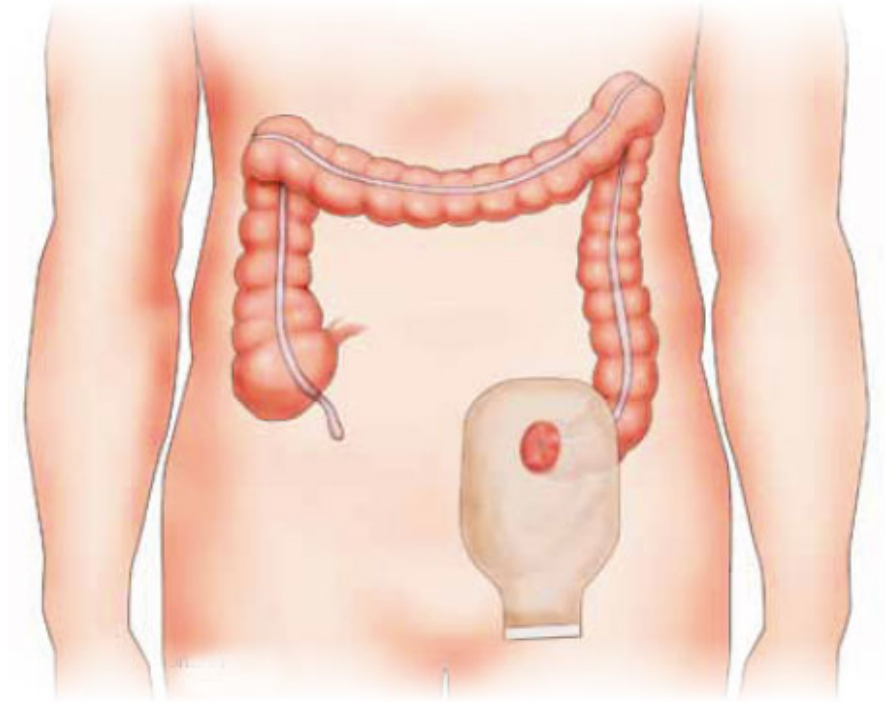


# PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO



Autor: Lucía Crespo Villazán

Director: Elías Rodríguez  
Martín

Trabajo fin de grado.

Departamento de enfermería.

Universidad de Cantabria.

## Índice

Resumen.....	1
Introducción .....	2
Capítulo 1: Pensamiento y proceso enfermero .....	3
Capítulo 2: Colostomía .....	9
Capítulo 3: Plan de cuidados preoperatorio .....	14
Capítulo 4: Plan de cuidados postoperatorio.....	18
Conclusiones .....	27
Referencias.....	28

## Resumen

Durante siglos, el pensamiento y ejercicio enfermero han sido llevados a cabo desde una perspectiva biomédica. Esto cambió con la incorporación del proceso científico y el desarrollo de un marco conceptual propio de la profesión, lo que a su vez originó el desarrollo de los planes de atención enfermeros y con ellos la mejora de los cuidados de salud prestados a los pacientes.

Pese a que la incorporación del proceso metodológico como herramienta de trabajo supone un gran avance y aporta numerosas ventajas para la profesión, se observa que en la práctica asistencial no es llevado a cabo por las dificultades que encuentran los profesionales en su aplicación.

La realización de una colostomía supone un gran impacto en el modo y calidad de vida de los pacientes sometidos a esta intervención, ya que produce una serie de cambios y alteraciones que afectan todas las esferas de su vida (física, psicológica y social), por lo que necesitan una atención especializada desde un punto de vista holístico y desde el momento del diagnóstico.

**Palabras clave:** Atención de enfermería, Diagnósticos de enfermería, Colostomía, Ostomía

## Abstract

For centuries, the nursing thinking and practice have been done from a biomedical perspective. This changed with the beginning of the scientific process and the development of a conceptual framework of the profession which was the origin of the nursing plans of care development and therefore the improvement of health care provided to patients.

Despite the fact the introduction of the methodological process as a working tool is a great advance and introduces several advantages for the profession, it has showed that it is not applied in real practice because of the difficulties found by professionals.

Making a colostomy supposes a great impact on the way and quality of life of patients who undergo this surgery, as it means a large number of changes and alterations which affect all areas of their life (physical, psychological and social) for that reason they need a specialized care from a holistic point of view and from the moment of the diagnosis.

**Key words:** Nursing care, Nursing diagnoses, Colostomy, Ostomy

## Introducción

Durante el siglo XX. se produce la integración del método científico en el ámbito de la práctica enfermera, provocando una evolución del pensamiento enfermero, dando lugar a su vez a un cambio en el rol enfermero y haciendo evidente la necesidad del desarrollo de una terminología que identificara y clasificara los problemas y actividades dependientes de la enfermería. Esto supuso el origen y desarrollo de los diagnósticos enfermeros, que se convirtieron en la base de la atención y cuidados enfermeros. (Gordon, 1996)

Posteriormente, con base a este proceso de pensamiento, se desarrollaron los planes de cuidados estandarizados que suponen la organización de los cuidados enfermeros relativos a una patología o problema de salud concreto, creándose de esta manera un plan de actuación preestablecido basado en la evidencia científica, en la observación del comportamiento de los pacientes y en la experiencia profesional; y que refleja los diagnósticos, objetivos y actividades que más frecuentemente se presentan en un perfil concreto, de forma que puede ser aplicado a todos los pacientes con ese perfil, adaptado a sus características individuales. (Charrier & Ritter, 2005)

En lo concerniente a las colostomías, pese a los avances y los esfuerzos realizados para la conservación del colon, todavía se siguen realizando esta técnica quirúrgica a un gran número de la población con la intención de tratar las patologías causantes así como reducir el dolor o las molestias derivadas de estas, pero la creación de un estoma supone un gran impacto en diversas esferas de la vida del paciente, tanto a nivel físico como psicológico, emocional, familiar y social, que inevitablemente van a influir en su nuevo modo y calidad de vida. Por lo que la atención a estos pacientes debe realizarse de forma holística y desde el momento del diagnóstico con el objetivo de reducir el impacto y mejorar la adaptación a su nueva vida. (Dabirian, Yaghmaei, Rassouli & Mansoureh, 2011)(Franco, Viana & Guedes, 2011)

Los motivos que impulsaron el desarrollo de este trabajo, principalmente fueron mi creencia de la importancia y necesidad del desarrollo de la profesión dentro de un marco metodológico y basado en evidencia científica, suponiendo la mejora de la atención a los pacientes; y mi interés personal en ampliar los conocimientos teóricos respecto al proceso enfermero, así como el aprendizaje de la realización de un plan cuidados enfermeros basados en este.

Los objetivos del trabajo son:

1. Identificar los problemas reales o potenciales de los pacientes sometidos a la realización de una colostomía.
2. Desarrollar un plan de actuación adecuado para prevenir, mitigar o resolver problemas de los pacientes sometidos a la realización de una colostomía.

En el primer capítulo del trabajo se abordará la situación actual acerca del desarrollo de la metodología en el campo asistencial, continuando con el segundo capítulo en torno a la colostomía (definición, indicaciones, clasificación y complicaciones potenciales). Y en los capítulos tres y cuatro, el desarrollo del plan de cuidados preoperatorio y postoperatorio, respectivamente.

## Capítulo 1: Pensamiento y proceso enfermero

El desarrollo del pensamiento y los conocimientos de los cuidados enfermeros se han visto influenciados por múltiples factores que, junto con los constantes cambios de las necesidades de las personas, han afectado su evolución hasta nuestros días.

En su origen, los cuidados humanos estuvieron integrados en un marco mágico-religioso, basados en las creencias sobrenaturales, con los que explicaban fenómenos que escapaban a su poder, así como la observación de la naturaleza, intentando imitar procesos que en esta se producían. Por lo que podemos hablar de la realización de estos cuidados desde la intuición y ritos mágicos (Hernández, Moral & Esteban, 2003).

Esta forma de pensamiento empírico se mantiene a lo largo de los años como consecuencia de diversos factores entre los que cabe destacar la concepción negativa respecto a los cuidados, existente en la antigua Grecia, dejando los cuidados relegados al servilismo; así como la influencia del cristianismo, que introdujo el enfoque humanitario a los cuidados, haciéndolo obligación de todo “buen cristiano” y otorgando un concepto más espiritual (García & Martínez, 2001) (Hernández & Moral, 1995). Todo esto, provoca que la transmisión de los conocimientos quede ligada a la transmisión oral, realizándose de manera informal y no organizada, impidiendo consecuentemente el desarrollo de un cuerpo de conocimientos propios (Hernández et al., 2003) (Hernández & Moral, 1995).

No fue hasta el siglo XIX que junto con el gran avance científico y los cambios en las necesidades de la sociedad, la concepción de la enfermería comenzó a cambiar con la búsqueda de la profesionalización y la sistematización de la práctica de los cuidados. Sin embargo, esta formación fue impartida por médicos por lo que los cuidados enfermeros estuvieron centrados en la atención diagnóstica y curativa, en el apoyo a las actividades médicas, dándole gran importancia a la destreza en las tareas técnicas (Hernández et al., 1995) (García & Martínez, 2001). De lo que se deriva un alejamiento del cuidado al enfermo hacia la curación del órgano, con lo que se produce una pérdida de la identidad profesional (Hernández & Moral, 1995).

Posteriormente, esta tarea se ve impulsada por la labor de Florence Nightingale, considerada como la representante del fin de la enfermería empírica, así como pionera y precursora de la profesionalización de la enfermería. Hizo diversas aportaciones a lo largo de su vida entre las que cabe destacar: el inicio de la búsqueda de un cuerpo de conocimientos propios, el inicio a la investigación y la organización de los sistemas de enseñanza (García & Martínez, 2001).

A partir de estos hechos, se produce la búsqueda de la profesionalización del cuidado, conseguida mediante la introducción de la profesión en la universidad, que abre campos hasta ese momento vetados; acciones que aumentan el cuerpo de conocimientos propios, así como la inclusión de los cuidados en un marco teórico propio y el uso del proceso de enfermería como una herramienta metodológica y racional (García & Martínez, 2001).

Esta fue la raíz del desarrollo de los modelos conceptuales y las teorías de la enfermería en los años 50, en un intento de describir y racionalizar las diversas actividades que desarrolla, consiguiendo así la organización de los conocimientos, delimitando el campo de actuación y estableciendo las bases científicas de la ciencia enfermera (Hernández et al., 1995). Lo que desemboca en la adopción de un método de trabajo científico, de manera que las actividades de cuidado se realicen de manera racional y no quedando sujetas a la improvisación (García & Martínez, 2001).

Este breve recorrido a través de la historia, nos permite apreciar la evolución en el pensamiento de la profesión, necesario para la comprensión del estado actual. Ya que como señalan Hernández & Moral (1995): “El análisis de los aspectos estudiados es la base para entender la situación científica profesional de los Cuidados de Enfermería y la clave para comenzar a establecer, sin más demora, las actitudes y los planteamientos de futuro que, de nuevo, la historia exige a la profesión enfermera” (p.112).

Esta evolución del pensamiento hace posible en la actualidad la existencia y el desarrollo de un método de trabajo que guía las actuaciones enfermeras de forma lógica y racional, denominado como “proceso de atención de enfermería” (PAE), que se define como un proceso sistemático y dinámico de identificación y resolución de problemas mediante la aplicación del método científico (Doenges, Moorhouse & Murr, 2008).

El PAE proporciona una descripción de la realidad de la práctica enfermera mediante la utilización de un lenguaje propio, intentando alejarlo del enfoque biomédico bajo el que se ejercía la profesión.

Así mismo, la enfermería presenta una complicada realidad que además abarca una serie de actividades de gran heterogeneidad derivada de la confluencia de diversos campos de conocimiento. Por lo que cabe hacer una mención especial al “modelo bifocal” descrito por Carpenito (1995) en el que intenta explicar esta realidad y ayudar a diferenciar la enfermería de otras disciplinas, al hacer una descripción de todas las situaciones en las que interviene la profesión.

En este modelo bifocal, Carpenito (1995) distingue entre las actividades que son responsabilidad específica de la enfermería, orientadas mediante un diagnóstico enfermero y llevadas a cabo mediante una serie de intervenciones que son realizadas de manera autónoma e independiente por el profesional enfermero, actuando éste como un agente primario. Pero como he mencionado antes, la realidad de la profesión es muy compleja, ya que hay otras actividades que son realizadas en colaboración con otras profesiones para su resolución, denominadas “problemas interdisciplinarios”, que abarcan complicaciones potenciales que son resueltos con actividades tanto enfermeras junto con actividades prescritas por otro profesional (Alfaro-Lefevre, 2003). p.35

Para entender mejor esta diferenciación debemos conocer la definición de diagnóstico enfermero otorgada por la NANDA (1990):

Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o sociales a problemas sanitarios reales o potenciales, o de procesos vitales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para seleccionar las intervenciones enfermeras, con el fin de conseguir resultados de los que el profesional enfermero es responsable.

Carpenito (1995) define los problemas interdisciplinarios como: “Los problemas interdisciplinarios son ciertas complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o cambios de estado. Las enfermeras abordan los problemas interdisciplinarios utilizando intervenciones prescritas por el médico y por la enfermera para minimizar las complicaciones de los acontecimientos.”

Ambas actuaciones influyen en todas las fases del proceso de enfermería. Así mismo, ambos tipos de actividades requieren la toma de decisiones de forma autónoma e independiente por parte del personal enfermero, radicando la diferencia en el enfoque desde el que se realiza. Ya que, en lo que se refiere a los problemas interdisciplinarios las actividades se centran en el control y observación del inicio de complicaciones cambios en el estado del

paciente y actuar posteriormente conforme a las prescripciones de otros profesionales conjuntamente con intervenciones propiamente enfermeras. Mientras que los diagnósticos enfermeros son ejecutados por el profesional enfermero quien prescribe y determina de forma definitiva y autónoma las actividades necesarias así como determinar los resultados deseados, siendo responsables de ello y sin recurrir a la participación de otro profesional del equipo de salud (Carpenito, 1995).

Como ya se señaló anteriormente, este modelo se basa en la aplicación del método científico de forma que su principal objetivo es el de guiar las actuaciones mediante el uso del razonamiento crítico. A lo que hay que añadir los objetivos enumerados que persiguen los planes de cuidados enumerados por Carpenito (1995), los cuales divide en 2 campos: administrativos y clínicos: (p.81)

- Objetivos administrativos:
  - Definir el enfoque del cuidado de enfermería para el cliente.
  - Diferenciar la responsabilidad de la enfermera de la de otros miembros del equipo de salud.
  - Proporcionar criterios para la revisión y evaluación de los cuidados.
  - Proporcionar criterios para la clasificación y retribución económica.
- Objetivos clínicos:
  - Representar la serie prioritaria de diagnósticos para un cliente.
  - Proporcionar un esquema para elaborar gráficas.
  - Comunicar al personal de enfermería lo que ha de enseñar, observar y poner en práctica.
  - Proporcionar criterios de resultados y objetivos de enfermería para la revisión y evaluación de los cuidados.
  - Dirigir las intervenciones específicas a ejecutar por el cliente, familia y otros miembros del personal de enfermería.

Aunque estos objetivos podrían ser considerados por sí mismos ventajas derivadas del proceso enfermero debemos preguntarnos ¿Qué beneficios aporta a la práctica enfermera? ¿Por qué deberíamos introducirlo en nuestro quehacer cotidiano? Desde el punto de vista teórico, varios autores han señalado diversos aspectos.

Alfaro-LeFevre (2003) califica el proceso enfermero como un complemento de otras disciplinas debido a la relevancia que otorga a las respuestas humanas ante los problemas de salud. Además añade los siguientes beneficios: (p. 11)

- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales y potenciales, reduciendo la incidencia de ingresos hospitalarios (y acortando su duración).
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humanos como de gasto económico.
- Mejora la comunicación y previene errores, omisiones y repeticiones innecesarias.
- Permite un registro que pueda usarse posteriormente para evaluar los cuidados del usuario y para realizar estudios que permitan el avance de la enfermería y mejoren la eficacia y eficiencia de los cuidados.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Adapta las intervenciones al individuo.
- Ayuda a los usuarios a identificar la importancia de su aportación y de sus recursos.
- Ayuda a que las enfermeras obtengan satisfacción de la obtención de resultados.

Por otro lado, Carpenito (1995) cita los siguientes beneficios de la realización de un plan de cuidados:

- Proporcionan directrices escritas para el personal de enfermería en lugar de confiar en la comunicación verbal.
- Ayudan a asegurar la continuidad de los cuidados.
- Dirigen a las enfermeras a intervenir en la serie prioritaria de diagnósticos de un cliente en particular.
- Proporcionan un medio de evaluación de los cuidados.
- Demuestran el complejo papel de las enfermeras profesionales para validar su posición en los centros de cuidados de la salud.

Así mismo describió algunos obstáculos o dificultades a la hora de poner en práctica el proceso de cuidados en el campo asistencial (Carpenito, 1995).

- Las enfermeras no tienen tiempo suficiente para elaborarlos.
- No son necesarios excepto para acreditaciones.
- No se utilizan tras su realización.

Teniendo en cuenta todo lo descrito hasta ahora, no debería existir duda sobre la utilidad del PAE. Sin embargo, la materia sólo ha sido vista desde el punto de vista teórico pero desde hace siglos en la antigua Grecia ya Aristóteles señaló la distancia existente entre la teoría y la práctica, por lo que sería conveniente tener en cuenta la opinión de los profesionales acerca del proceso enfermero en el momento de su implantación en el ámbito asistencial.

En estudios realizados con la finalidad de saber la opinión de los profesionales sanitarios, se puede encontrar que estos ven el PAE como un componente importante que debería ser empleado en la práctica asistencial como guía de actuación ya que con él, el rol enfermero se hace más evidente, además de ganar autonomía (Silva, de Oliveira, Neves & Guimaraes, 2011) (Backes, Koerich, Nascimento, Erdmann, 2008).

En un estudio realizado en un hospital de Brasil, casi la totalidad de los enfermeros entrevistados manifestaron que se debería de usar el método como forma de trabajo, además de reconocer la importancia y la mejora que supone en la calidad de los cuidados. Curiosamente, menos del 20% de los entrevistados identifican el aumento de la autonomía profesional (Silva et al., 2011). Esto se ve respaldado por otros estudios en los que se define como una herramienta que: “proporciona un conocimiento específico y reflexión crítica sobre la organización y filosofía del trabajo de enfermería siendo un instrumento importante de gestión y optimización de la asistencia” (Antonio, Aguiar & Oliveira, 2012).

Es importante recalcar, como se mencionó anteriormente, que esta metodología está fundamentada sobre una sólida base de conocimientos científico-técnicos basados en la evidencia, lo que favorecen la capacidad crítica del profesional para la toma de decisiones complejas en el proceso de cuidados y en un cambio de un modelo curativo de cuidados hacia un modelo predictivo, lo que redundará en una mejora evidente de la atención individualizada al paciente que a su vez conlleva un menor tiempo de hospitalización requerido (Antonio et al., 2012) (Souza & Valadares, 2011) (Alfaro-Lefevre, 2003).

Otro aspecto relevante es que el PAE al tener en cuenta las respuestas de los pacientes articulado al enfoque interdisciplinar, proporciona una visión completa y holísticas del individuo que nos permite identificar y por tanto satisfacer las necesidades que presente (Souza & Valadares, 2011).



Así mismo, también se señala la realización de documentos de gran valor técnico y científico, de forma que proporciona una base importante para el desarrollo de investigaciones, además de registros para el establecimiento de estándares y la evaluación de la calidad de la asistencia (Antonio et al., 2012). Igualmente es visto como un importante canal de información entre profesionales, mediante el uso de un lenguaje estandarizado y de taxonomías, mejorando así la comunicación entre los miembros del equipo (Souza & Valadares, 2011) (Backes et al., 2008) (Granero-Molina, Fernández-Sola, Peredo, Aguilera-Manrique, Mollinedo-Mallea & Castro-Sánchez, 2012).

Pese a todos los aspectos y aportaciones a los cuidados enumeradas anteriormente y la consideración positiva manifestada por los propios profesionales, en el ámbito asistencial se encuentra que los enfermeros no llevan a la práctica este sistema de cuidados. Lo que nos lleva a analizar las causas y obstáculos que se hallan a la hora de la implementación de esta metodología como guía de trabajo.

Si analizamos varios artículos realizados en distintos países, es curioso que pese a las diferentes circunstancias de trabajo en las que se desarrollan, se enumeran una serie de factores comunes.

Uno de ellos y quizás el más influyente es la diferencia entre la teoría enseñada durante la formación respecto de la práctica asistencial, relacionándolo con el hecho de que en la período de enseñanza los alumnos lo aprenden aplicándolo sobre un número limitado de pacientes frente a la carga asistencial y al cupo de pacientes del que se es responsable posteriormente. Por lo que los alumnos terminan adoptando y copiando la forma de trabajo ya existente.

Algunos profesionales entrevistados señalan la heterogeneidad de la enseñanza de la metodología derivada del autoaprendizaje de ésta por parte de los docentes, que se vieron obligados a buscarse sus propios medios y recursos para el aprendizaje. De forma que no existe una unicidad en su enseñanza, ya que cada uno lo transmite según su interpretación personal (Granero-Molina et al., 2012).

En ese mismo estudio, uno de los profesionales entrevistados afirmó que el PAE no se estudia como una metodología de trabajo propia sino que afirman que: “Las enfermeras asistenciales conocen la metodología pero ni se aplica ni se registra porque tampoco existen formularios. El PAE tiene muchas importancia para el docente, pero no para el profesional.” (Granero-Molina et al., 2012).

Sin embargo, pese a la afirmación de conocer el PAE, en el estudio realizado en Brasil nombrado anteriormente, sólo el 31% supo describir los pasos que implica el proceso correctamente y el 68% no mencionaron una etiqueta diagnóstica. Quedando evidenciado el desconocimiento del PAE por parte de los profesionales (Silva et al., 2011). Lo cual redunda y se hace aún más evidente en otra de las dificultades mencionadas por los profesionales, la complejidad y laboriosidad de su realización, ya que es imprescindible el conocimiento y la familiaridad con los diagnósticos enfermeros, sus etiquetas definitorias y las intervenciones para llevarlo a cabo, sin caer en el error de convertirlo en una simple secuencia de pasos a seguir (Silva et al., 2011) (Souza & Valadares, 2011). Lo que desemboca en la desmotivación, desinterés y rechazo de las propias enfermeras (Antonio et al., 2012).

Otro factor influyente en la implantación del proceso es la visión biologicista y biomédica todavía imperante en el ámbito asistencial, el que además goza de gran importancia. Por lo que se da gran relevancia a las tareas técnicas y asistenciales derivadas de las indicaciones

médicas, dedicando gran parte de nuestro tiempo (Granero-Molina et al., 2012) (Ledesma-Delgado & Mendes, 2009).

Estos son los obstáculos con más relevancia o importancia, pero no los únicos. Según varios estudios, realizados en diferentes países. Los profesionales enfermeros han identificado otra serie de factores, entre los que se encuentran (Granero-Molina et al., 2012) (Backes et al., 2008) (Antonio et al., 2012) (Silva et al., 2011):

- Herramienta compleja de usar.
- Dificultad en el aprendizaje.
- Escasa relación docente-asistencial.
- Falta de preparación de los profesionales.
- Número insuficiente de profesionales de enfermería.
- Elevado número de pacientes a su cargo.
- Sobrecarga de trabajo asistencial.
- Asunción de tareas que no son propias.
- Falta de tiempo.
- Condiciones inadecuadas de trabajo.
- Desvalorización por parte de otros profesionales.
- Excesiva burocratización del sistema de salud.
- Inexistencia de registros adecuados.
- Falta de presupuestos para la formación.
- Desinterés y de apoyo por parte de las instituciones.
- Desinterés y desmotivación por parte del personal enfermero.

## Capítulo 2: Colostomía

La colostomía es considerada por diversos autores como la intervención digestiva más antigua, realizada por primera vez con éxito en 1793 por Duret. La colostomía se define como “la exteriorización del colón a la pared abdominal, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal”. (García-Sosa & Rodríguez, 2011).

La causa más frecuente para la realización de una colostomía es el carcinoma de recto, pero entre las indicaciones de las colostomías se pueden diferenciar entre causas inflamatorias, traumatismos y cuadros obstructivos secundarios a patologías neoplásicas para el mantenimiento del colon en reposo hasta la resolución de una patología aguda; lo que a su vez, va a determinar la temporalidad de la colostomía, en las que distinguimos entre colostomías definitivas, siendo aquellas de carácter permanente, acompañando por tanto al paciente durante toda su vida; y las colostomías temporales, aquellas que se realizan durante la fase aguda de una enfermedad en las que se restituye el tránsito intestinal tras su resolución (García-Sosa & Rodríguez, 2011).

De esta manera, se pueden asociar el tipo de colostomía a ciertas patologías (García-Sosa & Rodríguez, 2011):

- Colostomías definitivas:
  - Carcinomas de recto y ano.
  - Lesiones inflamatorias.
  - Prolapso rectal.
  - Causas congénitas.
  - Lesiones y/o traumatismos anales o rectales que no pueden ser corregidos por otro método.
  - Lesiones neurológicas que producen incontinencia intratable.
- Colostomías temporales:
  - Neoplasias de colon izquierdo.
  - Fístulas recto-vaginales.
  - Traumatismo perineales y rectales.
  - Diverticulitis.
  - Vólvulo.
  - Malformaciones congénitas.
  - Como protección de suturas en otras técnicas quirúrgicas.

Generalmente, la colostomía es un procedimiento que se realizará de forma meditada y planeada, teniendo en cuenta las peculiaridades de cada paciente. Sin embargo se pueden presentar diferentes circunstancias que van a precisar de una intervención urgente, siendo las más frecuentes (García-Sosa & Rodríguez, 2011):

- Obstrucción intestinal.
- Hernias incarceradas o estranguladas.
- Neoplasias de colon.
- Adherencias o bridas.
- Síndrome de Ogilvie.
- Tumores de vecindad.
- Enfermedad inflamatoria complicada.
- Diverticulitis cólica.

- Megacolon tóxico.
- Hemorragia masiva.
- Colitis aguda fulminante.
- Perforación.
- Apendicitis aguda.
- Traumatismos abdominales.
- Patología isquémica intestinal.

La clasificación más usada para catalogar las colostomías es la realizada en función de la localización del estoma y el segmento de intestino utilizado para su formación (García-Sosa & Rodríguez, 2011):

- Cecostomía: Avocación del ciego a la pared abdominal del cuadrante inferior derecho. Su utilización se realiza en las situaciones en las que se necesita una descompresión intestinal.
- Colostomía ascendente: Estoma localizado en el segmento ascendente del colon, en la parte derecha del abdomen.
- Colostomía en asa transversa: Situada en la el colon transverso, su localización se realiza en función de la movilidad de los segmentos del colon, puede encontrarse tanto a la derecha como a la izquierda de la pared abdominal. Se utiliza un tutor rígido sobre el que se apoya el segmento exteriorizado, quedando la parte anterior abierta hacia el exterior, permitiendo la evacuación de la totalidad de la materia fecal.
- Sigmoidostomía: Estoma realizado en el sigma. Situado en el cuadrante inferior izquierdo del abdomen.
- Colostomía terminal: Permiten la derivación completa del contenido intestinal mediante la exteriorización del asa proximal, pudiendo quedar la parte distal del colon en el interior del abdomen como saco ciego o abocado al exterior como una fistula mucosa.

Otro criterio de clasificación es el que se realiza en relación a la continencia de la colostomía, distinguiendo entre colostomías incontinentes, en las que se produce una evacuación continua de las heces a través del estoma; y las colostomías continentes que mantienen la evacuación voluntaria del material fecal y por tanto su almacenamiento mediante la creación de reservorios o el uso de mecanismos protésicos (Tamames & Escobar, 1994).

Un punto importante y relevante desde el punto de vista de la enfermería, relacionado con las colostomías, son las complicaciones derivadas de ellas que pueden aparecer. Por lo que es importante el conocimiento de estas por parte del personal, respecto a los factores de riesgo o favorecedores y su tratamiento o manejo, lo que posibilitará realizar una educación al paciente y promoción de la salud efectiva y de esta forma prevenir su aparición o mantener la mejor calidad de vida posible del paciente portador.

El índice de aparición de complicaciones del estoma se sitúa entre el 6-25%. Pueden aparecer complicaciones de forma temprana o tardía, siendo las primeras las más graves llegando incluso a necesitar una segunda intervención para su corrección (García & Rodríguez, 2011). Aunque posteriormente nos centraremos más en las complicaciones precoces por su interés a nivel postoperatorio en la elaboración del PAE, debemos tener presente la posibilidad de la aparición de las complicaciones tardías del estoma, cuyo conocimiento nos ayudará en la educación de los pacientes para evitar y/o detectar su presentación. García-Sosa y Rodríguez las clasifican de la siguiente forma (2011):

Complicaciones inmediatas	Complicaciones tardías
Edema	Dermatitis periestomal
Hemorragia	Estenosis
Isquemia-necrosis	Eventración
Infección	Prolapso
Hundimiento	Retracción
Invaginación	Tumores
Eventración pericostomía	Úlceras
Oclusión por hernia interna	Sifón periestomal
Fistulización	Colitis isquémica
Localización incorrecta	Colitis rádica-actínica

(García-Sosa & Rodríguez, 2011.p.176)

#### 1. Complicaciones tempranas:

- **Edema:** Generalmente, toda colostomía presenta al inicio un edema derivado del traumatismo quirúrgico. Otra posible causa es la realización de un anillo cutáneo estrecho que origina la estrangulación del intestino, lo que puede desembocar en un compromiso de la vascularización de la mucosa intestinal exteriorizada.
- **Hemorragia:** Expulsión de sangre por el estoma o zona periestomal. El sangrado puede proceder de la mucosa del estoma o de la sutura enterocutánea. O bien, puede originarse durante el periodo postoperatorio un hematoma parietal como consecuencia de una lesión de los vasos epigástricos durante la intervención, pudiendo originar a su vez la compresión del estoma y consecuentemente la isquemia de este.
- **Isquemia-necrosis:** Se origina la falta de irrigación del tejido el cual sufre una modificación de la coloración, adquiriendo un tono grisáceo-negruzco. La causa más común suele ser la desvascularización del tejido del colon, originado por una tensión excesiva en el estoma, estenosis de la abertura estomal, una rotación del asa intestinal o una invaginación aguda. La necrosis puede presentarse de forma parcial, afectando solamente a una pequeña porción del tejido o extenderse, afectando de manera importante a una superficie de mucosa que siendo necesaria la resección de la porción afectada.
- **Infección:** Una de las complicaciones de mayor frecuencia, presenta un cuadro clínico de dolor de la zona estomal con signos inflamatorios. Se produce con mayor frecuencia en las intervenciones realizadas de urgencia por la falta de preparación del colon.
- **Hundimiento-retracción:** tiene una incidencia del 20-25%. Entre las causas encontramos: mala fijación, tracción, necrosis, infección de la pared, dermatitis y estenosis. Lo que se ve favorecido por un meso corto, obesidad con pared gruesa, íleo postoperatorio o supuraciones periestomales. Puede dar lugar a infecciones en el estoma como consecuencia de la posibilidad de inoculación séptica del tejido subcutáneo en una importante retracción, pudiendo incluso precisar de una reintervención por el riesgo de infección intraperitoneal.
- **Oclusión por hernia interna:** Se presenta el cuadro clínico de una patología oclusiva (dolor, vómitos y deshidratación).

- **Fistulización:** Tienen una baja incidencia, la sospecha comienza con la observación de la salida de contenido intestinal por el exterior de la circunferencia de la ostomía. Suelen ser producidas por los puntos de sutura utilizados en la fijación del estoma a la pared abdominal, la recidiva de la enfermedad inflamatoria o la perforación del intestinal durante una irrigación.
- **Localización incorrecta:** La ubicación suele ser escogida previamente a la cirugía con el fin de evitar esta situación, lo que la convierte en la complicación más prevenible, mediante la realización del marcaje con el paciente en supino, sedestación y bipedestación y evitando los pliegues cutáneos y rebordes óseos. Una malposición del estoma puede dar lugar a dificultades en la adaptación de los dispositivos derivando en la aparición de dermatitis periestomal. Además del rechazo de los pacientes ostomizados por la dificultad en la realización de los autocuidados, pudiendo llegar al aislamiento social de estos. (García & Rodríguez, 2011; Kann, 2008; Tamames & Martínez, 1994; Winkler, 1987)

## 2. Complicaciones tardías:

- **Dermatitis periestomal:** Es una complicación más asociada a las ileostomías o colostomías proximales debido a que las heces eliminadas por estas más irritante, mientras que las heces eliminadas por una colostomía terminal se encuentran más formadas y son menos irritantes en contacto con la piel. Se pueden describir otros factores favorecedores de esta situación como una inadecuada higiene del estoma, el uso incorrecto de los dispositivos de recolección o la localización incorrecta del estoma que deriva en el difícil manejo y cuidado de la colostomía por parte del paciente. Dentro de las alteraciones de la piel, también podemos encontrar infecciones fúngicas por *Candida albicans*, que precisarán de la aplicación de polvos antifúngicos bajo los dispositivos; y las dermatitis por reacciones alérgicas a los componentes de los dispositivos en contacto con la piel, que se caracterizan por presentar un eritema localizado con la forma del dispositivo, por lo que deberemos cambiar a un dispositivo de distinta composición o incluso, precisar el uso de fármacos para el control de la sintomatología.
- **Estenosis:** Se presenta en un 15% de los casos. Supone el estrechamiento del abocamiento del orificio del estoma, provocando un compromiso de la evacuación fecal. Referente a las causas de las estenosis podemos nombrar mal acoplamiento mucocutáneo, creación de un orificio demasiado estrecho, retracción parcial, infección, necrosis o recidiva de una enfermedad cólica subyacente.
- **Eventración:** Supone la protusión del intestino a través del orificio del estoma. Presenta un incidencias entre el 10 y 50%. Producida por la realización de un orificio en la pared abdominal mayor que el tamaño de la luz intestinal que se va a exteriorizar, favorecido por el aumento de la presión intraabdominal (estreñimiento, obesidad y ascitis) así como por otras patologías relacionadas con la confección del estoma como la infección o las estenosis. Generalmente, su aparición se produce en los dos primeros años, siendo su evolución de forma progresiva y lenta. En algunos casos, los pacientes no sufren sintomatología, pero sí presentan ciertas dificultades en el manejo de los dispositivos, derivado de la malformación de la pared abdominal. Sin embargo, un porcentaje de pacientes precisan ser

reintervenidos por la aparición de sintomatología asociada o por la aparición de complicaciones como la suboclusión o la estrangulación.

- Prolapso: Se produce una eversión de la mucosa intestinal a través del orificio estomal, en algunos casos puede encontrarse implicado el epiplón. Es relativamente frecuente (2-10%) y de instauración progresiva y en ocasiones asociado a una hernia. Se han relacionado algunos factores favorecedores con la aparición de esta complicación, como son: tamaño excesivo del orificio parietal, uso de la parte de colon muy móvil y larga o localización proximal del estoma; presentándose de esta manera con más frecuencia en las ostomías realizadas en el colon ascendente y transversal derecho. En estadios tempranos pueden realizarse maniobras de reducción manual, recurriendo a la cirugía en los casos en los que se presenten complicaciones o signos de estrangulación. Sin embargo, aunque la presencia de esta complicación no se encuentre acompañada a sintomatología, puede crear estrés en los pacientes derivado de la imagen estética o la dificultad en el manejo de los dispositivos, así como derivas en la aparición de hemorragias o úlceras en el segmento exteriorizado.
- Tumores: En estos casos se pueden diferenciar entre granulomas, normalmente de carácter benigno y relacionado con microtraumatismos, pólipos adenomatosos, leucoplasias, lesiones malignas como carcinomas o pseudotumores, que abarcan quistes mucoides de retención (García & Rodríguez, 2011; Winkler, 1987; Husain & Cataldo, 2008; Tamames & Martínez, 1994).

## Capítulo 3: Plan de cuidados preoperatorio

### A. Problemas de colaboración:

C.P: Riesgo quirúrgico:

Intervenciones de enfermería:

1. Observación y control de complicaciones potenciales.
2. Coordinación preoperatoria (2880)
  - Revisar la cirugía programada. (288001)
  - Realizar una valoración física completa. (288003)
  - Revisar las órdenes médicas. (288004)
  - Ordenar y coordinar las pruebas de diagnósticos. (288005)
  - Informar al paciente y al cuidador de la fecha y hora de la cirugía, hora de llegada a la institución y procedimiento de ingreso. (288011)
  - Informar al paciente y al cuidador de la ubicación de la unidad de recepción, quirófano y la sala de espera. (288012)
  - Determinar las expectativas del paciente acerca de los cuidados de la cirugía. (288013)
  - Obtener el consentimiento para el tratamiento. (288015)
  - Dar tiempo al paciente y al cuidador para que hagan preguntas y manifiesten sus inquietudes. (288016).
3. Preparación quirúrgica (2930)
  - Determinar el nivel de ansiedad/miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico. (293001)
  - Confirmar la información explicativa preoperatoria. (293002)
  - Completar la lista de comprobaciones preoperatorias. (293003)
  - Asegurar de que el paciente no recibe nada por boca. (293004)
  - Asegurarse de que el historial físico completo se encuentra registrado en la hoja. (293005)
  - Verificar que ha firmado el correspondiente consentimiento quirúrgico. (293006)
  - Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico se encuentran registrados en la hoja. (293007)
  - Verificar que se ha realizado un ECG. (293009)
  - Retirar las alhajas y/o anillos. (293014)
  - Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo. (293015)
  - Extraer dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prótesis. (293016)
  - Administrar los medicamentos de preoperación intestinal. (293018)
  - Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios. (293020)
  - Realizar afeitado quirúrgico, fricción y ducha. (293025)



B. Diagnósticos de enfermería:

1. Conocimientos deficientes (00126)

Relacionado con:

- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Desconocimiento de dónde obtener la información.
- Presencia de trastornos cognitivos o de la memoria.

Manifestado verbalmente por el paciente o presencia de conductas inapropiadas o exageradas.

Resultados de enfermería, NOC:

Conocimiento: proceso terapéutico (1814)

Indicadores:

- Procedimiento terapéutico. (181401)
- Propósito del procedimiento. (181402)
- Pasos del procedimiento. (181403)
- Posibles efectos indeseables. (181410)
- Contraindicaciones para procedimiento. (181412)

Intervenciones de enfermería, NIC:

Enseñanza prequirúrgica (5610)

- Informar al paciente/ser querido de la duración esperada de la operación. (561002)
- Conocer las experiencias quirúrgicas previas del paciente y el nivel de conocimiento relacionado con la cirugía. (561003)
- Evaluar la ansiedad del paciente/ser querido relacionada con la cirugía. (561004)
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. (561005)
- Describir las rutinas preoperatorias. (561006)
- Describir toda la medicación preoperatoria, los efectos de la misma en el paciente y el fundamento de su utilización. (561007)
- Informar al ser querido sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía. (561008)
- Proporcionar información acerca de lo que se oirá, verá, gustará o sentirá durante el suceso. (561012)
- Explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias. (561014)
- Describir las rutinas/equipos postoperatorios (medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares) y explicar su objeto. (561015)
- Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama. (561016)

- Instruir al paciente acerca de la técnica de sujetar su incisión, tos y respiración profunda. (561018)
- Instruir al paciente sobre el incentivo del uso del espirómetro. (561020)
- Instruir al paciente sobre la técnica de ejercicios de piernas. (561022)
- Destacar la importancia de la deambulaci3n precoz y los cuidados pulmonares. (561024)
- Corregir las expectativas irreales de la cirug3a, si procede. (561028)
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que suceder3n, si es posible. (561029)

## 2. Temor (00148)

Relacionado con:

- Falta de familiaridad con el entorno.
- Amenaza de muerte.

Manifestado por:

- Expresi3n de alarma.
- Expresi3n de sentimiento de miedo.
- Intranquilidad, inquietud.
- Identificaci3n del objeto del miedo.
- Aumento de la alerta.
- Aumento de la presi3n arterial.
- Aumento de la transpiraci3n.
- Aumento del pulso.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.

Resultados de enfermer3a, NOC:

Autocontrol del miedo (1404)

Indicadores:

- Elimina los factores precursores del miedo. (140402)
- Busca informaci3n para reducir el miedo. (140403)
- Utiliza estrategias de superaci3n efectivas. (140406)
- Mantiene el sentido del prop3sito a pesar del miedo. (140415)
- Controla la respuesta del miedo. (140417)

Intervenciones de enfermer3a; NIC:

Potenciaci3n de la seguridad (5380)

- Disponer un ambiente no amenazador. (538001)
- Mostrar calma. (538002)
- Ofrecerse a quedarse con el paciente durante las interacciones iniciales con otras personas. (538004)

## Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado

- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad. (538005)
- Presentar los cambios de forma gradual. (538006)
- Discutir los cambios que se avecinen antes del suceso. (538007)
- Escuchar los miedos del paciente/familia. (538014)
- Discutir situaciones específicas o sobre personas que amenacen al paciente o a la familia. (538017)
- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. (538018)
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. (538019)

## Capítulo 4: Plan de cuidados postoperatorio

### A. Problemas de colaboración:

1. Complicaciones tempranas del estoma:
  - C.P: Edema
  - C.P: Hemorragia
  - C.P: Isquemia-necrosis
  - C.P: Infección
  - C.P: Hundimiento-retracción
  - C.P: Oclusión por hernia interna
  - C.P: Fistulización
  - C.P: Localización incorrecta
  - C.P: Deterioro de la integridad cutánea
2. C.P: Obstrucción intestinal
3. C.P: Hemorragia
4. C.P: Dolor
5. C.P: Infección
6. C.P: Trombosis

Objetivos de enfermería:

- Detección precoz de complicaciones potenciales.
- Prevención de la aparición de complicaciones.

Intervenciones enfermeras, NIC:

Cuidados de la ostomía (0480)

- Observar la curación de la incisión/estoma. (48005)
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea. (48006)
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. (48007)
- Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. (48010)
- Examinar los cuidados de la ostomía del paciente. (48012)
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante. (48020)

Manejo del dolor (1400)

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. (140001)
- Observar claves no verbales de molestias. (140002)
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. (140003)
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida. (140007)

- Explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor. (140008)
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos. (140014)
- Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos. (140027)
- Utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo. (140029)
- Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor a través de una valoración continua de la experiencia dolorosa. (140033)
- Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente. (140034)
- Utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor. (140039)
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos específicos. (140043)

#### Protección contras las infecciones (6550)

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada. (655001)
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. (655002)
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo. (655007)
- Proporcionar los cuidados adecuados a la piel en las zonas edematosas. (655009)
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de la piel y las membranas mucosas. (655010)
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión/herida quirúrgica. (655011)
- Fomentar el aumento de la movilidad. (655017)

#### Monitorización de los signos vitales (6680)

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. (668001)
- Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea. (668002)
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia. (668008)
- Controlar periódicamente el ritmo y la frecuencia cardíacos. (668014)
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. (668020)
- Observar si hay relleno capilar normal. (668022)
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. (668024)

Precauciones en el embolismo (4110)

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica. (411001)
- Estimular ejercicios activos o pasivos. (411005)
- Cambiar la posición del paciente cada 2 horas, o caminar si se tolera. (411006)
- Administrar medicación anticoagulante profiláctica. (411010)

Administración de medicación (2300)

- Desarrollar la política y los procedimientos del centro para una administración precisa y segura de medicamentos. (230001)
- Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. (230002)
- Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco. (230004)
- Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. (230006)
- Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos, si procede. (230007)
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo y técnicas apropiados para la modalidad de administración de la medicación. (230010)
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. (230015)
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. (230019)
- Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. (230020)

**B. Diagnósticos de enfermería:**

1. Conocimientos deficientes (00126)

Relacionado con:

- Mala interpretación de la información.
- Falta de interés en el aprendizaje.
- Desconocimiento de fuentes de información.
- Presencia de trastornos cognitivos o de la memoria.

Manifestado por expresión verbales por parte del paciente o conductas inapropiadas.

Resultados de enfermería, NOC:

Conocimiento: cuidados de la ostomía (1829)

Indicadores:

- Funcionamiento de la ostomía. (182901)
- Cuidados de la piel alrededor de la ostomía. (182903)
- Complicaciones relacionadas con el estoma. (182907)

## Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado

- Materiales necesarios para cambiar la ostomía. (182909)
- Identificación de los alimentos flatulentos. (182910)
- Descripción de las modificaciones en la dieta. (182911)
- Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos. (182912)
- Mecanismo de control del olor. (182913)
- Modificaciones en las actividades diarias. (182914)
- Procedimiento para cambiar la bolsa de colostomía. (182915)

Conocimiento: Recursos sanitarios (1806)

Indicadores

- Cuando contactar con un profesional. (180602)
- Necesidad de asistencia continuada. (180605)
- Plan de asistencia continuada. (180606)
- Recursos sociales de ayuda disponibles. (180607)

Intervenciones de enfermería, NIC:

Cuidados de la ostomía (0480)

- Instruir al paciente/cuidador en la utilización del equipo de ostomía/cuidados. (048001)
- Disponer la demostración de uso del equipo al paciente/cuidador. (048002)
- Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su vida diaria. (048013)
- Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección). (048015)
- Ayudar al paciente a identificar los factores que afectan a la pauta de eliminación. (048018)
- Instruir al paciente/cuidador acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación. (048019)
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante. (048020)
- Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía. (048026)
- Fomentar la participación en grupos de apoyo de ostomía después del alta hospitalaria. (048027)

Enseñanza individual (5606)

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. (560603)
- Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. (560604)
- Determinar la capacidad del paciente para asimilar información específica (nivel de desarrollo, estado fisiológico, orientación, dolor, fatiga, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad). (560607)
- Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. (560610)
- Determinar la secuencia de presentación de la información. (560612)

- Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente. (560620)
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno. (560621)
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. (560623)
- Incluir a la familia/ser querido, si es posible. (560627)

2. Déficit de autocuidado: baño (00108)

Relacionado con:

- Disminución de la motivación
- Ansiedad
- Dolor
- Conductas de evitación corporal

Manifestado por:

- Incapacidad de lavarse de forma total o parcial.

Resultados de enfermería, NOC:

Autocuidado: baño (0301)

- Se baña en la ducha. (30109)
- Se lava la parte inferior del cuerpo. (30115)

Autocuidado: higiene (0305)

- Mantiene una apariencia pulcra. (30514)
- Mantiene la higiene corporal. (30517)

Autocuidado de la ostomía (1615)

Indicadores:

- Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo. (161504)
- Vacía la bolsa de la ostomía. (161507)
- Cambia la bolsa de la colostomía. (161508)
- Sigue un programa para cambiar la bolsa de la colostomía. (161511)
- Obtiene material para la ostomía. (161512)
- Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía. (161520)

Intervenciones de enfermería, NIC:

Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene (1801)

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. (180108)
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. (180111)
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. (180112)
- Controlar la integridad cutánea del paciente. (180114)



Cuidados de la ostomía (0480)

- Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario. (48003)
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario. (48004)
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía. (48007)
- Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, si procede. (48008)
- Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. (48010)
- Examinar los cuidados de la ostomía del paciente. (48012)
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante. (48020)

3. Baja autoestima situacional

Relacionado con:

- Pérdida de funciones corporales.
- Trastorno de la imagen corporal.

Manifestado por:

- Expresión de no sentirse capaz de afrontar la situación.
- Expresión de impotencia e inutilidad.
- Expresiones negativos de sí mismo.

Resultados de enfermería, NOC:

Autoestima (1205)

Indicadores:

- Verbalizaciones de autoaceptación. (120501)
- Aceptación de las propias limitaciones. (120502)
- Mantenimiento del contacto ocular. (120504)
- Nivel de confianza. (120511)
- Mantenimiento del cuidado e higiene personal. (120509)

Capacidad personal de recuperación (1309)

Indicadores:

- Verbaliza una actitud positiva. (130901)
- Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas. (130902)
- Expresa emociones. (130903)
- Muestra un estado de ánimo positivo. (130906)
- Verbaliza un sentido aumentado de control. (130911)
- Utiliza estrategias para potenciar la salud. (130917)
- Identifica los recursos comunitarios disponibles. (130925)

Modificación psicosocial: cambio de vida (1305)

Indicadores:

- Establecimiento de objetivos realistas. (130501)
- Expresiones de utilidad. (130504)
- Expresiones de optimismo sobre el presente. (130505)
- Expresiones de optimismo sobre el futuro. (130506)
- Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida. (130511)

Imagen corporal (1200)

Indicadores:

- Imagen interna de sí mismo. (120001)
- Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. (120002)
- Descripción de la parte corporal afectada. (120003)
- Satisfacción con el aspecto corporal. (120005)
- Adaptación a cambios en el aspecto físico. (120007)
- Adaptación a cambios corporales por cirugía. (120014)
- Actitud hacia tocar la parte corporal afectada. (120016)
- Actitud hacia utilizar estrategias para mejorar el aspecto. (120017)

Intervenciones de enfermería, NIC:

Potenciación de la autoestima (5400)

- Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. (540002)
- Animar al paciente a identificar sus virtudes. (540004)
- Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. (540005)
- Reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente. (540006)
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente. (540007)
- Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. (540008)
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. (540011)
- Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. (540014)
- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo. (540015)
- Ayudar al paciente a identificar el impacto que tiene el grupo de similares sobre los sentimientos de su propia valía. (540016)
- Explorar las razones de la autocrítica o culpa. (540018)
- Animar al paciente a evaluar su propia conducta. (540019)
- Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. (540020)
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. (540022)

Potenciación de la imagen corporal (5220)

- Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede. (522004)
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. (522005)
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede. (522007)
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual. (522008)
- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. (522013)
- Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. (522015)
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. (522016)
- Determinar las percepciones del paciente y la de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. (522020)
- Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. (522025)
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. (522028)
- Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. (522030)

4. Deterioro de la interacción social

Relacionado con trastorno del autoconcepto

Manifestado por:

- Disconfort en las situaciones sociales.
- Expresión de la familia de cambios en la interacción.
- Incapacidad para recibir una sensación satisfactoria de participación.

Resultados enfermeros, NOC:

Indicadores:

Severidad de la soledad (1203)

- Expresión de aislamiento social. (120307)
- Expresión de no ser comprendido. (120308)
- Expresión de ser excluido. (120309)
- Dificultad para establecer contacto con otras personas. (120312)

Implicación social (1503)

Indicadores:

- Interacción con amigos íntimos. (150301)
- Interacción con miembros de la familia. (150303)
- Participación en actividades de ocio. (150311)

Intervenciones enfermeras, NIC:

Potenciación de la socialización (5100)

- Fomentar la implicación en relaciones potenciales ya establecidas. (510001)
- Animar al paciente a desarrollar relaciones. (510002)
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. (510003)
- Fomentar compartir problemas comunes con los demás. (510005)
- Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos. (510008)
- Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. (510013)
- Animar al paciente a cambiar de ambiente. (510019)
- Explorar los puntos fuertes y débiles del círculo actual de relaciones. (510022)

## Conclusiones

La realización de este trabajo ha reforzado mi creencia en la importancia y la necesidad de la realización de los planes de cuidados enfermeros para la mejora de la asistencia prestada fundamentada en la evidencia científica, además de reforzar los límites del campo de la profesión, definiéndola y haciéndola más evidente ante la sociedad y ante otros profesionales. Además de suponer un gran avance en la organización de los cuidados, evitando la omisión o la duplicidad de tareas por no estar reflejadas de manera formal en los registros de enfermería.

Asimismo, he comprendido la dificultad que presenta la confección de un plan de cuidados, aunque he de señalar que esto era debido a mi falta de conocimiento acerca del tema y de las últimas actualizaciones junto con la carencia de destrezas y habilidades necesarias. Lo que, en mi opinión, es el principal obstáculo, ya mencionado en el primer capítulo, que impide la implantación de la metodología científica en el ámbito asistencial. Ya que pese a que existan otra serie de dificultades, debemos de ser los propios profesionales los que propiciemos el cambio en el pensamiento y ejercicio enfermero, lo cual comienza por el aumento de nuestros conocimientos y destrezas necesarios para el desarrollo de los planes de cuidados de una forma dinámica e integrada en la rutina de cuidados.

Aparte de los conocimientos a nivel general, el haber desarrollado el plan de cuidados en torno al paciente colostomizado me ha servido para apreciar la gran variedad de actividades que pueden ser realizadas por la enfermería y que en muchas ocasiones se descuidan, llegando a omitirse, como consecuencia del pensamiento biologicista imperante y arraigado en nuestra práctica. Por lo que se hace evidente que debemos hacer un cambio en el enfoque de nuestros cuidados, en el que esté integrada esa visión holística a la que constantemente se hace alusión, proporcionando la misma importancia y dedicación a todas las esferas del paciente.

## Referencias

- Alfaro-Lefevre, R. (2003). Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed.). Barcelona: Masson.
- Backes, D. S., Koerich, M. S., Nascimento, K. C. d., & Erdmann, A. L. (2008). Nursing care systematization as a multidimensional and interactive phenomenon. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 16(6), 979-985. doi: 10.1590/S0104-11692008000600007
- Cardoso Gomes, I., & Ordones do Nascimento Brandão, Graciela Mara. (2012). Permanent intestinal ostomies: Changes in the daily user. *Journal of nursing*, 6 (4) 1331-1337. doi: 10.5205/reoul. 2365-18138-1-LE.0606201209
- Carpenito, L. J. (1995). *Diagnóstico de enfermería* (5ª ed.). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Charrier, J., & Ritter, B. (2005). *El plan de cuidados estandarizado: Un soporte del diagnóstico enfermero: Elaboración y puesta en práctica*. Barcelona etc.: Masson.
- De Luna Bertos, E., Ramos Torrecillas, J., Rodríguez Pérez, L., Díaz Rodríguez, L., García Martínez, O., & Ruiz Rodríguez, C. Importancia Del Personal De Enfermería En El Cuidado Integral Del Paciente Ostomizado. *Evidentia.2010 Abr-Jun; 7 (30)*, Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n30/ev7191.php>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2008). *Planes de cuidados de enfermería* (7ª ed.). México etc.: McGraw-Hill.
- Elsevier. (2013). NNNConsult: Nanda, Noc, Nic. Recuperado de: <http://www.nnnconsult.com>

- Fernández, J. A., Ares A. M., Pérez, J., & Pazos, M. C. (2011). Encuesta sobre calidad percibida por pacientes portadores de ostomía digestiva tras el alta hospitalaria. *Revista Paraninfo Digital*. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/p085.php>
- Franco Batista, María do Rosario de Fátima, Viana Rocha, F. C., Guedes da Silva, Danillo Maia, & Guedes da Silva Junior, Fernando José. (2011). Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. *Revista Brasileira de enfermagem*, 64 (6), 1043-1047, doi: 10.1590/S0034-71672011000600009.
- García Martín - Caro, C., & Martínez Martín, M. L. (2001). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero*. Madrid: Harcourt.
- García-Sosa Romero, E., & Rodríguez Ramos, M. (2011). *Estomas digestivos: Técnicas, indicaciones y cuidados*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz.
- Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Peredo de Gonzales, María Hilda, Aguilera-Manrique, G., Mollinedo-Mallea, J., & Castro-Sánchez, A. M. (2012). *Proceso de enfermería: ¿qué significa para las enfermeras de santa cruz (Bolivia)?* *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 46(4), 973-979. doi: 10.1590/S0080-62342012000400027
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. (3ª ed.). Madrid: Mosby/Doyma Libros.
- Herdman, T. H. (2013). *Nanda international: Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012-2014*. Barcelona etc.: Elsevier España.
- Hernández Conesa, J. M., & Moral de Calatrava, P. (1995). *Historia de la enfermería: Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamerica de España.

- Hernández Conesa, J. M., Moral de Calatrava, P., & Esteban Albert, M. (2003). *Fundamentos de la enfermería: Teoría y método* (2ª corr y amp ed.). Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España.
- Husain, S. G., & Cataldo, T. E. (2008). Late stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 21(1), 31-40. doi:10.1055/s-2008-1055319; 10.1055/s-2008-1055319
- Kann, B. R. (2008). Early stomal complications. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 21(1), 23-30. doi:10.1055/s-2008-1055318; 10.1055/s-2008-1055318
- Ledesma-Delgado, M. E., & Mendes, M. M. R. (2009). The nursing process presented as routine care actions: Building its meaning in clinical nurses' perspective. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 17(3), 328-334. . doi: 10.1590/S0104-11692009000300008
- Lee, T. T. (2005). Nursing diagnoses: Factors affecting their use in charting standardized care plans. *Journal of Clinical Nursing*, 14(5), 640-647. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.00909.x
- Luis Rodrigo, M. T. (2013). *Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica* (9ª ed.). Barcelona etc.: Elsevier España/Masson.
- Maria, M. A., Quadros, F. A. A., & Grassi, Maria de Fátima Oliveira. (2012). Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: Viabilidade de implantação. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 65(2), 297-303. Recuperado de: <https://vpnuc.unican.es/pdf/reben/v65n2/,DanalInfo=www.scielo.br+v65n2a15.pdf>
- Moraes, J. T., Sousa, L. A. d., & do Carmo, W. J. (2012). Análise do autocuidado das pessoas estomizadas em um município do centro-oeste de minas gerais. *Revista De Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2 (3), 337-346, Disponible en: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/224/348>



Phillips, R., Pringle, W., Evans, C., & Keighley, M. R. (1985). Analysis of a hospital-based stomatherapy service. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 67(1), 37-40.

Santana, J. C. B., Dutra, B. S., Tameirão, M. A., Silva, P. F., Moura, I. C., & Campos, A. C. V. (2010). O significado de ser colostomizado e participar de um programa de atendimento ao ostomizado. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 631-638. Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20358/13519>

Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2006). The meaning of the new way of life of individuals with permanent intestinal ostomy. [O significado da mudanca no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva] *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 14(4), 483-490. doi: 10.1590/S0104-11692006000400003

Silva, E. G., de Oliveira, V. C., Neves, G. B., & Guimaraes, T. M. (2011). Nurses' knowledge about nursing care systematization: From theory to practice. [O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematizacao da Assistencia de Enfermagem: da teoria a pratica] *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 45(6), 1380-1386. doi: 10.1590/S0080-62342011000600015

Smith, D. M., Loewenstein, G., Rozin, P., Sherriff, R. L., & Ubel, P. A. (2007). Sensitivity to disgust, stigma, and adjustment to life with a colostomy. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 787-803. doi:10.1016/j.jrp.2006.09.006

Sousa, C. F., Brito, D. C., & Branco, María Zita Pires Castelo. (2012). Depois da colostomia... vivências das pessoas portadoras. *Enfermagem Em Foco*, 3(1), 12-15. Disponible en: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/213/134>

Souza, J. L. d., Gomes, G. C., Xavier, D. M., Alvarez, S. Q., & Oliveira, S. M. d. (2012). The preparation of the family member for the care of the person with ostomy. *Journal of Nursing UFPE on Line*, 7(3), 649-656. DOI: 10.5205/01012007

- Souza, Pollyane Chris Menino de, Costa, Valéria Rossi Marques da, Maruyama, S. A. T., Costa, Aldenan Lima Ribeiro Correa da, Rodrigues, A. E. C., & Navarro, J. P. (2011). As repercussões de viver com uma colostomia temporária nos corpos: Individual, social e político. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 13(1), 50-59. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a06.pdf>
- Souza, A. S., & Valadares, G. V. (2011). Unveiling the knowing/doing on nursing diagnosis: Experience in neurosurgical oncology. [Desvelando o saber/fazer sobre diagnosticos de enfermagem: experiencia vivida em neurocirurgia oncologica] *Revista Brasileira De Enfermagem*, 64(5), 890-897. doi: 10.1590/S0034-71672011000500014
- Tamames Escobar, S., & Martínez Ramos, C. (1994). *Cirugía general y del aparato digestivo: Avances, controversias y actualizaciones*. Madrid: Emisa.
- Tratado de técnicas quirúrgicas digestivas* (2013). . Barcelona: Elsevier/Océano.
- Violin, M. R., & Sales, C. A. (2010). Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: Enfoque existencial. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(2), 278-286. doi: 10.5216/ree.v12i2.5590
- Winkler, R. (1987). *Ostomías*. Barcelona etc.: Doyma.