

PLAN DE CUIDADOS A UN



PACIENTE

PORTADOR DE

ILEOSTOMÍA

TRABAJO DE FIN DE GRADO

ALEJANDRO JOSÉ

PÉREZ HERNÁNDEZ

TUTOR: Dr. Domingo Ángel

Fernández Gutiérrez

Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud

Sección Enfermería

Universidad de

La Laguna

Curso

2020– 2021

Índice

1 RESUMEN	3
ABSTRACT	3
1. INTRODUCCIÓN.	3
1.1. ¿Qué es una ileostomía?	3
1.2. Función de una ileostomía	4
1.3. Tipos de bolsas colectoras	4
1.4. Impacto de la ileostomía en la calidad de vida de los portadores.....	4
1.5. Plan de cuidados.....	5
2. OBJETIVOS	6
3. PROCESO DE ENFERMERÍA	6
4. PLAN DE CUIDADOS	13
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO	13
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (PFS)	14
<i>Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE)</i>	<i>27</i>
5. CONCLUSIÓN	34
6. ANEXOS	35
ANEXO 1	35
ANEXO 2	36
ANEXO 3	36
ANEXO 4	36
ANEXO 5	38
ANEXO 6	39
7. Bibliografía	40

RESUMEN

Este trabajo consiste en un plan de cuidados de enfermería personalizado que se centra en la etapa postoperatoria de un paciente que ingresa en el Hospital Universitario de Canarias tras someterse a una colectomía total e ileostomía laparoscópica.

Se realizó la valoración de enfermería través de los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon y se elaboró un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA, NIC, NOC.

Se concluye que el uso de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) es fundamental para la implementación de unos cuidados de enfermería de calidad y que el estado anímico del paciente juega un papel fundamental en la evolución de su estado de salud.

Palabras clave:

Plan de cuidados, enfermería, ileostomía, enfermería holística, estoma, imagen corporal

ABSTRACT

This document consists of a personalized nursing care plan that focuses on the postoperative stage of a patient who is admitted to the University Hospital of the Canary Islands after undergoing a total colectomy and laparoscopic ileostomy.

Nursing assessment was carried using Marjory Gordon's functional health patterns and a care plan was developed using the NANDA, NIC, NOC taxonomy.

Conclusions are that the use of Evidence-Based Nursing (EBN) is essential for the implementation of quality nursing care and that the patient's state of mind plays a fundamental role in the evolution of their health status.

Keywords:

Care plan, nursing, ileostomy, holistic nursing care, stoma, body image

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. ¿Qué es una ileostomía?

Una ileostomía es una abertura en la pared abdominal realizada a través de una cirugía. Habitualmente se lleva a cabo debido a problemas que no permiten que el íleon funcione correctamente o a enfermedades del colon que requieren la escisión de una parte.

Durante la cirugía se reubica el extremo terminal del íleon para formar un estoma, habitualmente en el lado derecho del abdomen. Por lo general se extirpa el colon y el recto, aunque a veces solo se elimina un segmento de cada uno.

La ileostomía puede ser temporal o permanente, dependiendo de la causa de la cirugía. Si el problema se puede resolver simplemente dándole tiempo a esa parte del colon para sanar y mantenerse inactiva durante un tiempo, la ileostomía será temporal. Sin embargo, en caso de enfermedad grave como el cáncer, lo más seguro es que el paciente porte una

ileostomía durante el resto de su vida.

Cuando miramos el estoma, lo que realmente estamos observando es la mucosa interna del intestino delgado. El color puede ser rojo o rosáceo, y su tamaño va disminuyendo durante los días posteriores a la cirugía, protruyendo un poco del resto del abdomen o quedándose a ras de piel. Al no tener terminaciones nerviosas el estoma no duele y tampoco molesta.

1.2. Función de una ileostomía

Debido a que una vez realizada la cirugía el paciente no controla la salida de los productos de desecho, se coloca una placa circular alrededor del estoma a la que se le adhiere una bolsa recolectora que podrá ser vaciada cuando sea necesario. Debido al ritmo constante de salida de estos desechos, es habitual que la bolsa recolectora tenga que ser vaciada más de 5 veces al día. (*Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2019*)

1.3. Tipos de bolsas colectoras

Las bolsas colectoras son dispositivos circulares que cuentan con una zona adhesiva en los bordes para proteger la piel y aislarla del estoma, permitiendo además la recolección y el drenado de los productos de desecho que salen a través de él.

A grandes rasgos, diferenciamos dos tipos de bolsas recolectoras:

- **Sistemas de una pieza:** la bolsa y la placa de barrera no se pueden separar, por lo que, al retirar la bolsa, la piel alrededor del estoma quedará expuesta.
- **Sistemas de dos piezas:** como su propio nombre indica, consta de dos piezas, la bolsa y la placa protectora, de modo que, al retirar la bolsa, la piel queda aislada del estoma.

Cabe mencionar que todas estas bolsas están fabricadas con materiales que impiden que el olor salga del dispositivo. Asimismo, las bolsas pueden ser transparentes u opacas y el tamaño de las placas se ajusta al estoma a través de las guías impresas en las propias placas. Esto es realmente importante ya que el tamaño del estoma es variable. (*Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer, 2019*)

1.4. Impacto de la ileostomía en la calidad de vida de los portadores.

Al tratar con una persona portadora de una ostomía es fundamental conocer las implicaciones que su presencia tiene sobre el paciente.

No se trata simplemente de un cambio fisiológico, sino que también genera un fuerte impacto en su imagen corporal y su autoconcepto, que se ven reflejados en aspectos de su vida como las relaciones íntimas o las relaciones sociales.

En el plano sexual, según el 71% de los encuestados refirieron un deterioro en la vida sexual significativo.

Por otro lado, el 94% asegura que sus relaciones interfamiliares han mejorado, lo cual probablemente se deba a que tan solo el 34% son totalmente independientes y en la mayoría de los casos, la mitad de los cuidados los realiza el paciente y la otra mitad los familiares.

Con relación a la dependencia, observamos que la mayoría han abandonado la práctica laboral debido a su condición y solo la mitad de ellos realizan actividades de recreación, aunque incluso más alarmante es el dato de que tan solo el 3% de los encuestados afirmaron realizar algún tipo de deporte. *(Siqués, P et al, 2004)*

En algunos casos los sentimientos de incomodidad, vergüenza y miedo al rechazo son tan fuertes que impiden su reinserción después de la cirugía. En los pacientes jóvenes, el proceso de adaptación suele ser especialmente complicado debido al shock que produce su nueva situación.

Es por este motivo que se debe abordar la situación desde un punto de vista más social y cultural, que biológico. Debemos hacer un esfuerzo por conocer la situación particular de cada paciente y analizar los patrones funcionales de salud que se encuentren alterados tras la intervención.

Es importante llevar a cabo un análisis minucioso de la situación junto con el propio paciente, comprobar con él los diagnósticos de enfermería y priorizarlos según la importancia que tenga para él, con las intervenciones que sean necesarias para solucionar sus problemas y mejorar su calidad de vida.

1.5. Plan de cuidados

Un plan de cuidados de enfermería es una herramienta empleada para explicar la situación de salud del paciente, los resultados que se esperan conseguir y las intervenciones que se planean realizar para llegar a unos objetivos que han sido determinados teniendo en cuenta unos indicadores concretos.

Existen diferentes metodologías para realizar los planes de cuidado, sin embargo, todas deben considerar al paciente de forma holística.

La importancia de poner en marcha un plan de cuidados reside en que gracias dicho plan, tenemos una idea clara de en qué dirección debemos orientar los cuidados de enfermería ya que sin objetivos claros no podemos mejorar la situación del paciente.

También debemos tener en cuenta que los planes de cuidado no solo conciernen al paciente, sino también a su familia, por lo que fuera de la estancia hospitalaria se debe contactar con el entorno más cercano del paciente para saber el grado de implicación y esfuerzo que están dispuestos a ofrecer y así no aspirar a metas fuera del alcance de la

intervención de enfermería.

2. OBJETIVOS

GENERAL

- Conseguir que el paciente sea autosuficiente tras el alta hospitalaria

ESPECÍFICOS

- Conseguir que el paciente sea capaz de realizar los cuidados básicos de la ostomía por sí solo.
- Conseguir que el paciente entienda qué modificaciones en su estilo de vida (dieta y ejercicio) debe realizar para el cuidado de su enfermedad.

3. PROCESO DE ENFERMERÍA

El proceso de enfermería es un marco organizativo para la práctica profesional de enfermería que se basa en la reflexión crítica del enfermero. Guarda similitudes con el método científico y su objetivo primordial es brindar la mejor atención al paciente. Los pasos del proceso de enfermería son los siguientes:

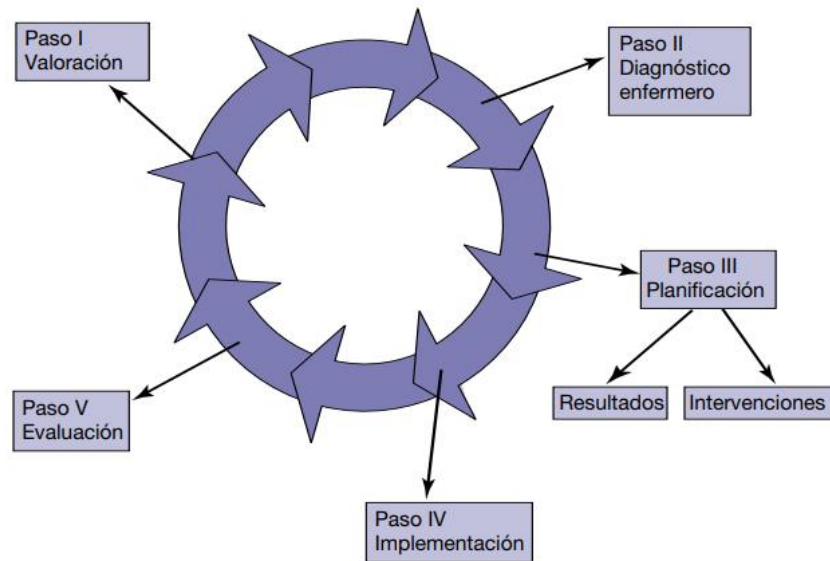
- **Valoración:** recogida y organización de los datos
- **Diagnóstico:** análisis e identificación de los problemas
- **Planificación:** formular y escribir los resultados o metas que se pretenden alcanzar y determinar las intervenciones de enfermería adecuadas basándose en la realidad y la evidencia científica.
- **Implementación:** llevar a cabo los cuidados
- **Evaluación** de los resultados y la atención de enfermería que se ha llevado a cabo.

Estos cinco pasos claves del proceso de enfermería a veces se acortan con el acrónimo VDPIE, (Valoración, Diagnóstico, Planificación, Implementación y Evaluación).

Otro acrónimo importante en el marco del proceso de enfermería es EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), que hace referencia al uso del razonamiento crítico de las investigaciones más relevantes y la propia experiencia de la enfermera para proporcionar cuidados de la más alta calidad.

Figura I-1

El proceso enfermero.



Fuente: Manual de diagnósticos de Enfermería

Paso 1: Valoración

La fase de valoración del proceso de enfermería es fundamental para un diagnóstico, una planificación y una intervención adecuadas. Consiste en la recogida de datos sobre todos los ámbitos de la historia del paciente, incluyendo variables biofísicas, psicológicas y socioculturales, es decir, una valoración holística del paciente.

A menudo los profesionales de enfermería ponen demasiado énfasis en marcadores biológicos como la temperatura, la tensión arterial o los ruidos respiratorios que, si bien son importantes, no son más que una pieza del puzzle que conforman a una persona. De hecho, lo que hace diferente a nuestra profesión es precisamente el elemento holístico que permite a los usuarios ser parte activa en el proceso de curación o mantenimiento de la salud.

Los datos de la valoración se obtienen primero revisando la historia clínica y observando al paciente. Más tarde, el personal de enfermería debe hacerle una entrevista para obtener más información.

Para una correcta entrevista se deben utilizar preguntas abiertas, que den lugar a que el paciente se exprese libremente, en lugar de preguntas cerradas que puedan responderse con un simple “sí” o “no”.

Por ejemplo, las siguientes preguntas abiertas son útiles en la detección de la depresión en pacientes mayores.

- ¿Por qué acudió hoy a la consulta?
- ¿Cuál crees que es tu problema?
- ¿Qué crees que causó tu problema?

- ¿Está preocupado por algo en particular?
- ¿Cómo has intentado solucionar el problema anteriormente?
- ¿Hay algo más de lo que te gustaría hablar?

Este tipo de preguntas animarán al paciente a dar más información sobre su estado anímico. Es importante escuchar cuidadosamente en busca de signos que nos indiquen que el paciente tiene un problema.

En el caso de pacientes que ya sea por su condición de salud o por su edad les impida comunicarse verbalmente, el personal sanitario debe contactar con la familia del paciente, con su pareja o su cuidador para entender sus necesidades. Dicha información, así como la que nos da el paciente de forma verbal se considera información subjetiva.

Asimismo, la información también se obtiene realizando una exploración física, tomando los signos vitales y anotando los resultados de pruebas de diagnóstico. Esta información se considera información objetiva. La información de todas estas fuentes debe recogerse cuidadosamente en la historia clínica del paciente y nos servirá para emitir los diagnósticos de enfermería. (*Lusk & Fater, 2013*)

Para llevar a cabo la valoración, los enfermeros empleamos los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, un sistema que data de los años 70 y que describe 11 áreas relativas a la salud.

Cada patrón es un conjunto de comportamientos que ocurren de manera secuencial en el transcurso del tiempo. Dichos patrones se desarrollan a partir de la interacción entre el individuo y su entorno. Asimismo, es importante destacar que cada patrón es una expresión de integración biopsicosocial, por lo que no se puede comprender un patrón sin el conocimiento de los otros.

Los 11 patrones funcionales de salud son:

- **Patrón 1:** Percepción de la salud: Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos
- **Patrón 2:** Nutricional – Metabólico: Describe el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.
- **Patrón 3:** Eliminación. Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.
- **Patrón 4:** Actividad – Ejercicio. Incluye actividades de la vida diaria, cantidad y tipo de ejercicio y deporte, actividades recreativas y factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.
- **Patrón 5:** Sueño – Descanso. Incluye cantidad y calidad percibida de sueño y reposo, ayudas para el sueño y el descanso.

- **Patrón 6:** Cognitivo – Perceptivo. Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.
- **Patrón 7:** Autopercepción – Autoconcepto. Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.
- **Patrón 8:** Rol – Relaciones. Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.
- **Patrón 9:** Sexualidad – Reproducción. Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.
- **Patrón 10:** Tolerancia al estrés. Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales
- **Patrón 11:** Valores – Creencias. Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Por otro lado, también existen patrones disfuncionales y potencialmente disfuncionales. Los primeros describen una serie de comportamientos que no están de acuerdo con las normas o la salud del paciente, y los segundos hacen referencia al riesgo de que un patrón funcional se transforme en disfuncional.

Paso 2: Diagnóstico

En la fase de diagnóstico del proceso de enfermería, la enfermera empieza a clasificar la información dentro de la historia del paciente y formula un juicio diagnóstico de su estado de salud. Solo después de un análisis exhaustivo, que incluye reconocer las señales, clasificar y organizar o agrupar la información y determinar las fortalezas del paciente y las necesidades no satisfechas, se puede realizar un diagnóstico apropiado.

Este proceso de razonamiento se llama juicio clínico. Watson y Rebar, 2014 se refirieron al "darse cuenta" como un precursor del juicio clínico, adelantándose a posibles riesgos e interviniendo cuando la enfermera observa algún cambio en el paciente y en definitiva, adelantándose a la necesidad de cuidado.

La evaluación holística del paciente ayuda a determinar el tipo de diagnóstico que se va a emplear. Por ejemplo, si durante la evaluación se observa que un paciente tiene una marcha inestable y nos comunica que tiene miedo a caerse bajando las escaleras, pero sabemos que no se ha caído con anterioridad, emplearemos un diagnóstico de enfermería de riesgo. Una vez se determina el diagnóstico, el siguiente paso es determinar los factores relacionados y las características definitorias.

Un paciente puede tener muchos diagnósticos médicos y de enfermería. Determinar la prioridad con la que se debe abordar cada uno de ellos requiere de un juicio clínico y de la

aplicación de conocimientos de enfermería avanzados.

Tenemos que preguntarnos si el diagnóstico que hemos escogido es el adecuado para el paciente. Para ello debemos leer la definición que nos proporciona la NANDA y fijarnos si se corresponden con los síntomas que manifiesta nuestro paciente. Si hemos acertado con el diagnóstico, la definición debería describir el estado que se ha observado en el paciente. De igual forma, los síntomas deberían corresponderse con las características definitorias.

Frase o etiología «relacionada»

La segunda parte del diagnóstico de enfermería es la palabra «**Relacionado/a con (r/c)**». Hace referencia al posible causante o contribuyente del diagnóstico de enfermería, es decir, la etiología. La edad, los factores psicosociales, o el propio estado de salud del paciente pueden ser los causantes o contribuir al diagnóstico de enfermería.

En este momento la enfermera deberá relacionar cada diagnóstico sugerido con los factores relacionados. Estos factores pueden ser o no adecuados para cada caso particular. En caso negativo, la enfermera deberá escribir una afirmación de factores relacionados adecuada para el usuario.

Características Definitorias

La parte de características definitorias hace referencia a los signos y síntomas que se han apuntado en la valoración. Para conectarla con la etiología se emplea la frase “manifestada por”. Así pues, la enfermera lleva a cabo un diagnóstico tal como lo haría un médico y en ocasiones la misma sintomatología describe diagnósticos enfermeros y médicos. Por ejemplo, el diagnóstico enfermero de intolerancia a la actividad y el diagnóstico médico de EPOC comparten síntomas tales como: capacidad espiratoria e inspiratoria disminuida, quejas de disnea al realizar esfuerzos y dificultades al realizar inhalaciones y exhalaciones profundas.

Paso 3: Planificación

La fase de planificación del proceso de enfermería incluye la identificación de prioridades y la determinación de resultados e intervenciones apropiadas para el paciente.

La enfermera en colaboración con el paciente y la familia (según el caso) y el resto del equipo de salud debe determinar la urgencia de los problemas identificados y establecer un orden de prioridades. El establecimiento de objetivos mutuos, junto con el reconocimiento de patrones de síntomas y los desencadenantes, contribuyen a priorizar las intervenciones y a determinar cuáles van a proporcionar el mayor impacto.

Los diagnósticos de enfermería deben priorizarse en función de las necesidades urgentes, además de ser diagnosticados con un alto nivel de congruencia, basándose en características definitorias y factores relacionados o factores de riesgo. (*Kamitsuru et al, 2019*)

El uso del ABC (*vía aérea, respiración y circulación*) es un método para clasificar las amenazas a la supervivencia inmediata del paciente, aunque también podemos utilizar la jerarquía de necesidades de Maslow (*Maslow, 1943*), que se centra en los problemas que pueden suponer un peligro inmediato para la vida del paciente. Igualmente, el más habitual es el ABC.

Después de decidir cómo se van a priorizar los diagnósticos de enfermería, se determinan las intervenciones y los objetivos que queremos alcanzar. Dicho texto debe seguir la forma estandarizada de la Nursing Outcomes Classification (NOC) desarrollada por los estudiantes de la Universidad de Iowa en conjunción con otros profesionales del ámbito de la salud. (*Moorhead et al, 2018a*)

Resultados

Un resultado de enfermería es un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un periodo de tiempo en respuesta a intervenciones enfermeras. Es importante destacar que los resultados se deben expresar como conceptos que reflejen la percepción del paciente, cuidador, familiar o comunidad en vez de como objetivos esperados ya que son conceptos variables a lo largo del tiempo.

Es muy importante que la enfermera involucre tanto al paciente como a la familia para establecer los resultados más adecuados según su percepción.

El uso de la información recogida en los resultados forma parte de un circuito de retroalimentación continuo que resulta esencial para mejorar la calidad de la enfermería, garantizar la seguridad del paciente y asegurar los mejores resultados posibles. (*Sim, 2018*)

En cuanto a la clasificación de los resultados, la manera más sencilla de clasificación consiste en utilizar la información recogida cuando empiezan los cuidados (al ingreso del paciente) y cuando se terminan (al alta), lo cual suele ser suficiente en entornos de cuidados intensivos de corta estancia.

Sin embargo, si nos encontramos en un contexto en el que se espera que la condición del paciente cambie rápidamente resulta más apropiado realizar una evaluación de los resultados una vez al día o una vez por turno o por visita. Al no existir un tiempo de medición estandarizado, se deberá individualizar al paciente y al entorno de trabajo. (*Moorhead et al, 2018b*)

Intervenciones

Las intervenciones son hojas de ruta que guían el cuidado de enfermería. Cuanto más detalladas sean las intervenciones de enfermería, más sencillo resultará llegar a los objetivos planteados. Las intervenciones de enfermería son acciones autónomas que las enfermeras ponen en marcha como respuesta a un diagnóstico de enfermería o acciones

colaborativas en las que necesita la ayuda de otro profesional sanitario o directamente una orden debido a un diagnóstico médico o de enfermería.

Para aumentar la probabilidad de que las intervenciones escogidas sean efectivas, actualmente las enfermeras utilizan la enfermería basada en la evidencia (EBE), es decir, intervenciones soportadas a través de la investigación enfermera.

Paso 4: Ejecución

La fase de ejecución consiste en la realización de las intervenciones específicas e individualizadas que han sido acordadas en el plan de cuidados.

A menudo, las intervenciones médicas se centran en el manejo de los síntomas. Por lo general, la atención de enfermería no implica "curar" la afección médica que causa el síntoma; más bien, el cuidado de enfermería se enfoca en cuidar al paciente / familia para que puedan funcionar a su máxima capacidad.

La fase de implementación del proceso de enfermería es el momento en el que realmente se brinda la atención enfermera.

Si bien hemos determinado las intervenciones en función de todo lo anterior, debemos fijarnos a medida que las realizamos si son adecuadas para nuestro paciente. Es posible que en algunos casos se necesite tiempo para saber si estamos haciendo lo correcto. Igualmente, es importante saber responder a la pregunta de por qué hemos determinado que esa es la intervención adecuada para nuestro paciente. Si lo hemos hecho bien, la evidencia manifestada en la salud del paciente respaldará nuestras intervenciones.

Así pues, para lograr los objetivos propuestos, el personal de enfermería, en colaboración con otros profesionales y los familiares del paciente deberán realizar las intervenciones pautadas. Asimismo, la enfermera deberá evaluar continuamente al paciente para determinar la efectividad de sus cuidados.

Paso 5: Evaluación (ADPIE)

La fase final del proceso de enfermería es la evaluación. La evaluación ocurre no solo al final del proceso de enfermería, sino durante todo el trayecto. La evaluación de una intervención es, en esencia, otra evaluación de enfermería; por lo tanto, es la característica dinámica dentro del proceso de enfermería.

La enfermera reevalúa al paciente teniendo en cuenta dónde estaba antes de la intervención y dónde está después de la intervención. Evaluar la respuesta del paciente es fundamental para determinar si es necesario modificar el plan de cuidados o no. La enfermera debe estar al tanto de cualquier síntoma o condición nueva que se hayan manifestado en el paciente y ajustar el plan de actuación según sea necesario. En caso de que se deban tomar nuevas decisiones sobre la implementación de dichas intervenciones, se deberá informar al paciente y/o familia siempre que sea pertinente.

Otra parte importante de la fase de evaluación es la documentación. La enfermera debe usar la herramienta del lugar de trabajo en el que se encuentre para registrar toda la actividad de enfermería que se realizó durante su turno, así como los resultados de sus intervenciones. Igualmente, dicha documentación no solo es indispensable para registrar la evolución del paciente, sino que también lleva implicaciones legales (*Ackley, 2018*) ya que “lo que no está registrado no existe”.

Por último, tenemos que incluir el informe de continuidad de cuidados de enfermería (ICCE), que puede ser tanto de alta hospitalaria, como de traslado a otro servicio del hospital. En ambos casos se trata de documentos donde se recoge de manera resumida y estructurada cómo se han llevado a cabo los cuidados y sirve en definitiva para justificar la necesidad de continuar con los cuidados una vez el paciente es dado de alta en el servicio y también para guiar a los familiares y/o profesionales de enfermería que vayan a estar a cargo del paciente. (*Martínez Vidal & Cantero González, 2013*)

4. PLAN DE CUIDADOS

Introducción

Esta parte del documento corresponde a un plan de cuidados de enfermería dirigido a un paciente de la planta 7ª impar. Por motivos de privacidad no se expondrán datos identificativos como el número de cama y el nombre del paciente, tan solo la fecha de ingreso y los diagnósticos de enfermería.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO

Durante la mañana del 15/04/21 ingresa un paciente varón de 68 años que sube de recuperación tras ser intervenido de una colectomía total e ileostomía laparoscópica.

A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador. Porta sueroterapia y se encuentra en dieta absoluta. Asimismo, presenta una ileostomía a bolsa, sin drenado apreciable, a diferencia del Blake con vacío, que cuenta con 10cc de líquido de aspecto serohemático. Los apósitos colindantes al drenaje se encuentran manchados y en cuanto al patrón urinario, el paciente porta una sonda vesical.

Signos vitales al ingreso

TA: 100/55 mmHg

FC: 65 lpm

Tª: 36,7 °C

SatO₂: 98%

Antecedentes:

- Hiperuricemia
- Exfumador

- Hiperplasia Benigna de Próstata
- Anemia Ferropénica
- Poliposis Edematosa
- Cáncer de colon intervenido en 2019
- PCR negativa del 12/04/21

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD (PFS)

Es importante destacar que debido a la naturaleza del servicio de la planta 7º impar, cuando llega el paciente, se recogen los datos mínimos necesarios que nos puedan indicar un peligro más inmediato para el paciente. Posteriormente, una vez el paciente se acomoda en su nueva habitación, se realiza una valoración completa usando los P.F.S de Marjory Gordon.

Patrón de percepción – manejo de la salud.

El paciente llega a la planta totalmente consciente y orientado en tiempo y espacio. En cuanto a los hábitos tóxicos, afirma no consumir alcohol, ni tabaco, este último desde hace 2 años.

El paciente parece darle importancia a su salud ya que afirma que tiene todas las citas apuntadas y que nunca falla a un control con su médico o su enfermera.

2. Patrón nutricional metabólico

Debido a la situación del paciente, no podemos pesarlo ni medirlo, por lo que nos refiere unas medidas de 178 cm y 75 Kg de peso.

En cuanto a su piel y mucosas, tan solo nos encontramos la herida de la intervención en la región anal, además del drenaje Blake con el apósito marcado.

Al realizarle la valoración de riesgo de lesión por presión a través de la escala Braden (Anexo 1) obtenemos un valor de 20 puntos, por lo que concluimos que nuestro paciente no tiene riesgo de sufrir lesiones por presión.

Actualmente el paciente está en dieta absoluta, por lo que no tiene permitido ingerir alimentos hasta nueva orden médica. Igualmente, le pregunto sobre sus hábitos alimenticios y me comunica que “come de todo” y “bebe mucha agua”, por lo que habrá que informarle sobre alimentos que tendrá que eliminar a partir de ahora.

Para suplir esa falta temporal de nutrientes, el paciente porta una vía periférica en el brazo izquierdo por la que le circula la sueroterapia (Suero Fisiológico al 0,9% +10 meq

CIK). Al tomar la temperatura se observan valores saludables (36, 7° C). El patrón hemodinámico no muestra desviaciones patológicas (TA: 100/55 mmHg; FC: 65 LPM) y el patrón respiratorio tampoco: 98% SatO₂

Por último, el paciente refiere no ser alérgico a ningún medicamento o comida.

3. Patrón de eliminación

En cuanto a este patrón, la diuresis va a través de una sonda vesical colocada el día de la intervención. El paciente no precisa diuréticos y la orina presenta un aspecto normal. Asimismo, porta una lleostomía con un dispositivo de dos piezas (placa más bolsa recolectora) que funciona correctamente.

El paciente refiere que no tiene problemas de incontinencia y que en su casa orina con una frecuencia “normal”.

4. Patrón actividad – ejercicio

En cuanto a la actividad física, el paciente refiere ir a caminar al menos 1 vez al día durante 30 minutos y me comenta que no ha sufrido caídas previas.

Actualmente el paciente se encuentra en condiciones de realizar las actividades básicas de la vida diaria y debido a su condición tras ser intervenido se entiende que debe guardar reposo.

5. Patrón sueño – descanso

En cuanto al patrón del sueño, el paciente afirma sentirse descansado después de dormir. No refiere problemas para conciliar el sueño y comenta que normalmente duerme “del tirón” aunque algunas noches, si ha bebido mucha agua, se levanta una vez para orinar.

En cuanto a los horarios, dice que se despierta sobre las 8 de la mañana y se acuesta sobre las 11 de la noche.

6. Patrón cognitivo – perceptivo

El paciente se encuentra orientado en persona, espacio y tiempo. No usa gafas, tiene muy buena audición y se comunica perfectamente conmigo a través de oraciones coherentes y elaboradas.

Asimismo, el paciente me comunica que no tiene problemas para recordar las cosas y

que todas sus decisiones de salud las toma él por su cuenta.

No sabe cómo manejarse con la ileostomía y refiere que le da asco verla. Asimismo, el paciente refiere un dolor de 50 sobre 100. Se ha empleado la escala numérica del dolor (Anexo 2) en vez de otro tipo de escalas ya que según la revisión bibliográfica de Valencia Huertas y Macedo Diaz, 2019, la escala numérica del dolor es más efectiva que otras escalas y contribuye a un mejor tratamiento analgésico para el paciente.

7. Patrón autopercepción – autoconcepto

El paciente se encuentra apesadumbrado debido a su nueva situación de salud. Refiere malestar emocional al ver el estoma y cómo funciona. Asimismo, manifiesta pensamientos de falta de valía y en general, baja autoestima. Comenta que a pesar de que le habían dicho antes de la cirugía no sé esperaba que se viera tan “feo”.

8. Patrón rol – relaciones

El paciente está jubilado y vive con su familia en La Palma. Nos comenta que su hermano se encuentra en Tenerife y que será quien le lleve al aeropuerto una vez se resuelva su situación de salud. Revisando en la historia no observo ningún teléfono de contacto por lo que le pido que me facilite algún número y me proporciona el de su hermano y el de su hija de La Palma.

9. Patrón sexualidad – reproducción

El paciente no refiere ninguna preocupación referente a este patrón. Según él, no le parece importante.

10. Patrón adaptación – tolerancia – stress

El paciente muestra dificultad para aceptar su situación actual. Refiere que el cambio físico y fisiológico ha sido demasiado grande y que necesita tiempo para asimilarlo. Eso sí, dice que no siente estrés sino tristeza.

11. Patrón valores – creencias

El paciente refiere profesar la religión cristiana y afirma que le ayuda a superar las dificultades.

NANDA [00118] Trastorno de la imagen corporal r/c procedimiento quirúrgico y manifestado por alteración de la visión del propio cuerpo y del funcionamiento corporal

Patrón: 7 Auto percepción-Autoconcepto

Límite para el cumplimiento: 30 días

Frecuencia de revisión: 1 vez al día

Horario de revisión: 17:00

NOC [1200] Imagen corporal

Evidenciados por los siguientes indicadores:

- [120005] Satisfacción con el aspecto corporal
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 1. Nunca positivo → **Resultado**
 - 5. Siempre positivo → **Objetivo**
- [120006] Satisfacción con la función corporal
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 1. Nunca positivo → **Resultado**
 - 4. Frecuentemente positivo → **Objetivo**
- [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 1. Nunca positivo → **Resultado**
 - 4. Frecuentemente positivo → **Objetivo**

Límite para el cumplimiento: 30 días **Frecuencia de revisión:** 1 vez al día

Horario de revisión: 17:00

NOC [1300] Aceptación: estado de salud

- [130008] Reconoce la realidad de la situación de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta
 - 1. Nunca demostrado → **Resultado**

- 5. Siempre demostrado → **Objetivo**
- [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta
 - 1. Nunca demostrado → **Resultado**
 - 5. Siempre demostrado → **Objetivo**

Límite para el cumplimiento: 30 días **Frecuencia de revisión:** 1 vez al día

Horario de revisión: 17:00

NOC [1205] Autoestima

- [120501] Verbalizaciones de autoaceptación
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 1. Nunca positivo → **Resultado**
 - 4. Frecuentemente positivo → **Objetivo**

NIC [5240] Asesoramiento

Horario: 13:00

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Demostrar empatía, calidez y sinceridad.
- Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.
- Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede.

NIC [5390] Potenciación de la autoconciencia

Horario: 13:00

- Ayudar al paciente a identificar las prioridades en la vida.
- Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única.
- Ayudar al paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el autoconcepto
- Hacer observaciones sobre el estado emocional actual del paciente.

NIC [5400] Potenciación de la autoestima

Horario: 13:00

- Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
- Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Horario: 13:00

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
- Poner en contacto al paciente con su familia y proporcionar información sobre grupos de apoyo a personas con estomas.

- **Horario de llamada:** 18:15-19:00

Razonamiento

Según el estudio de (*Borrell Brau N y Davín Durban I, 2020a*) los problemas de autoaceptación pueden mitigarse o incluso evitarse con, asesoramiento, apoyo y una buena educación sanitaria por parte de una enfermera especialista en estomas, antes de la cirugía.

Esto hace que nos cuestionemos la calidad asistencial que ha recibido el paciente previo a la cirugía ya que al hablar con él no parece que tenga problemas para entender la información.

Por desgracia para el paciente, tendremos que realizar el trabajo que no se hizo bien con anterioridad o directamente no se hizo.

La educación sanitaria tiene un efecto positivo sobre la calidad de vida percibida y sobre la disminución del estrés, lo cual permite que asimile el impacto emocional producido y psicológicamente no se sienta tan vulnerable.

Por otro lado, el estudio de *Burch J, 2017* concluye que la familia, los amigos y los grupos de soporte proporcionan un apoyo emocional muy importante en los pacientes con problemas de autoaceptación.

Es por ello por lo que las NIC empleadas están orientadas a la aceptación de su estado de salud y al apoyo emocional, tanto por parte del profesional de enfermería como por parte de la familia del paciente.

NANDA [00126] Conocimientos deficientes r/c práctica limitada del cuidado del estoma

Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo

Tiempo para alcanzar los objetivos: 1 semana **Frecuencia de revisión:** 1 vez por turno

Horario de revisión: 9:10

NOC [1829] Conocimientos: Cuidados de la ostomía

Evidenciados por los siguientes indicadores:

- [120002] Cuidados de la piel alrededor de la ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - 1. Ningún conocimiento → **Resultado**
 - 4. Conocimiento sustancial → **Objetivo**
- [182915] Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - 1. Ningún conocimiento → **Resultado**
 - 5. Conocimiento extenso → **Objetivo**
- [182917] Grupos de apoyo disponibles
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - 1. Ningún conocimiento → **Resultado**
 - 4. Conocimiento sustancial → **Objetivo**
- [182916] Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - 2. Conocimiento escaso → **Resultado**
 - 5. Conocimiento extenso → **Objetivo**

NIC [00480] Cuidados de la Ostomía

- Instruir al paciente en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía en sesiones de 10 minutos repartidas 2 veces al día hasta que el paciente sea autosuficiente.
 - **Horario:** 9:00
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como obstrucción intestinal, íleo paralítico, fístula de la anastomosis o separación mucocutánea.
 - **Horario:** 12:00; 20:00
- Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía hasta que el paciente se sienta cómodo para hacerlo él solo.
 - **Horario:** a demanda

RAZONAMIENTO

- A la hora de dar la información al paciente, se debe realizar en sesiones cortas y simplificadas para maximizar el aprendizaje del paciente como recomienda Berkman et al, 2011.
- Reforzar el aprendizaje a través de sesiones frecuentes de repetición y seguimiento ya que, en el estudio de Chapman & Bogle, 2014. se observó una mejor gestión del autocuidado en los pacientes que recibieron sesiones de refuerzo cortas y regulares.
- Ayudar al paciente a encontrar grupos de apoyo cercanos de personas en su misma situación ya que según *Reeves et al, 2014* las personas que amplían su círculo de apoyo tienden a mantener una buena gestión de su condición crónica.
- Es especialmente importante poner énfasis en la educación al paciente ya que hay estudios (*Borrell Brau & Davín Durban, 2020b*) que demuestran que tiene un impacto positivo sobre la calidad de vida percibida y la disminución del estrés, además de contribuir a una disminución en las estancias postoperatorias.
- Proveer de información por escrito (Anexo 3,4) ya que según el estudio de *Compte-Pujol et al, 2020* confirma que los pacientes con afectaciones crónicas prefieren la información clara y sobre todo por escrito.

NANDA [00155] Riesgo de caídas relacionado con periodo de recuperación postoperatoria.

Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud

Tiempo para alcanzar los objetivo: 2 días **Frecuencia de revisión:** al menos dos veces al día.

Horario de revisión: cada vez que entremos a la habitación y/o una vez a las 8:15 y otra a las 19:30.

NOC [1909] Conducta de prevención de caídas.

Evidenciados por los siguientes indicadores:

- [190903] Coloca barreras para prevenir caídas
 - ESCALA 13 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 1. Nunca demostrado → **Resultado**
 - 5. Siempre demostrado → **Objetivo**
- [190923] Pide ayuda

- ESCALA 13 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - 3. A veces demostrado → **Resultado**
 - 5. Siempre demostrado → **Objetivo**

NIC [06490] Prevención de caídas

Horario: continuo

- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa
- Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
- Colocar la cama mecánica en la posición más baja.

Razonamiento

- El diagnóstico de riesgo de caídas muchas veces no se emplea en la práctica clínica pese a que está más que demostrado que el periodo postoperatorio es un factor de riesgo (*Vitor et al, 2015*). Así pues, durante el tiempo que el paciente deba guardar reposo, tenemos que asegurar que no se levante de la cama porque es muy probable que se caiga debido a los efectos de la mediación y a la debilidad propia del postoperatorio,

NANDA [00046] Deterioro de la integridad cutánea r/c herida quirúrgica.

Patrón: 2 Nutricional-metabólico.

Tiempo para alcanzar los objetivo: 14 días **Frecuencia de revisión:** 1 vez al día.

Horario de revisión: cada vez que entremos a la habitación y/o una vez a las 8:15 y otra a las 19:30.

NOC [1102] Curación de la herida: por primera intención

- [110206] Secreción sanguinolenta de la herida
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - 3. Moderado → **Resultado**
 - 5. Ninguno → **Objetivo**
- [110203] Secreción serosa de la herida
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - 5. Ninguno → **Resultado/Objetivo**
- [110205] Secreción serosanguinolenta de la herida

- ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - 5. Ninguno → **Resultado/Objetivo**
- [110207] Secreción serosanguinolenta del drenaje
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - 3. Moderado → **Resultado**
 - 5. Ninguno → **Objetivo**
- [110202] Supuración purulenta
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - 5. Ninguno → **Resultado/Objetivo**

NIC [03660] Cuidados de las heridas

Horario: 11:00

- Despegar los apósitos y el esparadrapo de ambas heridas quirúrgicas.
- Lavar con solución salina isotónica y desinfectar con clorhexidina acuosa 2% tanto la herida en la región anal como la del drenaje Blake.
- Cambiar el apósito estéril según la cantidad de exudado y drenaje.
- Valorar la presencia de signos de infección
- Colocar una gasa estéril en la región de la herida quirúrgica en las 48 horas posteriores a la cirugía.

Razonamiento

En la revisión bibliográfica de *Pérez Quinteros & Correa Sánchez, 2018* en la que se analizan 25 estudios podemos extraer las siguientes conclusiones sobre el cuidado de las heridas, que podemos trasladar al caso de nuestro paciente:

- En la etapa post quirúrgica no existe demasiada literatura que compare la diferencia entre cubrir o no la herida, aunque sí existe un consenso en que durante las primeras 24-48 horas sí que se debe mantener cubierta debido a que en ese periodo se produce la neoangiogénesis, la formación de coágulos y el propio proceso de cicatrización.
- En heridas cerradas, durante las primeras 24-48 horas, se recomienda cubrir con un apósito seco estéril, para evitar la contaminación con fuentes exógenas y recoger el exudado.
- El lavado de la herida se debe realizar con una solución salina isotónica a temperatura ambiente y no irrigar a presión para evitar lesiones en tejido de granulación.

- En cuanto al antiséptico elegido, se trata de la clorhexidina, puesto que es menos, tóxico y tiene menos efectos secundario que otros antisépticos. Además, su efecto residual es más prolongado (6 horas) y se mantiene activo frente a materia orgánica (sangre, exudado, pus, ...) (Llovera Colom, 2008).

NANDA [00004] Riesgo de infección r/c catéter venoso periférico (CVP), drenaje Blake y herida quirúrgica.

Patrón: 1 Percepción-manejo de la salud

Tiempo para alcanzar los objetivo: estancia hospitalaria **Frecuencia** **de**
revisión: Continuo **Horario de revisión:** Continuo

NOC [1902] Control del Riesgo.

Evidenciados por los siguientes indicadores:

- [190216] Reconoce cambios en el estado general de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - 5. Siempre demostrado → **Resultado/Objetivo**
- [190220] Identifica los factores de riesgo.
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - 5. Siempre demostrado → **Resultado/Objetivo**

NIC [06540] Control de Infecciones

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Garantizar una manipulación aséptica de todos los catéteres.
- Evaluar el color, la humedad, la textura y la turgencia (elasticidad) de la piel y documentar los cambios observados.
- Emplear la escala de Braden (Anexo 1) para determinar el riesgo de lesiones por presión.
- Utilizar aceites hidratantes en la piel del paciente.
- Utilice una técnica aséptica para la inserción y el cuidado de los catéteres venosos, apuntando los lugares de inserción y la fecha. Inspeccionar al menos una vez por turno, signos de infección.
 - **Horario:** 11:00 (durante la revisión de las heridas)
- Usar gluconato de clorhexidina para el cuidado de los catéteres.
- Usar una higiene de manos adecuada (es decir, lavarse las manos o usar

desinfectantes para manos a base de alcohol).

- Seguir las precauciones estándar y usar guantes durante cualquier contacto con sangre, membranas mucosas, piel no intacta o cualquier sustancia corporal excepto el sudor

Razonamiento

- Los aceites hidratantes mejoran significativamente la función de barrera de la piel. (*Llatas et al, 2020*)
- El uso de gluconato de clorhexidina reduce las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter y la colonización de este. (*Centers for Disease Control and Prevention, 2015*)
- El lavado de manos es actualmente la estrategia recomendada para reducir la transmisión de la *Clostridium difficile* ya que los geles de alcohol no inactivan las esporas de la *C. difficile*. (*World Health Organization (WHO). 2009*)
- Las manos de los trabajadores de la salud son la causa más común de infecciones asociadas con la atención médica. (*Association for Professionals in Infection Control & Epidemiology, 2015*)

NANDA [00132] Dolor agudo relacionado con agentes lesivos físicos (intervención quirúrgica)

Patrón: 6 Cognitivo-perceptivo

Límite para el cumplimiento: 7 días

Horario de revisión: 10:00; 16:00; 22:00

Frecuencia de revisión: 3 veces al día

NOC [2102] Nivel de Dolor

- [210201] Dolor referido.
 - Escala Numérica del dolor (0-100)
 - 50 → **Resultado**
 - 10 → **Objetivo**

El paciente nos refiere que siente dolor especialmente durante el día, por lo que concentraremos las revisiones del nivel de dolor aproximadamente 2 horas después de comer.

Límite para el cumplimiento: 2 días

Horario de revisión: 10:00; 16:00;

22:00

Frecuencia de revisión: Si el paciente no se comunica antes con nosotros, 3 veces al día, coincidiendo con la evaluación del nivel de dolor.

NOC [1605] Control del dolor → Pautado el día 16/04/21. Durante el primer turno el paciente no pidió ayuda pese a decirme que quería priorizar el manejo del dolor. Me dijo que no quería molestarnos.

Evidenciados por los siguientes indicadores:

- [160508] Utiliza los recursos disponibles .
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - 2. Raramente demostrado → **Resultado**
 - 5. Siempre demostrado → **Objetivo**

Nuestro objetivo es que el paciente se sienta cómodo pidiendo ayuda para manejar el dolor cuando lo necesita.

NIC [2210] Administración de analgésicos

- Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Instruir para que se solicite la medicación a demanda para el dolor antes de que el dolor se intensifique. **Horario:** la primera vez cuando tenga pautada la analgesia por el médico. Después, si el paciente no pide más analgesia, recordarle que puede pedirla cuando precise, aprovechando cuando realizamos la cura de las heridas quirúrgicas

NIC [1410] Manejo del dolor: agudo

- Evaluar nivel de intensidad del dolor utilizando una herramienta de autoinforme del dolor, como la escala numérica de calificación del dolor de 0 a 100.
- Reevaluar regularmente al paciente para detectar la presencia de dolor y la respuesta a las medidas antiálgicas.

Razonamiento

- Según la revisión de (*Safikhani, et al, 2018*) donde se analizan 45 artículos, la escala numérica ofrece una medición del dolor precisa y confiable.
- El seguimiento sistemático del dolor es un factor importante para mejorar el manejo del dolor y hacer ajustes al régimen de manejo del dolor (*Valencia Huertas & Macedo Díaz, 2019*).

Informe de Continuidad de Cuidados de Enfermería (ICCE)

Causas que generan la actuación Enfermera: Ingreso hospitalario

Motivo del alta/derivación Enfermera: Traslado a Domicilio

Fecha de alta/Fecha de Derivación Enfermera: 21/04/2021

Ingreso:

Ingreso en la unidad de 7ª impar Cirugía General y Digestiva

Antecedentes y entorno

Antecedentes personales y Familiares:

- Hiperuricemia
- Exfumador
- Hiperplasia Benigna de Próstata
- Anemia Ferropénica
- Poliposis Edematosa
- Neo de colon intervenido en 2019

Diagnósticos de Enfermería al Ingreso

Paciente varón de 68 años que sube de recuperación durante la mañana del 15/04/21, tras ser intervenido de una colectomía total e ileostomía laparoscópica.

A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador. Porta sueroterapia y se encuentra en dieta absoluta. Asimismo, presenta una ileostomía a bolsa, sin drenado apreciable, a diferencia del Blake, que cuenta con 10cc de líquido de aspecto serohemático y los apósitos colindantes se encuentran manchados.

En cuanto al patrón urinario, el paciente porta una sonda vesical.

00118	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
00126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES
00155	RIESGO DE CAÍDAS
00047	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
00155	RIESGO DE INFECCIÓN
00123	DOLOR AGUDO

Diagnósticos Enfermeros Resueltos

00132	DOLOR AGUDO
00155	RIESGO DE CAÍDAS
00126	CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Valoración activa: evolutivo de enfermería

15/04/21

Paciente varón de 68 años que sube de recuperación durante la mañana del 15/04/21, tras ser intervenido de una colectomía total e ileostomía laparoscópica.

A su llegada se encuentra consciente, orientado y colaborador. Porta sueroterapia y se encuentra en dieta absoluta. Asimismo, presenta una ileostomía a bolsa, sin drenado apreciable, a diferencia del Blake c/v, que cuenta con 10cc de líquido de aspecto serohemático y los apósitos colindantes se encuentran manchados. En cuanto al patrón urinario, el paciente porta una sonda vesical.

En la valoración por patrones funcionales, enuncio 6 diagnósticos, de los cuales se decide priorizar el abordaje del trastorno de la imagen corporal y los conocimientos deficientes ya que intuyo que son los causantes del estado depresivo del paciente y hay diversos estudios, como el de Perales Montilla et al, 2015 que demuestra que un estado de ánimo negativo muchas veces lleva a el empeoramiento de la enfermedad del paciente.

También se le da especial importancia al manejo del dolor ya que así lo pide el paciente.

17/04/21

Según me comentan las compañeras, el día 16 se cambia la placa y la bolsa de la ileostomía con 150cc de buen aspecto. Además, el débito por el Blake fue de 150cc con aspecto serohemático, aunque más hemático que seroso. En cuanto al dolor, la enfermera me comenta que el paciente no le ha pedido analgesia, aunque cada vez que se la ha llevado a la habitación la ha aceptado. En cuanto al estado de ánimo, me dice que sigue alicaído.

En mi turno del día 17, hablo con el paciente acerca de su situación de salud y le tranquilizo. También le hago ver que su situación no es tan mala como él piensa y que las personas ostomizadas pueden hacer vida normal. Acordamos en empezar ese mismo día con la educación sanitaria y le propongo hacer una videollamada con su hija.

Le dejo la información sobre los cuidados de la ileostomía por escrito para que vaya asimilando la información. (Anexo 4)

También le comento que no le debe dar vergüenza pedir ayuda y que si precisa analgesia que la pida.

Ese mismo día, se sienta en el sillón y empieza con la dieta 21, que tolera adecuadamente, por lo que mañana empezará con la 22 y se suspende la sueroterapia.

En cuanto a los drenajes y heridas, el Blake drenó 35cc de líquido hemático y la herida perineal se encuentra seca y no muestra signos de infección.

Con relación al riesgo por caídas, se cierra el diagnóstico ya que el paciente se encuentra en disposición de caminar sin ayudas y presenta una marcha completamente estable.

En cuanto al dolor, el paciente me refiere un nivel de 30 sobre 100.

19/04/21

Sin incidencias en los días anteriores. Las compañeras me comentan en el cambio de turno que el paciente se encuentra mucho más animado que al ingreso. Por la mañana hablo con él y compruebo que, aunque sigue sin estar del todo satisfecho con la ileostomía, es consciente de que la mejor forma de afrontar la situación es aceptarla. Le comento que existen grupos de apoyo a personas ostomizadas y le dejo la información sobre dichos grupos por escrito en un papel.

Más tarde nos visita del médico de estomatología y comenta que la ileostomía terminal tiene buen aspecto y que no se observan complicaciones. Insto al paciente a que se cambie la placa delante del médico y lo hace sin problemas, por lo que el diagnóstico de conocimientos deficientes también se cierra.

En cuanto a la comida, se progresa en dieta 23. La ileostomía funciona sin problemas y la diuresis pasa al baño tras retirar la sonda vesical.

El drenaje Blake drena tan solo 20cc de contenido serohemático.

Por la tarde pierde la vía periférica, así que se pasa la analgesia a vía oral.

Al día siguiente (20/04/21) me comentan que el paciente realiza la higiene y el cambio de placa y bolsa sin incidencias. También me dicen que no ha precisado de analgesia en todo el turno y que se le ha retirado el Blake ya que el médico le entregó los documentos del alta. Posiblemente mañana se vaya de alta.

En cuanto al dolor, el paciente no me pide analgesia a lo largo del turno y me comunica que “apenas tiene dolor”.

21/04/21

Sin incidencias en el turno. El paciente me refiere no tener dolor así que doy por resuelto el diagnóstico de dolor agudo. Por último, se le entrega la documentación de alta de enfermería, información adicional para valorar el estoma (Anexos 5 y 6) y abandona las instalaciones del HUC en la mañana.

Protocolos asistenciales en los que está incluido:

Fecha de valoración de enfermería: 21/04/2021

Diagnósticos Enfermeros activos:

00118	TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL
00047	DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA
00155	RIESGO DE INFECCIÓN

Resultados de Enfermería

NOC [1200] Imagen corporal

- [120002] Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación.
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca positivo
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre positivo
- [120005] Satisfacción con el aspecto corporal
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca positivo
 - **Resultado al alta:** 4. Frecuentemente positivo
- [120006] Satisfacción con la función corporal
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca positivo
 - **Resultado al alta:** 4. Frecuentemente positivo
- [120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca positivo
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre positivo

NOC [1300] Aceptación: estado de salud.

- [130008] Reconoce la realidad de la situación de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado
- [130013] Expresa que la vida es digna de ser vivida
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado

- [130017] Se adapta al cambio en el estado de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado

NOC [1205] Autoestima.

- [120501] Verbalizaciones de autoaceptación
 - ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca positivo
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre positivo

NOC [1829] Conocimientos: Cuidados de la ostomía.

- [120002] Cuidados de la piel alrededor de la ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - **Resultado Inicial:** 1. Ningún conocimiento
 - **Resultado al alta:** 4. Conocimiento sustancial
- [182908] Procedimiento para cambiar la bolsa de la ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - **Resultado Inicial:** 1. Ningún conocimiento
 - **Resultado al alta:** 5. Conocimiento extenso
- [182917] Grupos de apoyo disponibles
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - **Resultado Inicial:** 1. Ningún conocimiento
 - **Resultado al alta:** 4. Conocimiento sustancial
- [182916] Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía
 - ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende.
 - **Resultado Inicial:** 1. Ningún conocimiento
 - **Resultado al alta:** 5. Conocimiento extenso

NOC [1200] Imagen Corporal

- [120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto

- ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 2. Raramente positivo
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre positivo

NOC [1909] Conducta de prevención de caídas.

- [190903] Coloca barreras para prevenir caídas
 - ESCALA 13 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 1. Nunca demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado
- [190923] Pide ayuda
 - ESCALA 13 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación
 - **Resultado Inicial:** 3. A veces demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado

NOC [1102] Curación de la herida: por primera intención

- [110206] Secreción sanguinolenta de la herida
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - **Resultado Inicial:** 3. Moderado
 - **Resultado al alta:** 5. Ninguno
- [110203] Secreción serosa de la herida
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - **Resultado inicial:** 5. Ninguno
 - **Resultado al alta:** 5. Ninguno
- [110205] Secreción serosanguinolenta de la herida
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - **Resultado inicial:** 5. Ninguno
 - **Resultado al alta:** 5. Ninguno
- [110207] Secreción serosanguinolenta del drenaje
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - **Resultado Inicial:** 3. Moderado

- **Resultado al alta:** 5. Ninguno
- [110202] Supuración purulenta
 - ESCALA 23B Extenso - Ninguno.
 - **Resultado Inicial:** 5. Ninguno
 - **Resultado al alta:** 5. Ninguno

NOC [1902] Control del Riesgo.

- [190216] Reconoce cambios en el estado general de salud
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado
- [190220] Identifica los factores de riesgo.
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado

NOC [2102] Nivel de Dolor

- [210201] Dolor referido.
 - Escala Numérica del dolor.
 - **Resultado Inicial:** 50
 - **Resultado al alta:** 0

NOC [1605] Control del dolor.

- [160508] Utiliza los recursos disponibles .
 - ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta.
 - **Resultado al ingreso:** 1. Nunca demostrado
 - **Resultado al alta:** 5. Siempre demostrado

Intervenciones de Enfermería

NIC [5240] Asesoramiento

NIC [5390] Potenciación de la autoconciencia

NIC [5400] Potenciación de la autoestima

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

NIC [00480] Cuidados de la Ostomía

NIC [06490] Prevención de caídas

NIC [03660] Cuidados de las heridas

NIC [2210] Administración de analgésicos

NIC [1410] Manejo del dolor: agudo

Información complementaria/Observaciones

Acudir a la consulta de cirugía el día indicado en el informe de alta médico.

Acudir a su centro de salud para la retirada de puntos de la herida quirúrgica el día indicado en el informe de alta del médico.

Mantener la herida quirúrgica limpia y seca. Mantener una dieta equilibrada evitando fritos, picantes, legumbres y bebidas gaseosas.

No realizar esfuerzo abdominales en un plazo mínimo de un mes. No exponer la herida quirúrgica al sol por hiperpigmentación de esta (cicatriz oscura); en caso de hacerlo, usar protección solar de gama alta.

Cuidados de ostomía según educación sanitaria ofrecida durante la hospitalización.

En caso de fiebre, dolor o enrojecimiento de la zona de la herida quirúrgica acudir a urgencias de su centro de salud portando informe médico de alta.

Recomendación al profesional:

Supervisión y vigilancia del paciente. Trabajar en la satisfacción con la imagen y la función corporal.

Retirada de puntos de la herida quirúrgica el día indicado en el informe de alta médico, previa valoración de esta.

5. CONCLUSIÓN

Este plan de cuidados es la demostración de cómo una práctica enfermera individualizada y basada en el enfoque holístico de la salud del paciente.

Escuchar al paciente y estar con él en momentos de debilidad es especialmente importante, ya que, por desgracia, la situación sanitaria que nos ha dejado la pandemia del coronavirus imposibilita que los pacientes reciban visitas y esto acentúa sentimientos negativos como la soledad.

Por otro lado, me gustaría destacar la importancia de saber priorizar las intervenciones de enfermería, puesto que, como ha sucedido en este caso, al poner énfasis en el problema fundamental (aceptación de ileostomía) de nuestro paciente, el resto de las complicaciones han mejorado. En este contexto de incertidumbre y cambio, debemos hacer todo lo posible por ser empáticos y servir de apoyo a las personas que atendemos durante nuestra jornada laboral, evitando caer en la pasividad que a veces observamos dentro del gremio.

Pequeños gestos como poner en contacto al paciente con su familia a través de una videollamada pueden tener un gran impacto en la salud del paciente. Al fin y al cabo, la salud no solo comprende factores físicos, sino también mentales y sociales, lo cual no hace más que evidenciar la importancia del abordaje holístico de la enfermería.

6. ANEXOS

ANEXO 1

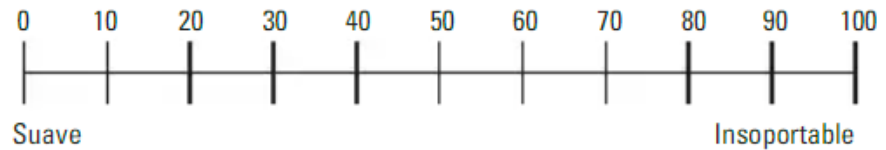
(-48-) GUÍA ENFERMERA PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON HTA Y DM

ESCALA DE BRADEN PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ALTO RIESGO: Puntuación total < 12					
RIESGO MODERADO: Puntuación total 13 – 14 puntos.					
RIESGO BAJO: Puntuación total 15 – 16 si menor de 75 años o de 15 – 18 si mayor o igual a 75 años.					
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	1. Completamente limitada. Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada. Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	3. Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales, pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4. Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.	✓
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropade cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.	✓
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.	3. Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	4. Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.	✓
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.	✓
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos, o Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2. Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente como solo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o Recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rechazar una comida, pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4. Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rechaza una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne y/o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.	✓
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES	1. Problema Requiere de moderada y máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en la silla, requiriendo de reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.	3. No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	✓	✓

ANEXO 2

Escala numérica
(elección de un
número que indique
la intensidad del dolor
en una escala
de 0 a 100,
correspondiendo el 0
al dolor suave y 100
al dolor insoportable)



Fuente: Ibáñez R, Manzanares A.
Escalas de valoración del dolor. Jano
2005; 68:527-530

ANEXO 3

Alimentos que producen gases	Bebidas carbónicas (cola, gaseosas) Legumbres Espárragos Verduras (coliflor, repollo, brócoli)
Alimentos que aumentan el olor	Ajos, cebollas col, legumbres, espárragos, huevos, pescado (azul)
Alimentos que reducen el olor	Yogurt, cuajada, requesón, suero de leche Perejil (añadido en las comidas) Mantequilla Jugo de arándanos
Alimentos recomendados en caso de estreñimiento	Verduras, ensaladas, frutas (kiwi, naranja) zumos, pan y cereales integrales, fruta seca
Alimentos recomendados en caso de diarrea	Pasta, arroz, zanahoria cocida, pescado a la plancha, pan blanco, plátano, zumo de limón, manzana rallada, leche sin lactosa

ANEXO 4

INDICACIONES PARA EL CUIDADO DEL ESTOMA

1. Lavado de manos higiénico.
2. Colocación de guantes.
3. Vaciar el contenido de la bolsa para evitar derramamientos
derramamientos.
4. Retirar la placa adhesiva con suavidad de arriba hacia abajo y de exterior al interior para evitar lesiones de la piel.
5. Limpiar el estoma con gasas, toallitas o esponja con agua y jabón (no utilizar toallitas con cremas o alcohol) SIN FROTAR.
6. Limpiaremos la piel que rodea al estoma de dentro hacia fuera evitando frotar para no irritar la piel.
7. Secar la piel con ligeros toques NO FROTAR. No usar secador o medios similares que

calienten y resequen la piel.

8. Cortar el vello con una tijera si lo hay, ya que dificulta la adhesividad de la placa. No rasurar ya que provoca lesiones en la piel.

Colocación de dispositivo de dos piezas

1. IMPORTANTE: Recortar con tijeras la placa dejando una abertura lo más parecida en tamaño y forma al estoma, pero de 2 o 3 mm superior. Ajustar al máximo procurando no lesionar el estoma, pero evitando el contacto de la piel con el material drenado.

2. Pegar la placa del dispositivo: retirar el papel adhesivo y pegar de abajo hacia arriba tensando la piel a la vez, para facilitar la adhesión y evitar arrugas.

3. La placa puede permanecer hasta 3-4 días adherida a la piel, dependiendo de las fugas y las necesidades de la persona.

4. Masajear con el dedo el adhesivo de la parte central de la placa con movimientos circulares, de dentro a fuera para incrementar la capacidad de fijación.

NO UTILIZAR SOLUCIONES ANTISÉPTICAS NI SELLADORAS QUE RESECAN E IRRITAN LA PIEL.








5. Conectar la bolsa recolectora a la placa también de abajo hacia arriba, comprobando la hermeticidad del dispositivo para evitar fugas. Asegurarse que la válvula del drenaje inferior de la bolsa esté cerrada.

6. Tirar ligeramente de la bolsa para asegurarse de que está correctamente fijada a la placa.

Elaboración propia basada en el documento "Atención integral y especializada a la persona portadora de un estoma" del Gobierno de Canarias, 2017.







ANEXO 5

CUADRO COMPLICACIONES INMEDIAS

		SIGNOS DE ALARMA	INTERVENCIONES
DERMATITIS		1º grado presenta eritema, edema y dolor 2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado	1. Valorar las características de la lesión (la extensión y el grado). 2. Ajustar tratamiento al grado de la lesión.
NECROSIS		Coloración del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro	1. Avisar y valorar la necrosis cirujano/enfermera. 2. Controlar color, aspecto, la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.
INFECCIÓN Y SEPARACIÓN MUCOCUTÁNEA		Celulitis o supuración peristomal, fiebre, rubor y dolor	1. Avisar y valorar la dehiscencia/infección junto con el cirujano. 2. Valorar y registrar la localización y la extensión de la lesión.
EDEMA		Mucosa brillante y tensa, dilatada y cambia el color	1. Avisar y valorar el edema junto con el cirujano. 2. Registrar aspecto, tamaño, color y funcionalidad del estoma.
HEMORRAGIA		Sangre en la bolsa del dispositivo	1. Avisar y valorar la hemorragia cirujano/enfermera. 2. Registrar cantidad de la pérdida, aspecto arterial de la misma y localización de la zona sangrante.
SALIDA PRECOZ DE CATETERES URETERALES		Disminución de la diuresis Dolor	1. Avisar a Cirujano.
OBSTRUCCIÓN		No permeabilidad de catéter	1. Avisar a Cirujano. 2. Si está indicado, lavados del catéter con máximas medidas de asepsia y si no se soluciona, avisar a Cirujano.

ANEXO 6

CUADRO COMPLICACIONES TARDÍAS

		SIGNOS DE ALARMA	INTERVENCIONES
DERMATITIS		1º grado presenta eritema, edema y dolor.	1. Valorar las características de la lesión (la extensión y el grado).
		2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado	2. Ajustar tratamiento al grado de la lesión.
ESTENOSIS		Dificultad para realizar tacto digital	1. Valorar grado de estenosis: leve, moderada o severa.
		El paciente puede referir dificultad para evacuar	2. En estenosis leve realizar diariamente dilatación del estoma
		Protuberancia epidérmica periestomal	3. En estenosis moderada consultar con el cirujano la cirugía de reconstrucción de forma programada y preferente.
		Pequeñas masas carnosas alrededor del estoma	4. En estenosis severa valorar con el cirujano la cirugía de reconstrucción urgente.
GRANULOMA		Molestias periestomales y/o dolor	1. Escuchar clínica referida por el paciente observar zona lesionada.
		Bulto irregular en la zona periestomal	2. Valorar causa: suturas o dermatitis y ajustar tratamiento
HERNIA PERIESTOMALES			1. Valorar las dimensiones de la protrusión y la rotura de la pared.
FISTULA		Salida del contenido intestinal en otra zona distinta del orificio del estoma	2. Ponerlo en contacto con el cirujano para que valore la indicación de la cirugía.
			1. Valorar conjuntamente con el cirujano.
RETRACCIÓN		Hundimiento del estoma debido a que el asa intestinal queda muy tensa	1. Utilizar dispositivos adecuados

7. Bibliografía

1. *Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer*. 2019. ¿Qué es una ileostomía? <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia/que-es-una-ileostomia.html>
2. *Equipo de redactores y equipo de editores médicos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer*. 2019. Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora. Sociedad Americana contra el Cáncer. <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>
3. Siqués, P., Brito, J., Jiménez, K., Tolorza, G., Rojas, F., & Barrios, L. 2004. Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. *Rev. Chilena de Cirugía*, 54(1), 31-34. [https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.\(07\).AV.pdf](https://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202004_01/Rev.Cir.1.04.(07).AV.pdf)
4. Lusk, J. M., & Fater, K. (2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nursing forum*, 48(2), 89–98. <https://doi.org/10.1111/nuf.12019>
5. Watson, F., & Rehair, A. (2014). The art of noticing: essential to nursing practice. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(10), 514–517. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.10.514>
6. Kamitsuru, S., Herdman, H. T., Fresnedo, E. C. I., & Duarte, S. J. C. (2019). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2018–2020* (1.a ed.). Elsevier.
7. MASLOW, A. H. (1943): A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50, 370-396.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, et al. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*, 6e (6.a ed.). Mosby.
9. Sim, J., Crookes, P., Walsh, K., & Halcomb, E. (2018). Measuring the outcomes of nursing practice: A Delphi study. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), e368–e378. <https://doi.org/10.1111/jocn.13971>
10. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, et al. (2018b). *Nursing Outcomes*

- Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes, 6e (6.a ed.).
Mosby.
11. Ackley, B. J., & Ladwig, G. B. (2018). *Nursing diagnosis handbook: an evidence-based guide to planning care*. 12th ed. St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier.
 12. Martínez Vidal, L. Encarnación, & Cantero González, M.L. (2013). Informe de cuidados en enfermería: revisión de su situación actual. *Enfermería Global*, 12(32), 336-345.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412013000400020&lng=es&tlng=es
 13. Borrell Brau, N., & Davín Durban, I. (2020a). Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía. *Revista Rol de Enfermería*, 43(1), 12-16 <https://medes.com/publication/151192>
 14. Burch J. (2017). Post-discharge care for patients following stoma formation: what the nurse needs to know. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 31(51), 41–45.
<https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10198>
 15. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., Viera, A., Crotty, K., Holland, A., Brasure, M., Lohr, K. N., Harden, E., Tant, E., Wallace, I., & Viswanathan, M. (2011). Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. *Evidence report/technology assessment*, (199), 1–941.
 16. Chapman, B., & Bogle, V. (2014). Adherence to medication and self-management in stroke patients. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 23(3), 158–166.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.3.158>
 17. Reeves, D., Blickem, C., Vassilev, I., Brooks, H., Kennedy, A., Richardson, G., & Rogers, A. (2014). The contribution of social networks to the health and self-management of patients with long-term conditions: a longitudinal study. *PloS one*, 9(6), e98340.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0098340>
 18. Borrell Brau, N., & Davín Durban, I. (2020b). Intervención de enfermería en los problemas relacionados con la aceptación de la ostomía. *Revista Rol de Enfermería*, 43(1), 12-16 <https://medes.com/publication/151192>
 19. Compte-Pujol, M., Marca-Francès, G., Menéndez-Signorini, J., & Frigola-Reig, J. (2020). Necesidades de información en pacientes con

- enfermedades crónicas. ¿Cómo evitar el ruido en la relación médico-paciente? *Revista Latina De Comunicación Social*, (75), 207-223.
20. Vitor, A. F., Moura, L. A., Fernandes, A. P. N. L., Botarelli, F. R., Araújo, J. N. M., & Vitorino, I. C. C. (2015). Risk for falls in patients in the postoperative period. *Cogitare Enferm*, 20(1), 29-37
21. Pérez Quinteros, G. M., & Correa Sánchez, M. F. (2018). Rol de enfermería en la prevención de infecciones de heridas quirúrgicas en el Hospital Dr. Abel Gilbert Ponton de la ciudad de Guayaquil (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería). <http://www.acircal.net/revista/articulo.php?id=48>
22. Llovera Colom JM. 2008. Clorhexidina: un antiséptico de nuestros tiempos. Consideraciones útiles para nuestra práctica clínica. http://mgyf.org/wp-content/uploads/2017/revistas_antes/revista_104/95-103.pdf
23. Llatas, F. P., Rioja, E. C., Areosa, L. A., Pujalte, B. F., Albert, D. P., Fornes, P. D., & Ortiz, J. Z. (2020). Abordaje de las lesiones cutáneas más frecuentes en el envejecimiento. *Enfermería Dermatológica*, 14(39), 9-16
24. Centers for Disease Control and Prevention. (2015) Guideline for the prevention of intravascular catheter related infections. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/bsi/index.html>
25. World Health Organization (WHO). 2009. Guide to appropriate hand hygiene in connection with clostridium difficile spread. WHO Appendix 2; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK144042/>
26. Association for Professionals in Infection Control & Epidemiology. (2015). Guide to Hand Hygiene Programs for Infection Prevention (1.a ed.). APIC. https://www.icpsne.org/APIC_handhygiene%202015.pdf
27. Safikhani, S., Gries, K. S., Trudeau, J. J., Reasner, D., Rüdell, K., Coons, S. J., Bush, E. N., Hanlon, J., Abraham, L., & Vernon, M. (2018). Response scale selection in adult pain measures: results from a literature review. *Journal of patient-reported outcomes*, 2, 40. <https://doi.org/10.1186/s41687-018-0053-6>
28. Valencia Huertas, J. A., & Macedo Díaz, A. D. P. (2019). Efectividad de la Escala Numérica para la valoración del dolor en pacientes adultos.

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2880>

29. Montilla, C. M. P., Duschek, S., & del Paso, G. A. R. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *nefrología*, 36(3), 275-282.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211699516000424>