



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DIMENSIÓN PRÁCTICA DEL EXAMEN COMPLEXIVO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

CASO CLÍNICO

**PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE MASCULINO DE 43
AÑOS DE EDAD CON CANCER DE COLON.**

AUTORA

GLENDA JACKELINE LEÓN MONTECE

TUTORA

LCDA. ROSA BUSTAMANTE CRUZ. MSC

BABAHOYO – LOS RÍOS – ECUADOR

2023

INDICE GENERAL

Contenido

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
TEMA DEL CASO CLINICO	5
RESUMEN	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCION.....	8
1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2) JUSTIFICACION	13
3) OBJETIVOS DEL ESTUDIO	14
4) LINEA DE INVESTIGACION	15
5) MARCO CONCEPTUAL	16
6) MARCO METODOLOGICO.....	21
7) RESULTADOS	29
8) DISCUSION DE RESULTADOS	31
9) CONCLUSIONES	32
10) RECOMENDACIONES	33
11) REFERENCIAS.....	34
12) ANEXOS	35

DEDICATORIA

Este caso clínico, está dedicado en primer lugar, a Dios por darme salud y vida, en segundo lugar, a mi madre que ha sido mi pilar fundamental en todos mis años de estudio, y me han brindado todo su apoyo de manera incondicional y siempre me impulsó a seguir adelante a pesar de las dificultades y en aquellas veces que ya desistía.

A mi esposo que a pesar de la distancia me apoya emocionalmente y en lo económico dándome ánimos para seguir adelante por nuestro hijo que es nuestro principal motivo de salir adelante.

También a mis hermanos que por ser unos personajes muy importantes ya que ellos me motivaron y conjuntamente con todo a mi familia confiaron en mí, y me alentaron porque querían que llegue al éxito y ser la primera Licenciada en enfermería de la familia, los llevo siempre en mente y en el corazón.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por brindarme la sabiduría suficiente para poder afrontar cualquier instancia de la vida, por guiarme y protegerme durante todo este camino, por permitir poder levantarme cada día a luchar por mis sueños.

A mi madre, esposo e hijo quienes han sido mi motor para poder cumplir mis objetivos, su apoyo y sus consejos fue la razón que me motivo a seguir adelante a vencer muchos obstáculos ellos son mi ejemplo a seguir.

Muestro mis más sinceros agradecimientos a mi tutora Amada Virginia Gómez Puente, quien fue la pieza clave para poder lograr la realización correcta de este proyecto y quien con sus conocimientos y sabiduría supo guiarme en toda esta etapa para el desarrollo del presente trabajo.

TEMA DEL CASO CLINICO

**PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTE MASCULINO DE 43
AÑOS CON CANCER DE COLON**

RESUMEN

El cáncer de colon a tomado un puesto importante a nivel salud ya que en los países desarrollados ya ocupa el segundo lugar en las neoplasias que con mayor frecuencia son diagnosticadas a su vez en nuestra zona en específico Ecuador ocupa el cuarto lugar esto a que es diagnosticado en etapas avanzadas ya que en primer lugar el paciente no busca ayuda en tiempos determinantes a esto se le suma que poco a poco en nuestra zona el consumo de fibra ha ido disminuyendo y aumentado el consumo de carbohidratos, a esto le sumamos el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, por lo que hemos visto necesario realizar nuestro estudio de caso con el fin de educar a la población.

En el presente caso clínico se estudiamos a un paciente de 43 años de edad con diagnóstico de Cáncer de colon a nivel de sigmoides, que es una de las zonas con mayor incidencia de presentación del mismo, y en buscamos realizar de manera adecuada las intervenciones de enfermería que permitirán satisfacer las necesidades desde su ingreso a la estancia hospitalaria hasta su alta, los resultados que hemos obtenido han sido gracias al manejo integral y diagnóstico oportuno mediante la valoración inicial de nuestro paciente, una vez estable se logra derivar a seguimiento por especialidad de oncología para su posterior manejo acorde a su situación, las intervenciones planificadas fueron las adecuadas y ejecutadas de manera oportuna para la resolución de la clínica de nuestro paciente se le otorga el alta sin ninguna complicaciones. Este caso clínico describimos a detalle los diagnósticos de enfermería, las intervenciones realizadas por enfermería y la evolución de nuestro paciente en base a las intervenciones que como enfermeros hemos realizado.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de colon, Proceso de atención de enfermería, estreñimiento,

ABSTRACT

Colon cancer has taken an important position at the health level since in developed countries it already occupies second place in the neoplasms that are most frequently diagnosed, in turn in our specific area, Ecuador occupies fourth place for what it is diagnosed in advanced stages since in the first place the patient does not seek help in decisive times. Added to this is that little by little in our area the consumption of fiber has been decreasing and the consumption of carbohydrates has increased, to this we add the sedentary lifestyle, the overweight and obesity, which is why we have seen it necessary to carry out our case study in order to educate the population.

In the present clinical case we study a 43-year-old patient with a diagnosis of colon cancer at the sigmoid level, which is one of the areas with the highest incidence of its presentation, and we seek to adequately carry out the intervention. nursing that will allow the needs to be met from admission to the hospital stay until discharge. The results we have obtained have been thanks to the comprehensive management and timely diagnosis through the initial assessment of our patient. Once stable, it is possible to refer them to follow-up by specialty. oncology for subsequent management according to his situation, the planned interventions were appropriate and executed in a timely manner for the resolution of our patient's symptoms and he was discharged without any complications. In this clinical case we describe in detail the nursing diagnoses, the interventions carried out by nursing and the evolution of our patient based on the interventions that we as nurses have carried out.

KEYWORDS

Colon cancer, Nursing care process, constipation,

INTRODUCCION

El cáncer colon es uno de los canceres que va en aumento a nivel global, lo que va constituyendo un problema de salud a gran escala por su mortalidad y morbilidad, donde su aparición y desarrollo es consecuencia de una mutación celular, y una replicación acelerada donde se ven involucrados factores genéticos, ambientales y socioeconómicos, dentro de los genéticos podemos identificar el síndrome hereditario de poliposis familiar, como del no vinculado a la poliposis.

El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor de alta incidencia en los países desarrollados y se encuentra ubicado dentro de las tres primeras causas de muerte por cáncer, en los países Europeos ocupa el segundo lugar dentro de sus causas de muerte por neoplasias, mientras que en Estados Unidos ocupa un tercer lugar dentro de las causas de muerte por neoplasia, a su vez se ha visto una disminución en los rangos de edad con aparición en edades mas tempranas, a nivel de latino América ocupa el cuarto lugar dentro las causas de muerte por neoplasias, con una aparición anual de 240 000 casos y 112 000 muertes anuales por dicha causa, en Ecuador de igual manera se encuentra en el cuarto lugar de las neoplasias mas frecuentes, con un 12.1% de casos nuevos anuales y de los cuales 6.4% llega a fallecer, por lo que nos hemos visto en la necesidad de realizar un estudio de caso enfocados en la atención primaria de enfermería y sus diferentes intervenciones en todas las etapas de dicha patología.

PRIMERA PARTE: CONCEPTUALIZACION

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

DATOS GENERALES

Nombre: NN

Historia clínica: NN

Edad: 43

Instrucción: Secundaria

Estado civil: Unión libre

Fecha de nacimiento: 29/04/1980

Lugar de nacimiento: Los Ríos – Vinces

Nacionalidad: ecuatoriana

Fecha de ingreso: 16/04/2023

PRINCIPALES DATOS CLÍNICOS QUE REFIERE EL PACIENTE SOBRE LA ENFERMEDAD ACTUAL (HISTORIAL CLINICO DEL PACIENTE).

Paciente de sexo masculino de 43 años de edad el cual es llevado por su conviviente al Hospital General IESS Babahoyo, el cual ingresa en horas de la tarde por el área de emergencia, por presentar cuadro clínico de +/- 5 días de evolución caracterizado por dolor en región abdominal de intensidad 10/10, estreñimiento y rectorragia activa, a su vez refiere que ha perdido peso progresivamente en los últimos 6 meses y en el último mes se acompaña de sudoración nocturna, meteorismo, deseos frecuentes de defecar y no refiere alivio posterior a la evacuación.

Al momento del examen físico se observa palidez generalizada, facies caquéticas, mucosas secas, campos pulmonares ventilados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen globoso, doloroso a la palpación profunda y superficial, a la percusión timpánico, y a la auscultación encontramos ruidos hidroaéreos abolidos, se realiza tacto rectal donde se evidencia gran cantidad de heces fecales en ampolla rectal, al momento de su ingreso paciente se encuentra orientado en tiempo espacio y persona, colaborador al interrogatorio, constantes vitales son, presión arterial 100/60 mmhg, frecuencia

cardiaca 65 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm, temperatura 36 °C, saturación de oxígeno 95 %, por lo que se procede a su ingreso, canalización de vía periférica y se suministra medicación prescrita por el médico.

Signos vitales

- Presión/Arterial: 100/60 mm/Hg
- Talla: 172 cm
- Peso: 51 Kg
- Pulso: 65 lpm
- Temperatura: 36 °C
- Frecuencia Respiratoria: 18 Rpm
- Saturación de Oxígeno: 95 % al ambiente

ANTECEDENTES

- **Antecedentes patológicos personales:** estreñimiento, colon irritable.
- **Antecedentes patológicos familiares:** Madre: CA de mama.
- **Antecedentes quirúrgicos:** no refiere.
- **Alergias:** sensibilidad a las penicilinas.
- **Medicamentos:** Magaldrato + simeticona 15ml c/8h, omeprazol 40mg c/12h, ciruelax 1 cap dia por las noches
- **Hábitos:** alcohol: socialmente, tabaco: no refiere.

EXAMEN FÍSICO (EXPLORACIÓN FÍSICA)

- Piel y faneras: deshidratación moderada
- Estado de Conciencia: alerta, colaborador al interrogatorio, orientado en tiempo, espacio y persona.
- Cabeza: normo céfalo.
- Cara: simétrica y pálida.
- Oído: bien implantados.
- Ojos: simétricos con condición de miopía.

- Boca: mucosas secas
- Dientes: Piezas dentarias incompletas.
- Uñas: regulares de coloración palida
- Cuello: a la exploración no se palpan adenopatías
- Tórax: simétrico,
- CsPs: ventilados, murmullo vesicular audible
- RsCs: rítmicos, no soplos
- Abdomen: globoso, doloroso a la palpación profunda y superficial de intensidad 10/10, a la percusión se aprecia abdomen timpánico con ruidos hidroaéreos abolidos.
- Miembros superiores: simétricos a la vista
- Miembros inferiores: simétricos sin presencia de edema
- Genitales: normales
- Estado nutricional: desnutrición, caquético
- Marcha y movimiento: sin alteraciones

Laboratorios

- Hemograma de control
- Hemoglobina 8.5
- Hematocrito 25.2
- Plaquetas 150 000
- Leucocitos 11
- Neutrófilos 85
- Linfocitos 12.2

Bioquímica sanguínea

- Glucosa 90
- Urea 18
- Creatinina 1
- TGO 30

- TGP 22

Al no a ver resultados que llamen la atención se envían exámenes especiales

- PSA libre 2.1 ng/ml
- PSA total 3.2 ng/ml
- CEA 17 ng/ml
- CA 19-9 52 U/ml

ECOGRAFIA ABDOMINAL

En región abdominal se observa disminución del peristaltismo, a su vez se aprecia columnas de gas en todo el recorrido del colon, se aprecia un pólipo aislado único en el colon descendente en su porción distal el cual no presenta signos de inflamación, a nivel del colon sigmoide se observa un fecaloma en el colon sigmoide, y una disminución en la luz cercana al recto, no valorable por ecografía se recomienda realizar colonoscopia y tac para una mejor valoración.

TOMOGRAFIA SIMPLE DE ABBOMEN

En TAC se puede observar una masa en el colon sigmoides de bordes irregulares de mas o menos 8cm, que produce un estrechamiento de la luz, compatible con neoplasia, se recomiendo biopsia por colonoscopia.

2) JUSTIFICACION

El motivo por el cual eh optado por el estudio de este caso clínico es el aumento sustancial de casos en los últimos años y el cual ha permitido que el cáncer de colon se posicione en el segundo lugar a nivel mundial y en nuestro medio se encuentre en el cuarto lugar, siendo uno de las neoplasias que mayor mortalidad tiene al momento, ya que su clínica tiende a confundir con otras patologías o no da manifestaciones clínicas en las primeras etapas siendo por lo general diagnosticado en etapas terminales, en nuestro país no existe cifras actualizadas al igual que no se le ha dado la importancia que merece dicha patología,

Por lo que en este caso clínico de cáncer de colon nos enfocamos en un manejo adecuado del paciente afectado con dicha patología desde el momento de su diagnóstico realizando las intervenciones de enfermería oportunamente hasta el momento del alta con la educación y cuidado que debe tener dentro de su hogar.

Este estudio a su vez permitirá conocer la clínica más frecuente con la que se presentan los pacientes y comparar las intervenciones de enfermería que se efectúan en cada uno de ellos ya que al ser un manejo integral cada uno recibe un tratamiento diferente que se acople a sus necesidades básicas y acorde a ello podremos tener una base donde visualizar cual ha sido o han sido los mejores abordajes de enfermería entorno a esta patología, teniendo en consideración que afecta principalmente a paciente etarios con edades comprendidas entre 60 a 70 años aunque se ha evidencia un aumento sustancial en pacientes menores de 50 años.

3) OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Aplicar el proceso atención de enfermería en un paciente con cáncer de colon diagnosticado el cual pertenece al Hospital General IESS Babahoyo

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar de manera adecuada los signos y síntomas que presenta un paciente con cáncer de colon.
- Establecer los patrones funcionales que se encuentran alterados por medio de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería el cual lleva como fin mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer de colon.
- Evaluar los resultados del proceso atención de enfermería que ejecutamos en nuestro paciente con cáncer de colon.

4) LINEA DE INVESTIGACION

Salud humana

SUBLINEA DE INVESTIGACION

Salud integral y sus factores físicos, mentales y sociales.

5) MARCO CONCEPTUAL

CANCER COLON

Definición

El colon, en comparación con el intestino delgado, presenta mayor calibre, menor longitud, presencia de tenías, apéndices omentales y haustras, así como una mayor capacidad de absorción. El intestino grueso es el que constituye la porción final del sistema digestivo, se extiende desde el íleon terminal hasta el canal anal. (Flores, 2022) (Hernandez Yepez, 2016)

El tamaño del intestino grueso suele oscilar entre 1,35 y 1,50 m, tiene un diámetro de 7,5 cm al principio y de 4,0 a 2,5 cm al final y está formado, como todo el intestino, por la capa serosa externa, la muscular, submucosa y mucosa. (Flores, 2022) (Hernandez Yepez, 2016)

Regiones del colon.

El ciego y el apéndice vermiforme, el colon ascendente, el colon transverso, el colon descendente, el colon sigmoide, el recto y el canal anal son algunas de las regiones distintivas del colon. (Flores, 2022) (Hernandez Yepez, 2016)

Primero en el intestino grueso está el ciego. La válvula ileocecal y el colon ascendente son donde se sitúa. Se puede describir como un callejón sin salida de 8 cm de ancho por 8 cm de largo. El peritoneo lo cubre casi en su totalidad. (Hernandez Yepez, 2016) (Flores, 2022)

El apéndice vermiforme, también conocido como apéndice, es una estructura tubular que se ubica en la mitad de la región posterior del ciego. Mide de 6 a 10 centímetros de largo y está situado junto a la válvula ileocecal. (Hernandez Yepez, 2016) (Flores, 2022)

El colon ascendente cruza la segunda parte del duodeno a medida que avanza hacia la derecha desde el ciego hasta el hígado. Se curva hacia la izquierda en un punto

conocido como "ángulo hepático", que mide unos 15 centímetros de largo, al nivel del lóbulo derecho del hígado. (Flores, 2022) (Hernandez Yepez, 2016)

El colon transverso, que mide unos 45 centímetros, es la sección más grande y móvil de todo el intestino grueso. Continúa más allá del "flexión hepática" y hacia la "flexión esplénica", que es donde se encuentra el bazo. Allí gira y da origen al siguiente segmento colónico. (Hernandez Yepez, 2016)

La fosa ilíaca izquierda, donde comienza la pelvis, es donde comienza el colon descendente, comenzando en el ángulo esplénico. Tiene unos 30 centímetros de longitud, lo que la convierte en la sección más estrecha del colon. (Hernandez Yepez, 2016)

Sigue el colon sigmoide; es la sección que conecta el colon descendente con el recto. Se mueve mucho y crea una forma de omega a lo largo del borde izquierdo del iliopsoas. Aunque rara vez supera los 40 centímetros, su longitud varía. (Hernandez Yepez, 2016)

Las funciones principales del colon incluyen absorber agua para mantener el equilibrio de hidratación, extraer vitaminas como la vitamina K y almacenar desechos. Junto con la flora intestinal, el colon alberga numerosas bacterias. (Hernandez Yepez, 2016)

CANCER DE COLON

El cáncer de colon como la mayoría de los cánceres proviene de la replicación acelerada de las células las cuales forman un crecimiento de tejido en la luz del colon que se lo denomina pólipo no canceroso, el cual sigue creciente en espesor y con el paso del tiempo suele volverse canceroso. (Society, 2015) (Colon, 2020)

EPIDEMIOLOGIA

El cáncer de colon es el más frecuente de todas las neoplasias, con una incidencia de 30 a 50 pacientes por cada 100 000 habitantes, donde podemos observar que la materia de pacientes que lo presentan se encuentra en un rango de edad que va desde los 50 a los 70 años. En los países de occidente llega a ser una de las neoplasias que

con mayor frecuencia se diagnostica, con una mayor prevalencia en el sexo masculino, donde se ubica en el puesto número tres solo después del cáncer de próstata y pulmón, en cuanto al sexo femenino muestra la evidencia que se encuentra en el segundo lugar solo por detrás del cáncer de mama. En las variantes ligadas a la herencia genética se puede evidenciar antes o durante de la cuarta década, aunque en un porcentaje menor. (MENDOZA, HERNÁNDEZ AGÜERO, & QUIROGA MERIÑO, 2021)

Una de las principales diferencias en las tasas de incidencia, dentro del punto de vista geográfico, son ligadas a su dieta y medioambiente en relación a una susceptibilidad genéticamente determinada. Encontrándose los porcentajes de incidencia más altos en los países europeos y en América del Norte, caso contrario los porcentajes más bajos se ubican en el continente africano y asiático (Hernandez Yepez, 2016).

El CC es un tumor que con mayor frecuencia se evidencia en pacientes de la tercera edad que comprenden una edad aproximada de 73 años como media. En estados Unidos, el CC se encuentra dentro de las neoplasias más comunes ya que tiene el tercer lugar, a su vez la evidencia muestra que en hombres y mujeres son afectados por igual, con cifras anuales de 147 950 nuevos casos aproximadamente al año, en América latina el CC ocupa el cuarto lugar dentro las causas más frecuentes de muerte por neoplasias, con una aparición anual de 240 000 casos y 112 000 muertes anuales por dicha causa, en Ecuador de igual manera se encuentra en el cuarto lugar de las neoplasias más frecuentes, con un 12.1% de casos nuevos cada año, de los cuales un 6.4% llega a fallecer por dicha causa. (Huilcapi & Bayas Huilcapi, 2022) (Hernandez Yepez, 2016)

En los últimos años ha habido un incremento constante en la aparición más temprana de dichos casos, con una tasa aproximada del 2.1% relacionado en pacientes menores de 50 años y en ambos sexos, a su vez en estos pacientes que se diagnostican con CC que son menores de 50 años el 86% de estos casos son sintomáticos, y la patología se diagnostica en etapas avanzadas. (Ahmed, 2020) (Hernandez Yepez, 2016)

Factores de riesgo

Existen factores de riesgo que aumentan la frecuencia de CC, estos son: la obesidad, sedentarismo, tabaco, alcohol y dietas bajas en fibra, lo cual ha sido demostrado en diversos estudios de casos y controles. Algunos estudios sugieren un aumento del riesgo de CC particularmente de inicio joven y que se relaciona con un tiempo prolongado de permanecer sentado, independientemente de la inactividad física y la obesidad. (Hernandez Yopez, 2016) (Delgado, 2023)

Antecedentes personales de cáncer colon rectal o pólipos colon rectales

Si presenta un antecedente de pólipos adenomatosos (adenomas), usted tiene un mayor riesgo de cáncer colon rectal. Esto es especialmente cierto si los pólipos son grandes o si existen muchos de ellos. Si usted ha padecido cáncer colon rectal, aunque se le haya extirpado completamente, tiene más probabilidades de padecer nuevos cánceres en otras áreas del colon y del recto. Las probabilidades de que esto suceda son mucho mayores si usted padeció su primer cáncer colon rectal siendo joven. (Alteri & Lubejko, 2020) (Hernandez Yopez, 2016)

Antecedente familiar de cáncer colon rectal o pólipos adenomatosos

Las personas con un antecedente de cáncer colon rectal en un familiar de primer grado (es decir padres, hermanos o hijos) tienen un mayor riesgo de padecer cáncer.

El riesgo es aún mayor si el familiar fue diagnosticado con cáncer cuando tenía menos de 45 años, o si más de un familiar de primer grado es afectado.

Las razones para el riesgo aumentado no están claras en todos los casos. La mayoría de las personas que padecen cáncer colon rectal no presentan antecedentes familiares de este cáncer. (Moreno, Ramirez Lopez, & Limas Solano, 2020)

Sin embargo, hasta una de cada cinco personas que padece cáncer colon rectal tiene otros familiares que han sido afectados por esta enfermedad. Tener aquellos familiares que hayan tenido pólipos adenomatosos también está relacionado con un mayor riesgo

de padecer cáncer de colon. Los pólipos adenomatosos son una clase que se puede malignizar si tiene predisposición. (Hernandez Yepez, 2016)

Es importante que informe a sus familiares cercanos para que puedan notificar de esto a sus médicos y comiencen las pruebas de detección a la edad adecuada y poder así prevenir y tratar a tiempo de este cáncer que es mortal. (Hernandez Yepez, 2016)

Mutaciones genéticas hereditarias

- **El síndrome de Lynch** (cáncer de colon hereditario sin poliposis, o HNPCC), es causado por cambios en los genes que normalmente ayudan a una célula a reparar un ADN deficiente.

Una mutación en uno de los genes de las enzimas reparadoras del ADN, como MLH1, MSH2, MLH3, MSH6, PMS1, o PMS, puede evitar que se corrijan algunos errores del ADN. Estos errores algunas veces afectarán los genes reguladores del crecimiento, lo cual puede ocasionar la formación del cáncer. El TGFBR2 es otro gen relacionado con el HNPCC que ayuda a regular el crecimiento celular. (Alteri & Lubejko, 2020) (Hernandez Yepez, 2016)

6) MARCO METODOLOGICO

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (MARJORIE GORDON)

1.Patrón percepción-manejo de la salud

- Paciente con antecedentes patológicos personales de estreñimiento crónico y con antecedentes patológicos familiares, madre, cáncer de mama.
- Paciente consume alcohol socialmente
- Sensibilidad a las penicilinas

2.Patrón nutricional-metabólico

- Mantiene un índice de masa corporal es de 17.2 (delgadez moderada) con un peso de 51kg y talla 1,72cm.
- Piel, se evidencia facies caquéticas, mucosas secas y palidez marcada.
- Pérdida de peso.
- No presenta fiebre.

3.Patrón de eliminación

- Presenta dolor abdominal
- Constipación
- Rectorragia

4.Patrón actividad-ejercicio

- Patrón ventilatorio sin alteraciones

5.Patrón sueño-descanso

- Sin alteraciones.

6.Patrón cognitivo-perceptual

- Paciente se encuentra consciente, orientado en tiempo y espacio
- Colaborador al interrogatorio

7.Patrón autopercepción-autoconcepto

- Debido a la pérdida de peso y palidez notable el paciente no presenta un aspecto bueno.

8.Patrón rol-relaciones

- Paciente vive con su conviviente e hijos

9.Patrón sexualidad-reproducción

- Sexualmente activo

10.Patrón adaptación-tolerancia al estrés.

- El paciente se encuentra tranquilo y colaborador al interrogatorio

11.Patrón valores-creencias

- Paciente refiere ser de religión católico.

PATRONES DISFUNCIONALES O ALTERADOS

Patrón disfuncional nutricional-metabólico

Patrón de eliminación

CONDUCTA A SEGUIR

Medidas generales

- Monitorización de signos vitales
- Balance hídrico
- Mantener eutérmico
- Curva térmica cada 6h

- NPO
- Comunicar novedades
- Posición semifowler
- Repetir hemograma en 72h
- Ecografía abdominal
- Tac de abdomen simple

Fluidos y medicamentos

- Solución salina al 0.9% 1000ml, pasar a 30 ml/h
- Omeprazol 40mg cada 12 h
- Paracetamol 1gr IV cada 8 horas Por Razones Necesarias
- Enema fleet cada 12h x 3 días
- Lactulosa 30ml cada/8h por dos días
- Metronidazol 500mg IV C/8H
- Hierro amp 3 amp en 250cc de solución salina pasar en 3h
- Paquete de globulos rojos sin capa leucocitaria, una unidad repetir hemograma 24h post transfusión.
- Hidrocortisona 200mg stat pre – transfusion.

FORMULACIÓN DEL DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Y DIFERENCIAL

Paciente que llega refiriendo rectorragia y dolor abdominal generalizado a lo que acompaña dificultad para realizar deposiciones por lo que se presume de impactación fecal o hemorroide trombosada

Diagnósticos diferenciales:

- 1) Masa abdominal
- 2) impactación fecal
- 3) Hemorroides grado IV

4) Cáncer de recto

Diagnóstico definitivo

Cáncer de colon

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS QUE DETERMINAN EL ORIGEN DEL PROBLEMA Y DE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZAR.

Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Valoración:

Una vez que valoramos la evidencia clínica y correlacionamos los datos de la historia clínica en conjunto con la información que nos proporciona nuestro paciente, priorizamos las actividades de soporte y vigilancia que ayudarán en una recuperación adecuada de nuestro paciente.

Tras la valoración de nuestro paciente priorizamos los dos principales patrones funcionales que se encuentran alterados, para el actuar de las funciones de enfermería.

NANDA: 00027
NOC: 0602
NIC: 4120

Dominio 2. Nutrición, **Clase 5:** Hidratación
DX: Déficit de volumen de líquidos.

R/C: Pérdida activa del volumen de líquidos.

E/P: Facies caquéticas, palidez, mucosas secas, pérdida de

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: G - Líquidos y electrolitos.

Etiqueta: 0602 Equilibrio hídrico.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4
	G	Sust.	M	L
Peso corporal			X	X
Humedad de membranas mucosas	X			X
Hidratación cutánea		X		

Campo: 2 Fisiológico: complejo.

Clase: N Control de la perfusión tisular.

Etiqueta: 4120 Manejo de líquidos.

ACTIVIDADES

- ✘ Monitorizar signos vitales.
- ✘ Pesar a diario y controlar la evolución.
- ✘ Vigilar estado de hidratación (mucosas húmedas, pulso adecuado)
- ✘ Realizar un registro preciso de entradas y salidas (balance hídrico)
- ✘ Administrar terapia i.v según prescripción médica.
- ✘ Instruir al paciente sobre la dieta absoluta, según corresponda.

NANDA: 00011
NOC: 1015
NIC: 0450

Dominio 3. Eliminación e intercambio, **Clase 2:** Función gastrointestinal
DX: Estreñimiento

R/C: Disminución de la motilidad gastrointestinal.

E/P: Dolor abdominal, rectorragia.

Dominio: II Salud fisiológica.

Clase: K – Digestión y nutrición.

Etiqueta: 1015 Función gastrointestinal.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	1	2	3	4	5
	g	Sust.	M	L	A
Estreñimiento	X		X		
Sangre en heces	X			X	
Dolor abdominal	X			X	

Campo: 1 Fisiológico: basico.

Clase: B Control de la eliminación.

Etiqueta: 0450 Manejo del estreñimiento.

ACTIVIDADES

- ✘ Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color según corresponda.
- ✘ Evaluar el registro de entradas para el contenido nutricional.
- ✘ Brindar cuidados analgésicos, según corresponda, evaluando exhaustivamente el dolor y los factores desencadenantes.
- ✘ Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento.

INDICACIÓN DE LAS RAZONES CIENTÍFICAS DE LAS ACCIONES DE SALUD, CONSIDERANDO VALORES NORMALES

Una vez que se ha realizado el diagnóstico definitivo en este caso dado del cáncer de colon el paciente va a necesitar varios factores pronósticos, de los cuales dependerán su tiempo de estancia hospitalaria, y su pronóstico al igual que el manejo integral y seguimiento una vez dada el alta, una vez que nuestro paciente es ingresado necesita la atención por el equipo completo de salud ya que necesitara intervenciones y monitorización continua para el restablecimiento de sus funciones básicas, donde enfermería estará involucrada durante todo el tiempo de estadía.

Paciente el cual mantendrá un régimen de vigilancia las 24h, encabezado por el servicio de enfermería la cual deberá notificar novedades con dicho paciente, manejo médico y la realización de enemas cada 8h, a su vez la realización de gasometrías de control cada 24h y electrolitos, al igual que el servicio de medicina interna el cual se encarga de dar el manejo adecuada en dosis y control de posibles complicaciones que puede haber durante su estancia, para dar paso al departamento de oncología e histopatología para valorar y dar un diagnóstico y manejo oportuno del paciente.

Durante su ingreso necesito monitorización continua y permanece en NPO, mientras se espera mejoría sintomática y recuperación de salud favorable a tratamiento propuesto.

7) RESULTADOS

SEGUIMIENTO

Paciente el cual ingresa por rectorragia activa en el área de emergencia, donde se realiza la atención primaria, exámenes de rutina, y permanece ingresado por 24h en dicha área, donde se realiza tacto y ecografía abdominal y se evidencia impactación fecal en ampolla rectal, se inicia enema cada 8h, y permanece en NPO, se canaliza vía calibre 20, y se inicia antibioticoterapia con metronidazol 500mg IV cada 8h, y solución salina de mantenimiento a 100ml/h, se coloca 3 ampollas de hierro en 250cc de solución salina al 0.9% y se pasa en 3h, posterior a las 24h se realiza pase a sala de medicina interna donde se le realiza un TAC simple de abdomen donde se evidencia masa en el colon descendente, paciente continua en NPO, se le realizan electrolitos de control donde se evidencia hipopotasemia y se corrige con TRI K a 10ml c/12h, electrolitos de control en 48h, paciente se mantiene en NPO por 48h, y se inicia tolerancia oral, en los electrolitos de control se evidencia que el potasio ya se encuentra dentro de los valores normales, y se inicia en 24 dieta blanda, paciente canaliza flatos y presenta ruidos hidroaéreos, inicia deambulaci3n, se observa clara mejoría en sintomatología, mucosas hidratadas, se realiza hemograma de control donde se evidencia una HG en 9.4, se mantienen indicaciones médicas, al quinto día se lo mantiene en NPO para realizar una colonoscopia y toma de muestra para biopsia, a espera de resultados, se mantienen indicaciones médicas, al décimo día llegan resultados donde se evidencia un cáncer de colon en etapa ii, por lo que se le da el alta medica para seguimiento por consulta externa y referencia a centro de salud para acompañamiento.

OBSERVACIONES

Para el entendimiento y manejo adecuado de nuestro caso clínico se revisó diferente bibliografía, guías clínicas actualizadas y diferentes artículos científicos con la finalidad de adquirir los conocimientos necesarios en el dominio de la temática, de esta manera poder evaluar y efectuar un estudio de caso de manera adecuada, con su diagnóstico, evolución, así poder intervenir de una mejor manera en el manejo clínico de nuestro paciente para que él pueda ver una respuesta satisfactoria al esquema que se le planteo.

Antes de realizar cada uno de los procedimientos propios para nuestro paciente, se le informó sobre las ventajas, beneficios, efectos adversos y posibles efectos del mismo, a lo que el paciente y los familiares aceptaron y dieron su consentimiento para poder efectuar dicho manejo.

8) DISCUSION DE RESULTADOS

En el estudio de este caso clínico en particular hemos podido constatar lo que en teoría se dice ya que el cáncer de colon por lo general es detectado en etapas avanzadas, ya que los pacientes no le prestan la debida importancia a su vez se ah podido constatar que en la zonas costaneras de la región la dieta es alta en carbohidratos y baja en fibra lo que permite que los pacientes se vuelvan propensos a padecer de estreñimiento y las complicaciones que derivan a estos problemas se acompañan el sedentarismo, la obesidad y sobrepeso.

Por lo que podemos plantear que una dieta con mayor cantidad de fibra y la actividad física dentro de la rutina diaria ayuda de gran manera a contrarrestar la aparición de dicha patología.

9) CONCLUSIONES

Por medio de una valoración adecuada efectuada en nuestro paciente, se identifica los patrones que se encuentran alterados los cuales ponen en riesgo su integridad y salud, es importante realizar de manera adecuada esta fase ya que por medio de la valoración minuciosa y adecuada podremos planificar y luego ejecutar las intervenciones de enfermería que nuestro paciente requiere para volver a tener un adecuado gozo en su salud.

Posterior a la examinación del paciente se expusieron los diagnósticos de enfermería, donde utilizamos la taxonomía NANDA para proceder en la ejecución de nuestras actividades propias de enfermería.

Culminado el proceso de valoración y diagnóstico se procede a la planificación de las distintas intervenciones de enfermería, que se ejecutaran para así poder mejorar los patrones que se encuentren afectados.

Una vez ejecutadas las intervenciones de enfermería, las cuales fueron evaluadas de manera minuciosa se da seguimiento y valoración de manera continua a nuestro paciente para verificar su estado de salud, cabe recalcar el valor de enfermería en cuanto a la educación en el manejo de este paciente con cáncer de colon el cual necesitara cuidados propios y personalizados dentro de su hogar.

10)RECOMENDACIONES

En las regiones de la costa se debe implementar una dieta con mayor cantidad de fibra ya que ayuda a disminuir el riesgo de cáncer de colon a su vez combate problemas tan comunes en nuestra zona como el estreñimiento.

Se debe implementar un mayor control en pacientes que sufren de estreñimiento crónico ya que ellos son los mas propensos a padecer dicha patología.

En Ecuador se debería mejorar el sistema de control de salud tanto como epidemiológico para disminuir la incidencia de dichos casos a su vez evitar o detectarlos en etapas iniciales y tener datos actuales de estos casos.

11)REFERENCIAS

Bibliografía

- Ahmed, M. (13 de Febrero de 2020). Colon Cancer: A Clinician's Perspective in 2019. *Gastroenterology*, 1 - 10.
- Alteri, R., & Lubejko, B. (2020). Causas, factores de riesgo y prevención. *American Cancer Society*, 1 - 27.
- Colon, E. C. (2020). Ángel Arturo López González. *Medicina Balaer*, 0.
- Delgado, R. (2023). DR, RAFAEL DELGADO. Obtenido de <https://drrafaeldelgado.com/2023/03/elementor-1509/>
- Flores, E. G. (2022). Cancer de colon y recto. *Sociedad Española de Oncología Medica*.
- Hernandez Yopez, I. A. (2016). Factores de riesgo del Cáncer de Colón y recto. *Tesis de Grado Medico*. Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Huilcapi, G. V., & Bayas Huilcapi, M. B. (2022). Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con cáncer de colon. *CAMBIOS*.
- MENDOZA, Y. A., HERNÁNDEZ AGÜERO, M., & QUIROGA MERIÑO, L. (2021). Características clínicas y epidemiológicas de pacientes no geriátricos con cáncer de colon. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46.
- Moreno, D. P., Ramirez Lopez, L. X., & Limas Solano, L. M. (2020). Factores asociados a cáncer colorrectal. *Revista Medica de Risaralda*, 12.
- Society, A. C. (2015). Causas, factores de riesgo y prevención. *American Cancer Society*, 1 - 82.

12)ANEXOS



IRE :GLENDA JACKELINE LEÓN MONTECE



IRE :GLENDA JACKELINE LEÓN MONTECE