

CÁNCER DE PIEL

El siguiente Plan de cuidados de Enfermería esta basado en los principales problemas que presentan aquellos/as pacientes incluidos/as en el proceso asistencial integrado Cáncer de Piel, dirigido tanto a los/las pacientes como a la persona cuidadora/familia, en etapas pre o post diagnósticas.

El objetivo del desarrollo de este plan de cuidados estandarizado, no es rutinizar la praxis asistencial, sino facilitar el registro de las actividades realizadas, teniendo bien claro la personalización e individualización de los cuidados.

Comienza con una valoración integral y específica, según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, orientada a recoger información para la identificación de problemas reales y/o potenciales y ésta adecuación planificada de los cuidados nos obliga a evaluar todos los aspectos físicos, sociales y espirituales, completando la información con tests e índices de uso multidisciplinar. (Tabla 1).

En la Tabla 2 hemos recogido los principales problemas en etiquetas diagnósticas según la taxonomía II de la NANDA, selección de resultados esperados (NOC) y aquellas intervenciones enfermeras necesarias para solucionar los mismos (NIC).

En la tabla 3 se han desarrollado actividades enfermeras adecuadas a cada diagnóstico no olvidando los aspectos positivos que tiene la implicación social y familiar en esta patología, por ello, hemos reflejado actividades de relación y promoción de la salud.

Durante este proceso es necesario la coordinación entre los niveles primario y especializado, asegurando la continuidad en los cuidados, para de esta manera garantizar la calidad asistencial.

Para ello, en su elaboración hemos participado enfermeras de hospital, comunitaria y de enlace (ECE).

EQUIPO DE TRABAJO:

Purificación Alcalá Gutiérrez
Ana Elvira Navarro Vázquez
Maria del Carmen Saucedo Figueredo

CÁNCER DE PIEL

Tabla 1: Valoración mínima específica de enfermería en el Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Piel

NIVEL ASISTENCIAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
Atención Primaria	3 Fumador/a	Mini examen cognoscitivo (MEC)
Atención Especializada	18 Sigue algún tipo de dieta	Índice de Barthel
	19 Total de consumo de líquidos diarios (1 vaso= 250 cc)	Escala de Braden
	41 Actividad física habitual	Escala de Goldberg
	56 Estado de piel y mucosas	Escala de Karnofsky
	150 Higiene general	Cuestionario Apgar familiar
	58 Presencia de alergias	
	55 Sensibilidad al calor: aumentada / disminuida	
	62 Dolor	
	68 No sigue el plan terapéutico	
	72 El hogar no presenta condiciones de habitabilidad	
	75 Dificultad en la comunicación	
	77 Su cuidador principal es...	
	98 Describa su estado de salud...	
	99 No da importancia a su salud	
	100 No acepta su estado de salud	
	102 Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento	
103 Expresa desagrado con su imagen corporal		
105 Temor expreso		
113 Influye el trabajo en su estado de salud (observaciones: cómo)		
118 Tiene falta de información sobre su salud...		
119 Desea más información sobre...		

CÁNCER DE PIEL

Tabla 2. Resumen del plan de cuidados enfermeros en el Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Piel

DIAGNÓSTICOS

- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00126 Conocimientos deficientes: cáncer de piel
- 00072 Negación ineficaz
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional

RESULTADOS

- 1902 Control del riesgo
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- 1102 Curación de la herida: por primera intención
- 1103 Curación de la herida: por segunda intención
- 1813 Conocimiento: régimen terapéutico
- 1805 Conocimiento: conducta sanitaria
- 1806 Conocimiento: recursos sanitarios
- 1300 Aceptación: estado de salud
- 1402 Autocontrol de la ansiedad
- 1200 Imagen corporal
- 1205 Autoestima

INTERVENCIONES

- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- 3590 Vigilancia de la piel
- 3584 Cuidado de la piel: tratamiento tópico
- 3440 Cuidados del sitio de incisión
- 3582 Cuidados de la zona donante
- 3583 Cuidados de la zona de injerto
- 5246 Asesoramiento nutricional
- 1400 Manejo del dolor
- 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 5270 Apoyo emocional
- 5220 Potenciación de la imagen corporal
- 5400 Potenciación de la autoestima

CÁNCER DE PIEL

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00047.- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C: -Sustancias químicas -Radiación -Extremos de edad -Alteración de la pigmentación -Factores inmunológicos o genéticos	1902.-Control del riesgo	5602.-Enseñanza: proceso de enfermedad	-Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente
	01.Reconoce factores de riesgo	3590.-Vigilancia de la piel	-Instruir al/a la paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos de la enfermedad
	02.Supervisa los factores de riesgo medioambientales	3584.-Cuidado de la piel: tratamiento tópico	-Reforzar la información suministrada
	08.Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo		-Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas
	16.Reconoce cambios en el estado de salud		-Vigilar el color de la piel
	1101.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas		-Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario
	05.Pigmentación anormal		-Registrar el grado de afectación de la piel
00046.-Deterioro de la integridad cutánea	13.Aproximación de bordes de la herida	3440.-Cuidados del sitio de incisión	-Vigilar el proceso de curación del sitio de incisión
	14.Formación de cicatriz	3582.-Cuidados de la zona donante	-Enseñar al/a la paciente/familia a cuidar el sitio de la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección
	1103.-Curación de la herida: por segunda intención	3583.-Cuidados de la zona de injerto	-Mantener la zona donante limpia y libre de presión
	01.Granulación	5246.-Asesoramiento nutricional	-Enseñar al/a la paciente a evitar la exposición de la zona donante a temperaturas extremas, traumatismos externos y luz solar
	21.Disminución del tamaño de la herida	1400.-Manejo del dolor	-Control signos de infección y otras complicaciones
	20.Formación de cicatriz		-Proporcionar control adecuado del dolor
			-Controlar el color, temperatura, llenado capilar y turgencia del injerto
			-Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del/de la paciente
			-Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
			-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, característica, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenante
		-Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente	
		-Asegurar que el/la paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes	
		-Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognoscitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)	
		-Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (temperatura de la habitación, iluminación y ruidos)	



CÁNCER DE PIEL

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00126.-Conocimientos deficientes: cáncer de piel R/C: -Mala interpretación de la información -Falta de interés en el aprendizaje -Poca familiaridad con los recursos para obtener la información	1813.-Conocimiento: régimen terapéutico	5602.-Enseñanza: proceso de enfermedad	-Proporcionar información al/a la paciente acerca de la enfermedad
	10.Descripción del proceso de la enfermedad	5540.-Potenciación de la disposición de aprendizaje	-Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad
	02.Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual		-Proporcionar información sobre las medidas diagnósticas disponibles
	16.Descripción de los beneficios del tratamiento de la enfermedad		-Fomentar la manifestación verbal de sentimientos, percepciones e inquietudes
	1805.-Conocimiento: conducta sanitaria		-Establecer un ambiente de aprendizaje lo más adecuado
	13.Descripción de cómo evitar la exposición a los riesgos medioambientales		-Facilitar la aceptación de la situación por parte del/de la paciente
	16.Descripción del uso adecuado de la autodetección		
	1806.-Conocimiento: recursos sanitarios		
	01.Descripción de los recursos que aumentan la salud		
	02.Descripción de cuándo contactar con un profesional sanitario		
00072.-Negación ineficaz	1300.-Aceptación: estado de salud	5230.-Aumentar el afrontamiento	-Disponer de un ambiente de aceptación
	08.Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	5820.-Disminución de la ansiedad	-Evaluar la capacidad de del/de la paciente para tomar decisiones
	09.Búsqueda de información	5270.-Apoyo emocional	-Valorar la comprensión de del/de la paciente del proceso de enfermedad
	11.Toma de decisiones relacionadas con la salud		-Proporcionar información objetiva respecto diagnóstico, tratamiento, y pronóstico
	1402.-Autocontrol de la ansiedad		-Ayudar al/a la paciente a identificar objetivos adecuados
	16.Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad		-Animar la implicación familiar
			-Ayudar al/a la paciente a resolver los problemas de manera constructiva
			-Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
			-Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
			-Crear un ambiente que facilite la confianza
			-Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
			-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza

CÁNCER DE PIEL

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00153.-Riesgo baja autoestima situacional R/C: -Alteración de la imagen corporal	1200.- Imagen corporal	5220.-Potenciación de la imagen corporal	-Ayudar al/a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede
	03.Descripción de la parte corporal afectada	5400.-Potenciación de la autoestima	-Ayudar al/a la paciente a identificar acciones que mejoran su aspecto
	07.Adaptación a cambios en el aspecto físico		-Utilizar una guía previsor para la preparación del/de la paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles
	10.Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto		-Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima
	14.Adaptación a cambios corporales por cirugía		-Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía
	1205.-Autoestima		-Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta
	01.Verbalizaciones de autoaceptación		-Animar al/a la paciente a evaluar su propia conducta
	08.Cumplimiento de los roles significativos personales		

