

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO
DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

Trabajo Fin de Grado

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE
COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE
CÓLON. CASO CLÍNICO

Autor/es

María Martínez Ruiz

Director/es

Antonio Hernández Torres

Facultad / Escuela

Año

Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel 2011/2012

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

RESUMEN

En este trabajo quiero presentar la aplicación del proceso enfermero en el cuidado y atención de un paciente colostomizado. Una colostomía es la creación quirúrgica de un orificio, estoma, que permite el drenaje o evacuación hacia el exterior del contenido del colon.

Se eligió a un paciente que estuvo hospitalizado un mínimo de 5 días, portador de una colostomía y cuya causa fue una neo de colon.

La valoración del paciente fue realizada siguiendo los patrones de Virginia Henderson. Utilicé la taxonomía "NANDA" para la determinación de los Diagnósticos Enfermeros, y los factores de riesgo relacionados a cada diagnóstico. Identifiqué los Criterios de Resultados, correspondientes a cada diagnóstico, siguiendo la clasificación NOC, los cuales describen el estado del paciente después de las intervenciones de cuidados. Identifiqué las Intervenciones Enfermeras correspondientes a cada diagnóstico, siguiendo la clasificación NIC, que son las actividades encaminadas a conseguir los NOC.

Finalizado el proceso enfermero, conseguimos cumplir los objetivos propuestos, prestando a la paciente los cuidados necesarios durante su estancia hospitalaria. Todas las actividades realizadas han permitido mejorar la calidad de vida de la paciente conviviendo con su ostomía.

Palabras clave: Colostomía. Proceso enfermero. Paciente colostomizado. Cáncer de colon.

ABSTRACT

In want to show in this paper the application of nursing process on attention and care of a colostomy patient. A colostomy is the surgical creation of a hole, stoma, allowing the drain or evacuation out of the contents of the colon.

The chosen patient was a person who was hospitalized during five days minimum; this person had a colostomy produced by a colon neo.

The assessment of the patient was made following the Virginia Henderson patterns. I used the "Nanda" taxonomy for determining the nursing diagnosis and the risk factors related to each diagnosis. I identified the performance criteria, for each diagnosis, following the NOC classification; these describe the condition of the patient after care interventions. I identified the nursing interventions of each diagnosis following the NIC classification; wich are activities designed to aim the NOC.

Once the nursing process is finished we could accomplish the proposed objectives, giving the patient all the necessary cares during hospital stay. All the activities done have improved the quality of life of the patient while she is living with her ostomy.

Key words: Colostomy. Nursing process. Colostomy patient. Colon cancer.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN – JUSTIFICACIÓN

El Cáncer Colorrectal es una enfermedad de gran magnitud epidemiológica por la notable morbilidad y la trascendencia económica que conlleva. Representa la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en España, tanto en varones como en mujeres, lo cual supone, en términos absolutos, el tumor más frecuente ¹. En la provincia de Teruel, es la primera causa de muerte, aunque se está reduciendo gracias a la prevención y a los avances tecnológicos ².

Las tasas de incidencia se han incrementado de forma significativa en la última década. Este incremento se ha relacionado con factores ambientales, ya que en las zonas de mayor incidencia se consume una dieta hipercalórica, rica en carnes, grasas animales e hidratos de carbono y con un bajo contenido en fibra vegetal.

La incidencia del Cáncer Colorrectal aumenta con la edad, siendo máxima a los 60-70 años ³.

La resección quirúrgica del tumor es el tratamiento de elección en este tipo de cáncer y el único potencialmente curativo. El tipo de intervención varía según la localización del tumor. Muchos de ellos, cursan con la práctica de una abertura artificial, para facilitar la evacuación del contenido intestinal. En este tipo de intervenciones, se puede exteriorizar el intestino, a través de una incisión abdominal para formar la abertura, a la que llamaremos estoma. Este estoma se denomina colostomía cuando se exterioriza el intestino grueso (colon).

Los estudios demuestran que el cáncer colorrectal es el más frecuente del tubo digestivo, se da en un 95% de los casos.

El impacto que sufrirá el paciente que necesita una colostomía dependerá entre otros factores, de si ésta es temporal o permanente, ya que una temporal suele ser mejor aceptada. El paciente con una colostomía se enfrenta a un posible diagnóstico de cáncer y a la pérdida de la continencia voluntaria intestinal, por lo que se altera por completo la vida del paciente, que necesitará unos cuidados especializados. El paciente tendrá miedo al dolor, a la intervención, a la enfermedad, a que la familia y la sociedad lo rechacen, por lo que la presencia de ansiedad, depresión y sensación de rechazo suelen ser bastante frecuentes.

En este punto, la enfermera debe valorar el patrón de respuesta y los sentimientos del paciente para proporcionarle el apoyo psicológico y los cuidados especializados más adecuados.

Con este caso clínico se pretende dar a conocer los cuidados al paciente portador de una colostomía, que ha tenido que ser realizada por la presencia de un cáncer colorrectal ⁴.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Planificar los cuidados necesarios en un paciente colostomizado, actuando sobre las necesidades que tiene alteradas.

Objetivos específicos

- Comprobar si estos cuidados han sido eficaces
- Comprobar si el paciente es capaz de adaptarse a su nueva situación.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

METODOLOGÍA

"El abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta", es la denominada Metodología Científica, que en nuestro ámbito recibe el nombre de "PROCESO ENFERMERO".

El Proceso Enfermero "es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados" (Alfaro, 1999). Este proceso consta de una sucesión de etapas correlativas, donde cada una depende de la anterior y condiciona la siguiente.

Hemos realizado el seguimiento de un paciente durante su estancia hospitalaria, desde el día del ingreso (25-11-2011), hasta el alta (2-12-2011).

La elección del paciente, se realizó de forma aleatoria entre un grupo de 4 pacientes que cumplían los criterios de selección siguientes:

- 5 días de ingreso
- diagnosticado de cáncer de colon
- intervenido quirúrgicamente
- portador de una colostomía.

Se realizó una valoración general, utilizando el patrón de valoración de Virginia Henderson, que contempla 14 necesidades. Para llevar a cabo esta valoración, recogimos la información del propio usuario y de su familia, mediante la entrevista, la observación y el examen físico, para luego validar la información y organizarla.

En la etapa de diagnóstico, utilizamos la taxonomía Nanda. Analizamos los datos obtenidos y elaboramos las hipótesis, es decir, los problemas que son susceptibles de ser tratados en colaboración con otros profesionales, o los que requieren un abordaje independiente. Nosotros nos hemos centrado en los que requieren un abordaje independiente, llamados Diagnósticos de Enfermería, son "un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales." Estos diagnósticos nos proporcionaron la base para la selección posterior de la actuación enfermera destinada a lograr los objetivos de los que nosotros como enfermeros somos responsables.

La planificación constó de varias etapas. Primero fijamos prioridades, identificando que problemas deben abordarse en primer lugar. Formulamos unos objetivos para los diagnósticos elegidos, claros, que guiaron a la enfermera y que estaban formulados en términos de conducta del usuario, utilizando la clasificación NOC. Estos objetivos describen una conducta observable del usuario, mejora o resolución del problema o mantenimiento de la situación.

Determinamos las intervenciones y actividades, para conocer como debíamos actuar y las tareas necesarias para llevar a cabo cualquier intervención, utilizando la clasificación NIC, registrando todo el plan por escrito.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

La ejecución consistió en poner en práctica las intervenciones planificadas para lograr los resultados propuestos. En este proceso, también dividimos diferentes etapas:

1. Preparar la acción: en la que revisamos todas las actividades propuestas y determinamos cuales eran más adecuadas, si poseíamos los conocimientos necesarios para realizarlas, reunimos el material necesario, y preparamos el entorno para llevar a cabo la actividad en las mejores condiciones posibles.
2. Realizamos las actividades
3. Registramos la actuación, valorando continuamente el proceso llevado a cabo.

La evaluación, en la que hicimos una valoración de la situación actual del usuario, obteniendo los datos de la entrevista con el paciente, la observación y la exploración. Comparamos la situación actual con los objetivos marcados, y modificamos el plan, eliminando los problemas en los que se habían conseguido los objetivos propuestos totalmente, y manteniendo el plan en aquellos que se habían alcanzado parcialmente, comprobando que el diagnóstico y las intervenciones seguían siendo adecuadas⁵.

DESARROLLO

A. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente, mujer, de 83 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 – 48 horas de evolución, sin mejoría tras analgésicos. La paciente refiere que en las últimas semanas, ha tenido cambios intestinales, las heces presentaban un aspecto sanguinolento, ha perdido peso de manera brusca, y refiere cansancio durante todo el día. La paciente presenta vómitos tras la ingesta desde hace 2 días.

Antecedentes clínicos de interés:

- Alergia: ácido acetil-salicílico
- DM tipo 2
- HTA
- Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía, prótesis bilateral de rodilla, hemitiroidectomía, litiasis renal, manguitos rotadores.

A la exploración aparece: febrícula, abdomen distendido, globuloso y timpánico. Dolor a la palpación difusa, sobre todo en fosa iliaca izquierda, apareciendo defensa a ese nivel. No se aprecian hernias inguinales.

Se ausculta el peristaltismo con sonidos metálicos.

Se realiza analítica y una colonoscopia, en la que se observa un gran pólipo vellosito situado en el colon descendente y varios pólipos a lo largo de todo el colon. Se cogen muestras a través de la colonoscopia, y anatomía patológica indica: adenocarcinoma de colon descendente, estadio 4.

En la intervención quirúrgica se realiza una hemicolectomía izquierda, y se resecan los otros pólipos existentes. Debido a la situación del tumor y observar que éste infiltraba en la submucosa, se realiza una amputación abdominoperitoneal con instauración de una colostomía permanente en el flanco izquierdo.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

Tras la cirugía, y obtener todas las pruebas analíticas, se demostró que no había infiltración ganglionar, por lo que no fue preciso tratamiento posterior con quimioterapia, ni radioterapia.

B. VALORACIÓN (SIGUIENDO LOS PATRONES DE VIRGINIA HENDERSON)⁶

1. Necesidad de Oxigenación

La paciente presentaba una frecuencia respiratoria de 18 rpm, con una saturación de oxígeno capilar de 99%. No presenta secreciones, ni tos. No ha sido fumadora nunca.

Después de la intervención, presenta cierta dificultad para mantener una saturación de 90%, decidimos colocar gafas nasales a 2 litros de oxígeno por minuto. El 4º día se retiran, manteniendo una saturación entre 95-98%.

2. Necesidad de Nutrición e Hidratación

La paciente presenta un peso de 78kg, en su domicilio lleva una dieta normal y bebe 1,5 litros de agua al día. Es portadora de prótesis dental.

Después de la intervención, es portadora de sonda nasogástrica, colocada en quirófano, para evacuar el contenido gástrico. Se encuentra en dieta absoluta, con una pauta de sueros de 2500cc cada 24 horas. Al 3º día, se inicia tolerancia, comenzando con pequeños sorbos de agua. Al final del día, se retira la sonda nasogástrica, comenzando la dieta líquida en la cena. La paciente comienza con una dieta progresiva, disminuyendo los sueros a su vez. En el momento del alta, come dieta normal.

3. Necesidad de Eliminación

La paciente presentaba unos hábitos intestinales normales, y autonomía para realizarlos.

Tras la intervención, es portadora de sonda vesical, con diuresis diaria normal. No realiza deposiciones (colostomía).

Hasta el 5º día tras la IQ, no realiza deposiciones. En este momento estas son líquidas y no hay molestias en su expulsión.

Al alta, presenta una micción normal, tras la retirada de la sonda vesical, y las heces tienen un color y consistencia normales, tampoco hay molestias para su expulsión y no hay diarrea, ni estreñimiento. La expulsión de gases se realiza sin molestias.

La colostomía está en buen estado, sin apreciación de complicaciones. Hay una leve irritación cutánea en la piel periestomal, por lo que se utiliza un dispositivo de ostomía de dos piezas con disco plano que no produce fugas.

4. Necesidad de Moverse y Mantener la Postura

La paciente deambulaba normalmente. Tras la operación, tiene que estar en reposo absoluto, pero pronto comienza con la movilización precoz, costándole por dolor en la herida quirúrgica. Al momento del alta, ya es capaz de caminar, utilizando ayuda.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

5. Necesidad de Descanso y Sueño

La paciente refiere que en su casa, duerme de 6 a 7 horas diarias, sólo se despierta una vez en mitad de la noche, no utiliza medicación para dormir y cuando se levanta, tiene sensación de descanso.

Durante su estancia hospitalaria, duerme entre 3-5 horas, y el sueño no es reparador. Se realiza la prescripción de medicación para dormir y así mejora la situación.

6. Necesidad de Usar prendas de vestir adecuadas.

La paciente presenta buen aspecto personal, es autónoma completamente, a la entrada del hospital. Tras la intervención, necesita ayuda para cambiarse de ropa, pero en el momento del alta, la paciente es completamente autónoma.

7. Necesidad de Termorregulación

La paciente presenta buena adaptación a la temperatura ambiental. Al principio presenta febrícula, eliminándose con tratamiento médico.

8. Necesidad de Higiene y Protección de la piel.

La paciente es autónoma, hasta la intervención. A partir de este día, necesita cuidados en la piel por la encamación, hidratación, cambios posturales, etc.

El estoma también necesita unos cuidados especiales, que al principio los realizó la enfermera, y después se enseñó a la familia. Al alta, la paciente era capaz de realizar los cuidados pertinentes del estoma, y los del resto del cuerpo.

9. Necesidad de Evitar los peligros

La paciente esta alerta, orientada y no tiene pérdidas de memoria. Vive sola, pero diariamente sus hijos la visitan. Es una persona activa, que se sentía a gusto consigo misma, pero el proceso oncológico y la ostomía a supuesto un cambio brusco en su vida.

10. Necesidad de Comunicarse

Tiene un buen entorno de relaciones sociales y familiares. Expresa sus sentimientos y es muy comprensiva. Se esfuerza mucho en entender su enfermedad y el proceso que esta conlleva.

11. Necesidad de Vivir según sus creencias y valores

Se muestra satisfecha con el tipo de vida que ha llevado hasta ahora. Se le ve en paz con sus creencias y valores y quiere recuperarse y poder realizar sus proyectos vitales.

12. Necesidad de Trabajar y Realizarse

La paciente esta jubilada desde hace 17 años. Pero ella se encarga de todas las tareas del hogar, incluso se hace cargo de sus nietos.

13. Necesidad de Jugar y Participar en actividades recreativas

La paciente participa en las actividades del hogar que hay en su pueblo. Al alta, presenta rechazo a realizarlas, por vergüenza.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

14. Necesidad de Aprendizaje

La paciente se interesa por su estado, los cuidados necesarios y todo lo que tiene que ver con el proceso de la enfermedad.

C. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En función de la valoración de enfermería se identificaron los diagnósticos NANDA ⁷, y para cada diagnóstico enfermero se propusieron resultados e intervenciones enfermeras con las taxonomías NOC ⁸ y NIC ⁹.

DX NANDA : “ 00014 Incontinencia fecal”
NOC - 0501 Eliminación intestinal <ul style="list-style-type: none">• Indicadores: 050103 color de las heces 050104 cantidad de heces en relación con la dieta 050112 facilidad de eliminación de heces
NIC - 0410 Cuidados de la incontinencia intestinal <ul style="list-style-type: none">• Actividades: Controlar la dieta y las necesidades de líquidos Mantener la cama y la ropa de camas limpias Instruir al paciente/cuidador de la dieta adecuada Controlar las pautas de eliminación NIC - 0480 Cuidados de la ostomía <ul style="list-style-type: none">• Actividades: Instruir al cuidador en la utilización del equipo de la ostomía Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte Observar la curación del estoma Cambiar la bolsa de ostomía, si procede

Tabla 1

**PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO
DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO**

DX NANDA: “ 00085 Deterioro de la deambulación ”
NOC - 0200 Ambular <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores: 020001 Soporta el peso 020014 Anda por la habitación
NIC - 0200 Fomento del ejercicio <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio Instruir al individuo acerca del tipo de ejercicio adecuado a su salud
NIC - 0221 Terapia de ejercicios: ambulación <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Animar al paciente a sentarse en la cama, según tolerancia Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si fuera necesario Fomentar una deambulación independiente Animar al paciente a que esté levantado por su propia voluntad

Tabla 2

DX NANDA: “ 00095 Deterioro del patrón del sueño”
NOC - 0004 Sueño <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 000401 Horas de sueño 000404 Calidad del sueño 000407 Hábito de sueño 000418 Duerme toda la noche
NIC- 1850 Mejorar el sueño <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Explicar la importancia de un sueño adecuado Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias que lo interrumpen Ajustar el ambiente para facilitar el sueño Enseñar al paciente o controlar las pautas de sueño

Tabla 3

**PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO
DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO**

DX NANDA: “00108 Déficit de autocuidado: higiene”
NOC - 0305 Autocuidados: higiene <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 030508 Se lava el pelo 030509 Se peina o cepilla el pelo 030513 Usa el espejo
NIC- 1801 Ayuda con los autocuidados: higiene/baño <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Colocar toallas, jabón, desodorante, capillos en el baño o a pie de cama Facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede Facilitar el mantenimiento de las rutinas del paciente
NOC - 1615 Autocuidado de la ostomía <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 161519 Expresa aceptación de la ostomía 161512 Obtiene material para cuidar la ostomía 161508 Cambia la bolsa de la ostomía
NIC- 1800 Ayuda al autocuidado <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes Proporcionar los objetos personales deseados Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir sus autocuidados Animar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria Enseñar a la familia a fomentar la independencia

Tabla 4

DX NANDA: “ 00046 Deterioro de la integridad cutánea”
NOC - 1102 Curación de la herida 1º intención <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 110210 Edema perilesional 110208 Eritema cutáneo circundante
NIC- 3660 Cuidados de la herida <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Controlar las características de la herida Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida Fomentar la ingesta de líquidos, si procede Enseñar al paciente o familia los procedimientos de cuidado de la herida Enseñar al paciente o familia los signos/síntomas de infección
NIC- 3590 Vigilancia de la piel <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Valorar el estado del sitio de incisión, si procede Observar si hay enrojecimiento, calor Vigilar el color de la piel y comprobar la Tª de la piel Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel

Tabla 5

**PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO
DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO**

DX NANDA: “00118 Trastorno de la imagen corporal”
NOC - 1200 Imagen corporal <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 120004 Voluntad para tocar la parte corporal afectada 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía
NIC- 5270 Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Proporcionar ayuda en la toma de decisiones Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de mas ansiedad Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias Animar al paciente a que exprese los sentimientos
NIC- 5220 Potenciación de la imagen corporal <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la cirugía Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente

Tabla 6

DX NANDA: “00132 Dolor agudo”
NOC - 2102 Nivel del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 210201 Dolor referido 210208 Inquietud 210219 Foco limitado 210206 Expresiones faciales de dolor
NIC- 1400 Manejo del dolor <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Realizar una valoración exhaustiva del dolor Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten el dolor Seleccionar y desarrollar medidas que faciliten el alivio del dolor Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor

Tabla 7

**PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO
DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO**

DX NANDA: “00126 Conocimientos deficientes”
NOC - 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 182901 Descripción del funcionamiento de la ostomía 182903 Descripción de los cuidados de la piel alrededor de la ostomía 182906 Descripción del procedimiento para cambiar la bolsa 182907 descripción de las complicaciones relacionadas con el estoma/piel
NIC- 5510 Educación sanitaria <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Instruir al paciente en los cuidados del estoma Instruir al paciente en el manejo de la higiene Animar al paciente a que se relaciona con personas en su misma condición Instruir al paciente en el procedimiento terapéutico a seguir Enseñar al paciente el curso de la enfermedad
NOC - 1813 Conocimiento: régimen terapéutico <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 181305 Descripción de la dieta prescrita 181308 Descripción de la medicación prescrita 181309 Descripción de los procedimientos prescritos
NIC- 2380 Manejo de medicación <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse Observar si se producen efectos adversos
NIC- 5614 Enseñanza: dieta prescrita <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita Explicar el propósito de la dieta Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas

Tabla 8

DX NANDA: “00004 Riesgo de infección”
NOC - 1807 Conocimiento: control de la infección <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores 180702 Descripción de los factores que contribuyen a la infección 180704 Descripción de los signos y síntomas 180703 Descripción de las prácticas que reducen la transmisión
NIC- 6550 Protección contra las infecciones <ul style="list-style-type: none"> • Actividades Observar signos y síntomas Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo Inspeccionar las zonas de enrojecimiento, calor, drenaje de la piel Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones

Tabla 9

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

CONCLUSIONES

Los cuidados aplicados a la paciente permitieron conseguir los objetivos marcados en el Proceso Enfermero individualizado, en casi todos los casos. Fue, en la deambulaci3n, donde no se consigui3 que la paciente la realizase con completa autonom3a, haciendo uso de bast3n.

A la salida del hospital, la paciente colaboraba en los cuidados tanto del est3ma, como de su higiene. No hab3a signos de infecci3n, y el patr3n del sue1o se hab3a recuperado. Aceptaba y comprend3a el cambio que supon3a una colostom3a en su vida diaria.

Todas las actividades realizadas han permitido mejorar la calidad de vida de la paciente conviviendo con su ostom3a.

Tras un proceso traumático, que produce un deterioro f3sico y psicol3gico, la enfermera tiene la funci3n de poner en marcha el proceso enfermero, proporcionando al paciente los cuidados necesarios para mejorar su vida. Esta es una de las labores m3s importantes de enfermer3a, ya que el usuario depende de nosotros y en nuestra mano est3 que 3l evolucione satisfactoriamente.

En la atenci3n a los pacientes oncol3gicos es muy importante el 3mbito psicol3gico, ya que es muy dif3cil aceptar la nueva situaci3n. La patolog3a del c3ncer esta muy difundida, por lo que se deben tener en cuenta las recomendaciones de salud y evitar los factores de riesgo. Para ello, todo el personal sanitario debe hacer hincapi3 en la educaci3n sanitaria, y transmitir las buenas pr3cticas de salud.

PROCESO ENFERMERO EN UN PACIENTE COLOSTOMIZADO DIAGNOSTICADO DE CÁNCER DE CÓLON. CASO CLÍNICO

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez B, Hernández V, Lope V, et al. Situación del cáncer en España: incidencia. An Sist Sanit Navar. 2004; 27 (2): 165-173.
2. Muniesa JA. El cáncer en el sector sanitario de Teruel. Zaragoza: tesis doctoral; 2006.
3. Marzo-Castillejo M, Bellas-Beceiro B, Ruin-Villanueva M, Cierco-Peguera P, Moreno-Baquerano M, Rubio-Toledano L. Prevención del cáncer. Aten Primaria. 2005; 36 (Supl 2): 47- 65.
4. Oto I, Sanz M, Montiel M. Enfermería medico-quirúrgica necesidad de nutrición y eliminación. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
5. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.
6. Benitez A. Hoja de valoración 14 necesidades Virginia Henderson. Enfermería U.M.A. Málaga: febrero 2002.
http://www.deportes92.com/AntonioBenitezLeiva/Mi_cosecha.htm
7. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier; 2005-2006.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Mosby; 2006.
9. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Mosby; 2007.