



# PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/243.php>

**PARANINFO DIGITAL** es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

*Título* **Cuidados de un paciente gastrostomizado con dermatomiositis amiopática**

*Autores* Manuel Guerrero García, Ana Isabel Linde Herrera, María Amor Martín, María del Carmen Écija Ramírez, Miguel Ángel García Cuesta, Estrella Gil Uceda

*Centro/institución* Graduado en Enfermería, Universidad de Granada

*Ciudad/país* Granada, España

*Dirección e-mail* manuelguerrerogarcia1992@gmail.com

## RESUMEN

Juan es un paciente de 70 años, diagnosticado de dermatomiositis amiopática con disfagia entre otros síntomas, al que se optó por hacerle una gastrostomía endoscópica percutánea por el riesgo de aspiración que conllevaba la alimentación por sondaje nasogástrico. Tras el alta hospitalaria, acudimos a domicilio para continuar con los cuidados y detectamos que la cuidadora tiene conocimientos deficientes acerca del cuidado de la ostomía y del proceso de la enfermedad en general. Se decide hacer una valoración según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson conjunta con el paciente y la cuidadora. Por otro lado, usamos las interrelaciones NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), para llevar a cabo el proceso de atención de enfermería, que nos permite disponer de un lenguaje común para fomentar el desarrollo del conocimiento de la enfermería y la calidad de la atención.

**Palabras clave:** Dermatomiositis amiopática/ Gastrostomía endoscópica percutánea/ Cuidados de enfermería/ Plan de cuidados.

## ABSTRACT

John is a 70 years old patient. He is diagnosed with dermatomyositis with dysphagia and other symptoms, which we chose to do a percutaneous endoscopic gastrostomy because the nasogastric catheterization increases the risk of aspiration. After hospital discharge, we went to his home for ongoing care and we detected that the caregiver had poor knowledge about ostomy care and disease process in general. We decided to make an assessment according to the Basic Needs Virginia Henderson together with the patient and the caregiver. Besides, we used the NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification) interrelationships, to carry out the process of nursing care, which allows us to have a common language to promote the development of nursing knowledge and quality of care.

**Key-words:** Dermatomyositis/ Gastrostomy/ PEG/ Nursing care/ Care plan.

## **TEXTO DE LA COMUNICACIÓN**

### **Introducción**

La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria que afecta a la piel y al músculo. Se incluye dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas o miositis idiopáticas, las cuales constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades musculares, de etiología desconocida, caracterizadas por la aparición progresiva de debilidad muscular e inflamación<sup>1</sup>.

El compromiso muscular afecta principalmente a la cintura escapular y/o pelviana. Los síntomas iniciales suelen ser la fatiga, imposibilidad de subir escaleras o levantar los brazos. La presencia de disfagia proximal o dificultad para tragar con o sin síntomas de aspiración, denota el compromiso de los músculos faríngeos y se asocia a mal pronóstico. En las formas severas todos los músculos pueden estar comprometidos y el síntoma principal es la mialgia<sup>2</sup>.

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) se ha convertido en una alternativa eficaz y segura para la alimentación a largo plazo de pacientes con trastornos para la deglución de origen neuromuscular u obstrucciones tumorales de orofarínge o esófago.

Es una técnica endoscópica que permite la colocación de una sonda flexible, creando una comunicación temporal o permanente entre la pared abdominal y la cavidad gástrica, asegurando la alimentación directa al tubo digestivo del paciente. Supone la mejor alternativa a la sonda nasogástrica (SNG), para procurar la alimentación enteral en el ámbito domiciliario, cuando se considere que el periodo de nutrición será superior a 4 semanas y la esperanza de vida superior a 2 meses, por su sencillez, utilidad, seguridad, fácil manejo y bajo coste<sup>3</sup>.

La metodología empleada para la consecución del caso está basada en el modelo enfermero de Virginia Henderson, para la valoración inicial de los problemas, y las taxonomías NANDA<sup>4</sup>, NIC<sup>5</sup> y NOC<sup>6</sup>, para el desarrollo de las necesidades detectadas, al adecuarse a la realidad asistencial en la que se desenvuelve nuestra práctica diaria.

Para garantizar el anonimato de la persona entrevistada, se le ha aplicado un seudónimo que no corresponde con su nombre original, así mismo, por cuestiones éticas, han sido modificadas las situaciones que puedan sugerir la identidad del paciente y/o familiar.

### **Presentación del caso**

Juan es un paciente de 70 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y úlcera péptica. Hace 5 años, padeció un ictus isquémico que le provocó una hemiplejia izquierda.

A principios de este año, es ingresado en la unidad de medicina interna por lesiones cutáneas eritematosas, disfagia, debilidad muscular y problemas en la articulación del lenguaje. Se le hace una biopsia cutánea con despistaje neoplásico negativo. Tras descartar una enfermedad infecciosa, finalmente, se le diagnosticó dermatomiositis amiopática.

Se le implantó una sonda nasogástrica como alternativa a la alimentación oral por la disfagia. Tras unas semanas, se optó por retirarla porque el paciente tuvo varios

episodios de aspiración y querían evitar que se produjeran neumonías. Finalmente se decide hacerle una gastrostomía e implantarle una sonda tipo PEG<sup>7</sup>.

Está casado, tiene tres hijos y vive con su mujer. Cuenta con mucho apoyo familiar. Su mujer, de 68 años, es la cuidadora informal y por las mañanas cuenta con la ayuda de una cuidadora formal/no profesional. Las hijas los visitan a diario.

La primera toma de contacto con Juan fue el día que recibió el alta, porque es derivado a su centro de salud para continuar con los cuidados. Procedemos a hacer una valoración según las Necesidades Básicas de Virginia Henderson

### *Fase de valoración*

La valoración inicial la realizamos en su casa, siguiendo el modelo de Necesidades de Virginia Henderson. Los métodos utilizados para la recogida de datos han sido la observación, la exploración física y una entrevista con el paciente y su mujer, que es la cuidadora informal. También se han extraído datos de su historia clínica.

-Respirar normalmente: El paciente es exfumador desde hace 12 años. Tiene dificultad respiratoria por la enfermedad pulmonar y presenta tos productiva con abundante mucosidad. Actualmente, tiene oxigenoterapia domiciliaria (1,5 l/m durante 16 horas al día).

-Comer y beber de forma adecuada: Tiene dificultad para la deglución por la disfagia que le produce su enfermedad. En estos momentos, no toma ningún tipo de alimento ni líquido por la boca, pero se van a ir introduciendo alimentos poco a poco para intentar recuperar la deglución. Hubo una pérdida de peso durante la estancia hospitalaria. Alimentación a través de la gastrostomía. Tiene una dieta enteral intermitente de 1500 kcal repartidas en 4 tomas al día, cada 6 horas por indicación de la unidad de nutrición.

-Eliminar los desechos corporales: Presenta episodios de estreñimiento y diarrea. En estos momentos no toma laxantes. Además, tiene una incontinencia urinaria funcional. Tiene una diuresis de 2500 ml aproximadamente y usa dos absorbentes durante el día y uno durante la noche. A veces, hace retenciones urinarias que necesitan de sondaje vesical.

-Moverse y mantener una postura adecuada: El paciente no puede cambiar de posición en la cama debido a la debilidad muscular, por lo que precisa de la ayuda de otra persona para hacerle cambios posturales. Le administramos el cuestionario de Autonomía para las actividades de la vida diaria y obtuvo un Índice de Barthel de 15 (paciente dependiente total). A veces las hijas lo sacan a la calle en silla de ruedas. El traslado de la cama a la silla lo hacen con grúa. No ha tenido caídas en el último año. Tras pasar la Escala de Riesgo de Caídas Múltiples obtuvo una puntuación de 6 (no tiene riesgo de caídas).

-Dormir y descansar: Tiene dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo. Durante el día, duerme a ratos. Tiene pautados medicamentos inductores del sueño (benzodiazepinas). Tiene una cama articulada y un colchón anti-escaras.

-Mantener la higiene corporal: La cuidadora formal/no profesional le hace baños en cama a diario por las mañanas. Presenta un eritema en el tronco, característico de la dermatomiositis. Se le administró la Escala de Norton y obtuvo una puntuación 11 (alto riesgo de úlceras por decúbito). Actualmente, no presenta edemas ni heridas, la piel está íntegra salvo por la ostomía. A pesar de no ingerir nada por vía oral, mantiene una higiene bucal correcta.

-Evitar los peligros del entorno: El paciente refiere que se encuentra con más fuerza y mejor estado general después del alta hospitalaria. Vacunación correcta. Mientras mantenemos la entrevista, observamos que está orientado en tiempo, espacio y persona y no tiene alteraciones sensoriales ni auditivas. Es dependiente para el tratamiento pero cumple con el régimen terapéutico.

-Comunicarse con los otros: Nos cuenta que tiene una buena comunicación con su mujer y que comparte sus problemas con ella. Durante la entrevista, su mujer, nerviosa, dice que le dieron unos papeles en el hospital pero ha perdido algunos y no sabe cómo tiene que curar la ostomía.

-Actuar con arreglo a la propia fé: El paciente le da mucha importancia a su salud. Dice que está acostumbrado a su estado de salud porque, aunque ha empeorado en el último año, lleva muchos años enfermo. Su enfermedad le ha producido cambios vitales, aunque no se han alterado sus sensaciones respecto a la autoevaluación personal.

-Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad: Tiene estudios primarios. Le administramos un Cribado de Deterioro Cognitivo -Test de Pfeiffer- y obtuvo una puntuación de 3 (deterioro intelectual leve). Cuando desea saber algo de su salud recurre a su familia, enfermera o médico.

Respecto a las necesidades básicas mantener la temperatura corporal, elegir la ropa adecuada, trabajar para sentirse realizado y participar en diversas formas de entretenimiento, destacar que no se encontró ningún dato de interés.

Para finalizar, se decide administrar el cuestionario: Cribado Ansiedad Depresión Escala de Goldberg a su mujer, subescala de ansiedad, ya que en el transcurso de la entrevista detectamos que su mujer está muy nerviosa por el cambio que ha supuesto la sonda y la ostomía en cuidado diario de su marido.

De los 4 ítems iniciales contesta afirmativamente 3 de ellos. Pasamos a la segunda parte del cuestionario y de los otros 5 ítems, contesta afirmativamente 3, sumando un total de 6 puntos.

Podemos determinar que presenta cierto grado de ansiedad no patológica relacionada posiblemente con los pocos conocimientos que tiene sobre todos los cuidados que necesitan la sonda y la ostomía.

## **Plan de cuidados**

### *Fase diagnóstica*

El plan de cuidados es para el paciente pero debe ser ejecutado por un cuidador ya que él está inmovilizado y es dependiente total para las actividades de la vida diaria. El análisis de estos datos nos ha permitido formular la existencia de los siguientes problemas:

-Conocimientos deficientes (Cuidadora): proceso de enfermedad/régimen terapéutico r/c (relacionados con) la poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p (manifestado por) verbalización del problema.

-Ansiedad (Cuidadora): r/c cambio en el estado de salud m/p incertidumbre y nerviosismo.

-Riesgo de infección (paciente) r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel.

-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (paciente) r/c factores mecánicos, inmovilización física y humedad.

-Riesgo de aspiración (paciente) r/c alimentación por sonda y deterioro de la deglución.

### *Problemas de colaboración*

Actualmente, la situación del paciente no genera ningún problema de colaboración.

### *Fase de planificación*

En esta fase se escogieron los resultados de enfermería (con sus indicadores) basándonos en la taxonomía NOC<sup>6</sup> y las intervenciones de enfermería (con sus actividades) utilizando la taxonomía NIC<sup>5</sup>.

Pueden observarse tanto los resultados como las intervenciones en la tabla 1. Las intervenciones seleccionadas para el diagnóstico conocimientos deficientes son las más recomendadas por los artículos consultados en la literatura científica<sup>3,9,10</sup>. Para el resto de diagnósticos, las intervenciones se escogieron porque se consideraron las más adecuadas para alcanzar nuestros objetivos.

### *Fase de ejecución*

El mismo día, después de la entrevista, curamos la ostomía, lavamos la sonda y giramos el disco para que la mujer viese como se hace. Insistimos en la importancia del lavado de manos antes de manipular la ostomía o la sonda para evitar complicaciones como la infección. Le decimos que si observa inflamación o enrojecimiento en el estoma, nos avise.

En relación con la alimentación, la comida debe estar a temperatura ambiente, nunca fría. Debe pasar la comida a una velocidad lenta, si lo hace muy rápido puede provocar diarreas. Debe infundir 50 ml de agua siempre después de la administración de la comida. La medicación debe ir muy triturada y diluida en agua para evitar la obstrucción de la sonda.

Se le dice que debe hacer los cambios posturales cada 2-3 horas, que esté siempre lo más seco posible y se le recomienda que use taloneras y aceites esenciales hiperoxigenados para prevenir la aparición de úlceras por presión.

En relación con la deglución, en unos días se comenzará a introducir algunos alimentos por vía oral para intentar recuperar poco a poco esa función y se le explica las consideraciones a tener en cuenta.

Toda la información se le dio por escrito y le entregamos el número de teléfono del centro para que nos llamase si tuviese alguna duda.

### *Fase de evaluación*

Una semana después de hacer la primera visita e instruir a la cuidadora sobre cómo realizar los cuidados, llamamos a su domicilio para asegurarnos de que no tiene dudas en relación con los cuidados. Nos dice que todo va bien, no ha tenido problemas en este tiempo.

Cuatro semanas después de la valoración, acudimos al domicilio del paciente para hacer la evaluación del plan de cuidados. Nos encontramos al paciente con mejor aspecto general. Observamos que tiene una mejor articulación del lenguaje y está comiendo diariamente un poco de yogur. Verbaliza que se encuentra mucho mejor, con la gastrostomía está mucho más cómodo que con la sonda nasogástrica. El plan de cuidados y la consiguiente evaluación pueden observarse en la tabla 1.

La ostomía está completamente curada y la cuidadora conoce las complicaciones relacionadas con el estoma. Se le dice que gire el disco diariamente y siga lavando con agua y jabón.

En cuanto a la alimentación y cuidados de la sonda, la mujer dice que no ha tenido problemas durante este periodo de tiempo. Toma las precauciones necesarias para prevenir complicaciones con la enfermedad. Se le dice que continúe como hasta ahora.

Se han alcanzado los objetivos propuestos para el diagnóstico Conocimientos deficientes, por lo que se finaliza el plan de cuidados para ese diagnóstico.

Respecto al diagnóstico de Ansiedad, la cuidadora se encuentra más tranquila y segura de sí misma. Se le vuelve a pasar el cuestionario: Cribado Ansiedad Depresión Escala de Goldberg, subescala de ansiedad. En la primera parte del cuestionario solo contesta afirmativamente 1 de las preguntas por lo que no se continua con la segunda parte. Actualmente no existe ansiedad en la cuidadora y se finaliza el plan de cuidados para este diagnóstico.

En cuanto al diagnóstico Riesgo de infección, se han alcanzado los objetivos propuestos. La ostomía se ha curado y no ha habido complicaciones. La cuidadora reconoce los signos y síntomas de la infección y mantiene las normas de asepsia. Consideramos que el riesgo de infección ha desaparecido porque la ostomía se ha curado, por lo que se le dice a la cuidadora que siga con las precauciones que ha seguido hasta ahora y se finaliza el plan de cuidados para ese diagnóstico.

También se ha alcanzado el objetivo propuesto para el Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. La mujer reconoce que no hace los cambios posturales como le indicamos. Le insistimos en la importancia de los cambios cada 2-3 horas. Se recomienda continuar con el plan de cuidados por el alto riesgo de úlcera por presión.

Por último, respecto al diagnóstico Riesgo de aspiración, tanto la cuidadora como el paciente han evitado los factores de riesgo y han cumplido con las actividades propuestas, previniendo así aspiraciones durante este periodo de tiempo. Pero el riesgo persiste, sobre todo desde que comenzó con la tolerancia oral de alimentos. Por este motivo, se recomienda continuar con el plan de cuidados para este diagnóstico.

Tras la evaluación del plan de cuidados, observamos que se han solucionado tres de los cinco diagnósticos propuestos. El plan de cuidados resultante puede observarse en la tabla 2.

Después de la evaluación, se continúa con el plan de cuidados de aquellos problemas que no se han resuelto. Se recomienda volver a evaluar mensualmente para detectar problemas potenciales antes de que aparezcan.

## **Discusión**

En el caso que presentamos, no solo debemos tener en cuenta al paciente, sino también a su cuidadora. El principal problema a resolver era la falta de conocimientos para poder afrontar esta nueva situación. Tras aplicar el plan de cuidados, tanto el paciente como la cuidadora conocen la enfermedad y todo lo relativo a sus cuidados. Además, conocen los recursos sanitarios a los que pueden acudir, si así lo precisara.

El seguimiento del paciente durante este periodo de tiempo ha evitado que aparezcan dos de las complicaciones más frecuentes en los pacientes gastrostomizados, que son la infección de los bordes del estoma y la neumonía por aspiración<sup>8,9</sup>.

El plan de cuidados realizado ha ayudado a resolver los tres diagnósticos principales, que son los conocimientos deficientes, ansiedad y el riesgo de infección. Para nosotros, estos problemas eran los más importantes a tratar para que no se produjera rechazo de la sonda y para reducir la ansiedad en la cuidadora. Los demás diagnósticos, aunque se han alcanzado los objetivos propuestos, continúan sin resolverse porque los factores de riesgo van a persistir.

Si comparamos las intervenciones realizadas con las encontradas en la literatura científica, podemos observar que son las medidas más eficaces y habituales en el cuidado de las gastrostomías<sup>3,9,10</sup>.

Actualmente, la evolución del paciente es favorable pero es necesario que se continúe aplicando correctamente el plan de cuidados para prevenir la aparición de complicaciones.

## **Bibliografía**

1. Bielsa I. Dermatomiositis. *Reumatol Clin*. 2009; 5(05): 216-22.
2. Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Rosario [sede Web]. Rosario: Cátedra de Dermatología; 2009 [fecha de actualización 1 de Marzo de 2009; acceso 25 de Junio de 2014]. Bibiana M. Dermatomiositis. Disponible en: <http://www.dermatologiarosario.com.ar/dermatomiositis.htm>.
3. Frigal Ruiz AB, Gonzales Castillo S, J Lucendo A. Gastrostomía endoscópica percutánea: una actualización sobre indicaciones, técnica y cuidados de enfermería. *Enferm Clin*. 2011; 21(3): 173-178.
4. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2012-2014*. Madrid: Ediciones Elsevier, 2012.
5. McCloskey JC, Bulechek GM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)*. 4ª ed. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
6. Morrhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. *Clasificación de resultados de enfermería (CRE)*. 4ª ed. Madrid: Ediciones Elsevier, 2009.
7. Gomes JC, Lustosa S, Matos D, Andriolo R, Waisberg D, Waisberg J. Gastrostomía endoscópica percutánea versus alimentación con sonda nasogástrica para adultos con

trastornos de deglución. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; 3. Art. No.: CD008096.

8. Chicharro L, Puiggrós C, Cots I, Pérez-Portabella C, Planas M. Complicaciones inmediatas de la gastrostomía percutánea de alimentación: 10 años de experiencia. Nutr. Hosp. 2009; 24(1):73-76.

9. Igual Fraile D, Marcos Sánchez, Robledo Andrés P, Fernández Bermejo M. Gastrostomía endoscópica percutánea: su utilidad en Atención Primaria. Medifam. 2013; 13(1): 20-26.

10. Prado Rodríguez-Barbero M. Cuidados del paciente con gastrostomía endoscópica percutánea. Metas de Enferm. 2009; 12(8): 50-53.

## Anexos

Tabla 1: Plan de cuidados inicial

<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000126) - Conocimientos deficientes: proceso de enfermedad/régimen terapéutico r/c la poca familiaridad con los recursos para obtener la información m/p verbalización del problema.</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(01829) Conocimiento: cuidados de la ostomía	Indicador: (182907) Complicaciones relacionadas con el estoma  Puntuación basal: 2 - Conocimiento escaso Puntuación diana: 4 - Conocimiento sustancial
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Indicadores</i>	<i>Actividades</i>
(480) Cuidados de la ostomía	- Lavar la zona de gastrostomía con agua y jabón, secar y aplicar solución antiséptica al menos durante los primeros 15 días tras la colocación (posteriormente usar solo agua y jabón). Pasados 15 días no deben colocarse vendas o gasas debajo del soporte externo - Comprobar diariamente que la zona alrededor del estoma no existe irritación cutánea, enrojecimiento o inflamación. - Comprobar que no existe secreción gástrica. - El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca tirar de él.
<u>Evaluación</u>	



Puntuación tras intervención: 4 - Conocimiento sustancial	<u>Evaluación:</u> Su cuidadora demuestra que conoce las complicaciones relacionadas con la ostomía y se ha evitado que aparezcan. Finalizar plan de cuidados.
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(01803) Conocimiento: proceso de la enfermedad	Indicador: (180311) Precauciones para prevenir las complicaciones de la enfermedad  Puntuación basal: 2 - Conocimiento escaso Puntuación diana: 4 - Conocimiento sustancial
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(1056) Alimentación enteral por sonda  (5606) Enseñanza individual  (1874) Cuidados de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Los envases abiertos deben conservarse en el frigorífico.</li> <li>- La nutrición debe administrarse a temperatura ambiente. Se puede templar. Nunca hervir.</li> <li>- Deberá mantener elevada la cabecera de la cama unos 45 ° grados mientras le esté pasando la nutrición y hasta 30 minutos después de finalizada.</li> <li>- Deberá mantener la sonda taponada entre tomas.</li> <li>- Realizara una adecuada higiene bucal.</li> <li>- Deberá lavarse las manos siempre que vaya a manipular el material</li> <li>- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.</li> <li>- En caso de salida accidental de la sonda se debe evitar el cierre del estoma: recolocar la misma o bien colocar una sonda urinaria de similar calibre hasta su sustitución definitiva.</li> <li>- Se debe girar diariamente la sonda 360° para evitar adherencias</li> <li>- Lavar la parte externa de la sonda diariamente con agua y jabón o solución antiséptica.</li> <li>- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.</li> <li>- Comprobar todos los días que el soporte externo no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.</li> </ul>
<u>Evaluación</u>	
Puntuación tras intervención: 4 - Conocimiento sustancial	<u>Evaluación:</u> La cuidadora conoce las precauciones para prevenir las complicaciones relacionadas con la alimentación y cuidados de la sonda PEG. Finalizar plan de cuidados.

<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(00146) Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p incertidumbre y nerviosismo</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1402) Autocontrol de la ansiedad	Indicador: (140217) Controla la respuesta de ansiedad.  Puntuación basal: 1 - Nunca demostrado Puntuación diana: 5 - Siempre demostrado
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(5820) Disminución de la ansiedad	- Escuchar con atención. - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
<u>Evaluación</u>	
Puntuación tras intervención: 5 - Siempre demostrado	Evaluación: La cuidadora se muestra más segura y no manifiesta síntomas de ansiedad. Finalizar plan de cuidados.
<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000004) - Riesgo de infección r/c defensas primarias inadecuadas: rotura de la piel.</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1902) Control del riesgo	Indicador: (190209) Evita exponerse a las amenazas para la salud  Puntuación basal: 5 - Siempre demostrado Puntuación diana: 5 - Siempre demostrado
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(6550) Protección contra las infecciones	-Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. -Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. -Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor

	extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
<u>Evaluación</u>	
Puntuación tras intervención: 5 - Siempre demostrado	<u>Evaluación</u> : La ostomía ha cicatrizado. La cuidadora reconoce los signos y síntomas de infección y mantiene las normas de asepsia. Finalizar plan de cuidados.
<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000047) - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos, inmovilización física y humedad.</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Indicador: (110113) Integridad de la piel.  Puntuación basal: 5 - No comprometido Puntuación diana: 5 - No comprometido
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(3540) Prevención de úlceras por presión	-Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. -Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. -Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede.  -Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.
<u>Evaluación</u>	
Puntuación tras intervención: 5 - No comprometido	<u>Evaluación</u> : Piel íntegra, pero persiste el riesgo. Continuar con el plan de cuidados.
<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000039) - Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda y deterioro de la deglución.</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1918) Prevención de la aspiración	Indicador: (191802) Evita factores de riesgo  Puntuación basal: 5 - Siempre demostrado Puntuación diana: 5 - Siempre demostrado

<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(3200) Precauciones para evitar la aspiración  (1860) Terapia de deglución	-Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación. -Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación. -Alimentos blandos y en pequeñas cantidades. -Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. -Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. -Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente
<u>Evaluación</u>	
Puntuación tras intervención: 5 - Siempre demostrado	<u>Evaluación:</u> El paciente y su cuidadora cumplen con las actividades propuestas y ha evitado exponerse a los factores de riesgo. Sigue el riesgo de aspiración por la disfagia. Continuar con el plan de cuidados.

Tabla 2: Plan de cuidados después de la evaluación

<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000047) - Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos, inmovilización física y humedad</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Indicador: (110113) Integridad de la piel.  Puntuación basal: 5 - No comprometido Puntuación diana: 5 - No comprometido
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(3540) Prevención de úlceras por presión	-Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. -Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria. -Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, si procede. -Evitar dar masajes en los puntos de presión enrojecidos.

<u>Diagnóstico de enfermería (NANDA)</u>	
<b>(000039) - Riesgo de aspiración r/c alimentación por sonda y deterioro de la deglución.</b>	
<u>Resultados de enfermería (NOC)</u>	
<i>Resultados</i>	<i>Indicadores</i>
(1918) Prevención de la aspiración	Indicador: (191802) Evita factores de riesgo .  Puntuación basal: 5 - Siempre demostrado Puntuación diana: 5 - Siempre demostrado
<u>Intervenciones de enfermería (NIC)</u>	
<i>Intervenciones</i>	<i>Actividades</i>
(3200) Precauciones para evitar la aspiración  (1860) Terapia de deglución	-Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación. -Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación. -Trocear los alimentos en porciones pequeñas. -Alimentación en pequeñas cantidades. -Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes. -Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. -Realizar consulta con el terapeuta y/o médico para avanzar de forma gradual en la consistencia de la comida del paciente