



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Incertidumbre en la enfermedad
oncohematológica. A propósito de un caso
clínico

Autor: Juan Manuel Cózar López

Tutora: Ana Martínez Herrera

Dpto.: Enfermería

Junio, 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Trabajo fin de Grado: Incertidumbre en la enfermedad oncohematológica. a propósito de un caso clínico.

Alumno: Juan Manuel Cózar López

Tutor: Prof. Dña. Ana Martínez Herrera

Dpto: Enfermería

Junio, 2015

ÍNDICE

1.RESUMEN	5
2.ABSTRACT	6
3.INTRODUCCIÓN	7
3.1 Epidemiología.....	8
3.2 Causas y factores de riesgo	9
3.3 Signos y síntomas	10
3.4 Tipos de LH	11
3.5 Tratamiento	14
3.6 Problemas psicológicos y trastornos psicosociales.....	14
4.METODOLOGÍA.....	16
5.PRESENTACIÓN DEL CASO:	18
5.1 Valoración	19
5.2 Fase diagnóstica	24
5.3 Planificación	26
5.4 Ejecución.....	31
5.5 Evaluación.....	38
5.6 Discusión:.....	39
6.BIBLIOGRAFÍA:	42
7.ANEXOS:	46
7.1 Cuestionario adaptado de incertidumbre de Merle Mishel:.....	46

ÍNDICE DE TABLAS

1. Clasificación del Linfoma de Hodgkin Clásico	11
2. Clasificación de estadios de LH de Ann Arbor	13
3. Descriptores Decs y Mesh	16
4. Bases de datos y número de artículos	17
5. Resultados e intervenciones	26
6. Actividades	31
7. Evaluación	38
8. Cuestionario adaptado de incertidumbre de Merle Mishel	46

1. RESUMEN

El linfoma de Hodgkin es un tipo de cáncer que afecta al sistema linfático. Las personas que lo sufren se enfrentan a tratamientos agresivos como la quimioterapia o radioterapia, pero también a sensaciones como desesperanza, ansiedad e incertidumbre. En el caso que vamos a tratar, estas sensaciones están originadas por la percepción de una atención sanitaria deficiente en cuestiones como asesoramiento frente a la enfermedad y apoyo psicológico y emocional.

La finalidad de este proyecto es asistir al afrontamiento del paciente ante el proceso de su enfermedad y de su tratamiento desde una serie de intervenciones que engloban aspectos como la relajación, el ejercicio físico y el soporte emocional, además de ofrecer información contrastada y veraz para generar un grado óptimo de confianza entre el paciente y el equipo sanitario.

Palabras clave: Enfermedad de Hodgkin, cáncer, tratamiento, quimioterapia, ansiedad, incertidumbre.

2. ABSTRACT

Hodgkin's disease is a kind of cancer that affects the lymphatic system. People who suffer from this disease face aggressive treatments such as chemotherapy or radiotherapy, but they also face such feelings as despair, anxiety and uncertainty. In the case that is going to be dealt with, these feelings are caused by the perception of a deficient healthcare in matters like advice towards the disease and psychological and emotional support.

The aim of this project is helping the patient cope with the process of his disease and treatment by means of a series of interventions concerning aspects like relaxation, physical exercise and emotional support, other than offering verified and true information to produce an ideal degree of patient – medical staff confidence.

Keywords: Hodgkin disease, cancer, treatment, chemotherapy, anxiety, uncertainty.

3. INTRODUCCIÓN

El cuerpo humano está formado por miles de millones de células vivas, las cuales crecen, se dividen para crear nuevas células y mueren de forma ordenada a través de un proceso llamado apoptosis. Cuando las células comienzan a crecer de manera descontrolada, a este crecimiento patológico de células anormales lo llamamos cáncer¹.

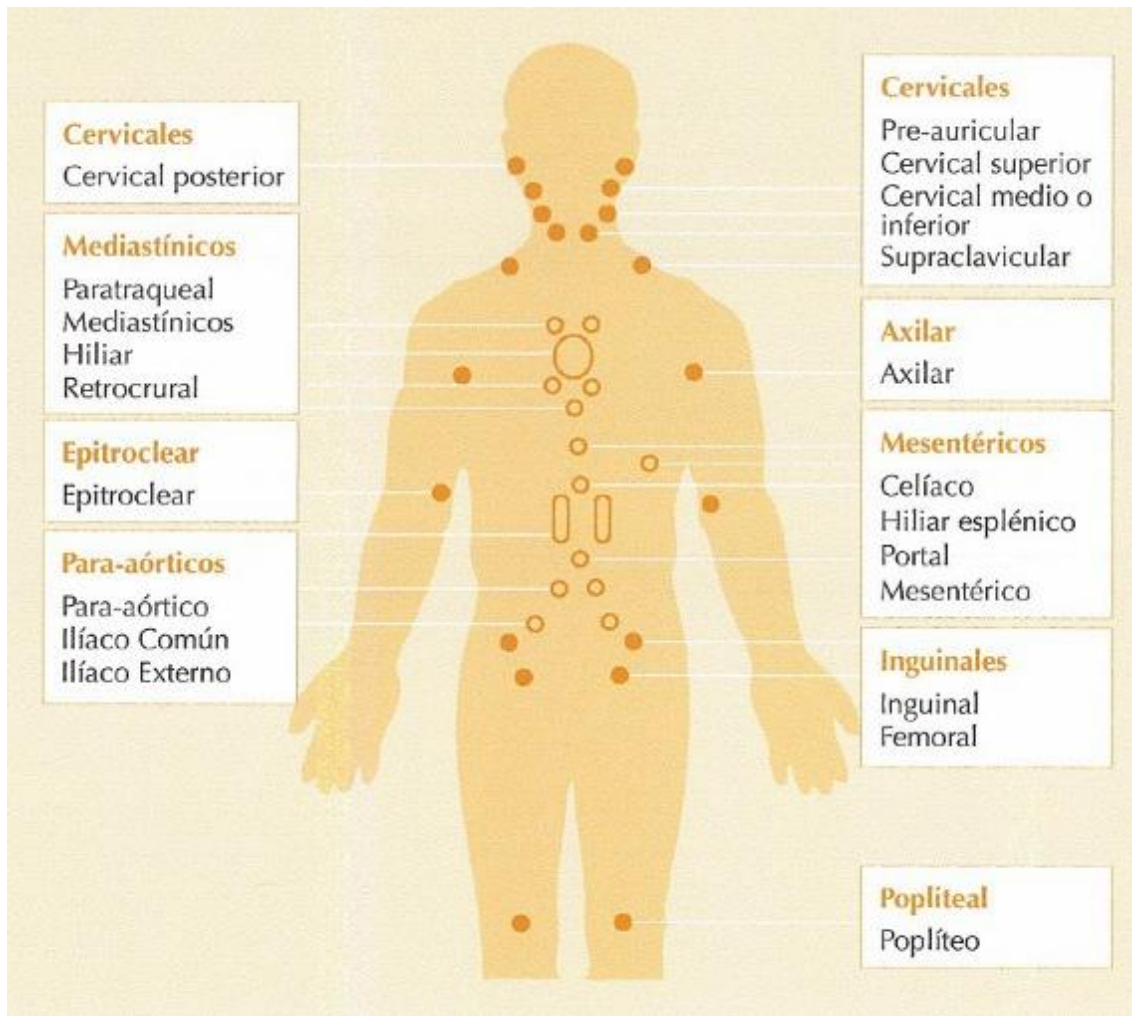
Las células cancerosas no mueren, si no que continúan reproduciéndose sin control y formando nuevas células cancerosas, creando generalmente un tumor. Dichas células anormales también pueden invadir o diseminarse a otros tejidos, lo que se conoce como metástasis. Esto ocurre cuando las células cancerosas acceden al torrente sanguíneo o los vasos linfáticos, desde allí se diseminan a otras partes del cuerpo¹.

Hay muchos tipos de cáncer y cada uno tiene sus características, comportamiento y crecimiento particular, por ello las personas que lo sufren necesitan un tratamiento específico para el tipo de cáncer que les afecta¹.

El linfoma de Hodgkin (LH) o enfermedad de Hodgkin es un tipo de cáncer que afecta al tejido linfático y cuyas células neoplásicas (menos del 1%, puesto que la mayoría son reactivas al proceso) se denominan células de Reed-Sternberg (RS). Supone el 10% de todos los linfomas y está dentro del grupo de neoplasias hematológicas, como los linfomas no Hodgkin, mielomas y leucemias¹.

La enfermedad puede originarse en diferentes zonas, debido a que el tejido linfático se extiende por casi todo el cuerpo, aunque las localizaciones más frecuentes son el cuello, tórax y axilas¹. Generalmente, el primer indicio del LH es un ganglio linfático inflamado, y dependiendo de lo avanzado de la enfermedad, puede que exista una propagación a otros ganglios linfáticos, pulmones, hígado o médula ósea^{2,3}.

Figura 1: Ganglios linfáticos.



Fuente: Asoc. Linfoma, Mieloma y Leucemia (<http://aeal.es/index.php/diagnostico>)

3.1 Epidemiología

El LH presenta una distribución bimodal, con picos en el periodo de 15 a 35 años (adultos jóvenes) y después de los 55 años, tanto en Estados Unidos como en la Europa Occidental, sin embargo en países “en vías de desarrollo” estos picos son menos importantes o a veces inexistentes. En los niños la incidencia es muy baja y va subiendo de forma rápida y progresiva en la adolescencia, alcanzando un máximo sobre los 25 años, después las cifras descienden para volver a aumentar en las últimas décadas².

El número de casos nuevos diagnosticados cada año (incidencia) de LH en diversos países y regiones de Europa es de 2,5 casos por cada 100000 habitantes en varones y 2,1 casos en mujeres. Extrapolando estos datos a la población española, significa que cada año se producen unos 1150 casos nuevos. La incidencia del LH ha disminuido ligeramente en los 20 últimos años, con una tasa del 0,9% anual⁴.

La enfermedad es algo más frecuente en hombres que en mujeres y en personas de raza caucásica en comparación con razas africanas, americanas o asiáticas. La malignidad secundaria más común relacionada con el LH es el cáncer de pulmón⁴.

No existe una clara asociación de factores familiares y socioeconómicos con la aparición del LH; pero parece que en el caso de los adolescentes en países occidentales, la enfermedad afecta con más frecuencia a individuos que pertenecen a familias de mayor nivel socioeconómico. Otros estudios epidemiológicos señalan una asociación entre el tamaño reducido del núcleo familiar y otros factores que pueden dar lugar a una exposición retardada a infecciones víricas comunes⁴.

3.2 Causas y factores de riesgo

Se desconoce la causa del LH, no se ha podido demostrar con claridad la implicación de ningún virus o patógeno humano conocido, aunque se relaciona con la infección por el virus de Epstein-Barr (VEB) y la inmunosupresión. Tampoco se ha demostrado una asociación clara con factores laborales o ambientales, no parece que esté relacionado con la exposición a radiación ni al trabajo con productos químicos⁴.

La agregación familiar y la susceptibilidad genética parecen desempeñar un papel importante en el desarrollo del LH. Hay datos epidemiológicos que indican la posibilidad de que exista cierta predisposición genética para desarrollar un LH, ya que los familiares en primer grado de los pacientes con

esta enfermedad presentan un riesgo de hasta cinco veces mayor de padecer el linfoma. Los gemelos monocigóticos de una persona con LH tienen una probabilidad casi 100 veces mayor de sufrir la enfermedad en relación a los gemelos dicigóticos. Aunque esto no quiere decir que el LH sea una enfermedad hereditaria, debido a que sólo se ha observado la probabilidad de una agregación familiar hereditaria en menos del 5% de los casos^{1,4}.

Los factores de riesgo incluyen: edad (15 a 35 años y después de los 55 años), sexo masculino, antecedentes de LH o leucemia en un familiar directo, infección por el virus de Epstein-Barr, el hecho de pertenecer a la raza caucásica o de tener ascendencia judía, síndromes congénitos o de inmunodeficiencia adquirida y condición socioeconómica alta¹⁻⁴.

3.3 Signos y síntomas

El signo más frecuente es uno o varios ganglios linfáticos inflamados indoloros en el cuello, la axila o la ingle. Puede aparecer tos y dificultad respiratoria por compresión de un crecimiento ganglionar a nivel torácico, o dolor abdominal o de espalda si el crecimiento es de los ganglios del abdomen. Prurito generalizado, sudoración nocturna, febrícula, astenia, disnea, apetito reducido con pérdida de peso (mayor del 10% respecto al peso inicial), ictericia y malestar general son también síntomas que pueden aparecer en el enfermo con LH^{1,2,4}.

Otro síntoma puede ser la aparición de dolor en ganglios linfáticos después de consumir alcohol (signo de Oster)⁴.

A veces los pacientes presentan una anemia sintomática a consecuencia de la producción de sustancias (en los ganglios linfáticos inflamados) que bloquean la actividad de la médula ósea o las células neoplásicas la invaden⁴.

3.4 Tipos de LH

Según la clasificación europeo-estadounidense revisada de linfomas (REAL) de la OMS clasifica al linfoma de Hodgkin en: Linfoma de Hodgkin con predominio linfocítico nodular (5%) y el LH clásico (95%). Las cuatro subcategorías del LH clásico son el LH con esclerosis nodular (LHEN), el LH con celularidad mixta (LHCM), el LH clásico rico en linfocitos (LHCCL) y el LH clásico con depleción linfoide (LHCDL)².

Clasificación del LH clásico

CLASIFICACIÓN DEL LINFOMA DE HODGKIN CLÁSICO		
Variedad o tipo	Morfología e inmunofenotipo	Manifestaciones clínicas características
Esclerosis nodular	Abundantes células lacunares y alguna célula RS con valor diagnóstico sobre un infiltrado de fondo formado por linfocitos T, eosinófilos, macrófagos y células plasmáticas; hay bandas fibrosas que dividen las áreas celulares en nódulos ² .	Los estadios 1 y 2 son los más comunes. Frecuente afectación mediastínica. Afecta más a menudo a mujeres que a varones; la mayoría de los pacientes son adultos jóvenes ² .
Celularidad mixta	Abundantes mononucleares y células RS con valor diagnóstico sobre un infiltrado de fondo rico en linfocitos T, eosinófilos, macrófagos y	Este subtipo representa el 20-25% de los casos de LH en países desarrollados, y más del 60% en países en vías de desarrollo. La enfermedad

	células plasmáticas ² .	se encuentra en los estadios 3 y 4 en la mayoría de los casos. Afecta a varones más que a mujeres. Incidencia bifásica: una onda máxima en adultos jóvenes y otra pasado los 55 años ² .
Rico en linfocitos	Frecuentes variedades L + H (células “en palomitas de maíz”) sobre un fondo de células foliculares dendríticas y de células B reactivas ² .	Varones jóvenes con adenopatías cervicales o axilares. La afectación mediastínica es rara ² .
Depleción linfoide	Forma rara y algo discutida, con frecuentes células RS. Se ha probado que la mayoría son linfomas de células grandes ² .	Varones de edad avanzada con formas diseminadas de la enfermedad. Observada también en pacientes infectados por el VIH, en los países en vías de desarrollo ² .

Tabla 1: Clasificación del Linfoma de Hodgkin clásico (elaboración propia).

El estadiaje del LH se realizará según el sistema de clasificación de estadios de Ann Arbor modificado:

Clasificación de estadios de Ann Arbor (modificación de Cotswold)

Estadio I	Afectación de una única región ganglionar o una única estructura linfoide (bazo, timo, anillo de Waldeyer) (I) o de una única y “limitada” localización extralinfática (IE).
Estadio II	Afectación de 2 o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (II) o afectación limitada y por contigüidad (a partir de una zona ganglionar afectada) de una localización extralinfática y de una o más regiones ganglionares en el mismo lado del diafragma (IIE).
Estadio III	Afectación de regiones linfáticas a ambos lados del diafragma (III), que pueden ir acompañadas de afectación extralinfática localizada (IIIE). Estadio III-1: Afectación esplénica o de ganglios hiliares hepáticos o esplénicos, celíacos o portales. Estadio III-2: Afectación de ganglios paraaórticos, ilíacos o mesentéricos.
Estadio IV	Afectación diseminada de uno o más órganos extralinfáticos (como la médula ósea, los pulmones o el hígado), asociada o no con enfermedad en los ganglios linfáticos.
Síntomas	A: Ausencia de síntomas constitucionales B: Fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso superior al 10% del peso corporal en los 6 meses previos.

Debe indicarse el número de localizaciones ganglionares con un dígito en subíndice (II₃, II₄...) o las iniciales de los órganos afectados (M: médula ósea, H: hígado, L: pulmón, O: hueso, P: pleura, D: piel).

Criterio de “masa voluminosa” (bulky): añadir la letra X.

Cualquier masa ganglionar igual o superior a 10cm, medible por exploración física o por técnicas de imagen.

En mediastino (radiografía de tórax): cuando el diámetro máximo de la masa es igual o superior a 1/3 del diámetro del tórax medido a la altura de D5-D6².

Tabla 2: Clasificación de estadios de LH de Ann Arbor. Hematología Clínica, 5ª Edición (Elsevier).

Es posible que los antecedentes del paciente y el cuadro físico despierten sospechas de LH, pero el diagnóstico se confirma con los resultados de los análisis de laboratorio, los estudios por imágenes como, por ejemplo, el PET-TAC, y la biopsia del ganglio linfático⁴.

Generalmente, el LH es una enfermedad altamente curable con quimioterapia o radioterapia si se diagnostica y se trata de manera temprana, con una tasa de supervivencia a los 5 años superior al 90% en casos con enfermedad localizada, aunque en estadios más avanzados esta tasa decae al 60% - 80%⁵.

La presencia de síntomas B, la edad avanzada y la enfermedad avanzada en el cuadro inicial empeoran el pronóstico. Las complicaciones incluyen trastornos cardíacos o pulmonares, anemia, insuficiencia hepática y efectos adversos de la radioterapia o quimioterapia, incluidos esterilidad y leucemia no linfocítica aguda⁴.

3.5 Tratamiento

Para el LH se suele usar principalmente la quimioterapia y la radioterapia, ya sea uno o ambos de estos tratamientos, dependiendo del caso¹.

Si estos tratamientos no son del todo eficaces, se puede optar por otros, como los anticuerpos monoclonales o el trasplante de células madre, ya sea autólogo (de uno mismo), de otra persona (donante) o de cordón umbilical. La cirugía se utiliza en contadas ocasiones en el tratamiento del LH, salvo para biopsias y la clasificación por etapas¹.

3.6 Problemas psicológicos y trastornos psicosociales

La palabra cáncer por sí misma provoca temor y origina altos niveles de incertidumbre. Su diagnóstico y las duras terapias que conlleva producen una carga de temor y ansiedad en los pacientes. Esto significa una sensación de

malestar que afecta al afrontamiento de su enfermedad y a la adherencia al tratamiento⁶.

Seguir con la vida tras el diagnóstico del cáncer supone un esfuerzo adaptativo muy importante para el paciente y las personas que le rodean y no necesariamente implica un cambio en la personalidad o el carácter del enfermo, sino abordar y encajar una serie de cambios personales más o menos permanentes que empiezan cuando la persona vuelve a su día a día cotidiano y que se caracterizan por la sensación de “pérdida de normalidad” al notar las diferencias existentes entre el antes y el después del cáncer³.

En los supervivientes de LH son habituales las situaciones en las que el bienestar funcional o emocional no es completo. Un estudio indicó que hasta el 20% de los pacientes tenían altos niveles de depresión y estrés en los primeros 9 años de seguimiento. Un síntoma frecuente, que perturba el bienestar de los largos supervivientes, es la fatiga o astenia crónica³.

El abordaje terapéutico debe ser individualizado, incluyendo la educación del paciente, el apoyo psicooncológico, la administración de fármacos y las intervenciones no farmacológicas, entre las que destaca el ejercicio físico³.

El apoyo psicológico es muy importante, enfermería tiene una labor fundamental que desarrollar en este ámbito, tanto con el paciente como con el familiar de referencia. Es el profesional sanitario que trabaja más tiempo con el paciente, el más cercano a él y a su familia y, probablemente, el que mejor lo conoce y detecta antes sus miedos y necesidades⁶.

Por todo esto hemos creído conveniente realizar el trabajo fin de grado sobre la incertidumbre del paciente con LH ante un pronóstico poco favorable de su enfermedad. Creemos que la enfermería es la figura sanitaria idónea para abordar, desde las primeras manifestaciones, situaciones de ansiedad o temor en el paciente.

4. METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este caso clínico hemos iniciado una búsqueda bibliográfica para conocer más sobre el tema a tratar, desde el mes de diciembre de 2014 hasta el mes de mayo de 2015, consultando en las siguientes bases de datos: Pubmed, CINAHL, Cuiden Plus, Cochrane Plus, Scientific Electronic Library Online (SciELO). La elección de estas bases de datos se debió al hecho de que abarcan publicaciones nacionales e internacionales en un amplio espectro.

También se han consultado guías, protocolos y manuales de sitios webs como son: Junta de Andalucía, Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia, AEAL (Asociación Española de afectados por Linfoma, Mieloma y Leucemia). Por último, se han revisado citas bibliográficas de artículos encontrados en las bases de datos que se han citado anteriormente.

Las palabras claves utilizadas fueron: “Enfermedad de Hodgkin”, “Linfoma de Hodgkin”, “Incertidumbre”, “tratamiento”, “recaída”, “ansiedad”, “insomnio”, “fatiga”, “quimioterapia”, “depresión”, “desesperanza”, “tristeza”, “temor”.

Se han utilizado los siguientes descriptores DECS y MESH siempre que ha sido posible en algunas bases de datos:

DESCRIPTORES EN ESPAÑOL	DESCRIPTORES EN INGLÉS
Enfermedad de Hodgkin	Hodgkin Disease
Incertidumbre	Uncertainty
Ansiedad	Anxiety
Hospitalización	Hospitalization
Temor	Fear
Quimioterapia	Chemotherapy

Tabla 3: Descriptores Decs y Mesh (elaboración propia).

Para hacer la búsqueda más exhaustiva, en varias bases de datos se limitó la búsqueda:

- Por años, dependiendo del número de artículos encontrados por base de datos, se limitó a 5 o 10 años. En aquellas bases de datos que la historia de búsqueda limitada no aportaba suficientes resultados, no se restringió la misma.
- Por idioma, español e inglés.

De todos los artículos encontrados, se leyeron los títulos y resumen de los mismos y se escogieron los más apropiados por su pertinencia y adecuación al tema.

En la siguiente tabla, se muestra el número de artículos encontrados en cada base de datos y aquellos que en un principio fueron seleccionados como idóneos para utilizar e incluir en este trabajo.

Bases de datos y número de artículos

BASES DE DATOS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	173	12
CINAHL	24	2
CUIDEN PLUS	36	3
COCHRANE PLUS	20	1
SCIELO	74	6

Tabla 4: Bases de datos y número de artículos (elaboración propia).

Hemos elaborado esta introducción sobre la actualidad del linfoma, y apoyándonos en las taxonomías NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁷, NIC (Nursing Interventions Classification)⁸ y NOC (Nursing Outcomes Classification)⁹ vamos a hacer un plan de cuidados individualizado, encuadrándolo según la teoría de Merle Mishel sobre la incertidumbre ante la

enfermedad. Utilizaremos para este trabajo los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, que nos servirán para hacer una valoración precisa y eficaz de la salud y calidad de vida del paciente.

La teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad ofrece un marco global en el que presenciar la experiencia de enfermedad aguda o crónica y organizar las intervenciones enfermeras para lograr una adaptación óptima¹⁰.

Esta teoría ayuda a interpretar los factores estresantes asociados con el diagnóstico y posterior tratamiento de una enfermedad importante o condición crónica, los procesos por los que los pacientes valoran y responden a una incertidumbre relacionada con una experiencia de enfermedad y la importancia de los cuidados de los profesionales sanitarios para ofrecerles información y apoyo, con el objetivo de que logren comprender y manejar la incertidumbre, observándola como una oportunidad¹⁰.

La propia Mishel reconceptualizó su teoría, dirigiéndose al contexto único de incertidumbre continuada, extendiendo la teoría original para incluir la trayectoria de incertidumbre continua de muchas enfermedades crónicas y que ponen en peligro la vida, como es el caso del que hablamos a continuación¹⁰.

5. PRESENTACIÓN DEL CASO:

Paciente de 28 años en seguimiento por Linfoma de Hodgkin, celularidad mixta estadio IV-B, con masa Bulky inicial, con diagnóstico en Linares en Agosto de 2011, recibió 6 ciclos de quimioterapia según esquema ABVD (Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina y Dacarbazina), siendo refractario al tratamiento.

Seguimiento en Jaén desde Marzo de 2012, recibiendo 3 ciclos de quimioterapia según esquema BEACOPP (Bleomicina, Etopósido, Adriamicina, Ciclofosfamida, Oncovin, Procarbazina y Prednisona) y posterior autotrasplante de médula (TASPE) en Junio de 2012.

Se le realizó PET-TAC en Agosto de 2013 indicando presencia de recaída a nivel del lóbulo pulmonar derecho, se realizó resección de segmento pulmonar donde existía captación en Octubre de 2013, dando como resultado recaída por Linfoma Hodgkin Clásico, con cambios atribuibles a quimioterapia previa.

Posteriormente se realizó nuevo PET-TAC en Noviembre de 2013, no evidenciando focos hipermetabólicos, indicando respuesta metabólica completa al tratamiento. Se decide, pese a dicha respuesta, consolidar con quimioterapia por la naturaleza de la enfermedad con tres ciclos del esquema R-ESHAP (Rituximab, Etopósido, Metilprednisolona, Citarabina y Cisplatino).

5.1 Valoración

La valoración se realiza en los últimos días de ingreso del primer ciclo de tratamiento de R-ESHAP (una semana de duración).

Percepción y mantenimiento de la salud:

Ingresa para comenzar la aplicación del tratamiento de quimioterapia de consolidación R-ESHAP. El paciente conoce su enfermedad y el tratamiento a administrar. Percibe la enfermedad de forma clara y muestra desasosiego en determinados momentos debido a la prolongación del ingreso y el malestar que le provoca el tratamiento. Antecedentes: Cólicos nefríticos de repetición, psoriasis. Alergias no conocidas. Sin hábitos o conductas de riesgo.

Los fármacos que consume son: Omeprazol 20mg, Filgrastim 30 1 vial subcutáneo durante 5 días posterior al tratamiento, Septrin forte 1 comprimido, Prednisona 50mg durante 4 días, Lorazepam 1mg, Ondansetron 8mg 1cp si vómitos.

La salud del paciente ha sido buena en general hasta que le detectaron el linfoma en Agosto de 2011. Ante la pregunta sobre sus hábitos saludables, responde que cuando no tiene tratamiento y se siente bien le gusta estar

activo, hacer deporte y aprovechar el día a día, pero que cuando tiene tratamiento lo deja y suele estar decaído.

Sin hábitos tóxicos, consumo de alcohol esporádico. Cuenta que en general le ha sido fácil seguir las recomendaciones que el equipo sanitario le ha ofrecido ante su enfermedad, aunque también ha encontrado médicos que no le han explicado bien la situación de su linfoma, las medidas que se iban a tomar ni el pronóstico a largo plazo, causándole incertidumbre y desasosiego. Le gustaría que la estancia hospitalaria fuera lo más corta posible, porque se agobia de estar tan “atado” al tratamiento. Pide que se acelere el proceso en la medida de lo posible.

Nutricional y metabólico:

Come solo, no tiene prescrita ninguna dieta especial, pierde apetito por el tratamiento y por el menor gasto calórico al estar hospitalizado, en su domicilio manifiesta que come adecuadamente, tiene una ligera pérdida de peso y una disfagia creciente al aparecer mucositis en la cavidad oral, deglución dolorosa, pirosis ocasional, náuseas y vómitos ocasionales.

No necesita ayuda para su higiene, en su domicilio se asea adecuadamente pero en el hospital refiere que al ser el tratamiento continuo durante las 24 horas prefiere acabarlo cuanto antes a que se le paren los fármacos para ducharse, así que se asea por zonas corporales. Buena hidratación general, ligera palidez, malestar generalizado.

Tiene una constitución normal (peso 72 kg, talla 175 cm), IMC de 23,51 (peso normal) y una temperatura adecuada (36,4). Refiere buena alimentación en el domicilio pero que al estar ingresado durante una semana se le quitan las ganas. Su ingesta diaria de líquidos es de 1,5/2 litros de agua. Buen estado de dientes/encías y masticación correcta, aunque cuando presenta mucositis tiene deglución dolorosa. Piel y mucosas hidratadas, integridad tisular.

Eliminación:

Tiene un patrón de eliminación intestinal en domicilio en torno a 2 veces al día, pero en el hospital no es a diario, estando 2/3 días sin eliminar, posterior uso de lactulosa. Patrón de eliminación urinaria de 5/6 veces al día.

Actividad y ejercicio:

Buen estado respiratorio y cardiovascular. Tensión arterial de 110/65 mmhg, frecuencia cardíaca de 80 pulsaciones por minuto y frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto. Presenta debilidad generalizada y cansancio. Su estilo de vida es activo cuando no tiene tratamiento, y sedentario cuando sí lo tiene. En su vida cotidiana muestra interés por el deporte y se ejercita regularmente. Durante la hospitalización, sobre todo al comienzo, procura deambular con el portasueros por el pasillo del hospital. Hacia el final de la hospitalización suele quedarse en cama debido al cansancio físico y mental. Es independiente en actividades de la vida diaria, ocupa su tiempo libre en salir con amigos, deporte...etc. Grado de movilidad total, fuerza normalizada aunque decae ligeramente en momentos de fatiga. El tratamiento continuo que se le está administrando limita su movilidad y dificulta la comodidad a la hora de dormir, desplazarse, comer o ir al baño a asearse.

Sueño y descanso:

Signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, etc. Factores internos que afectan al sueño: síntomas de la enfermedad, despertar por la noche debido al dolor, tos o regurgitaciones, estrés psicológico, micciones, etc.

En el domicilio refiere descansar y dormir correctamente, unas 9 horas de sueño, generalmente se encuentra descansado y preparado para las actividades de la vida diaria después de dormir. En el hospital el patrón del sueño se ve alterado por el malestar que le provoca el tratamiento, por el poco ejercicio físico diario y por nerviosismo. Manifiesta tomar lorazepam cuando no puede dormir, pero dice que no le hace apenas efecto.

Cognitivo y perceptivo:

El paciente presenta a veces indicadores no verbales de dolor como expresión facial, agitación, diaforesis, taquipnea y posición de defensa. El paciente refiere a veces sensación de náuseas y molestias estomacales. Si aparece mucositis le molesta la cavidad bucal y orofaringe al masticar/tragar.

Los signos no verbales que podemos apreciar son: aspecto cansado, frunce el ceño y se lleva la mano al abdomen, ligera sudoración, taquipnea, posición de defensa. Dolor sordo, nauseoso, ocasional, duración de una hora más o menos, factores desencadenantes: citotóxicos administrados. Medidas de alivio: administración de fármacos antieméticos. Se siente molesto y agobiado ante esta sensación, está alerta y presenta una orientación temporo-espacial adecuada. Se valora la Escala Visual Analógica del dolor con una puntuación de 4.

Autopercepción y autoconcepto:

Se describe como una persona joven, estudiante y con intereses en diversos ámbitos culturales. Le habría gustado no tener que pasar por esta enfermedad y su duro tratamiento, durante éste podemos observar signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hiperventilación, insomnio, somnolencia, cansancio...

El tratamiento le afecta y se encuentra más cansado, tiene que guardar reposo y ve limitadas sus actividades del día a día. También manifiesta que se ve con peor aspecto, “peor color, hinchado y ojeroso”. Todo esto le causa una sensación de tristeza. Cuando tiene que pasar por algún tratamiento manifiesta que suele venirse abajo de ánimos. Opina que cree que se ha vuelto más irritable en general. El no saber si podrá alcanzar la remisión de su enfermedad y poder vivir sin ella le hace sentir miedo. La hospitalización prolongada le genera ansiedad, sobre todo en los últimos días, pidiendo que por favor le den el alta lo antes posible y somatizando esta sensación en debilidad física y malestar general. Le ayuda salir del hospital y recuperarse en casa, manifiesta que al día siguiente de dormir en su casa ya está mucho mejor. Dice que no ha perdido nunca la esperanza, aunque a veces viendo otros casos teme que no pueda conseguir la remisión, que se complique su enfermedad o su salud en general.

Se realiza el cuestionario de la Escala de Merle Mishel de incertidumbre (tabla 8), obteniendo una puntuación de 68 sobre 20 preguntas. También utilizaremos la escala de ansiedad de Hamilton para evaluar la ansiedad del paciente, obteniendo puntuaciones de 10 en ansiedad psíquica y 11 en ansiedad somática.

Función y relación:

Muestra una conducta independiente, en ocasiones introvertida y distante, a veces comunica sus problemas referentes a su enfermedad. Vive con su abuelo y tías. Su familia se muestra con total disponibilidad, ofrece toda la ayuda posible, aunque el paciente cree que lo hacen de forma paternalista. Viven la enfermedad y hospitalización con preocupación y constante alerta. El paciente no tiene hijos, tiene amigos cercanos.

Sexualidad y reproducción:

El paciente refiere conocer el riesgo de esterilidad que conlleva el tratamiento que se le ha administrado, comunica que antes le importaba más cuando tenía una relación de pareja pero que actualmente no le supone una preocupación.

Afrontamiento y tolerancia al estrés:

Durante la hospitalización a veces se muestra ansioso, retraído, irritable, temeroso, inquieto, sobre todo en los últimos días del ingreso o si este se prolonga por necesidad de terminar el tratamiento. Afronta la enfermedad de forma independiente, sin pedir ayuda hasta que no se ve muy angustiado.

Valores y creencias:

Tiene muchas ganas de empezar a trabajar cuando acabe la carrera, no tiene problema en marcharse al extranjero si su enfermedad se lo permite. La religión no es importante en su vida.

5.2 Fase diagnóstica

- **Ansiedad** R/C amenaza para el estado de salud M/P nerviosismo e insomnio.
- **Afrontamiento ineficaz** R/C incertidumbre M/P fatiga y trastornos del sueño.
- **Temor** R/C miedo a la muerte M/P sequedad bucal, aumento del pulso, aumento de la respiración, fatiga.

- **Trastorno de la imagen corporal** R/C tratamiento de la enfermedad M/P respuesta a cambios corporales percibidos (ojeras, palidez, hinchazón...).
- **Náuseas** R/C ansiedad y fármacos (quimioterapia) M/P sensación nauseosa⁷.

DIAGNÓSTICO NANDA		
Etiqueta Diagnóstica	R/C	M/P
Ansiedad	Amenaza para el estado de salud	Conductuales: nerviosismo, insomnio, agitación. Afectivas: incertidumbre. Fisiológicas: aumento de la sudoración. Simpáticas: sequedad bucal, palpitaciones, aumento del pulso, aumento de la respiración, debilidad. Parasimpáticas: dolor abdominal, mareos, fatiga, náuseas, trastornos del sueño ⁷ .

5.3 Planificación

NOC (Resultados)	PUNTUACION INICIAL	PUNTUACION DIANA O ESPERADA	NIC (Intervenciones):Actividades
1211 Nivel de ansiedad -Inquietud -Aumento de la velocidad del pulso -Trastorno del sueño⁹	2 2 3 2	5 5 5 5	5820 Disminución de la ansiedad -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Crear un ambiente que facilite la confianza.
1402 Autocontrol de la ansiedad -Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad -Refiere dormir de forma adecuada	2 1 2	5 5 5	-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos ⁸ .
-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad⁹	2	5	5230 Aumentar el afrontamiento -Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. -Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado			-Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.

psicológico	2	5	-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
-Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad	2	5	-Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
-Información proporcionada sobre la mejora esperada	2	5	-Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
-Apoyo emocional proporcionado⁹	2	5	-Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
			-Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
			-Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles ⁸ .
			0200 Fomento del ejercicio
			-Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
			-Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.
			-Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
			-Informar al individuo acerca de

		<p>los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.</p> <p>-Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente⁸.</p> <p>6040 Terapia de relajación simple</p> <p>-Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación y relajación muscular progresiva).</p> <p>-Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.</p> <p>-Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.</p> <p>-Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.</p> <p>-Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.</p> <p>-Recomendar al paciente que se relaje y deje que las</p>
--	--	---

			<p>sensaciones sucedan espontáneamente.</p> <p>-Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.</p> <p>-Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.</p> <p>-Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas⁸.</p>
--	--	--	--

Tabla 5: Resultados e intervenciones (elaboración propia).

Las actividades elegidas han sido seleccionadas para mejorar el estado de ansiedad que presentaba el paciente en los últimos días de su primera semana de tratamiento. Hemos encontrado artículos que aportan evidencia de algunos tratamientos que mejoran dicho estado, tienen un efecto positivo en la calidad de sueño del paciente, y facilitan su adaptación al duro tratamiento que se le administra.

El apoyo psicológico al paciente mejora su calidad de vida, al mismo tiempo que presenta mayor adherencia al tratamiento y son más proactivos en la toma de decisiones frente a su enfermedad. Estos cuidados de enfermería son necesarios para reducir los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer⁶.

Vivir con incertidumbre afecta a la persona y su relación con los demás, mientras que la información y el apoyo incrementan la certeza y aportan confianza. En la atención a pacientes oncológicos se sugieren acciones como acompañar durante el proceso de enfermedad, identificar las necesidades de cuidado de forma continua y conceder mayor confianza durante el tratamiento¹².

La ansiedad en pacientes con cáncer se ha vinculado con deficientes resultados clínicos y patológicos. Por otro lado, se relaciona el bienestar psicológico como causa de un incremento de expectativa de vida¹⁴.

Los pacientes a los que se les brinda información, son más propensos a la participación activa en su tratamiento, a lograr mejores decisiones y a poder llegar a acuerdos con el equipo sanitario, además de mostrar mayor adherencia al tratamiento¹⁴.

Existe una serie de intervenciones que están relacionadas con un mayor desarrollo de crecimiento postraumático. Entre ellas cabe mencionar el apoyo social percibido (concretamente en forma de tranquilización o consuelo, consejo y ánimo), el apoyo emocional, instrumental y desahogo, el uso del humor, de la religión, así como la reinterpretación positiva de los hechos, resolución de problemas, auto-distracción y aceptación¹⁵.

Se han encontrado mejorías significativas en medidas de depresión, ansiedad, estrés percibido y evitación con el uso de técnicas de meditación y yoga¹⁵. Así mismo, hay estudios que demuestran que el yoga puede mejorar la calidad del sueño de los pacientes¹⁶, como un programa de entrenamiento en yoga tibetano, que lo mejora en un grupo de pacientes con linfoma en comparación a un grupo control en lista de espera¹⁵.

Es imprescindible ofrecer una adecuada asistencia sanitaria, cubriendo necesidades tanto físicas como psíquicas, así se podrá garantizar un correcto soporte emocional, apoyo social y buen funcionamiento familiar¹⁷.

Después del tratamiento con quimioterapia que reciben los pacientes oncológicos, se aprecia un empeoramiento en los controles de ansiedad, depresión, calidad de vida, calidad de sueño y función sexual. También existe un declive en los dominios cognitivos de atención, memoria, función ejecutiva e índice de función prefrontal. Debido a esto, es importante trabajar neurocognitiva y emocionalmente tanto antes, como durante y posteriormente al tratamiento con quimioterapia en pacientes oncológicos, ya que hay evidencia de deterioro en ellos¹⁸.

5.4 Ejecución

Vamos a realizar estas intervenciones a lo largo de la segunda y tercera semana de tratamiento de nuestro paciente, ya que se hizo una segunda valoración al finalizar su primera semana de quimioterapia debido a que mostraba un cuadro importante de ansiedad e incertidumbre.

Para ello, nos ayudaremos de una tabla donde quedan reflejadas las actividades para realizar durante la semana en la que está hospitalizado. Estas actividades abarcan campos que ya hemos visto que ayudan a mejorar el estado de ansiedad y fomentan una buena adherencia al tratamiento.

SESIÓN	TÉCNICA	OBJETIVO	DURACIÓN
Diaria	Relajación, Yoga, Musicoterapia...	Disminuir la sensación subjetiva de ansiedad	30 minutos
Diaria	Programa de actividad física	Mantener la actividad física del paciente durante la hospitalización	30 minutos
A demanda	Información, apoyo y soporte emocional	Orientar al paciente ante la enfermedad y la incertidumbre que le pueda generar	A demanda / disponibilidad

Tabla 6: Ejercicios e intervenciones (elaboración propia).

2/2/2015: El paciente hace el ingreso en la planta de Hematología por la mañana para comenzar la administración de la línea de tratamiento R-ESHAP, que tendrá una semana de duración si no sucede ningún imprevisto. Se muestra tranquilo y colaborador, aunque recuerda que en la primera semana de tratamiento se sintió muy mal y teme que le vuelva a suceder. Se le informa del plan que se va a seguir con él durante esta semana, y se le canaliza vía venosa. Se le informa junto al hematólogo de la evolución de su enfermedad y de lo que se espera del tratamiento. También se tratará de ponerle en contacto con antiguos pacientes que han pasado por el mismo tratamiento, para que puedan contarle sus experiencias o formas de afrontar la hospitalización.

- EVA: 0.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 9 en ansiedad psíquica y 8 en ansiedad somática.
- Escala de Incertidumbre de Mishel: 65 sobre 20 preguntas.

NOC (Resultados)	Puntuación día 02/02/15
1211 Nivel de ansiedad	2
-Inquietud	2
-Aumento de la velocidad del pulso	3
-Trastorno del sueño ⁹	2
1402 Autocontrol de la ansiedad	2
-Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1
-Refiere dormir de forma adecuada	2
-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	2
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico	2
-Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad	2
-Información proporcionada sobre la mejora esperada	2
-Apoyo emocional proporcionado ⁹	2

5/2/2015: Es el tercer día de tratamiento del segundo ciclo de R-ESHAP, desde el primer día de esta semana se le explicó al paciente las actividades que iban a ser realizadas cada día para tratar de aliviar la ansiedad que le pudiera producir el estar hospitalizado. Se suelen realizar estas actividades en horario de tarde, para que las técnicas de relajación se hagan antes de dormir y porque por la mañana hay más tránsito en las dependencias hospitalarias (limpieza, visita del hematólogo/a...). El paciente evoluciona favorablemente, manifiesta algunas náuseas debido al tratamiento, pero son aliviadas con la administración de fármacos.

- EVA: 3. Dolor nauseoso. Se le administra ondansetron pautado por facultativo.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 7 en ansiedad psíquica y 7 en ansiedad somática.

NOC (Resultados)	Puntuación día 05/02/15
1211 Nivel de ansiedad	2 → 3
-Inquietud	2 → 3
-Aumento de la velocidad del pulso	3 → 3
-Trastorno del sueño ⁹	2 → 3
1402 Autocontrol de la ansiedad	2 → 3
-Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1 → 2
-Refiere dormir de forma adecuada	2 → 3
-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	2 → 3
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico	2 → 3
-Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad	2 → 3
-Información proporcionada sobre la mejora esperada	2 → 3
-Apoyo emocional proporcionado ⁹	2 → 3

8/2/2015: Es el último día de tratamiento del segundo ciclo de quimioterapia R-ESHAP. El paciente refiere mejor afrontamiento al tratamiento y a la hospitalización, aunque aún hay momentos en los que manifiesta un poco de ansiedad. Hemos pasado de guiarle en los ejercicios de relajación a observar que el mismo los hace, así como la realización de actividad física, incrementando el mismo paciente la duración de los estiramientos y ejercicios como pasear por el pasillo de la planta. Al terminar la administración de la quimioterapia y posterior sueroterapia, se le da el alta hasta el próximo mes, donde recibirá el tercer ciclo de R-ESHAP.

- EVA: 4. Dolor nauseoso. Se le administra ondansetron pautado por facultativo.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 6 en ansiedad psíquica y 7 en ansiedad somática.

NOC (Resultados)	Puntuación día 08/02/15
1211 Nivel de ansiedad	3 → 3
-Inquietud	3 → 3
-Aumento de la velocidad del pulso	3 → 3
-Trastorno del sueño ⁹	3 → 3
1402 Autocontrol de la ansiedad	3 → 3
-Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	2 → 3
-Refiere dormir de forma adecuada	3 → 3
-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	3 → 3
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico	3 → 4
-Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad	3 → 4
-Información proporcionada sobre la mejora esperada	3 → 4
-Apoyo emocional proporcionado ⁹	3 → 4

3/3/2015: El paciente hace el ingreso en la planta de Hematología por la mañana para comenzar el tercer y último ciclo de quimioterapia R-ESHAP, cuya duración estimada es de una semana. Se muestra tranquilo y colaborador, manifiesta que los ejercicios de relajación le ayudaron la semana anterior de tratamiento para conciliar mejor el sueño. Se le canaliza vía venosa.

- EVA: 0.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 5 en ansiedad psíquica y 4 en ansiedad somática.

NOC (Resultados)	Puntuación día 03/03/15
1211 Nivel de ansiedad	3 → 4
-Inquietud	3 → 4
-Aumento de la velocidad del pulso	3 → 4
-Trastorno del sueño ⁹	3 → 4
1402 Autocontrol de la ansiedad	3 → 3
-Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	3 → 3
-Refiere dormir de forma adecuada	3 → 4
-Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	3 → 3
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico	4 → 4
-Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad	4 → 4
-Información proporcionada sobre la mejora esperada	4 → 4
-Apoyo emocional proporcionado ⁹	4 → 4

6/3/2015: En el tercer día de tratamiento del tercer ciclo de R-ESHAP el paciente muestra una notable mejoría en la adherencia al tratamiento, las sensaciones que manifiesta son buenas, pudiendo tener una hospitalización tranquila y llevadera. Alguna vez refiere náuseas debido a la quimioterapia.

Sigue haciendo ejercicio físico como estiramientos y paseos durante la tarde, y relajación muscular o yoga una hora antes de dormir.

- EVA: 3. Dolor nauseoso. Se le administra ondansetron pautado por facultativo.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 4 en ansiedad psíquica y 4 en ansiedad somática.

NOC (Resultados)	Puntuación día 06/03/15
1211 Nivel de ansiedad -Inquietud -Aumento de la velocidad del pulso -Trastorno del sueño ⁹	4 → 4 4 → 4 4 → 4 4 → 4
1402 Autocontrol de la ansiedad -Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad -Refiere dormir de forma adecuada -Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	3 → 4 3 → 4 4 → 4 3 → 4
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico -Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad -Información proporcionada sobre la mejora esperada -Apoyo emocional proporcionado ⁹	4 → 4 4 → 4 4 → 4 4 → 4

9/3/2015: Es el último día de tratamiento del tercer ciclo de quimioterapia R-ESHAP. El paciente realiza los ejercicios de relajación y de actividad física de forma autónoma. Refiere mejor afrontamiento al tratamiento y a la hospitalización, así como mejor calidad de sueño. Al terminar la administración de la quimioterapia y posterior sueroterapia, se le da el alta.

- EVA: 3. Dolor nauseoso. Se le administra ondansetron pautado por facultativo.
- Escala de Ansiedad de Hamilton: 2 en ansiedad psíquica y 3 en ansiedad somática.
- Escala de Incertidumbre de Mishel: 32 sobre 20 preguntas.

NOC (Resultados)	Puntuación día 09/03/15
1211 Nivel de ansiedad -Inquietud -Aumento de la velocidad del pulso -Trastorno del sueño ⁹	4 → 4 4 → 4 4 → 4 4 → 5
1402 Autocontrol de la ansiedad -Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad -Refiere dormir de forma adecuada -Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad ⁹	4 → 5 4 → 5 4 → 5 4 → 4
3009 Satisfacción de paciente/usuario: cuidado psicológico -Información proporcionada sobre el curso de la enfermedad -Información proporcionada sobre la mejora esperada -Apoyo emocional proporcionado ⁹	4 → 5 4 → 5 4 → 5 4 → 5

5.5 Evaluación

F. inicio	Diagnóstico: Ansiedad (0146) ⁷	Inicio	5/2	8/2	3/3	6/3	Fin
2/2/2015							
F. fin	NOC: - Nivel de ansiedad	2	3	3	4	4	4
9/3/2015	- Autocontrol de la ansiedad	2	3	3	3	4	5
	- Satisfacción de paciente: cuidado psicológico ⁹	2	3	4	4	4	5

NIC: 5820 Disminución de la ansiedad

- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos⁸.

5230 Aumentar el afrontamiento

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interese obtener.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
- Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social.
- Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles⁸.

0200 Fomento del ejercicio

- Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.
- Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio.

- Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente⁸.

6040 Terapia de relajación simple

- Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (musicoterapia, meditación y relajación muscular progresiva).
- Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación elegida.
- Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
- Enseñar a la persona a adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
- Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.
- Recomendar al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente.
- Utilizar un tono de voz bajo, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
- Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.
- Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas seleccionadas⁸.

Tabla 7: Evaluación (elaboración propia).

5.6 Discusión:

El paciente con cáncer no solo sufre un tratamiento duro como es la quimioterapia, sino que, quizás por las dimensiones negativas que tiene la palabra “cáncer” en nuestros días, muchas veces le acompañan sensaciones de desesperanza, de miedo a la muerte o a cualquier tipo de sufrimiento o hándicap que conlleve esta enfermedad. Estas sensaciones aumentan cuando no recibe una información sensible y adaptada a sus necesidades, cuando no hay una confianza firme entre el personal sanitario y el paciente, en general, cuando no se le brinda una atención integral y continuada.

El objetivo principal del plan de cuidados que hemos hecho en este caso clínico ha sido el de disminuir la ansiedad que mostraba el paciente ante una larga hospitalización, y una incertidumbre ante el tratamiento y el personal sanitario que lo atendía. Para ello hemos buscado intervenciones que han demostrado ser eficaces en este ámbito, y hemos elegido las más útiles y las que pudiésemos poner en práctica en el entorno hospitalario.

Los resultados que hemos obtenido han sido positivos, mejorando progresivamente la ansiedad e incertidumbre que el paciente mostraba en la primera semana de tratamiento, y mejorando la calidad de su sueño. No obstante, esta mejora ha sido lenta y gradual, al no haber podido desarrollar todas las actividades propuestas. Por ejemplo, se intentó hacer un grupo de antiguos pacientes de LH que lo hubieran superado, para que compartieran con nuestro paciente cómo habían llevado la experiencia de la enfermedad y le ayudaran con consejos o técnicas que a ellos le hubieran servido para mejorar el afrontamiento. No fue posible por la poca cantidad y disponibilidad de los antiguos pacientes.

Otra de las dificultades que nos hemos encontrado para desarrollar de forma óptima nuestro plan de cuidados ha sido el aumento de carga de trabajo del personal de enfermería, que disponía de poco tiempo para poder atender los aspectos anímicos del paciente y para crear un ambiente de relajación necesario en intervenciones como el yoga. A día de hoy se le sigue restando tiempo a la atención holística del paciente, muchas veces motivado por una plantilla limitada de enfermeras, otras veces por priorizar en intervenciones más rutinarias y dejar de lado la condición biopsicosocial del ser humano.

Encontramos de vital importancia proporcionar una valoración y atención integral que abarque el ámbito emocional del paciente, está demostrado con creces que un apoyo psicológico tiene efectos beneficiosos en el afrontamiento y la adherencia al tratamiento en estos casos. Por ejemplo, Cristina Mata y Agustín López-Espinosa reducen la ansiedad de pacientes oncológicos del Hospital Carlos Haya por medio de apoyo psicológico⁶.

Uno de los problemas que refería nuestro paciente era una mala calidad de sueño y descanso, debido al estado de incertidumbre y desasosiego en el que estaba inmerso. Con intervenciones como la relajación muscular progresiva, el yoga, y la meditación y relajación en general, vimos que esta calidad del sueño iba mejorando progresivamente. Cohen et al. informan que un entrenamiento en yoga tibetano junto a otras técnicas de meditación mejora el sueño de un grupo de pacientes con linfoma respecto a otro grupo control en lista de espera¹⁵.

Liliana Mey Len Rivera-Fong et al. elaboran una intervención cognitivo conductual en pacientes oncohematológicos sometidos a un trasplante hematopoyético de células madre, llevando a cabo ejercicios como la relajación muscular progresiva, el fomento de la actividad física mediante estiramientos y la psicoeducación. Los resultados constatan que dichas intervenciones son efectivas en mantener la estabilidad psicológica de los pacientes, favoreciendo la adherencia al tratamiento e incrementando el afrontamiento, la relajación muscular progresiva demuestra ser eficaz para reducir el consumo de oxígeno, ritmo cardíaco, tensión muscular y para normalizar la presión sanguínea durante la administración de quimioterapia, igualmente disminuye los efectos secundarios de esta (pérdida de apetito y de energía, náuseas, reflujo y mucositis)¹⁹.

Debido a la continua especialización de los cuidados, nos ha parecido interesante la posibilidad de contemplar la figura de una enfermera especializada en oncología o en su defecto, sería útil para la práctica clínica y la atención holística la formación específica para hacer frente a los diagnósticos enfermeros relacionados con el estado emocional que es frecuente en este tipo de pacientes.

6. BIBLIOGRAFÍA:

1 Enfermedad de Hodgkin: Guía detallada [Internet]. EEUU: American Cancer Society; Febrero 2014. [Consultado 6 Mayo 2015]. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002297-pdf.pdf>

2 Sans-Sabrafen J, Besses Raebel C, Vives Corrons JL. Hematología clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier España; 2006. Pág. 579-606.

3 Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con Linfoma de Hodgkin [Internet]. España: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia; Mayo 2013. [Consultado 29 Abril 2015]. Disponible en:

<http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2013/documentos/guias/Guia-LH-GELTAMO-2013.pdf>

4 Rueda A. Linfoma de Hodgkin [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica, Marzo 2015. [Consultado 1 Mayo 2015]. Disponible en:
<http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/linfomas-y-mieloma/linfoma-hodgkin>

5 Roper K, Cooley ME, McDermott K, Fawcett J. Health-Related Quality of Life After Treatment of Hodgkin Lymphoma in Young Adults. Oncology nursing forum. 2013, Vol. 40, No. 4, pág. 349-360. Disponible en:
https://onf.ons.org/sites/default/files/X627526241377J23_first.pdf

6 Mata García C, López-Espinosa Plaza A. Temor y ansiedad en pacientes sometidos a radioterapia. Enfermería Docente. 2012, No. 96, 12-15. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-96-05.pdf>

7 Nanda internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop 2010.

8 Bulechek, Gloria M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences, 2009.

9 Moorhead, Sue, and Marion Johnson. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier Health Sciences, 2009.

10 Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Madrid, España: Elsevier; 2011.

11 Torres, Clara María; Peña, María del Pilar. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. Psicología, vol. 616, no 78, p. 159-9. Disponible en: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/533/1/9788484397991.pdf>

12 Jaman-Mewes, Paula; Soledad, María. Vivir con cáncer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. Aquichan, 2014, vol. 14, no 1, p. 20-31. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n1/v14n1a03.pdf>

13 Fernández, Concepción et al. Repercusión de la ansiedad y depresión en el estado físico y funcionalidad de enfermos oncológicos durante el tratamiento con quimioterapia. Psicothema, 2011, vol. 23, no 3, p. 374-381. Disponible en: <http://www.psicothema.com/PDF/3897.pdf>

14 Arrighi, Emilia; Jovell, Albert J.; Navarro, María Dolores. El valor terapéutico en oncología. La perspectiva de pacientes, familiares y profesionales. Psicooncología, 2010, vol. 7, no 2, p. 363-374. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC1010220363A/15045>

15 Palao, Ángela, et al. Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. Psicooncología, 2011, vol. 8, no 1, p. 7-20. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC1111120007A/35029>

16 Felbel S, Meerpohl J, Monsef I, Engert A, Skoetz N. Yoga además de la atención estándar en pacientes con neoplasias hematológicas. Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas. 2014. Edición 6. Art. No.: CD010146. DOI: 10.1002/14651858.CD010146. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/PDF-ES/CD010146.pdf>

17 Abián, Lidia; Funes, Hernán Cortés; Funes, Fabiola Cortés. Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar cuidador principal. Psicooncología, 2003, no 1, p. 83. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0303110083A/16412>

18 Chiclana, G., et al. Chemobrain: ¿podemos hablar de un daño cerebral adquirido por quimioterapia?. Trauma, 2014, vol. 25, no 3, p. 143-149. Disponible en: <http://www.mapfre.com/fundacion/html/revistas/trauma/v25n3/docs/Articulo4.pdf>

19 Rivera-Fong, Liliana Mey Len, et al. Efectos de una intervención cognitivo conductual y actividad física sobre variables médicas y psicológicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre. Psicooncología, 2014, vol. 11, no 2-3, p. 217-231. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/47384>

Agradecimientos:

A Ana Martínez Herrera, piedra angular de mi formación.

A María del Pilar Peña Amaro, luz en el camino.

A mi familia, bastón de apoyo incondicional.

Y a todos los que, quien más y quien menos, han contribuido en hacer de mí un **enfermero**.

7. ANEXOS:

7.1 Cuestionario adaptado de incertidumbre de Merle Mishel:

Cuestiones	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	No estoy de acuerdo	Completamente en desacuerdo
1. No sé lo que pasa	5	4	3	2	1
2. Tengo muchas preguntas sobre mi enfermedad.	5	4	3	2	1
3. Desconozco si mi enfermedad va a mejor o a peor.	5	4	3	2	1
4. Me preocupa tener dolores o síntomas desagradables.	5	4	3	2	1
5. Las explicaciones que me dan sobre mi enfermedad me parecen confusas.	5	4	3	2	1
6. Entiendo porque estoy recibiendo este tratamiento	5	4	3	2	1
7. Mis síntomas cambian de un día para otro.	5	4	3	2	1
8. Los médicos me dicen cosas que se pueden interpretar de diferentes maneras	5	4	3	2	1
9. Mi tratamiento es demasiado complicado para entenderlo.	5	4	3	2	1
10. Es difícil saber si este tratamiento mejora mi enfermedad.	5	4	3	2	1
11. No puedo hacer planes para el futuro porque no sé cómo evolucionará mi enfermedad	5	4	3	2	1
12. Mi enfermedad cambia por momentos, tengo días buenos y días malos	5	4	3	2	1
13. Me han dado diferentes opiniones sobre mi enfermedad.	5	4	3	2	1
14. Desde que estoy enfermo no sé lo que me va a ocurrir.	5	4	3	2	1
15. Los resultados de mis pruebas se contradicen.	5	4	3	2	1
16. Debido a mi tratamiento no sé cómo estaré mañana, ni lo que podré hacer	5	4	3	2	1
17. La efectividad del tratamiento no es segura	5	4	3	2	1
18. El tratamiento que recibo está demostrado que funciona.	5	4	3	2	1
19. No me han dicho exactamente la enfermedad	5	4	3	2	1

que tengo					
20. Los médicos y enfermeras utilizan un lenguaje sencillo para poder entender lo que me están explicando.	5	4	3	2	1

Tabla 8: Cuestionario adaptado de incertidumbre de Merle Mishel. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel. (Psicología).