérdida de peso aparece la astenia y la inactividad, que contribuyen aún más a disminuir la capacidad funcional del paciente por desarrollo de atrofia muscular.

Basado en Gero Info artículo publicado por Rodríguez, J et al (15) la inactividad y la inmovilidad son problemas frecuentes dentro de la población anciana. El envejecimiento conlleva ciertos cambios fisiológicos, psicológicos y socioeconómicos que pueden inducir a una cierta limitación de la movilidad. Si a esto le sumamos que, aunque no debemos de identificar “paciente terminal” con “paciente encamado”, la debilidad es uno de los síntomas que aumenta a medida que evolucione la enfermedad terminal, es así que el paciente anciano presenta deterioro de la movilidad y que en consecuencia necesite ayuda para la movilización. Los cuidados de enfermería dependerán del grado de inmovilidad que presente el paciente y su objetivo fundamental será la adaptación del enfermo a la situación para contrarrestar las complicaciones de la inmovilidad como son las úlceras por presión. Por lo que es importante destacar y ligar de manera firme la inmovilidad física con este tipo de úlceras haciendo que exista de manera progresiva una pérdida y compromiso de sensibilidad en las zonas

con mayor presión, por permanecer siempre en la misma posición, ocurriendo hipoxia del tejido por compresión llevando a la muerte del mismo. Por ende, la importancia de acoplar un proceso de atención de enfermería basado en la movilidad y prevención de úlceras por presión, siendo de gran importancia los cambios posturales en el momento de su estadío en la cama, hay que recordar que según la escala funcional paliativa la paciente presenta una ambulación con denominación de principalmente encamada, por lo que incrementar el riesgo de deterioro cutáneo.

Por último, se sugirieron intervenciones para la prevención de infecciones, siendo respaldado con el estudio de Volkow (16), refiriendo que el uso de dispositivos terapéuticos invasivos durante largos períodos requiere procedimientos de cuidado estandarizados y materiales que garanticen la seguridad. Se deben emplear los insumos correctos y considerar la evidencia científica, existente desde hace décadas, acerca de la utilización de técnica estéril y sistemas cerrados en el caso de catéteres urinarios. Cuando no se realiza así, el uso de catéteres de nefrostomía percutáneos deteriora aún más la calidad de vida de los pacientes con cáncer y obstrucción tumoral del tracto urinario, favorece episodios infecciosos que comprometen la vida del paciente e incrementa el gasto en salud. De tal forma, la prevención enfocada en una adecuada educación hacia el paciente que es portador de un catéter de nefrostomía percutánea es esencial al momento de poder darle una autonomía ante su situación, la forma precisa de cómo educar al paciente para que pueda tener un autocuidado óptimo, se dividirá en una primera fase en donde el dotar al paciente o familiar de los conocimientos necesarios para el cuidado de su catéter, adiestrándolo en el manejo del dispositivo y la detección precoz de problemas, es la clave para evitar complicaciones en cuanto al dispositivo.

5. CONCLUSIONES

- Se consideró el uso de la escala funcional paliativa identificando un nivel del 40% en la funcionalidad de la paciente debido a alteraciones en su ambulación, encontrándose principalmente en cama con incapacidad para desarrollar casi todas las actividades y presencia de enfermedad extensa. También necesitaba asistencia para el autocuidado, con una ingesta reducida y su nivel de conciencia era normal, aunque con tendencia a la confusión.
- La información recolectada mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon permitió el análisis de los aspectos relevantes afectados a nivel del patrón cognitivo perceptual, nutricional metabólico y patrón actividad ejercicio. Asimismo, se valoró la herramienta del índice de Barthel obteniendo una suma total de 35 puntos, traducéndose en un grado de dependencia severa en la realización de sus actividades diarias.
- Finalmente, se utilizaron las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el diseño de propuestas de planes de atención de enfermería enfocados en el control del dolor crónico; atender el desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales para llevar a la paciente a un estado moderadamente comprometido; abordar el deterioro de la movilidad física; y la prevención del riesgo de infección por la presencia de la nefrostomía percutánea.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchez-Periut E, Muro-Toledo G, Losada-Guerra J, Reyes-Almeida L. La nefrostomía percutánea en el carcinoma cérvico-uterino avanzado con uropatía obstructiva. *Rev Mex Urol* [Internet]. el 1 de julio de 2016 [citado el 8 de agosto de 2024];76(4):207–12. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2007408516300155>
2. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer Statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* [Internet]. el 1 de enero de 2007 [citado el 8 de agosto de 2024];57(1):43–66. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.3322/canjclin.57.1.43>
3. Instituto Nacional de Cancer. Estadios del cáncer de cuello uterino - NCI [Internet]. 2023 [citado el 27 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/estadios>
4. Chan S, Robinson ACR, Johnson RJ. Percutaneous nephrostomy: its value in obstructive uropathy complicating carcinoma of cervix uterus. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* [Internet]. 1990 [citado el 8 de agosto de 2024];2(3):156–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261404/>
5. García V, Di Ruggiero FC, Freytez J, Lara Velásquez E. Cuidados paliativos en cáncer ginecológico. *Gac Med Caracas* [Internet]. el 27 de septiembre de 2021 [citado el 8 de agosto de 2024];129(s4):1–2. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/23083
6. WHO. Definition of Palliative care [Internet]. 2019 [citado el 8 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://who.int/news-room/fact-heets/detail/palliative-care>
7. Desales Dalia C, Soriano José Luis C, Arvizu Patricia INTRODUCCIÓN R. Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying Functional Decline and Disability in Fragile Older Persons: A consensus report. en *Journal of American Geriatric Society* [Internet]. 2014 [citado el 13 de agosto de 2024];4:97–102. Disponible en: <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/revistaEnfermeria.html>

8. Vila Arias JM, Pereira Santelesforo S, Lopez Alvarez E, Mendez Muñoz M, Guzmán Gutierrez J, Sanmartín Moreira J. Utilidad del Palliative Performance Scale v2 para la estimación de supervivencia en enfermos con cáncer avanzado. Medicina Paliativa [Internet]. el 1 de octubre de 2012 [citado el 12 de agosto de 2024];19(4):133–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134248X12000225>
9. Downing GM. PPSv2 QA Instructions and Definitions-Questions & Answers (Q&A), Instructions & Definitions for Use of Palliative Performance Scale (PPSv2). [citado el 12 de agosto de 2024]; Disponible en: <https://vh.smarteru.com/>
10. dos Santos Barros V, Bassi-Dibai D, Guedes CLR, Morais DN, Coutinho SM, de Oliveira Simões G, et al. Barthel Index is a valid and reliable tool to measure the functional independence of cancer patients in palliative care. BMC Palliat Care [Internet]. el 12 de diciembre de 2022 [citado el 12 de agosto de 2024];21(1):124. Disponible en: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-022-01017-z>
11. Santana RF, Passareles DM do A, Almeida AR. Nursing diagnoses in oncology palliative care: integrative review. Enfermería Global [Internet]. el 11 de junio de 2019 [citado el 12 de agosto de 2024];18(3):579–611. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/345201>
12. Karen Medina-Jiménez A, Monroy-Torres R, Padilla-Benavides T, Verdejo-Torres O, Olea Flores M. Repurposing Individualized Nutritional Intervention as a Therapeutic Component to Prevent the Adverse Effects of Radiotherapy in Patients With Cervical Cancer. 2020 [citado el 17 de agosto de 2024]; Disponible en: www.frontiersin.org
13. Brito Alvarez M, Hernández Barajas D, Tavitas Herrera SE, Martínez González GI, Romero Lagunes ML. Desnutrición en pacientes recién diagnosticadas con cáncer ginecológico. RESPYN Revista Salud Pública y Nutrición [Internet]. el 1 de julio de 2021 [citado el 25 de enero de 2024];20(3):26–35. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/596>

14. García-Luna PP, Campos JP, Pereira Cunill JL. Causas e impacto clínico de la desnutrición y caquexia en el paciente oncológico CAUSES AND IMPACT OF HYPONUTRITION AND CACHEXIA IN THE ONCOLOGIC PATIENT. *Nutr Hosp.* 2006;10–6.
15. Rodríguez Rodríguez JR, Zas Tabares V, Silva Jiménez E, Rojas González M, María González Moro A. Título: La enfermería y los cuidados paliativos. Una perspectiva desde la geriatría.
16. Volkow P, García-Aranda H, Vázquez-Gutiérrez AA, Lárraga-Mancilla V, Dávila A, Velázquez C, et al. Incidencia de infección de vías urinarias con catéter de nefrostomía percutánea posterior a la implementación de un programa estandarizado de cuidados. *Gac Med Mex [Internet]*. el 1 de enero de 2024 [citado el 17 de agosto de 2024];160(1):43–8. Disponible en:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-8132024000100043&lng=es&nrm=iso&tlng=es

7. ANEXOS

Anexo 1. Escala funcional paliativa

Nivel de función	Ambulación	Actividad y evidencia de enfermedad	Auto cuidado	Ingesta	Nivel de conciencia
PPS 100%	Completa	Trabajo y Actividad Normal No hay evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Completo
PPS 90%	Completa	Trabajo y Actividad Normal Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal	Completo
PPS 80%	Completa	Actividad Normal con esfuerzo Alguna evidencia de enfermedad	Completo	Normal o reducida	Completo
PPS 70%	Reducida	Incapacidad para el trabajo y la actividad Enfermedad Significativa	Completo	Normal o reducida	Completo
PPS 60%	Reducida	Incapacidad para actividades recreativas o del hogar Enfermedad Significativa	Necesita Asistencia Ocasionalmente	Normal o reducida	Completo o presenta confusión
PPS 50%	Principalmente recostado o sentado	Incapacidad para casi cualquier tipo de trabajo Enfermedad Extensa	Necesita asistencia considerable	Normal o reducida	Completo o presenta confusión
PPS 40%	Principalmente en cama	Incapacidad para casi todas las actividades Enfermedad Extensa	Necesita asistencia para casi todas las actividades	Normal o reducida	Completo o somnoliento Puede o no presentar confusión
PPS 30%	Totalmente en cama	Incapacidad para todo tipo de actividad Enfermedad Extensa	Totalmente dependiente del cuidado de otros	Normal o reducida	Completo o somnoliento Puede o no presentar confusión
PPS 20%	Totalmente postrado en cama	Incapacidad para todo tipo de actividad Enfermedad Extensa	Totalmente dependiente del cuidado de otros	Toma por sorbos	Completo o somnoliento Puede o no presentar confusión
PPS 10%	Totalmente postrado en cama	Incapacidad para todo tipo de actividad Enfermedad Extensa	Totalmente dependiente del cuidado de otros	Solo requiere hidratar la boca	Somnoliento, en coma Puede o no presentar confusión
PPS 0%	Fallecido				

Anexo 1. Índice de Barthel

Índice de Barthel

A continuación, encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor. La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.		Fecha de aplicación primer semestre Diciembre 2023	Fecha de aplicación segundo semestre
--	--	---	--------------------------------------

1. Comer

0	Incapaz	
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	X
10	Independiente: (puede comer solo)	

2. Trasladarse entre la silla y la cama

0	Incapaz, no se mantiene sentado	
5	Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado	X
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	
15	Independiente	

3. Aseo personal

0	Necesita ayuda con el aseo personal	X
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	

4. Uso del retrete (escusado, inodoro)

0	Dependiente	X
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	

5. Bañarse/ ducharse

0	Dependiente	X
5	Independiente para bañarse o ducharse	

6. Desplazarse

0	Inmóvil	
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros	
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	X
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador	

7. Subir y bajar escaleras

0	Incapaz	
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta	X
10	Independiente para subir y bajar	
8. Vestirse o desvestirse		
0	Dependiente	
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda	X
10	Independiente incluyendo botones, cremalleras(sierre) y cordones	
9. Control de heces		
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)	
5	Accidente excepcional (uno por semana)	X
10	Continente	
10. Control de orina		
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	X
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)	
10	Continente, durante al menos 7 días	
TOTAL		35 PUNTOS

Punto de corte:

0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia escasa
100	Independencia
90	Independencia *uso de silla de ruedas*

Anexo 2. Tratamiento farmacológico

Tratamiento farmacológico

Ondasetron	8 miligramos, tomar una tableta(8am-8pm)
Losartan	100 miligramos, tomar una tableta al día
Tramadol (frasco)	Tomar 20 gotas (7am-3pm-9pm)
Metoclopramida	10 miligramos, tomar una tableta(7am-3pm-9pm)
Lactulosa	Tomar una cucharada antes de dormir
Omeprazol	20 miligramos, tomar una tableta en ayunas
Filgrastim	300 miligramos, colocar una ampolla alrededor del ombligo, después de quimioterapia
Paracetamol	1 tableta en caso de dolor, antes filgrastim

Anexo 3. Plan de cuidados paliativos

El plan de cuidados paliativos está basado en el tratamiento farmacológico y en el no farmacológico. Añadido a esto, se planifico un plan de cuidado paliativo domiciliario.

Instrucciones para cuidado del paciente en el domicilio:

Cuidado general

- Lavarse las manos con agua y jabón, antes y después de realizar cualquier procedimiento y administrar el medicamento.
- Revisar siempre la hoja de prescripción de medicamentos antes de administrarlos.
- Para administrar el medicamento, tomar líquidos, comer los alimentos mantener al paciente en posición fowler.
- Controlar los signos vitales, de forma diaria (Información que será verificada en las visitas domiciliarias por el profesional de salud, el cual las redactará como actividades de seguimiento).

Cuidados bucales

- Lavar la boca 3 veces al día, después de la comida y antes de dormir.
- Mantener la boca húmeda colocando en los labios una gasa mojada, si es posible darle líquidos, como jugos cítricos con cuchara, gotero o atomizador.
- Si se presenta lengua pastosa lesiones blandas (candidiasis bucal), limpiar con el jugo de piña (sin cernir y sin azúcar) dos veces al día y por dos días.
- Si se presenta boca seca, limpiar con $\frac{1}{4}$ litro de agua de manzanilla + zumo de $\frac{1}{2}$ limón + 25cc de aceite de glicerina (mantener en la nevera durante 24 horas) cada 4 horas y cada vez que lo necesite utilizar un atomizador.
- Colocar manteca de cacao en los labios dos a treces veces al día.

Cuidado de la piel

- Realizar baños o aseo diario si es posible en la ducha o en la cama, mantener la piel siempre seca.
- Lubricar la piel de todo el cuerpo con cualquier tipo de crema hidratante dando masajes circulares.
- Mantener las sábanas y cobijas limpias y bien extendidas.
- Realizar cambios de postura cada 2 a 3 horas para evitar puntos de presión, colocar almohadas, cojines entre las rodillas debajo de los tobillos, dejar lo más cómoda posible.
- Realizar movimientos suaves de flexión y extensión de brazos y piernas (siempre que el paciente pueda motívelo a caminar).

Dieta

- Puede comer lo que el paciente desee, servir los alimentos en porciones pequeñas bien presentados.
- Asegurarse que coma siempre acompañado sea en la cama o en el comedor.
- No convierta la hora de la comida en una batalla, proporcione un ambiente agradable u tranquilo (no obligue a comer)

Anexo 4. Activación de la red local de salud

		ÁREA MÉDICA TRABAJO SOCIAL
Mucho agradeceré atender al señora [redacted] con H.C. [redacted] paciente de la Institución que está en CUIDADOS PALIATIVOS, quien requiere que se le ayude con la activación de la RED y se planifique la Visita Extra mural. Por la atención que dé al presente quedo agradecida. Lleva Certificado médico.		