

Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado

Método, lenguaje profesional, planes de cuidados y sistema de registros que permiten individualizar y personalizar la atención al paciente ostomizado



C.O.F. (Coloplast Ostomy Forum)



Recomendación 2:

“Realizar una evaluación integral del paciente y de su familia que incluya:

- *Historial y estado físico*
- *Conductas psicosociales (afrontamiento y adaptación, imagen corporal distorsionada, calidad de vida afectada y sexualidad).*
- *Normas culturales, espirituales y religiosas.*

Recomendación 4:

“Diseñar un plan de atención aceptable, tanto para el paciente y su familia, como para los profesionales sanitarios, que optimice la salud y la autoeficacia en el manejo de la ostomía”.

Recomendación 23:

“Todos los pacientes ostomizados y sus familias han de tener acceso a una educación sanitaria integral”.

Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado

Avalado por:

SEDE - Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia



SEECIR - Sociedad Española de Enfermería en Cirugía



AECP - Asociación Española de Coloproctología



ANDE - Asociación Nacional de Directivos de Enfermería



© 2015 Coloplast Productos Médicos, S.A.
 (Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio o soporte sin la expresa autorización del propietario)
 EDITA: Coloplast Productos Médicos, S.A.
 I.S.B.N: 978-84-608-1781-9
 DEPÓSITO LEGAL: M-28398-2015

COORDINADORES

Sagrario Leonor Rodríguez
José Luis Cobos Serrano

GRUPO DE TRABAJO

GRUPO C.O.F. (COLOPLAST OSTOMY FORUM) DE ENFERMEROS EXPERTOS EN OSTOMÍA

CATALUÑA

M ^a Teresa Arán Arán	(idcsalud H.U. Sagrat Cor - Barcelona)
Mercè Centellas Morral	(H. Sant Joan de Déu de Martorell - Barcelona)
Irene Cots i Morral	(H. U. Mútua Terrassa - Barcelona)
Inmaculada Davín Durban	(H. U. Vall d'Hebron - Barcelona)
Ascensión Gómez Porcel	(H. Clínic i Provincial - Barcelona)
M ^a Isabel Iborra Obiols	(H. Clínic i Provincial - Barcelona)
Montserrat Pérez Baena	(H. Sant Pau i Santa Tecla - Tarragona)
Carmen del Pino Zurita	(Consorci Hospitalari Parc Taulí - Barcelona)
Alicia Ruiz Pérez	(Fundació Puigvert - Barcelona)
M ^a Dolores Serinanell Roca	(H. U. de Vic - Barcelona)
M ^a Olga Silva Gómez	(Fundació Hospital Asil de Granollers - Barcelona)
Montserrat Tegido Valenti	(H. U. de Bellvitge - Barcelona)
Gloria Vaquer Casas	(H. Dr. Joseph Trueta - Gerona)
Esperanza Villalba Vinagre	(H. de S. Joan Despí Moisès Broggi - Barcelona)
M ^a Antonia Viñals Sala	(H. de Mataró - Barcelona)
M ^a Helena Vivancos Sesma	(C. Sanitària Parc Taulí/ CAP 2 Cerdanyola - Barcelona)
M ^a Isabel Sánchez de la Blanca	(H. del Mar - Barcelona)

ARAGÓN

Pilar L. Lainez Pardos	(Asociación de Ostomizados de Aragón - ADO)
Pilar Lerín Cabrejas	(Asociación de Ostomizados de Aragón - ADO)

EXTREMADURA

Carmen Prieto Calle	(H. San Pedro de Alcántara - Cáceres)
---------------------	---------------------------------------

COMUNIDAD VALENCIANA

Pilar Blasco Belda	(H. U. i Politécnic La Fe - Valencia)
Isabel Cantarino Marti	(C. S Benimaclet - H. Clínico Universitario - Valencia)
Lidón García Rambla	(H. U. General - Castellón)
Vicente García Rodríguez	(Consorcio H. General Universitario - Valencia)
Constantina Juan Ballina	(H. Clínico Universitario - Valencia)
Carmen de Mena Casaseca	(H. U. San Juan de Alicante - Alicante)

MURCIA

José Martínez Castillo	(H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca - El Palmar)
Francisco Javier Martínez Ortuño	(H. Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca - El Palmar)
Margarita González Fuentes	(H. General Universitario Reina Sofía - Murcia)

BALEARES

Magdalena Payeras Gelabert (H. U. Son Espases - Palma de Mallorca)

CASTILLA - LA MANCHA

M^a del Carmen Vázquez García (H. General Universitario - Albacete)

NAVARRA

Montserrat Petri Etxeberria (Complejo Hospitalario - Navarra
Centro de Consultas Príncipe de Viana)

OTROS MIEMBROS DEL GRUPO C.O.F.**ANDALUCÍA**

Sebastián Rivera García (H. U. Virgen del Rocío - Sevilla)
M^a Carmen Durán Ventura (H. U. Virgen del Rocío - Sevilla)
M^a Carmen Martínez Costa (H. Virgen de la Macarena - Sevilla)
Isabel Menéndez Muñoz (H. U. Reina Sofía - Córdoba)
Mercedes Medina Muñoz (H. U. Puerta del Mar - Cádiz)
Concepción Rivas Marín (H. Virgen de la Victoria - Málaga)
Ana Carmen Montesinos Gálvez (H. Carlos haya - Málaga)
Inmaculada Sánchez Crisol (H. Clínico San Cecilio - Granada)
Carmen Expósito Álvarez (H. de Antequera - Antequera)

ASTURIAS

Juan Carlos Jonte Lastra (H. de Cabueñes - Gijón)

CANARIAS

Concepción Pérez López (H. Doctor Negrín - Las Palmas de Gran Canaria)
Eugenia L. Rodríguez González (H. U. Ntra. Sra. de la Candelaria - Santa Cruz de Tenerife)

CANTABRIA

Noemí Cano Aribayos (H. U. Marqués de Valdecilla - Santander)

CASTILLA Y LEÓN

Yolanda Varas Reviejo (H. Ntra. Sra. de Sonsoles - Ávila)
Rosario Calvo Ibañez (H. U. Río Hortega - Valladolid)

GALICIA

Purificación Sebío Brandariz (H. Clínico Universitario de Santiago - Coruña)
Silvia Louzao Méndez (Complejo H. U. Juan Canalejo - Coruña)
Beatriz Crespo Fontán (H. de Montecelo - Pontevedra)
Carmen Sabuz Freire (Complejo Hospitalario - Orense)

MADRID

Rosario Marcos Lozano (H. Gómez Ulla - Madrid)
Isabel M^a Prados Herrero (H. de Fuenlabrada - Fuenlabrada)

Manuel Bona Sánchez	(H. U. Fundación Alcorcón - Alcorcón)
M ^a Encina Arias Álvarez	(H. Príncipe de Asturias - Alcalá de Henares)
Elena García Manzanares	(H. 12 de Octubre - Madrid)
M ^a Rosario Caparros Sanz	(Complejo Universitario San Carlos - Madrid)
Margarita Lancharro Bermúdez	(Complejo Universitario San Carlos - Madrid)
Ana M ^a González Buenadicha	(H. del Henares - Coslada)
Alberto Lado del Teso	(H. Madrid Sanchinarro - Madrid)
Inmaculada Pérez Salazar	(H. U. de la Princesa - Madrid)
Carmen Mojarrieta Uranga	(H. U. Ramón y Cajal - Madrid)
Milagros Martín Fernández	(H. U. Gregorio Marañón - Madrid)
Gemma Arrontes Caballero	(H. Puerta de Hierro - Majadahonda)
M ^a Victoria Montero de la Peña	(H. Puerta de Hierro - Majadahonda)
M ^a Dolores Martínez Criado	(Fundación Jimenez Díaz - Madrid)

PAÍS VASCO

Ione Labaka Arteaga	(H. U. Donostia - San Sebastián)
M ^a Teresa San Emeterio Izacelaya	(H. de Cruces - Vizcaya)

Contenido

	Página
1 INTRODUCCIÓN	8
2 OBJETIVOS	11
3 METODOLOGÍA	12
3.1 Fase de Preparación	12
3.1.1 Organización del grupo de trabajo	12
3.1.2 Formación de los grupos	13
3.1.3 Selección de los documentos para la normalización	13
3.1.4 Realización del cronograma y plan de trabajo	14
3.2 Fase de Elaboración	14
3.2.1 Definición del tipo de documento	14
3.2.2 Revisión de la evidencia científica	15
3.2.3 Elaboración de las propuestas	15
3.3 Fase de Validación	17
3.3.1 Validación teórica	17
3.3.2 Validación en la práctica clínica	17
4 RESULTADOS. DOCUMENTOS, VALIDACIÓN Y DESCRIPCIÓN	19
4.1 Validación Teórica	19
4.1.1 Registro de Valoración	20
4.1.2 Plan de cuidados	27
4.1.3 Agenda de cuidados	48
4.1.4 Agenda de resultados	49
4.1.5 Continuidad de Cuidados	49
4.2 Validación en la Práctica Clínica. Seguimiento en consulta	50
4.2.1 Registro de Valoración	50
4.2.2 Plan de cuidados	53

5	CONCLUSIONES	Página
		59
6	ANEXOS	60
Anexo I.	Valoración de Enfermería. Hospitalización	61
Anexo II.	Plan de Cuidados Estandarizado del paciente ostomizado. Hospitalización	68
Anexo III.	Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Hospitalización	71
Anexo IV.	Agenda de Intervenciones. Hospitalización	74
Anexo V.	Agenda de Seguimiento de Resultados. Hospitalización	78
Anexo VI.	Informe de Continuidad de Cuidados	90
Anexo VII.	Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía digestiva	94
Anexo VIII.	Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía urinaria	97
Anexo IX.	Valoración de Enfermería. Consulta	100
Anexo X.	Plan de Cuidados Estandarizado del paciente ostomizado. Consulta	106
Anexo XI.	Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Consulta	108
Anexo XII.	Agenda de Intervenciones. Consulta	110
Anexo XIII.	Agenda de Seguimiento de Resultados. Consulta	112
Anexo XIV.	Intervención Cuidados de la ostomía	120
7	BIBLIOGRAFÍA	124

1. INTRODUCCIÓN

La historia clínica está integrada por un conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones, juicios clínicos e informaciones sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo de un proceso asistencial¹. En ella queda registrada la información del paciente y va a ser la base de la atención sanitaria de los diferentes profesionales del equipo de salud. El uso adecuado, referente a su cumplimentación y custodia, es responsabilidad de los profesionales sanitarios y está regulado legal y éticamente².

Dentro del equipo multidisciplinar, el profesional de Enfermería es el responsable de los cuidados propios de su competencia cuyas funciones, según establece la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, son la dirección, evaluación y prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades³. Cuidados que requieren de un pensamiento enfermero y un método científico para aplicarlos, como el proceso enfermero, que aporta un instrumento metodológico, estructurado, ordenado y flexible que permite actuar con un método adaptado a la persona⁴. Es la manera particular con la que las enfermeras abordan el cuidado y que clarifica el campo de la disciplina enfermera⁵. Esta metodología de trabajo va a requerir un sistema de información que recoja estas actuaciones, la historia clínica de Enfermería, que para facilitar sus funciones, asistenciales, docentes, investigadoras, administrativas y jurídicas, necesita apoyarse en unos registros estructurados⁶.

La atención y la gestión de los cuidados va a depender de la información de la que se dispone y en este sentido, la enfermera es un profesional clave en la obtención, registro y uso de los datos del paciente^{7,8}, es por ello que su documentación es un elemento fundamental de la historia clínica. Los profesionales de Enfermería manejan una gran cantidad de datos clínicos que no sólo van a ser de utilidad en la planificación del cuidado enfermero, sino que también, en gran medida, van a complementar la información que necesitan otros profesionales de la salud que intervienen en la atención de los pacientes. Esta información tiene una gran importancia tanto a nivel clínico como administrativo y necesita de un sistema de apoyo para su registro en la práctica clínica. Podríamos considerar como parte de dicho soporte documental, los registros enfermeros y una terminología reconocida para hacer comparables los datos, así como planes de cuidados estandarizados, como herramienta que facilite la toma de decisiones clínicas⁹.

Los planes de cuidados estandarizados ofrecen guías de actuación que facilitan el juicio clínico. Partiendo del perfil de un grupo de pacientes de los que se espera una misma respuesta a un problema de salud, contienen la información sobre los diagnósticos enfermeros, los cuidados y los resultados esperados con el fin de cuantificar los recursos necesarios en el proceso^{10,11}. Su utilidad en la práctica asistencial está claramente demostrada ya que permiten unificar criterios de actuación basados en la evidencia científica y establecer una base de trabajo con metodología enfermera. Por otra parte, la aplicación de un lenguaje profesional en los planes de cuidados estandarizados mejora de forma significativa el registro de diagnósticos, intervenciones y resultados de los pacientes y facilita el razonamiento clínico de la enfermera y la toma de decisiones¹². Todo ello, unido a un sistema de registro normalizado, servirá como instrumento para la planificación del cuidado, su seguimiento y evaluación, a la vez que proporcionará las



La atención y la gestión de los cuidados va a depender de la información de la que se dispone y en este sentido, la enfermera es un profesional clave en la obtención, registro y uso de los datos del paciente



bases para organizar los datos de los pacientes y conseguir una comunicación eficaz entre los profesionales.

En este sentido, la documentación de Enfermería se ha convertido en un campo para investigar y, su estudio, busca disminuir la variabilidad de los registros para garantizar una atención individualizada y continuada del paciente. Sin embargo, son numerosos los trabajos que utilizando distintos instrumentos de análisis, en cuanto a la estructura, proceso y contenidos, reflejan variaciones importantes y defectos de cumplimentación, que conducen a un incremento en la variabilidad de los cuidados y que influyen en la consecución de los resultados y en la calidad de la atención¹³. Por otra parte, otros estudios aportan datos sobre resultados más satisfactorios en documentaciones que parten de estructuras normalizadas. Dicha normalización incluye la utilización de un método y de estructuras adecuadas, así como el uso de taxonomías o sistemas unificados de lenguaje, bases de conocimiento específicas e incluso, en la mayoría de los casos, soportes electrónicos o gestores de cuidados para la documentación^{14,15}.

Una atención integral de calidad, exige que los profesionales dispongan de diferentes herramientas normalizadas, de planes de cuidados estandarizados que contribuyan a la toma de decisiones en momentos de incertidumbre, de registros estructurados para documentar los cuidados, que permitan medir los resultados del paciente y que sirvan de fuente de información para facilitar la atención.

Esta guía recoge el proceso de normalización de herramientas para la documentación de los cuidados del paciente ostomizado, unificando criterios a partir del consenso y experiencia de muchos estomaterapeutas y pretende facilitar y orientar a los profesionales en la recogida de datos de la valoración del paciente para conocer su historia de salud, además de servir como apoyo para la toma de decisiones en la planificación del cuidado.

El cuidado del paciente ostomizado requiere de instrumentos que permitan la recogida y el manejo de gran cantidad de datos relacionados con distintos aspectos de la persona, que pueden ser fundamentales a la hora de ofrecer una atención integral. Por tanto, las herramientas que aquí proporcionamos contribuirán a mejorar los registros, a disminuir la variabilidad de la práctica y a potenciar el rol autónomo enfermero dentro del equipo asistencial. De todo ello se espera que revierta en la calidad de la atención del paciente y que sirva para evidenciar la aportación específica del cuidado enfermero en dicho proceso de salud.



2. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Elaborar un Plan de Cuidados Estandarizado que facilite la toma de decisiones y garantice unos cuidados de calidad al paciente ostomizado.

Normalizar la Documentación de Enfermería para la atención del paciente ostomizado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Facilitar la recogida de datos de la valoración enfermera.
- Definir el plan de cuidados estandarizado para el paciente ostomizado durante el episodio de hospitalización.
- Definir el plan de cuidados estandarizado para el paciente ostomizado para su seguimiento en consulta.
- Proporcionar un registro que permita desarrollar los planes de cuidados enfermeros, agendas de intervenciones y seguimiento de resultados.
- Dotar de herramientas para evaluar la calidad del cuidado.
- Establecer canales de comunicación entre los profesionales a través del Informe de continuidad de cuidados.
- Asesorar al paciente sobre los cuidados después del alta hospitalaria con el Informe de recomendaciones al paciente.

3. METODOLOGÍA

La normalización es un proceso complejo que debe realizarse de forma escalonada, mediante la formación de los profesionales y la gestión del proyecto a través de pruebas de aceptación y validación hasta llegar a los documentos finales.

La metodología del proceso de normalización de los registros para el cuidado del paciente ostomizado se lleva a cabo en tres Fases: Preparación, Elaboración de los documentos y Validación teórica y clínica.

3.1 FASE DE PREPARACIÓN

En esta fase se presenta el proyecto, se organiza el grupo de trabajo y se forma a sus integrantes sobre la metodología a utilizar, estableciéndose el cronograma y el plan de trabajo.

3.1.1 Organización del grupo de trabajo

El grupo que va a trabajar en la normalización de los documentos estará integrado por profesionales expertos en el tema a abordar, en este caso el cuidado del paciente ostomizado. El consenso entre los profesionales es esencial para determinar los aspectos más importantes que deben abordarse para conocer las necesidades y los problemas que plantean este grupo de pacientes. Los documentos elaborados se utilizarán para la toma de decisiones, para documentar el cuidado enfermero y para facilitar la comunicación entre los profesionales en el seguimiento del paciente.

El grupo está constituido por 30 profesionales expertos en el cuidado del paciente ostomizado, estomaterapeutas, del Grupo COF y dos coordinadores. Las funciones de cada uno de los integrantes del grupo se describen a continuación:

Coordinadores:

- Definir la metodología y el plan de trabajo.
- Organizar y coordinar el grupo.
- Elaborar y difundir los documentos iniciales y plantillas para la elaboración de las propuestas.
- Dar apoyo metodológico y facilitar el consenso.
- Realizar el seguimiento y elaborar los documentos con las propuestas de cada integrante del grupo.
- Elaborar los documentos finales.
- Establecer los criterios para la validación en la práctica clínica de los documentos.
- Evaluar los resultados.
- Comunicar los resultados.
- Elaborar un Manual con los resultados que sirva de guía a los profesionales en la atención del paciente ostomizado.

Profesional experto:

- Analizar los documentos iniciales.
- Realizar las propuestas para cada documento.
- Consensuar con el resto del grupo cada una de las propuestas para la elaboración de los documentos finales.
- Validar los documentos: validación teórica y en la práctica clínica

3.1.2 Formación de los grupos

La primera reunión tiene como objetivo presentar el proyecto a desarrollar y determinar la necesidad de formación sobre la metodología para la elaboración de los documentos. Se plantean los registros que se van a trabajar, correspondientes al periodo de hospitalización y al seguimiento del paciente en consulta, por lo que se divide a los participantes en dos grupos en función de su perfil profesional, atención especializada y consulta.

3.1.3 Selección de los documentos para la normalización

La propuesta es normalizar los documentos que recogen las fases del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

3.1.3.1 Valoración

El modelo con el que se trabaja para la recogida de datos son los patrones funcionales de Marjory Gordon¹⁶.

Se elaboran dos registros de valoración, uno para el periodo de hospitalización y otro, para el seguimiento del paciente en consulta.

3.1.3.2 Plan de cuidados

Se define un plan de cuidados estandarizado que sirva como guía para la toma de decisiones para ambos episodios, hospitalización y consulta, que se documenta con un lenguaje profesional normalizado.

Las taxonomías utilizadas para nombrar el juicio clínico enfermero, diagnóstico y terapéutico, están recogidas en el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud¹⁷ y son: North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de diagnósticos enfermeros¹⁸, Nursing Outcome Classification (NOC) de criterios de resultados¹⁹ y la Nursing Intervention Classification (NIC) de intervenciones enfermeras²⁰.

3.1.3.3 Agendas de trabajo

Se elaboran dos agendas de trabajo, una que documenta las intervenciones enfermeras y otra para hacer el seguimiento de la evolución de los resultados, tanto para el periodo de hospitalización como de consulta.

3.1.3.4 Informe de continuidad de cuidados

En el Real Decreto 1093/2010 se establece que el Informe de Cuidados de Enfermería debe contener un conjunto mínimo de datos, por lo que el documento incluye:

- Valoración activa de Enfermería y modelo de referencia utilizado
- Fecha de Alta/Derivación Enfermera y motivo
- Enfermera responsable y categoría profesional
- Centro Asistencial
- Antecedentes
- Diagnósticos enfermeros resueltos (que sean de interés para prever posteriores apariciones)
- Diagnósticos enfermeros activos
- Resultados de Enfermería
- Intervenciones de Enfermería
- Cuidador principal
- Información complementaria/Observaciones

3.1.4 Realización del cronograma y plan de trabajo

El grupo sigue un plan de trabajo con un calendario específico (Figura 1), donde las tareas y funciones de cada uno de los profesionales implicados en el proceso están previamente determinadas. Se realizan cuatro reuniones:

- 1ª Reunión. Presentación del proyecto, formación de los grupos y definición del plan de trabajo.
- 2ª Reunión. Validación de las propuestas para elaborar los formularios.
- 3ª Reunión. Aprobación de los documentos finales, validación teórica y preparación para su validación en el entorno clínico.
- 4ª Reunión. Presentación de resultados.

Cada fase tiene una fecha límite para la entrega de documentos. Durante el proyecto se establecen canales de comunicación entre los componentes del grupo de trabajo y los coordinadores para la realización y discusión de las propuestas.

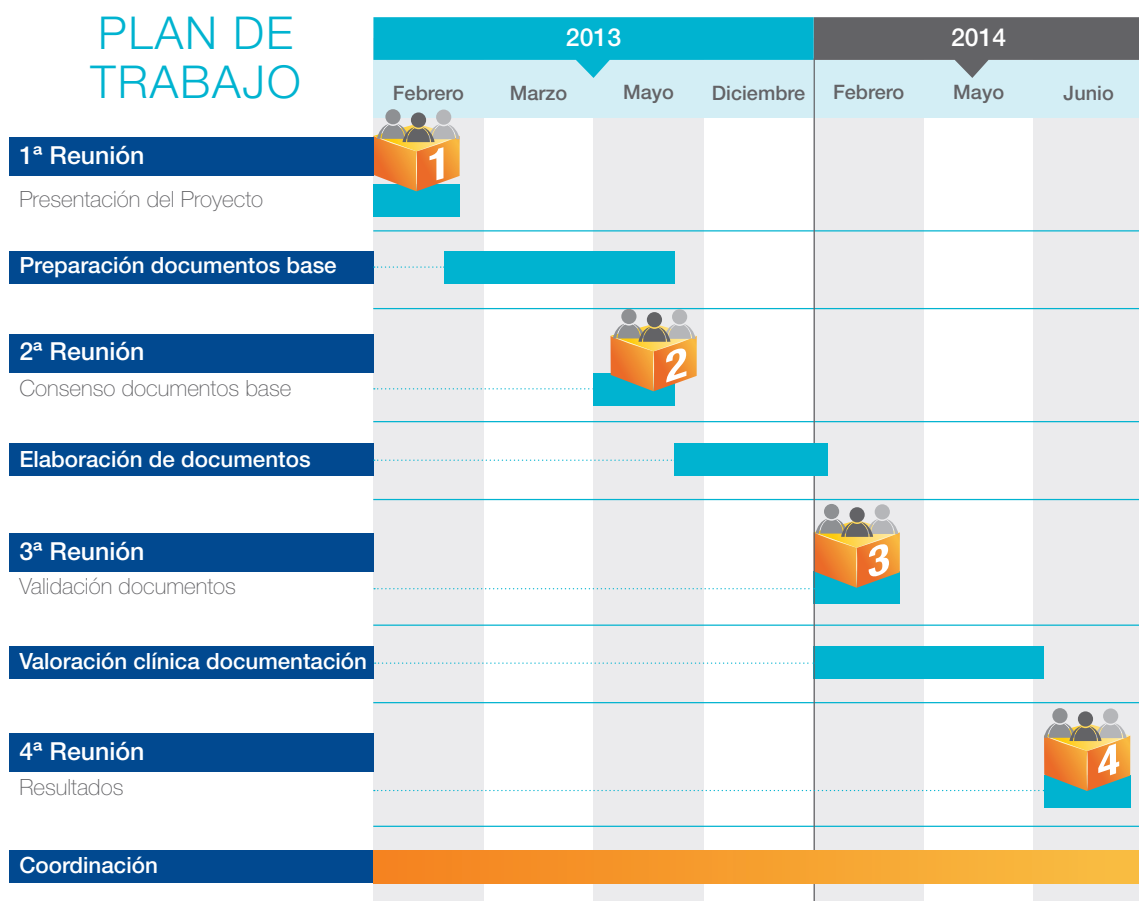


Figura 1. Plan de Trabajo

3.2 FASE DE ELABORACIÓN

En esta fase se desarrollan las propuestas y se elaboran los documentos finales para su validación posterior.

3.2.1 Definición del tipo de documento

Consiste en definir el documento que se va a elaborar, en cuanto a su estructura y contenidos,

en función de las necesidades de registro, basado en la experiencia de los profesionales y en la evidencia científica disponible.

3.2.2 Revisión de la evidencia científica

La búsqueda bibliográfica aportará evidencia científica sobre el perfil del paciente, su respuesta y las necesidades de cuidados en la elaboración del plan de cuidados estandarizado y de los registros para organizar los datos, planificar y monitorizar los cuidados y conseguir una comunicación eficaz entre los profesionales.

3.2.3 Elaboración de las propuestas

3.2.3.1 Valoración

La valoración es una herramienta fundamental para el abordaje del paciente. Es la primera fase del proceso enfermero y constituye la base de las siguientes, por lo que se puede considerar como la piedra angular sobre la que se fundamenta la totalidad del trabajo ya que va a permitir obtener la información que se necesita para identificar los problemas del paciente y formular los diagnósticos enfermeros, y a partir de éstos, proponer los resultados esperados y las intervenciones necesarias para prevenir, minimizar o resolver los problemas detectados. Sus actividades deben estar guiadas por el objetivo que se pretende alcanzar, es decir, qué información se busca y para qué, por lo que debe ser planificada y realizada de manera sistemática. Por tanto un formato de valoración normalizado ayudará y guiará hacia los datos que se deben recoger para conocer la respuesta a la situación de salud que está viviendo la persona, teniendo en cuenta la globalidad con todos sus componentes biológico, psicológico, social y espiritual. Los datos que se van a recoger en la hoja de valoración son los siguientes:

- Datos de filiación del paciente: sexo, edad, diagnóstico médico y persona de contacto.
- Información de cada patrón funcional, donde se especifican los datos a recoger y el tipo de campo: abierto o cerrado, de texto libre, tipo sí/no, desplegable, check y valores.

Una vez definidas la estructura y las necesidades del tipo de datos a registrar se elabora una primera propuesta que se va modificando hasta llegar al consenso de todos los integrantes del grupo.

3.2.3.2 Plan de cuidados

El Plan de cuidados es el documento escrito que recoge el registro de las fases de diagnóstico y la planificación de los cuidados enfermeros. En él se incluyen los problemas detectados, los resultados que se esperan conseguir y los cuidados que la enfermera debe realizar.

Se ha utilizado como referencia el plan de cuidados estandarizado validado por el grupo COF en el estudio IMPACTO²¹⁻²³, proyecto que analizó el impacto de los cuidados expertos en 276 pacientes recién ostomizados durante un seguimiento de 6 meses sobre la calidad de vida, estado de la piel y la resolución de los diagnósticos enfermeros. Posteriormente se define la estructura del plan y se lleva a cabo una revisión bibliográfica consultando bases de datos, Cinhal, PubMed, Cuiden, Enfispo, Scielo, Guías de práctica clínica y Manuales de Planes de Cuidados de otros hospitales.

Una vez definido el perfil del grupos de pacientes²¹⁻²⁷, se inicia el proceso de identificación de los diagnósticos enfermeros, teniendo en cuenta que debe existir concordancia entre los datos de la valoración especificados y el diagnóstico elegido a través de los factores relacionados o de riesgo y de las características definatorias.



Con los diagnósticos enfermeros y los factores relacionados o de riesgo correspondientes, el siguiente paso es identificar los resultados esperados para el grupo de pacientes, que permitan por una parte medir la consecución de los resultados y por otra que orienten en la selección de las intervenciones enfermeras necesarias para conseguir los resultados esperados. Además de las intervenciones procedentes del juicio clínico enfermero, se seleccionan las intervenciones derivadas del juicio clínico de otros profesionales, para ello se tienen en cuenta las pruebas diagnósticas, técnicas y el tratamiento aplicado al grupo de pacientes. Por último, faltaría incluir las intervenciones que se realizan en todos los procesos de hospitalización, por ejemplo Cuidados de Enfermería al ingreso, Monitorización de los signos vitales o Planificación al alta²⁸.


Cada integrante del grupo realiza una propuesta para el plan de cuidados, diagnósticos, criterios de resultados, indicadores de resultados e intervenciones. A continuación se elabora otro documento como modelo de registro para individualizar el plan de cuidados para cada paciente. Las propuestas se van modificando hasta llegar al consenso final.

3.2.3.3 Agendas de datos para el curso clínico

El registro de los cuidados y de la evolución del paciente se recogen en la Agenda de intervenciones de Enfermería y en la Agenda del seguimiento de los criterios de resultados. En los documentos se especifica la planificación, la fecha y el turno para su cumplimentación en el proceso de hospitalización y la fecha y el nº de visita para el seguimiento en consulta .

3.2.3.4 Informe de continuidad de cuidados

El periodo de hospitalización puede no ser suficientes para resolver todos los problemas de salud. En muchas ocasiones, las personas siguen necesitando de asistencia o asesoramiento una vez



Esta guía recoge documentos normativos consensuados por un grupo de expertos estomaterapeutas, que sirven como apoyo para la toma de decisiones en la planificación de los cuidados.

son dados de alta por lo que el Informe de continuidad de cuidados, es decir, el proceso de prever y planificar las necesidades de la persona al salir del hospital, se está convirtiendo en una parte crucial de la atención integral a la salud.

Teniendo en cuenta los requerimientos establecidos en el Real Decreto 1093/2010, se definen los campos y el formato para elaborar la propuesta, en la misma línea que el documento de valoración. Este informe se complementa con otro de Recomendaciones al paciente.

Del mismo modo que el resto de documentos, éstos se comparten con el resto de componentes del grupo para su análisis y propuesta de nuevos campos y/o modificaciones hasta llegar al consenso.

3.3 FASE DE VALIDACIÓN

La última fase del proyecto es la validación teórica de los documentos y en la práctica clínica.

3.3.1 Validación teórica

La validación teórica se obtiene cuando el grupo de expertos llega al consenso de los contenidos de los registros y del plan de cuidados.

3.3.2 Validación en la práctica clínica

Los documentos finales procedentes de la validación teórica se prueban en el entorno clínico para su validación definitiva.

En la fase de validación clínica se hace referencia a la utilidad de los documentos y no contempla datos de identificación del paciente. De acuerdo con la legislación vigente Ley 15/1999, de 13 de

diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²⁹ y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica³⁰, se adopta un procedimiento de disociación seguro, de manera que la información de datos personales de personas físicas que se obtengan no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Se asigna un código a cada documento que sólo conocerá la persona que realice el tratamiento de los datos, preservando la información de carácter personal. En esta fase se valoran los siguientes aspectos:

Cumplimentación de los registros

- Grado de cumplimentación de la valoración: Alto $\geq 80\%$; Medio $\geq 50\%$ y $< 80\%$; Bajo $< 50\%$
- Grado de cumplimentación de los diagnósticos en relación con la valoración: Alto $\geq 80\%$; Medio $\geq 50\%$ y $< 80\%$; Bajo $< 50\%$.
- Grado de cumplimentación de las intervenciones en relación de los diagnósticos formulados: Alto $\geq 80\%$; Medio $\geq 50\%$ y $< 80\%$; Bajo $< 50\%$.
- Grado de cumplimentación de la evolución de los indicadores NOC en relación de los diagnósticos formulados: Alto $\geq 80\%$; Medio $\geq 50\%$ y $< 80\%$ - $> 50\%$; Bajo $< 50\%$.
- Grado de cumplimentación del Informe de continuidad de cuidados: Alto $\geq 80\%$; Medio $\geq 50\%$ y $< 80\%$; Bajo $< 50\%$.

Adecuación del plan de cuidados teórico a la situación del paciente ostomizado:

- Porcentaje de diagnósticos formulados, criterios de resultados evaluados e intervenciones realizadas en relación al plan de cuidados estandarizado.

Concordancia del Juicio clínico:

- Concordancia de los diagnósticos formulados con los datos de valoración y la evolución del proceso de asistencia.
- Concordancia de la selección de criterios de resultados e intervenciones en relación con los diagnósticos formulados durante el proceso de asistencia.

4. RESULTADOS. DOCUMENTOS, VALIDACIÓN Y DESCRIPCIÓN

En este apartado se recogen los resultados de los documentos elaborados y de su validación teórica y clínica.

4.1 VALIDACIÓN TEÓRICA

Durante el desarrollo del proceso de normalización, ha sido necesario hacer diferentes modificaciones de los documentos en cuanto a los datos que deben aparecer para que contengan la información suficiente y su estructura facilite la cumplimentación. Para llegar al consenso y hacer posible la validación teórica se han realizado cinco revisiones de los registros de Valoración e Informe de continuidad de cuidados, tres revisiones del Plan de cuidados estandarizado y del documento de Recomendaciones al paciente y una de las Agendas de Intervenciones y de Resultados. Los documentos que han sido validados se muestran en la Tabla 1 y abordan las fases de valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación del proceso enfermero, así como las herramientas para establecer canales de comunicación que garanticen la continuidad del cuidado.

HOSPITALIZACIÓN
Valoración de Enfermería
Plan de Cuidados Estandarizado
Ficha del Plan de Cuidados Individualizado
Agenda de Intervenciones
Agenda de Seguimiento de Resultados
Informe de Continuidad de Cuidados
Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con ostomía digestiva.
Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con ostomía urológica
CONSULTA
Valoración de Enfermería
Plan de Cuidados Estandarizado
Ficha del Plan de Cuidados Individualizado
Agenda de Intervenciones
Agenda de Seguimiento de Resultados

Tabla 1. Documentos validados

Con ello se ha alcanzado el objetivo propuesto, la normalización de la documentación de Enfermería para la atención del paciente ostomizado.

La estructura y los contenidos de la documentación final se describen a continuación.

4.1.1 Registro de Valoración

La valoración, como se apuntaba en la Metodología del proyecto, es la primera fase del proceso enfermero para conocer la respuesta a la situación y/o experiencias de salud que está viviendo la persona. Se inicia en el primer contacto con el paciente para conocer la situación inicial y continúa hasta finalizar el proceso para ir valorando los cambios producidos hasta la mejoría o resolución de sus problemas de salud.

Un aspecto fundamental en esta fase es que la recogida de datos se realice de forma sistemática, para ello existen distintos enfoques que facilitan y ayudan a garantizar que la valoración sea completa y exacta. Una herramienta que pueda ser usada, independientemente del modelo enfermero seguido, es la propuesta de Marjory Gordon de sus Patrones Funcionales que exploran áreas de funcionamiento humano y especifican la información básica a recoger con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente, físicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, lo que facilita el análisis de los mismos.

El patrón funcional significa salud o bienestar y proporciona una base para el desarrollo continuado de las potencialidades humanas y son valores a reconocer y movilizar cuando aparecen los problemas de salud. Sin embargo, esta funcionalidad que está de acuerdo con la situación basal de salud de la persona, puede cambiar o retrasar su desarrollo, lo que supone una influencia negativa sobre el funcionamiento global y se convierten en patrones disfuncionales, no responden a las normas esperadas y pueden aparecer con la enfermedad o conducir a ella. Por ello, para realizar un juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional hay que recoger datos que permitan comparar la situación actual en el proceso de salud/enfermedad que se está valorando, con datos de referencia de la persona, con normas establecidas para su grupo de edad, normas culturales, sociales, entre otras.

En este trabajo se han elaborado dos registros de valoración, uno para el episodio de hospitalización (Anexo I) y el otro, para el seguimiento en consulta (Anexo IX). Algunos campos de recogida de datos son comunes en ambos documentos, pero otros son específicos de cada ámbito de atención.

La recogida de datos del paciente ostomizado, según la opinión consensuada de los expertos³¹, debe contemplar información sociodemográfica, edad y sexo; datos sobre su historia de salud, patologías e intervenciones quirúrgicas previas; tratamiento habitual; diagnóstico del proceso actual, procedimiento quirúrgico realizado y tipo de ostomía; evaluación funcional y limitaciones físicas y cognitivas que podrían afectar al aprendizaje y al autocuidado; aspectos psicológicos, temores y significado de la ostomía para el paciente; relaciones interpersonales, familiares, laborales y consideraciones económicas relacionadas con la ostomía; vivencia de la sexualidad y cambios relacionados con la ostomía; problemas de afrontamiento y prácticas culturales y espirituales.

Teniendo en cuenta la información que debe recogerse y que servirá de referencia para realizar un plan de cuidados integral, la estructura de los documentos consta de un apartado inicial donde se

recogen los datos generales de la Institución (hospital o consulta) y de la filiación del paciente y de la persona de contacto y, posteriormente se complementa con los datos de valoración de cada patrón. Los registros están diseñados para facilitar su cumplimentación. En cada patrón existen campos cerrados con respuesta tipo “SI”, “NO” o con respuestas múltiples para poner una “X” en la casilla correspondiente, complementándose con campos abiertos donde hay que especificar el contenido de la información cuando se precise. Ejemplo:

Dolor:		NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	
Tipo:	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Intermitente <input type="checkbox"/>	Continuo <input type="checkbox"/>

Al final de cada patrón existe un apartado de “Observaciones” para añadir información de los campos registrados o que, por ser muy específica, no se contempla en los otros contenidos del patrón.

Ejemplo:

Observaciones: <i>El dolor aumenta al caminar y cuando permanece mucho tiempo de pie. Disminuye con el reposo en cama.</i>

Datos Generales

Este apartado recoge la siguiente información (Figuras 2 y 3):

- Institución: nombre del hospital, unidad de ingreso y N° de habitación o de la consulta
- Identificación del paciente: nombre, edad, sexo y N° de historia.
- Ingreso: fecha del ingreso (si se trata de hospitalización).
- Alta (si se trata de consulta).
- Procedencia: domicilio, otra institución, urgencias, consulta, otros.
- Motivo o causa principal que origina el ingreso (intervención quirúrgica, pruebas diagnósticas, complicaciones,...).
- Persona de contacto, parentesco y teléfono.
- Existencia de documento de últimas voluntades (hospitalización).
- Comentarios.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. HOSPITALIZACIÓN					
Hospital:		Servicio:		Hab:	
Nombre:			Apellidos:		
Edad:	Sexo:	N° de Historia:		Fecha de ingreso:	
Procedencia:		Motivo de ingreso:			
Persona de contacto 1:			Parentesco:	Teléfono:	
Persona de contacto 2:			Parentesco:	Teléfono:	
Documento de últimas voluntades:		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Comentarios:	

Figura 2. Datos generales de la Valoración de Enfermería en la Hospitalización.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA. CONSULTA					
Consulta:					
Nombre:		Apellidos:		Sexo:	Edad:
Edad:	Sexo:	N° de Historia:		Fecha de ingreso:	
Procedencia:		Fecha de alta:	Diagnóstico:		
Tipo de intervención:			Fecha de la intervención:		
Persona de contacto:			Parentesco:	Teléfono:	

Figura 3. Datos generales de la Valoración de Enfermería en Consulta.

A continuación se desarrollan los distintos patrones en lo relativo a sus contenidos y objetivos, mediante preguntas y focos de atención relacionados con cada uno de ellos, buscando el perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones que están alterados, o en peligro de alteración, para determinar posteriormente los diagnósticos enfermeros que describan esa situación. Algunos campos, como se apuntaba anteriormente, son comunes al registro del proceso de hospitalización y al del seguimiento en consulta, otros son específicos de cada ámbito.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud

Este Patrón describe cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, otras), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, otros).

El objetivo de este patrón es determinar las percepciones sobre la salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendación de datos a obtener

- Antecedentes: patologías, ingresos hospitalarios, cirugías previas, transfusiones, alergias, otros datos de interés...
- Tratamiento habitual: medicación que toma el paciente previo al ingreso o cuando acude a consulta.
- Hábitos tóxicos perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, consume drogas.
- Percepción del estado de salud: bueno, regular, malo.
- Prácticas de salud, acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo que realiza: dieta, ejercicio, revisiones, vacunas u otras prácticas saludables.
- Seguimiento de los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios y dificultades para su seguimiento.
- Información recibida de su proceso: manejo de dispositivos, dieta, actividad física y si sabe a quién se tiene que dirigir si surgen dudas.
- Exposición a prácticas potencialmente infectivas o que disminuya su protección en el proceso de hospitalización: catéteres venosos o arteriales, urinarios, cirugía, heridas, drenajes u otros procedimientos invasivos, tratamientos con anestésicos, anticoagulantes, quimioterapia, radioterapia, entre otros.
- Factores de riesgo de caídas durante la hospitalización: caídas previas, problemas de movilidad, deterioro cognitivo, factores ambientales, determinados fármacos (antihipertensivos, diuréticos, ansiolíticos, hipnóticos,...). Se documentará la escala de valoración utilizada para medir el riesgo y la puntuación obtenida.
- Motivo de consulta: seguimiento, asesoramiento, fugas, problemas de la piel, déficit de conocimiento, otros motivos.
- Cuidados del estoma/dispositivos: autónomo, necesita ayuda o es dependiente.
- Persona que le acompaña.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico

Este Patrón valora las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las

necesidades metabólicas del individuo y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Incluye datos sobre la talla y el peso.

Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas y su estado y la temperatura.

Recomendación de datos a obtener

Estado nutricional:

- Talla, peso e IMC.
- Variaciones en el peso: pérdida o ganancia y cantidad.
- Ingesta típica de alimentos diaria o tipo de dieta.
- Apetito: normal, aumentado, disminuido.
- Intolerancias a alimentos.
- Ingesta típica de líquidos.
- Problemas de alimentación: masticación, deglución, digestión, náuseas, vómitos, absorción, otros problemas que haya que especificar.
- Suplementos en la dieta: tipo y cantidad.
- Nutrición enteral: gastrostomía, yeyunostomía, SNG, especificando el tipo y la fecha de inserción.
- Nutrición parenteral: tipo, catéter utilizado, especificando el nº y la fecha de inserción.
- Valoración dental: dentadura sana, si faltan piezas dentales, si tiene prótesis dental y de qué tipo y otros problemas que haya que especificar.

Estado de la piel y de las mucosas:

- Hidratación de la piel y de las mucosas
- Problemas de cicatrización.
- Existencia de prurito.
- Presencia de edemas y localización
- Escala de valoración del riesgo de deterioro de la integridad de la piel utilizada y puntuación.
- Integridad de la piel: si hay o no lesión, especificando el tipo de lesión en cuanto a la localización, tamaño y aspecto.
- Cicatrización de la herida quirúrgica.
- Estado de la piel periestomal: si está íntegra, eritematosa, irritada, ulcerada, intensidad de la lesión (leve, moderada, severa) y puntuación en la escala DET.
- Marcaje previo del estoma.
- Estoma: aspecto, coloración, ubicación, diámetro.
- Complicaciones del estoma.

Temperatura

Patrón 3: Eliminación

Este patrón describe la función excretora intestinal, urinaria y de la piel y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendación de datos a obtener

Eliminación intestinal

- Patrón intestinal: si no hay alteración, si existe diarrea, estreñimiento u otros problemas.
- Deposiciones: nº/día, consistencia (sólidas, pastosas, semilíquidas, líquidas).

- Cambios en el patrón intestinal.
- Motilidad.
- Ayudas para la eliminación.
- Problemas de eliminación.
- Continencia, incontinencia (pañal)
- Ostomía y tipo: colostomía, ileostomía, yeyunostomía, fístula mucosa.
- Localización de la ostomía: fosa iliaca (derecha, izquierda), transversa.
- Temporalidad: temporal o definitiva.
- Dispositivos utilizados: 1 pieza, 2/3 piezas, abierto, cerrado
- Cambio de bolsa/24 h.
- Disco (plano, convexo) y frecuencia del cambio del disco.
- Existencia de fugas.
- Irrigaciones: frecuencia, cantidad de líquido, horario.
- Uso de obturador.

Eliminación urinaria

- Volumen en 24 horas y frecuencia.
- Cambios en el patrón y problemas.
- Características de la orina: color, olor y aspecto.
- Derivación urinaria y tipo: ureterostomía, conducto ileal, colostomía húmeda, catéter ureteral, nefrostomía, otros.
- Localización según el tipo de derivación urinaria.
- Temporalidad: temporal o definitiva.
- Dispositivos utilizados: 1 pieza, 2/3 piezas, abierto, cerrado
- Cambio de bolsa/24 h.
- Disco (plano, convexo) y frecuencia del cambio del disco.
- Existencia de fugas.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma, la actividad y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendación de datos a obtener

- Energía para afrontar las actividades de la vida diaria.
- Ejercicio y actividad física.
- Actividades de ocio y recreo.
- Problemas de movilidad: marcha estable, inestable, coordinación de movimientos y si necesita ayuda.
- Movilidad articular: total, parcial, escasa, dispositivos de ayuda y tipo de dispositivo.
- Grado de independencia para el autocuidado (independiente, necesita ayuda, o es dependiente) en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, water, cambio de dispositivos, vestido, movilidad en cama y movilidad general.
- Patrón respiratorio: frecuencia respiratoria, profundidad, existencia de disnea, tos, expectoración, retención de secreciones y ruidos respiratorios adventicios.
- Cardiopulmonar: frecuencia cardíaca, presión arterial y pulsos.

Patrón 5: Sueño - Descanso

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendación de datos a obtener

- Patrón habitual de sueño. Horas de sueño.
- Se levanta descansado y con la energía suficiente para iniciar el día.
- Problemas para conciliar el sueño.
- Motivos: insomnio, preocupaciones, temores, molestias, factores ambientales, problemas con los dispositivos, otros problemas.
- Necesita ayuda para dormir: medidas farmacológicas y no farmacológicas.

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendación de datos a obtener

- Nivel de consciencia: alerta, somnolencia, estupor, coma.
- Puntuación en la escala Glasgow.
- Orientación temporo-espacial: orientado, confuso, desorientado en tiempo, espacio, persona.
- Alteraciones cognitivas.
- Lenguaje: normal o alterado, especificando el motivo.
- Dificultades para oír o ver correctamente: audífono o gafas.
- Alteraciones en el tacto.
- Problemas de aprendizaje.
- Cambios recientes de memoria o concentración.
- Siente dolor o malestar físico: localización, tipo, duración. Escala y medida.

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, otros).

Recomendación de datos a obtener

- Estado de ánimo: alegre, triste, deprimido, tranquilo, inquieto, temor, ansiedad, otro estado de ánimo.
- Nivel de aceptación de la ostomía: aceptación, protesta, negación.
- Cambios en su cuerpo relacionados con la enfermedad y si suponen un problema.
- Cómo le afectan: autoestima, autovalía, imagen corporal, estado de ánimo, identidad.
- Expresiones de: culpa, impotencia, inutilidad.
- Sentimientos de desesperanza.

Patrón 8: Rol - Relaciones

Incluye este patrón el papel o rol social que juega el individuo en el seno familiar, laboral y social. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendación de datos a obtener

- Comunicación: normal o alterada especificando la causa.
- Situación laboral: activo o en paro y actividad profesional, ILT, jubilado.
- Vive solo o en familia: integrantes de la unidad familiar.
- Implicación familiar en los cuidados.
- Cuidador principal.
- Situación familiar remarcable.
- Problemas de relación.
- Intervención del trabajador social.
- Problemas relacionados con la enfermedad: laborales, sociales, familiares.

Patrón 9: Sexualidad - Reproducción

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad y asimismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendación de datos a obtener

- Problemas, preocupaciones o cambios en la sexualidad relacionados con la enfermedad.

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al Estrés

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendación de datos a obtener

- Situaciones de estrés o cambios recientes que le hayan afectado.
- Adaptación/tolerancia al estrés y control de problemas: alta, media o baja.
- Cuándo tiene problemas, cómo los afronta.
- Cómo afronta las situaciones difíciles.
- Personas que le sirven de ayuda.
- Sentimientos de pérdida/duelo.

Patrón 11: Valores - Creencias

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendación de datos a obtener

- Necesidades espirituales: conflicto interno, significado de la vida, de la enfermedad, del sufrimiento...

- La religión o creencias que le ayudan.
- Conflictos entre la atención sanitaria y sus creencias.
- Planes de futuro.

La valoración se hará patrón por patrón y al finalizar se realizará una valoración conjunta de todos los patrones, de esta manera se tendrá una perspectiva global del paciente, manifestando si hay incongruencias entre los datos, si faltan datos importantes y si las alteraciones de un patrón influyen en el resto de patrones.

4.1.2 Plan de cuidados

La atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización cuando se le realiza la intervención quirúrgica, como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida. Los cuidados se inician antes de que el paciente sea operado y continúan en el postoperatorio y en el proceso de recuperación y adaptación a su nueva condición de ostomizado que puede ser temporal o definitiva. Estos cuidados van a depender de las necesidades del paciente y pueden tener distintos niveles de complejidad, por lo que un plan de cuidados normalizado puede servir de guía para orientar al profesional durante el proceso de atención.

Los Planes de Cuidados estandarizados persiguen unificar los criterios de actuación para facilitar la toma de decisiones y garantizar la calidad de la asistencia³²⁻³⁴. Sin embargo, hay que tener en cuenta que cada paciente puede presentar distintos problemas y su situación basal ser muy variada por lo que en este trabajo se persigue documentar las respuestas que puedan ser comunes en personas adultas a las que se les va a someter a un procedimiento quirúrgico y a la instauración de un estoma. No cabe duda que estos documentos facilitaran el juicio clínico, no obstante, es imprescindible individualizar el plan de cuidados para cada paciente porque cada persona es única y puede requerir cuidados diferentes en función de su situación y características personales.

Tomando como punto de partida el perfil del paciente ostomizado^{21,24-27} y siguiendo la metodología de trabajo, el grupo de expertos ha elaborado el plan de cuidados estandarizados para el episodio de hospitalización (Anexo II) y para su seguimiento en consulta (Anexo X), asignando los diagnósticos enfermeros más prevalentes que son de aplicación en ambas situaciones, junto con los factores relacionados o de riesgo, criterios de resultados y las intervenciones que se han de planificar para prevenir, reducir o solucionar los diagnósticos, teniendo en cuenta los resultados esperados. Durante el proceso de atención y para los mismos diagnósticos, será necesario medir distintos indicadores de resultado, ya que puede no ser pertinente la medida de alguno de ellos en etapas iniciales, por ejemplo, los aspectos relacionados con la función sexual o el afrontamiento de problemas, requieren que pase algún tiempo para la adaptación a la nueva situación o, en caso contrario, la identificación de problemas relativos a esos aspectos para hacer frente a los distintos retos a los que se enfrenta la persona ostomizada. De la misma manera, los cuidados que se presten estarán en función de la evolución del paciente y del estado del diagnóstico (real, de riesgo o de promoción de salud). Por ejemplo, en el caso de los cuidados de la piel periestomal, serán diferentes según se trate de un riesgo o de un problema real.

A continuación se describen los componentes de estos planes de cuidados de forma conjunta, tanto del episodio de hospitalización como de su seguimiento en consulta, teniendo en cuenta

que aunque algunos diagnósticos son específicos de una de las etapas, la mayoría son comunes a ambas.

Patrón 1: Percepción - Manejo de la Salud

Los diagnósticos que pueden ser de aplicación en este patrón, así como los resultados y las intervenciones se muestran en la Tabla 2.

Durante el episodio de hospitalización, el paciente va a ser sometido a distintos procedimientos invasivos: la propia cirugía que motiva el ingreso, tendrá una herida quirúrgica y será portador de drenajes, necesitará vías venosas periféricas y/o centrales para la administración de los tratamientos y un catéter urinario durante el procedimiento quirúrgico y en el postoperatorio inmediato. Todos estos procedimientos conllevan un **Riesgo de infección** que deberá tenerse en cuenta para planificar los cuidados necesarios y evitar que la infección se produzca.

Entre las intervenciones principales para el diagnóstico, se encuentra **Control de infecciones** que incluye actividades como: realizar de forma aséptica todos los procedimientos; preparar la piel del paciente para la intervención; mantener un ambiente aséptico óptimo durante la inserción y manipulación de catéteres; cambiar las líneas intravenosas y los apósitos de acuerdo con los protocolos establecidos; asegurar una técnica de cuidados de heridas y drenajes adecuada; administrar la terapia de antibióticos prescrita²⁰. Se incluyen además otras intervenciones específicas como **Cuidados del sitio de incisión, Cuidados del drenaje y Cuidados del catéter urinario**.

Por otra parte algunos fármacos administrados, como los anestésicos durante la cirugía, producen una alteración neurosensorial y podrían ser causa de una alteración de los sistemas de protección, disminuyendo la capacidad para autoprotgerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones, lo que conlleva una **Protección ineficaz**. La mayor parte de los cuidados para este diagnóstico comienzan en las Unidades de Recuperación Postquirúrgica, para continuar en la Unidad de hospitalización cuando ya la situación del paciente permite su traslado a planta. La intervención seleccionada para este diagnóstico es **Cuidados postanestesia** y se destacan las siguientes actividades: comprobar los signos vitales, oxigenación, ventilación, estado neurológico y nivel de conciencia; administrar medidas de calor; vigilar la diuresis; administrar analgésicos y antieméticos si está indicado; comprobar la zona de la intervención, apósitos y drenajes; proporcionar apoyo al paciente y a la familia²⁰.

Otro aspecto a tener en cuenta, tanto en hospitalización como en consulta, es la dificultad que puede tener el paciente con respecto al manejo de su nueva situación de ostomizado, por la complejidad de llevar a cabo todas las actividades del régimen terapéutico, necesitando adquirir conocimientos y destrezas para realizar la higiene del estoma, manejar los dispositivos, cuidar la piel periestomal, conocer los alimentos que pueden ser beneficiosos para regular la eliminación y el ejercicio físico y/o las actividades, que pueden realizar para favorecer su recuperación y evitar posibles complicaciones³⁵⁻³⁷. Es habitual que al realizar la valoración, el paciente exprese el deseo de manejar la enfermedad, tener dificultades con los tratamientos prescritos o pueda experimentar sensación de fracaso al incluir el régimen de tratamiento en la vida diaria, necesitando el apoyo profesional para abordar estos problemas^{38,39}.

Se incluyen en el plan de cuidados dos diagnósticos que hacen referencia al manejo de la salud,

uno real, **Gestión ineficaz de la propia salud** y otro de promoción de salud, **Disposición para mejorar la gestión de la propia salud**.

Las intervenciones seleccionadas para ambos diagnósticos son **Cuidados de la ostomía**, como principal, y **Enseñanza: procedimiento/tratamiento**.

Algunas de sus actividades se documentan a continuación²⁰:

Cuidados de la ostomía: aplicar un dispositivo que se adapte adecuadamente; instruir al paciente/cuidador en la utilización del mismo; cambiar/vaciar la bolsa de ostomía; vigilar la curación de la incisión, del estoma y tejido circundante y la adaptación al dispositivo; vigilar la aparición de posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo parálítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea; ayudar al paciente a practicar los autocuidados; controlar las pautas de eliminación; enseñar sobre la dieta adecuada y sobre los cambios esperados en la función de eliminación; enseñar cómo vigilar la presencia de posibles complicaciones.

Esta intervención incluye todas las actividades que el profesional de enfermería debe realizar para garantizar el cuidado integral del paciente. Con el fin de tener una idea clara de las actividades concretas que se deben llevar a cabo como parte de esta intervención en el pre, intra, postoperatorio y después del alta (en consulta), se incluye una propuesta de las mismas en el anexo XIV. Dicha propuesta es el resultado del consenso alcanzado por el grupo de trabajo tras contrastar los protocolos de actuación de sus respectivos hospitales y basándose en la Guía de la RNAO³¹.

Enseñanza: procedimiento/tratamiento: determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento y el tratamiento; explicar su propósito y describir las actividades que se van a realizar; favorecer su participación y la de la familia si resulta oportuno, y determinar sus expectativas con respecto al procedimiento/tratamiento.

Tabla 2. Patrón 1. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

0004. Riesgo de infección FR- Procedimientos invasivos	0703. Severidad de la infección	6540. Control de infecciones 3440. Cuidados del sitio de incisión 1870. Cuidados del drenaje 1876. Cuidados del catéter urinario
00043. Protección ineficaz FR- Fármacos (anestésicos)	0912. Estado neurológico: consciencia	2870. Cuidados postanestesia 6650. Vigilancia
00078. Gestión ineficaz de la propia salud FR- Complejidad del régimen terapéutico	1813. Conocimiento: régimen terapéutico 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía 1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud CD- Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos	1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

En este patrón los problemas que se presentan, con mayor frecuencia, son los relacionados con la piel, la nutrición y el estado de los líquidos (Tabla 3).

La piel periestomal desde la instauración del estoma está sometida a factores de riesgo como la humedad, por el contacto con las heces o la orina, o de tipo mecánico, relacionados con los dispositivos, por lo que su alteración es una de las complicaciones que aparece con mayor frecuencia en la persona ostomizada. Afecta a todos los tipos de ostomía y su aparición es mayor en ileostomías y urostomías. Estas lesiones suponen un problema común al que se enfrentan las personas ostomizadas, sus cuidadores y los profesionales de la salud. De los distintos estudios consultados, una revisión sistemática sugiere que las complicaciones de la piel periestomal oscilan entre el 18 y el 55% de los casos⁴⁰. En otro estudio se documentan lesiones en el 45% de las personas con un estoma permanente, sin embargo, el 67% de estas personas diagnosticadas de alguna alteración en la piel periestomal, no son conscientes del problema⁴¹. Las fugas del dispositivo de ostomía son también comunes, y existe una correlación entre la fuga y los trastornos de la piel periestomal⁴².

En general es difícil estimar con precisión las complicaciones de la piel periestomal, éstas representan un tercio de las visitas a una consulta de ostomías y suponen un problema que afecta a la calidad de vida de la persona ostomizada^{43,44}, por lo que es necesario hacer una valoración exhaustiva del estoma y de la piel, desde su inicio tras la intervención, utilizando escalas validadas con cada cambio de dispositivo para evitar y controlar las posibles lesiones³¹.

Se incluyen en el plan de cuidados dos diagnósticos relacionados con la piel, **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea** y **Deterioro de la integridad cutánea**.

Las intervenciones para ambos diagnósticos son **Cuidados de la ostomía**, descrita anteriormente y **Cuidados de la piel: tratamiento tópico**, cuando se presenten lesiones. Entre sus actividades se encuentran: registrar el grado de afectación de la piel; realizar la limpieza de la piel; aplicar emolientes en la zona afectada, apósito y/o pasta y un dispositivo de ostomía que selle adecuadamente; pedir al paciente que se vista con ropas no restrictivas²⁰.

En cuanto a los problemas nutricionales, el paciente puede perder peso las semanas o los meses antes de la intervención y durante el periodo de recuperación. Son varios los motivos que pueden llevar a un déficit nutricional: la falta de apetito, problemas de ingestión o absorción relacionadas con la patología de base, el proceso tumoral y sobre todo las enfermedades inflamatorias intestinales, así como el tratamiento quirúrgico, que obliga a un acortamiento del intestino por lo que se disminuye la superficie de absorción, o los tratamientos con quimioterapia o radioterapia, que junto con la existencia de dolor y las pérdidas causadas por diarreas, se encuentran entre los motivos más habituales⁴⁵⁻⁴⁷. La necesidad de realizar un seguimiento del estado nutricional del paciente con un estoma, debe ser un proceso continuo que comienza antes de la operación y continúa después del alta hospitalaria. Se incluye en el plan de cuidados el diagnóstico **Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades**, para aquellos pacientes que presenten un problema nutricional.

Con respecto al equilibrio hídrico, las cirugías gastrointestinales pueden conducir a una mala absorción no sólo de nutrientes y de secreciones gastrointestinales, sino también de líquidos

y electrolitos y por lo tanto producirse su salida a través del estoma. La pérdida de altos volúmenes de líquido puede desencadenar una deshidratación severa y trastornos electrolíticos por lo que el paciente va a requerir de un régimen adecuado que le aporte la cantidad de alimentos y líquidos que precise, según sus necesidades^{48,49}. El diagnóstico seleccionado para monitorizar esta situación es **Riesgo de déficit de volumen de líquidos**.

Los cuidados relacionados con la nutrición y la hidratación de los pacientes con una colostomía, ileostomía o urostomía, deben ir encaminados a manejar el estado nutricional y el equilibrio hídrico y a proporcionar información sobre la dieta y el consumo de líquidos que deben seguir para evitar desequilibrios. Las intervenciones que se realizarán con las actividades más pertinentes para estos pacientes se describen a continuación²⁰.

Manejo de la nutrición: realizar un registro preciso de ingesta y eliminación; preguntar si tiene alergia a algún alimento; determinar en colaboración con el dietista, cuando proceda, el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación; fomentar la ingesta de proteínas, hierro y vitamina C cuando esté indicado; proporcionar o recomendar alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede; ajustar la dieta a las necesidades del paciente y proporcionar la información adecuada acerca de estas necesidades nutricionales y el modo de satisfacerlas.

Enseñanza: dieta prescrita: evaluar el nivel de conocimientos acerca de la dieta prescrita; explicar el propósito de la dieta y el tiempo que debe seguirla; instruirle sobre las comidas permitidas y recomendadas; enseñarle a planificar las comidas adecuadas; proporcionar un plan escrito de comidas, si es necesario; remitir al paciente a un dietista/experto en nutrición, si es preciso; incluir a la familia y/o cuidador cuando esté indicado.

Manejo de líquidos: vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y presión sanguínea ortostática), según sea el caso; controlar la ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, si procede; administrar terapia intravenosa, según prescripción; administrar líquidos, si procede; favorecer la ingesta oral; distribuir la ingesta de líquidos en 24 horas, si procede; vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.

Tabla 3. Patrón 2. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía
00047. Deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico
00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos FR- Pérdidas excesivas a través de vías normales y alteraciones que afectan a la absorción de líquidos	0601. Equilibrio hídrico	4120. Manejo de líquidos
00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FR-Incapacidad para absorber los nutrientes	1004. Estado nutricional	1100. Manejo de la nutrición 5614. Enseñanza: dieta prescrita

Patrón 3: Eliminación

La cirugía que conduce a la instauración de una ostomía da lugar a una incontinencia fecal o urinaria. El patrón habitual de eliminación para el paciente ostomizado, después de la intervención, será a través de la ostomía y se considerará que el patrón es funcional cuando la eliminación esté dentro del rango esperado en función del tipo de ostomía (ileostomía, colostomía o urostomía), por lo que no se formulará la incontinencia como un diagnóstico enfermero. El juicio clínico sobre la respuesta del paciente a esta situación se abordará desde los diagnósticos que hacen referencia al manejo, gestión y adaptación a su proceso de salud.

Los dos diagnósticos que se formulan en este patrón son **Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional** y **Deterioro de la eliminación urinaria** (Tabla 4).

El cambio de la motilidad gastrointestinal es habitual después de una cirugía abdominal por múltiples motivos, reflejos neuronales, mediadores inflamatorios locales y sistémicos liberados durante la cirugía, fármacos anestésicos, analgésicos opioides, la cirugía intraperitoneal, el grado de manipulación del intestino, técnica quirúrgica abierta o laparoscópica y la hipopotasemia postoperatoria. La respuesta a este trauma quirúrgico conduce a un íleo sin complicaciones y la motilidad gastrointestinal suele restablecerse en los 3 primeros días, según la localización anatómica de la resección del intestino. Cuando pasa este tiempo y la motilidad no se ha recuperado, puede pensarse en una disfuncionalidad y tratarse como una complicación postoperatoria^{50,51}. La disfunción de la motilidad gastrointestinal prolongada incluyen el aumento del dolor postoperatorio, de las náuseas y los vómitos, de las complicaciones pulmonares, una mala cicatrización de heridas, el retraso en la reanudación de la ingesta oral y una demora en la movilización postoperatoria, prolongándose los tiempos de hospitalización⁵².

Pero no solo aparecen alteraciones de la motilidad intestinal durante el periodo postoperatorio en la estancia hospitalaria, también los trastornos de motilidad del colon y recto son problemas comunes en gastroenterología y en atención primaria, bien como patología primaria o secundaria a otras enfermedades o tratamientos⁵³. En el caso del paciente ostomizado es frecuente que aparezcan problemas de motilidad después de la cirugía como calambres, dolor y distensión abdominal, vaciado gástrico acelerado, cambio en los ruidos intestinales, aumento de gases y problemas con su eliminación, diarrea y estreñimiento.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, tanto en el periodo de hospitalización como en el seguimiento en consulta, hay que pensar que puede existir un **Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional**. Los cuidados irán enfocados a monitorizar y controlar la función gastrointestinal y la eliminación intestinal, iniciándose en el periodo postoperatorio y que continúen hasta que se normalice la eliminación intestinal.

La intervención **Control intestinal** incluye, entre otras, las siguientes actividades: controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color; observar si hay sonidos intestinales; informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos; informar si hay disminución de sonidos intestinales; observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación; enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal; instruir al paciente y miembros de la familia, si está indicado, a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces; disminuir la ingesta de alimentos que formen gases; instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, si procede²⁰.

En el paciente con urostomía es frecuente la aparición de **Deterioro de la eliminación urinaria** por múltiples causas, pero fundamentalmente por las infecciones del tracto urinario asociadas al catéter⁵⁴. Los cuidados irán dirigidos a mantener el pH de la orina ácido para evitar la formación de cristales alrededor del estoma y el crecimiento de bacterias^{26,27} y a una monitorización de la eliminación urinaria y de los signos y síntomas de infección, incluyendo la enseñanza al paciente para el manejo de los dispositivos de eliminación urinaria⁵⁵ y los consejos sobre la ingesta de líquidos.

La intervención **Manejo de la eliminación urinaria** incluye las siguientes actividades: controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, si procede; explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario; enseñarle a registrar la diuresis, si procede; remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario; recomendarle la ingesta de líquido según sus necesidades; enseñarle a observar los signos y síntomas de infección del tracto urinario²⁰.

Tabla 4. Patrón 3. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional FR- Cirugía abdominal	1015. Función gastrointestinal 0501. Eliminación intestinal	0430. Control intestinal
00016. Deterioro de la eliminación urinaria FR- Multicausalidad	0503. Eliminación urinaria	0590. Manejo de la eliminación urinaria

Patrón 4: Actividad - Ejercicio

En este patrón se incluyen los diagnósticos **Déficit de autocuidados: alimentación, baño, uso del inodoro y vestido, Fatiga** y **Riesgo de sangrado** (Tabla 5).

El procedimiento quirúrgico ocasiona una disminución de la energía como consecuencia de los fármacos anestésicos, analgésicos, la pérdida de sangre y el trauma de los tejidos. Tras la cirugía la energía del paciente está muy disminuida y necesitará permanecer en cama en el postoperatorio inmediato para ir aumentando la actividad, según la pueda tolerar, de forma paulatina. Además, la herida quirúrgica, los drenajes y las vías venosas para la administración del tratamiento van a dificultar la movilidad. Como consecuencia de esas limitaciones, los niveles de dependencia aumentarán por lo que se incluyen en el plan los Déficit de autocuidados. Los cuidados irán encaminados a proporcionar la ayuda que el paciente requiera para la alimentación, el baño, el uso del inodoro y para vestirse hasta que sea independiente.

El diagnóstico **Fatiga** se define como una alteración de la energía que cursa con agotamiento y disminución de la capacidad para el trabajo mental y físico al nivel habitual. Está relacionado con algunos problemas que puede presentar el paciente ostomizado como consecuencia de su problema de base, anemia, estados de la enfermedad y malnutrición¹⁸. Esta situación se ve agravada con la cirugía abdominal al producirse cambios fisiológicos que liberan mediadores inflamatorios, aumentan la fatiga y reducen la masa corporal y la función pulmonar⁵⁶. Esta disminución de energía puede persistir en el paciente, durante muchos meses después de la hospitalización y del tratamiento (cirugía, quimioterapia y/o radioterapia), junto con el dolor y los problemas del sueño⁵⁷.



Los cuidados irán encaminados a regular el uso de energía para evitar o tratar la fatiga y mejorar las funciones del paciente. La intervención **Manejo de energía** seleccionada para este diagnóstico incluye las siguientes actividades: determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga; determinar la percepción de la causa de fatiga; corregir los déficits del estado fisiológico; controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos; observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional; enseñarle técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga; favorecer el reposo/ limitación de actividades; planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía; ayudar en las actividades físicas normales (ambulación, traslados, giros y cuidado personal), si resulta necesario; evaluar el aumento programado de los niveles de actividades; controlar la respuesta de oxígeno del paciente (frecuencia cardíaca, ritmo cardíaco y frecuencia respiratoria) a los autocuidados o actividades de cuidados por parte de otros; instruir al paciente y/o cuidadores a reconocer los signos y síntomas de fatiga que requieran una disminución de la actividad²⁰.

El sangrado es una complicación que puede aparecer en la cirugía abdominal durante el periodo perioperatorio y postoperatorio, que puede manifestarse como un aumento de la pérdida de sangre, una hemorragia masiva, hemorragia anastomótica o hemorragia abdominal⁵⁸. El **Riesgo de sangrado** se incluirá en la planificación de cuidados para vigilar los signos y síntomas que puedan indicar la aparición de una hemorragia. La intervención seleccionada para este diagnóstico es **Prevención de hemorragia** e incluye actividades como: vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia; anotar los niveles de hemoglobina y hematocrito; observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (presencia de sangre en apósitos, drenajes, heces y orina); controlar los signos vitales ortostáticos, incluyendo la presión

La atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida.

sanguínea; instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador), si se produjeran hemorragias²⁰.

Tabla 5. Patrón 4. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00093. Fatiga FR- Estados de enfermedad	0002. Conservación de la energía	0180. Manejo de la energía
00102. Déficit de autocuidados: Alimentación FR- Debilidad y barreras ambientales	0303. Autocuidados: alimentación	1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación
00108. Déficit de autocuidados: Baño FR- Debilidad y barreras ambientales	0301. Autocuidados: baño 0305. Autocuidados: higiene	1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
0110. Déficit de autocuidados: Uso de inodoro FR- Debilidad y barreras ambientales	0310. Autocuidados: uso del inodoro 1615. Autocuidados de la ostomía	1804. Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 0480. Cuidados de la ostomía
00109. Déficit de autocuidados: vestido FR- Debilidad y barreras ambientales	0302. Autocuidados: vestir	1802. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
0206. Riesgo de sangrado FR- Efectos secundarios del tratamiento (cirugía, fármacos anticoagulantes)	0413. Severidad de la pérdida de sangre	4010. Prevención de hemorragia

Patrón 5: Sueño - Descanso

En el patrón del sueño es habitual que aparezcan alteraciones como consecuencia del impacto emocional y los temores producidos por el diagnóstico de cáncer, que en la mayoría de pacientes es la causa principal⁵⁹, y que unido a la incomodidad del dispositivo y al miedo a las posibles fugas, hace que el sueño se interrumpa con frecuencia, no sea reparador y afecte al funcionamiento de la persona⁶⁰. Si tenemos en cuenta que el sueño es uno de los factores más importantes para mantener la salud, la prolongada falta de sueño puede producir fatiga, irritabilidad, disminución de la tolerancia al dolor, aumento de los niveles de corticosteroides y catecolaminas y disminución de la capacidad para la recuperación⁶¹.

El **Insomnio** (Tabla 6) es un problema que suele persistir durante muchos meses después de la cirugía⁵⁶. Asesorar a los pacientes sobre los efectos reparadores del sueño es importante y es una cuestión que el profesional debe abordar para mejorar la calidad del sueño, el funcionamiento diario y aumentar su calidad de vida.

La intervención **Mejorar el sueño** incluye actividades como: hacer una valoración exhaustiva para conocer las causas y los factores que contribuyen a la aparición o mantenimiento del insomnio y de la gravedad de éste en el funcionamiento de la persona; comprobar el esquema de sueño y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño; enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño; controlar la participación en actividades que causan fatiga durante la vigilia para evitar cansancio en exceso; ajustar el ambiente para favorecer el sueño; ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama; enseñar e informar al paciente sobre las medidas farmacológicas y no farmacológicas²⁰.

Tabla 6. Patrón 5. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00095. Insomnio FR- Malestar físico y factores ambientales	0004. Sueño	1850. Mejorar el sueño
---------------------------------------------------------------	-------------	------------------------

Patrón 6: Cognitivo - Perceptual

El dolor es “una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial, o que se describe desde el punto de vista de ese daño”^{18,62}. Su abordaje no es fácil dado su carácter subjetivo, ya que sólo la persona puede describir cómo se siente, evaluar con precisión su dolor, su ubicación, las características del dolor, junto con otros datos de su alivio obtenido con otros tratamientos. Puede ser leve, moderado o severo, constante o intermitente y, según su duración, agudo o crónico si persiste más de 6 meses⁶³. En este patrón se incluye el diagnóstico **Dolor agudo** (Tabla 7).

El dolor postoperatorio está presente en todos los pacientes sometidos a un tratamiento quirúrgico. Después de una cirugía abdominal este dolor aumenta al girarse en la cama, con la movilización, al reír y toser, cuando se realizan las curas y al caminar⁶⁴. En la intensidad del dolor intervienen distintos factores, su valoración, la información al paciente sobre las consecuencias de no abordar a tiempo el dolor antes de que sea intenso y la eficacia de los tratamientos utilizados entre las distintas posibilidades de analgesia postoperatoria.

La gestión del dolor mejora la recuperación después de la cirugía, la satisfacción del paciente y

disminuye los tiempos de hospitalización⁶⁵ y debe prologarse después del alta para conseguir el efecto analgésico adecuado en función de las necesidades del paciente. Sin embargo, no siempre se consiguen los resultados esperados y aunque son muchas las estrategias y protocolos de los centros sanitarios y se han creado unidades multidisciplinarias para abordar el dolor, no siempre se garantiza que el dolor en el hospital y en su ámbito de influencia en la asistencia primaria sea mínimo, ya que sigue habiendo dolor no tratado o infratratado a pesar las intervenciones y ello puede depender de los profesionales, de su conocimiento sobre el dolor, de los protocolos consensuados y de la cultura del dolor de los centros⁶⁶⁻⁶⁸. En este sentido, la enfermera tiene un papel importante dentro del equipo multidisciplinar para su abordaje. La recogida de datos sobre los factores que causan el dolor, sus manifestaciones, qué siente el paciente, cómo se siente, cómo le afectan estas sensaciones dolorosas en las actividades de su vida cotidiana, de ocio, recreo, en su estado de ánimo, en las relaciones familiares y laborales, van a ser claves para un juicio diagnóstico preciso. Conocer además, los recursos de la persona, de aquellas estrategias utilizadas para disminuirlo, pueden ayudar para seleccionar intervenciones efectivas para su manejo.

La intervención para abordar el diagnóstico es **Manejo del dolor**, entre sus actividades se encuentran: realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes; observar claves no verbales de molestias; proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante los analgésicos prescritos y asegurarse de que reciba los cuidados analgésicos correspondientes; determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, humor, relaciones); explorar con el paciente los factores que alivian/empeoran el dolor; disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga); seleccionar y desarrollar medidas farmacológicas y no farmacológicas que faciliten el alivio del dolor; animar al paciente a utilizar medicación adecuada para el dolor; poner en práctica el uso de la analgesia controlada por el paciente, si se considera oportuno; utilizar medidas de control del dolor antes de que el dolor sea severo; asegurar las estrategias de analgesia farmacológicas o no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos; verificar el nivel de molestia con el paciente, anotar los cambios en el registro médico e informar a otros cuidadores que trabajen con el paciente; utilizar un enfoque multidisciplinar para el manejo del dolor, cuando corresponda^{11,20}.

Tabla 7. Patrón 6. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00132. Dolor agudo FR- Agentes lesivos biológicos	2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor
------------------------------------------------------	----------------------	------------------------

Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto

Cuando se comunica el diagnóstico médico y el tratamiento quirúrgico que hay que realizar y que conduce a la instauración de una ostomía, como ya se comentó anteriormente, es habitual que la mayoría de pacientes sufran un gran impacto psicológico. Los sentimientos, las emociones, el concepto y la visión que tienen de sí mismos pueden verse claramente alterados y aparecer problemas que necesitan ser abordados tanto en el periodo hospitalario como en su seguimiento posterior.

Los diagnósticos incluidos en este patrón son **Temor, Trastorno de la imagen corporal y Baja autoestima situacional** (Tabla 8).

El **Temor** puede aparecer desde el momento del diagnóstico médico. La respuesta a este temor será diferente según se trate de un proceso oncológico con un futuro incierto o de una enfermedad inflamatoria intestinal, donde la cirugía puede ser una solución a los problemas. El miedo a la intervención, la anestesia, los resultados, el pronóstico, los tratamientos, la ostomía, la vuelta a casa, la adaptación a la nueva situación, se irán modificando a medida que evolucione el proceso^{69,70}. En cada una de estas etapas los cuidados irán encaminados a la preparación psicológica del paciente, fomentando la comunicación y la expresión de sus temores.

En la fase preoperatoria, la **Enseñanza prequirúrgica** le ayudará a prepararse para la cirugía y el periodo de recuperación. Entre las actividades que recoge la intervención se encuentran las siguientes: informar al paciente de la fecha, hora y lugar programados para la cirugía y de la duración esperada de la operación; evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con la cirugía; dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes; describir las rutinas y la medicación preoperatorias; discutir las posibles medidas de control del dolor; explicar el propósito de las frecuentes valoraciones postoperatorias; describir las rutinas/equipos postoperatorios y explicar su objeto; enseñar al paciente cómo puede ayudar en la recuperación; determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía; corregir las expectativas irreales de la cirugía, si procede²⁰.

La enseñanza en esta etapa de los cuidados del estoma, higiene, vaciado y cambio de dispositivos, disminuye la ansiedad y mejora las destrezas y la adaptación posterior a la ostomía³¹.

Una vez realizada la cirugía, experimentará distintos temores que se abordarán según los requerimientos individuales de la persona.

Las intervenciones **Potenciación de la seguridad** y **Disminución de la ansiedad**, en el episodio de hospitalización, ayudarán a disminuir sus miedos, se destacan las siguientes actividades: permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad; presentar los cambios de forma gradual; evitar producir situaciones emocionales intensas; escuchar los miedos del paciente/familia; explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos; responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera; ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad; establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente; proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico; animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad²⁰.

La intervención **Asesoramiento** se utilizará para disminuir los miedos durante el seguimiento en consulta, se destacan las siguientes actividades: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto; demostrar empatía, calidez y sinceridad; disponer de intimidad y asegurar la confidencialidad; proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda; favorecer la expresión de sentimientos; ayudar al paciente a identificar el problema o la situación que le cause temor; pedirle que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que sucede; ayudarlo a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos; desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible²⁰.

Los siguientes diagnósticos de este patrón se encuentran en el dominio de Autopercepción. La

imagen corporal y la autoestima forman parte de la percepción y concepto que la persona tiene de sí misma. Ambas están relacionadas y la imagen corporal es un factor importante para la formación de la autoestima¹⁸.

La imagen corporal está determinada por la representación mental que cada persona hace de su cuerpo. Es algo subjetivo y no siempre se corresponde con la imagen física real, está influenciada por las valoraciones que cada uno hace de su propio cuerpo, por los sentimientos y actitudes hacia éste y por la cultura, el entorno y la sociedad⁷¹. En la misma línea, la autoestima está determinada por la autoevaluación de los aspectos físicos, psicológicos y sociales por parte de la persona.

La imagen corporal y la autoestima pueden alterarse por enfermedades o situaciones que afectan a la estructura o función corporal. Las pérdidas físicas, de partes o funciones corporales, concretamente los cambios producidos por la cirugía, el estoma y los tratamientos, van a tener una gran repercusión en la persona por la pérdida de la función intestinal o urinaria, el miedo a las fugas, al olor, a los ruidos incontrolados intestinales, cambios en la apariencia física que, junto con las modificaciones que tiene que realizar en las actividades de su vida cotidiana, le van a conducir, en la mayoría de los casos, a mostrar una falta de confianza en sí mismo, inseguridad y a una pérdida de control sobre su cuerpo y su propia vida, que puede modificar su autoestima, desarrollando una percepción negativa de su imagen y valía personal⁶⁹⁻⁷³. Estas situaciones llevan asociadas un **Trastorno de la imagen corporal** y una **Baja autoestima situacional** que generan miedo al rechazo por parte de los demás, sentimientos de inutilidad y de incapacidad para afrontar las pérdidas, afectando a los roles laborales, sociales o familiares, por lo que los cuidados deben abordarse en fases iniciales para disminuir el impacto psicológico.

Las intervenciones **Potenciación de la imagen corporal** y **Potenciación de la autoestima** formarán parte de la planificación de los cuidados para ayudar a la persona a mejorar las percepciones y actitudes hacia su cuerpo y el juicio personal de su valía²⁰. Sus actividades se describen a continuación.

Potenciación de la imagen corporal: determinar las expectativas corporales del paciente; ayudarle a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía y a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento; ayudarle a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal; observar si puede mirarse el estoma y la parte corporal que ha sufrido el cambio; determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad; determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social; ayudarle a identificar acciones que mejoren su aspecto.

Potenciación de la autoestima: observar las frases sobre su propia valía; determinar la confianza en sus propios juicios; animarle a identificar sus virtudes; reafirmar las virtudes personales que identifique el paciente; mostrar confianza en la capacidad para controlar una situación; ayudarle a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta; ayudarle a aceptar la dependencia de otros, si procede; explorar las razones de la autocrítica o culpa; animarle a que acepte nuevos desafíos; comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo; observar los niveles de autoestima; realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

Tabla 8. Patrón 7. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00148. Temor FR- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante	1210. Nivel de miedo 1204. Autocontrol del miedo	5610. Enseñanza: prequirúrgica 5380. Potenciación de la seguridad 5820. Disminución de la ansiedad 5240. Asesoramiento
00118. Trastorno de la imagen corporal FR- Tratamiento de la enfermedad	1200. Imagen corporal	5220. Mejora de la imagen corporal
00120. Baja autoestima situacional FR- Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal	1205. Autoestima	5400. Potenciación de la autoestima

Patrón 8: Rol - Relaciones

La alteración de la salud supone un impacto emocional tanto para el paciente como para la familia, produciendo un cambio en las relaciones y/o funcionamiento familiar. Se incluye en el plan de cuidados el diagnóstico **Interrupción de los procesos familiares** por los cambios que va a sufrir el entorno familiar de una persona a la que se le realiza una ostomía (Tabla 9).

La atención integral a la persona ostomizada debe realizarse dentro del contexto familiar para disminuir la angustia y la ansiedad de todos sus componentes. La implicación de la familia en el proceso es fundamental y debe comenzar en el periodo de hospitalización para continuar en el entorno domiciliario. Su apoyo es indispensable porque le van a acompañar en el proceso de adaptación y aceptación de su nueva situación. Conocer los hábitos, sentimientos, emociones, percepciones y actitudes del paciente y de la familia, ayudan al profesional a planificar los cuidados⁷⁴⁻⁷⁶. Está documentado que el apoyo del cónyuge o pareja durante el proceso de adaptación a convivir con una ostomía, tiene efectos positivos, tanto en los aspectos emocionales como psicosociales, con respecto a las personas que no tienen pareja o cuando éstas no les proporcionan apoyo^{77,78}.

El **Fomento de la implicación familiar** tiene como objetivo la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente, entre sus actividades se encuentran: establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado; identificar la capacidad y la disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente; identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente; animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan; facilitar la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia; identificar otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia; identificar las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia; informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente²⁰.

Tabla 9. Patrón 8. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00060. Interrupción de los procesos familiares FR- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	7110. Fomentar la implicación familiar
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------



La atención integral a la persona ostomizada debe realizarse dentro del contexto familiar para disminuir la angustia y la ansiedad de todos sus componentes. La implicación de la familia en el proceso es fundamental y debe comenzar en el periodo de hospitalización.

Patrón 9 Sexualidad - Reproducción

La sexualidad es un aspecto importante de la vida de la persona en la que intervienen factores físicos, psicológicos, interpersonales y de comportamiento⁷⁹. En numerosas ocasiones, la enfermedad y el tratamiento tienen consecuencias relevantes sobre la sexualidad, que muchas veces no se consideran un problema médico en comparación con la prioridad de tratar el cáncer o los síntomas⁸⁰. En el paciente ostomizado las alteraciones de la función sexual representan un problema de múltiples facetas y causas, tanto por el trastorno de la imagen corporal⁸¹, como por la disfunción sexual producida por la cirugía, que según el tipo de intervención, por la sección y/o manipulación de los nervios responsables de la función sexual, puede dar lugar a secuelas importantes con lesiones orgánicas⁸². Todo ello genera una disminución del apetito sexual, miedos y dudas sobre la sexualidad que afectan de forma notable la vida sexual del ostomizado en los meses posteriores a la intervención, y que puede afectar el estado psicológico, por el miedo y la preocupación sobre la aceptación de su pareja. Aunque es un tema íntimo y difícil de manifestar, los cambios en la función sexual sin tratar pueden ser una influencia negativa en el bienestar personal y en la calidad de vida de estos pacientes, por lo que se incluye en este patrón el diagnóstico **Disfunción sexual** (Tabla 10), ya que es necesaria la comunicación y el diálogo que permitan que la persona exprese sus temores para disminuir el estrés y la tensión que genera esta situación y para aumentar la autoconfianza, la seguridad y la adaptación a nuevas prácticas sexuales⁸³.

La educación de los pacientes y sus parejas sobre las cuestiones de sexualidad deberían iniciarse en el preoperatorio y continuar en el postoperatorio. Después del cambio físico y en los hábitos que supone la realización de una ostomía, las dudas y miedos respecto a la vida íntima deben ser abordados mediante el asesoramiento sexual y la enfermera tiene un papel importante como educadora en esta nueva fase de adaptación. La información sobre la anatomía y fisiología, fisiopatología, el desarrollo psicosexual, los aspectos culturales, éticos y religiosos, son temas que se incluirán en el asesoramiento, junto con el desarrollo de habilidades interpersonales para facilitar una comunicación abierta y efectiva⁸⁴.

La intervención **Asesoramiento sexual** incluye las siguientes actividades: establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto; proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad; informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual; hacer saber al paciente que está preparado para responder a cualquier pregunta sobre el funcionamiento sexual; proporcionar información acerca del funcionamiento sexual; presentar las preguntas acerca de la sexualidad con una frase que indique al paciente que muchas personas experimentan dificultades sexuales; comenzar con los tópicos menos sensibles y progresar a los más sensibles; discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad; discutir el efecto de los cambios en la sexualidad sobre los seres queridos; animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas; identificar los objetivos de aprendizaje necesarios para conseguir las metas; discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual, si procede; ayudar al paciente a expresar la pena y el enfado por las alteraciones del funcionamiento/aspecto corporal; evitar mostrar aversión por una parte corporal alterada; discutir acerca de formas alternativas de expresión sexual que sean aceptables para el paciente; enseñar al paciente sólo técnicas compatibles con los valores/creencias; incluir al esposo o compañero sexual en el asesoramiento lo máximo posible; utilizar el humor y animarle a utilizarlo

para aliviar la ansiedad o la vergüenza; dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o nuevas son saludables; dar seguridad para experimentar con formas alternativas de expresión sexual; derivar a otros miembros del equipo de cuidados, si procede; remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda²⁰.

Tabla 10. Patrón 9. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00059. Disfunción sexual FR- Alteración de la función y estructura corporal	0119. Funcionamiento sexual	5248. Asesoramiento sexual
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	----------------------------

Patrón 10: Adaptación - Tolerancia al Estrés

El afrontamiento es un proceso complejo en el que intervienen múltiples factores para hacer frente a los acontecimientos o procesos vitales y a gestionar el estrés del entorno¹⁸. La respuesta a una determinada experiencia de salud es única, y no exenta de subjetividad, ya que cada persona interpreta y vive los acontecimientos de forma diferente y además está influenciada por el entorno, por las demandas requeridas y por los recursos de los que dispone para responder a dicha demanda.

La realización de una ostomía y las alteraciones biológicas, psicológicas y sociales que pueden aparecer como consecuencia, van a conducir a un cambio del estilo de vida, problemas para el autocuidado, falta de control sobre la eliminación, cambios en la imagen corporal, disminución de la autoestima, e incluso dificultades de integración y reinserción en la vida laboral y social, que requieren de un proceso de adaptación para superar las pérdidas que supone⁶⁹.

El afrontamiento para la persona ostomizada comienza con el significado que le da a la ostomía. Frente a esta situación, algunos autores refieren que los pacientes son capaces de utilizar numerosas estrategias, combinando las que se centran en las emociones para disminuir la angustia y las de resolución de problemas para conseguir un manejo efectivo del estoma, de modo que éste interfiera lo menos posible en su vida cotidiana, que le den seguridad y control, disminuyan sus temores y favorezcan el logro de autonomía y de adaptación sociofamiliar^{85,86}. La pertenencia a un grupo formado por gente ostomizada y sus familias, tanto a nivel individual o a través de asociaciones de pacientes, también constituye una estrategia de afrontamiento; les permite reflexionar sobre sus experiencias, inseguridades, conflictos, preocupaciones y así pueden compartir sus vivencias con otras personas con idénticos problemas y objetivos, que pueden ser una ayuda eficaz para rehacer una vida modificada por la ostomía⁸⁷.

Por el contrario, cuando la persona no confía en sí misma y no es capaz de llevar a cabo estrategias para adaptarse a la nueva situación, su respuesta puede llevar a un **Afrontamiento ineficaz** (Tabla 11), definido por la NANDA, como la incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas practicadas y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles cuando la persona no es capaz de utilizar las estrategias de afrontamiento¹⁸. En este sentido, la intervención de la enfermera desde el inicio del proceso, incluso antes de la cirugía, puede facilitar y mejorar las estrategias de afrontamiento y la reintegración a su vida cotidiana⁸⁸. La intervención **Aumentar el afrontamiento** está dirigida a gestionarlo y potenciarlo, mejorando las conductas de adaptación. Incluye entre sus

actividades: valorar el impacto de la situación del paciente en sus roles y relaciones; ayudarlo a desarrollar una valoración objetiva de la situación y valorar y discutir las respuestas alternativas; proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico; alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia; fomentar un dominio gradual de la situación; animar al paciente a desarrollar relaciones y a fomentar las actividades sociales y comunitarias; indagar las razones del paciente para su autocrítica; facilitar las salidas constructivas a la ira y la hostilidad; favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente; estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales; presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito; apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados; alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza; animarle a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades; ayudarlo a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo y los sistemas de apoyo disponibles; facilitar la implicación familiar; ayudarlo a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella; ayudarlo a resolver los problemas de una manera constructiva; animar al paciente a evaluar su propio comportamiento²⁰.

Los problemas a los que se enfrentan estos pacientes al cursar con pérdidas anatómicas y/o funcionales requieren, en algunos casos, superar un proceso de duelo.

El duelo se refiere al conjunto de procesos psicológicos y psicosociales que siguen generalmente a la pérdida de una persona, aunque puede hablarse de duelo ante pérdidas de partes anatómicas o de funciones corporales del individuo⁸⁹. Para la NANDA el diagnóstico enfermero **Duelo** es un complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida¹⁸. La pérdida, en el caso del paciente ostomizado, hace referencia a partes o procesos corporales y es frecuente que la viva presentando estadios emocionales de negación, ira, pacto, depresión y aceptación, siendo síntomas propios de un proceso de duelo normal^{39,69}.

La intervención **Facilitar el duelo** le ayudará en el proceso de adaptación a la pérdida e incluye entre sus actividades: identificar la pérdida y su reacción inicial; fomentar la expresión de sentimientos; escuchar las expresiones de duelo; fomentar la discusión de experiencias de pérdidas anteriores; realizar afirmaciones enfáticas sobre el duelo; fomentar la identificación de los miedos; apoyar la progresión a través de los estadios de aflicción personal; incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si procede; ayudarlo a identificar estrategias personales de resolución de problemas; apoyar los progresos conseguidos en el proceso de aflicción; ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida²⁰.

Tabla 11. Patrón 10. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones		
00069. Afrontamiento ineficaz FR- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1302. Afrontamiento de problemas	5230. Aumentar el afrontamiento
00136. Duelo FR- Pérdida de partes o procesos corporales	1304. Resolución de la aflicción	5290. Facilitar el duelo


Patrón 11: Valores - Creencias

La enfermedad y el sufrimiento son crisis que afectan al bienestar espiritual de la persona. El bienestar espiritual está conformado por una dimensión compuesta por sentimientos, valores, creencias y sentido de la propia existencia, junto con el componente relativo a confesiones o creencias religiosas derivada de una conexión con un poder superior. Cuando se comunica un diagnóstico de cáncer, se produce un cambio profundo existencial en la mayoría de los pacientes. En el caso del paciente ostomizado por un problema oncológico, el impacto que se produce sobre la calidad de vida no sólo afecta al bienestar físico y funcional, psicológico y social, sino que va a tener una gran repercusión en el bienestar espiritual y puede llegar a ser el mayor reto al que se enfrentan estas personas. La esperanza, la paz interior, el sentido y la razón para vivir son alguno de los componentes existenciales que se pueden modificar. La incertidumbre sobre su futuro suele estar presente en la mayoría de pacientes y las razones para estar vivos constituyen un desafío. Su sentido de la vida ha cambiado y pueden tener grandes dificultades para aceptar estos cambios^{90,91}.

En el paciente recién ostomizado, las características de los procesos que conducen a la ostomía y las repercusiones en la calidad de vida, hace que aparezcan con frecuencia problemas relacionados con la imagen, autoestima, manifestaciones de pérdida, inseguridad y angustia por la enfermedad. Los sentimientos de soledad, miedo, tristeza, preocupación por cómo vive la familia su enfermedad, de no ser una carga para ellos, deseos de ser escuchado, necesidad de despedirse de los suyos y de no dejar temas pendientes, desesperanza, sufrimiento interior, dudas y preocupaciones sobre el más allá, sentimientos de haber sido abandonados por Dios, son manifestaciones frecuentes del paciente que pueden indicar una alteración de las necesidades espirituales, y por consiguiente, aparecer un deterioro del bienestar espiritual, en mayor o menor medida en función de la gravedad y pronóstico por lo que son susceptibles de presentar **Sufrimiento espiritual**, que englobaría necesidades relacionadas con otros diagnósticos como Baja autoestima, Trastorno de la imagen corporal, Temor y Duelo. El paciente recién ostomizado presenta con frecuencia necesidades espirituales que afectan a su bienestar y que podrán ser satisfechas por el propio paciente o requerir intervención profesional⁹². Para monitorizar si se producen alteraciones en este ámbito se incluye en el plan de cuidados el diagnóstico **Riesgo de sufrimiento espiritual** (Tabla 12) que puede convertirse en un diagnóstico real según la respuesta individual del paciente.

El bienestar espiritual es un elemento clave para la calidad de vida de los pacientes a largo plazo. Ya se ha hablado anteriormente de la necesidad de apoyo psicológico, familiar y social, de programas de enseñanza antes y después de la cirugía^{87,88}. Sin embargo, en el apoyo espiritual, la detección y valoración de las necesidades espirituales, precisa del desarrollo de competencias profesionales en comunicación, relaciones interpersonales y precisión en el juicio clínico, ya que la detección de estas necesidades en el paciente ostomizado, con seguimiento por profesionales expertos, influye favorablemente en la prevención de los diagnósticos de este ámbito⁹². Las intervenciones para mejorar la calidad de vida deben incluir elementos para mejorar la paz interior, la conexión consigo mismo, con los demás, con lo trascendental y el sentido de pertenencia⁹¹. La planificación de las intervenciones **Apoyo espiritual** y **Dar esperanza** tienen como objetivo aumentar la creencia de las propias capacidades de la persona para iniciar y mantener acciones que mejoren su bienestar espiritual. Sus actividades se describen a continuación²⁰.

Apoyo espiritual: utilizar la comunicación terapéutica con el paciente para establecer confianza



El bienestar espiritual es clave para la calidad de vida de los pacientes a largo plazo. La detección y valoración de las necesidades espirituales precisan del desarrollo de competencias profesionales en comunicación, relaciones interpersonales y precisión en el juicio clínico.

y demostrar empatía; utilizar herramientas para controlar y evaluar el bienestar espiritual; animar al paciente a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual; tratarle con dignidad y respeto; animarle a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás; proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales; estar abierto a las expresiones de preocupación, de soledad e impotencia de la persona; fomentar el uso de recursos espirituales; utilizar técnicas de clarificación de valores para ayudar al individuo a clarificar sus creencias y valores, si procede; escuchar y estar abierto a los sentimientos de la persona acerca de la enfermedad y la muerte; ayudarle a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Dar esperanza: ayudar al paciente a identificar las áreas de esperanza en la vida; mostrar esperanza reconociendo la valía del paciente y viendo que la enfermedad es sólo una faceta de la persona; enseñar a reconocer la realidad estudiando la situación y hacer planes; ayudarle a diseñar y revisar metas relacionadas con el objetivo de esperanza y a expandir su yo espiritual; facilitar el reconocimiento de una pérdida personal en su imagen corporal y el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores; fomentar relaciones terapéuticas con los seres queridos; explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza con temas de conversación que tengan sentido y reflejen el amor y las necesidades del paciente; proporcionarle la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo; crear un ambiente que facilite sus prácticas religiosas cuando sea posible.

Tabla 12. Patrón 11. Diagnósticos, Resultados e Intervenciones

00067. Riesgo de sufrimiento espiritual	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual 5310. Dar esperanza
-----------------------------------------	------------------------	-----------------------------------------------

El plan de cuidados se completa con las Intervenciones Interdisciplinarias (Tabla 13) que proceden de la petición ó prescripción, indicación... por parte de otros profesionales de técnicas, pruebas diagnósticas y tratamiento y de las Intervenciones que se realizan en todos los procesos de hospitalización (Tabla 14)²⁸.

Tabla 13. Intervenciones Interdisciplinarias

INTERVENCIONES INTERDISCIPLINARIAS		
TÉCNICAS	Cirugía Anestesia general Canalización de vía periférica venosa Curas Sondaje vesical Sondaje nasogástrico Preparación del colon	0842. Cambio de posición: intraoperatorio 2870. Cuidados postanestesia 2880. Coordinación preoperatoria 2900. Asistencia quirúrgica 2920. Precauciones quirúrgicas 2930. Preparación quirúrgica 3902. Regulación de la temperatura: intraoperatoria 5610. Enseñanza: prequirúrgica 6545. Control de infecciones: intraoperatorio 4190. Punción intravenosa 3440. Cuidados del sitio de incisión 1870. Cuidados del drenaje 0580. Sondaje vesical 1876. Cuidados del catéter urinario 1080. Sondaje gastrointestinal 1874. Cuidados de la sonda gastrointestinal 0466 Administración de enema
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	Analítica de sangre y orina Exploración física Electrocardiograma RX	4234. Flebotomía: muestra de sangre venosa 7820. Manejo de muestras 7690. Interpretación datos de laboratorio 7680. Ayuda en la exploración 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento
TRATAMIENTO	Medicación: antibióticos, analgésicos, protectores gástricos, heparina de bajo peso molecular Sueroterapia Reposo Dieta progresiva	0740. Cuidados del paciente encamado 1020. Etapas en la dieta 2304. Administración de medicación: oral 2314. Administración de medicación: intravenosa 2317. Administración de medicación: subcutánea 4200. Terapia intravenosa (IV) 2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP) 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad 5614. Enseñanza: dieta prescrita

Tabla 14. Intervenciones propias de la Hospitalización

INTERVENCIONES PROPIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN
7310. Cuidados de enfermería al ingreso 7920. Documentación 8140. Informe de turnos 6680. Monitorización de los signos vitales 7370. Planificación del alta 7460. Protección de los derechos del paciente 8060. Transcripción de órdenes

El plan estandarizado que va a servir de guía, siempre debe individualizarse, es decir, hay que adaptarlo a cada persona, basándose en la valoración del paciente y atendiendo a la respuesta y a los problemas detectados en su proceso de salud/enfermedad.

Para documentar la individualización del plan de cuidados se ha elaborado el registro “Ficha del Plan de Cuidados Individualizado” (Anexo III y XI) para su aplicación en los dos ámbitos de estudio (Figura 4), donde deben registrarse los diagnósticos con su fecha de aparición y de resolución para conocer en todo momento los que siguen activos en el paciente.

Nombre del paciente: _____

Nº de Historia: _____

Planta: _____

Habitación: _____

DIAGNÓSTICOS DEL PACIENTE: FECHA DE INICIO Y RESOLUCIÓN				
FECHA INICIO	FECHA RESOLUCIÓN	DIAGNÓSTICO NANDA	RESULTADO NOC	INTERVENCIÓN NIC

Figura 4. Ficha del Plan de Cuidados Individualizado

4.1.3 Agenda de cuidados

Los cuidados planificados se recogen en las Agendas de trabajo para saber cuándo deben ser aplicados y confirmar su realización. Se documentan los cuidados con la etiqueta de la intervención y la pauta de realización por fecha y turno de trabajo, mañana, tarde y noche en el periodo de hospitalización (Anexo IV) y por fecha y nº de visita en el seguimiento en consulta (Anexo XII).

Ejemplo:

INTERVENCIÓN DX. ENFERMEROS	FECHA:			
	PAUTA	M	T	N
6540. Control de infecciones				
3440. Cuidados del sitio de incisión				

INTERVENCIÓN ENFERMERAS	FECHA:		
	VISITA 1	VISITA 2	VISITA 3
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento			
0480. Cuidados de la ostomía			
3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico			
1100. Manejo de la nutrición			
5614. Enseñanza: dieta prescrita			

La Agenda de hospitalización se ha dividido en diferentes apartados para facilitar su cumplimentación:

- Intervenciones derivadas de diagnósticos enfermeros. Su cumplimentación se realizará según aparezcan los diagnósticos, en la fase preoperatoria, postoperatoria o cuando se modifiquen las condiciones del paciente.
- Interdisciplinarias. Se irán realizando según la prescripción de otros profesionales.

- Comunes de hospitalización. Cuando así se requiera, al ingreso del paciente, al alta o durante todo el proceso de hospitalización.
- Quirúrgicas. La mayoría serán cumplimentadas durante la estancia en quirófano en el periodo perioperatorio y en la Unidad de Recuperación Postanestésica.

4.1.4 Agenda de resultados

Las Agendas de resultados se utilizan para medir la evolución del paciente en la consecución de los resultados esperados. Recogen los indicadores que se miden con más frecuencia y que muestran la evolución del paciente en aquellos aspectos que el profesional considera importantes en su recuperación. Todos ellos han sido consensuados por el grupo de trabajo.

La estructura es la misma que las Agendas de cuidados, por fecha y turno de trabajo, mañana, tarde y noche en el periodo de hospitalización (Anexo V) y por fecha y nº de visita en el seguimiento en consulta (Anexo XIII).

4.1.5 Continuidad de Cuidados

Para la persona ostomizada, la condición de “paciente” no termina al salir del hospital tras la cirugía porque sigue necesitando atención en múltiples aspectos. El alta hospitalaria, para continuar la recuperación en su entorno, da lugar a numerosos temores en el paciente y en sus cuidadores, ya que a menudo no saben muy bien cómo tienen que actuar con su estoma, tanto a nivel físico como psicológico. Los aspectos físicos suelen evolucionar de forma más rápida, sin embargo, los efectos psicológicos pueden ser particularmente difíciles de tratar necesitando ayuda profesional para adaptarse a los cambios, lo que advierte sobre la necesidad de una adecuada coordinación en el momento del alta que garantice un seguimiento eficaz y continuado en el tiempo, por enfermeras expertas⁹³. La comunicación efectiva y la colaboración entre profesionales de la salud es clave para realizar la adaptación psicológica y la rehabilitación con éxito^{70,94}. El Informe de de continuidad de cuidados (Anexo VI) facilita este proceso y permite una comunicación entre distintos niveles de asistencia para garantizar el seguimiento del paciente. Recoge los datos que los profesionales de ambos ámbitos, especializada y consulta, consideran que deben documentarse al alta hospitalaria ya que se trata de una información que se necesita conocer cuando el paciente acude a la primera consulta.

La estructura del documento incluye una valoración en el momento del alta y un resumen de los diagnósticos que se han presentado durante el proceso de hospitalización, tanto los resueltos como los activos que siguen necesitando de cuidados, junto con otras observaciones generales que puedan ser de interés, como la fecha de retirada de suturas o de futuras revisiones. Este documento se enviará, o se hará llegar a través del paciente, a la enfermera que continúe la asistencia (consulta de ostomía, cirugía o atención primaria).

El Informe de Continuidad de cuidados dirigido a la enfermera, se complementa con otro documento, en este caso, uno de Recomendaciones al paciente con una ostomía digestiva (Anexo VII) y o bien, de Recomendaciones al paciente con una ostomía urinaria (Anexo VIII). En estos documentos se complementa la información y sirve para recordar los consejos que el paciente ha recibido en la educación sanitaria durante la hospitalización^{26,27,31}. Incluye los siguientes apartados:

- Datos de filiación
- ¿Qué es una ostomía digestiva o urinaria?
- Signos y síntomas normales

- Cuidados del estoma
 - Dispositivos
 - Retirada del dispositivo e higiene del estoma
 - Colocación del dispositivo
 - Vaciado
- Cuidados de la herida quirúrgica
- Alimentación
- Actividades de la vida diaria
- Signos y síntomas de alerta
- Observaciones

Con ellos se espera que el paciente cuente con una guía que recoja los cuidados básicos para seguir su recuperación.

4.2 VALIDACIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA. SEGUIMIENTO EN CONSULTA.

La validación en la práctica clínica ha sido un proceso complejo. Para ello ha sido necesario realizar el registro de los cuidados en la documentación específica de cada centro, y adicionalmente, en los documentos elaborados para probar su utilidad.

La validación de los documentos del periodo de hospitalización, dada su complejidad y el corto periodo de recogida de datos del que se ha podido disponer hasta el cierre del proyecto, no ha permitido contar con un número suficiente de casos para poder mostrar datos concluyentes sobre la adecuación del plan de cuidados y la concordancia del juicio clínico. Sin embargo, aunque el proyecto haya finalizado, podría considerarse la posibilidad de dar continuidad a la recogida de casos para ampliar la muestra y validarlos posteriormente en este contexto.

Con respecto al seguimiento en consulta, se han recogido 43 casos y se ha procedido al análisis de los documentos. A continuación se exponen los resultados de la validación clínica del registro de Valoración, Plan de cuidados estandarizado y Agendas de trabajo.

4.2.1 Registro de Valoración

Para validar el registro de Valoración se ha procedido a estudiar su cumplimentación ya que estimamos que aportará datos sobre la utilidad y la adecuación de los contenidos. A priori no se especifica ningún campo de registro obligatorio, entendiéndose que cuando se registra un conjunto de datos es porque se consideran necesarios para conocer la situación del paciente y formular los diagnósticos enfermeros.

Para determinar el grado de cumplimentación, después del estudio de los contenidos del registro, se han establecido los campos que deben ser valorados y los criterios mínimos que deben estar cumplimentados y que son necesarios para el juicio diagnóstico y terapéutico. Estos apartados son los que se incluirán para estudiar dicha cumplimentación (Tabla 15).

Igualmente se considera importante el análisis del campo de "Observaciones" que se incluye en cada uno de los patrones. En este apartado se recoge la información que complementa o aclara otros campos que estando ya registrados, bien sean cerrados o de texto libre, requieran añadir más datos, o bien, otra información que por ser muy específica o no ser habitual en el perfil del paciente ostomizado, no se recoge en el patrón. Estos datos requieren un análisis cualitativo y

no se incluyen en los criterios mínimos de cumplimentación. Los resultados de este apartado podrían apoyar la necesidad de añadir nuevos campos en el registro.

Tabla 15. Criterios de Cumplimentación del Registro de Valoración en Consulta		
CAMPOS GENERALES POR PATRÓN. CRITERIOS DE CUMPLIMENTACIÓN		
PATRÓN	CAMPOS	CRITERIOS MÍNIMOS CUMPLIMENTADOS
PATRÓN 1	3 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes, alergias, tratamiento. - Hábitos, prácticas de salud, seguimiento, recomendaciones. - Información, seguimiento del proceso y manejo de dispositivos.
PATRÓN 2	5 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición: peso, talla, variación de peso, dieta habitual, ingesta de líquidos, apetito, problemas de alimentación. - Piel/mucosas: hidratación, cicatrización. - Herida quirúrgica. - Piel periestomal. - Estoma.
PATRÓN 3	4 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminación intestinal: patrón, cambios, problemas, ayudas. - Eliminación urinaria: patrón, cambios. - Datos de la ostomía: tipo, localización, temporalidad. - Dispositivos: tipo, cambio, fugas.
PATRÓN 4	3 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad física, energía, ocio y recreo. - Movilidad. - Autocuidados: comer, baño/aseo, uso de wc, vestir, arreglo personal, transferencia, ambular, cambio de dispositivo. Niveles de dependencia.
PATRÓN 5	4 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Patrón de sueño: horas, calidad de sueño, descanso. - Problemas para conciliar o mantener el sueño. - Motivos. - Ayudas para dormir.
PATRÓN 6	4 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Orientación y alteraciones cognitivas, cognición. - Lenguaje, capacidad de aprendizaje y memoria. - Problemas sensoriales. - Dolor: tipo, localización y puntuación.
PATRÓN 7	3 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Estado de ánimo. - Cambios percibidos y afectación: autoestima, imagen corporal. - Expresiones: culpa, impotencia, inutilidad, sentimientos de desesperanza.
PATRÓN 8	4 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación. - Situación laboral. - Situación familiar: con quién vive, cuidador principal, implicación familiar en los cuidados, problemas de relación. - Preocupaciones relacionadas con la enfermedad y el rol que tiene que asumir.
PATRÓN 9	3 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas, preocupaciones o cambios percibidos en la sexualidad. - Información previa en sexualidad. - Reanudación de prácticas sexuales.
PATRÓN 10	3 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Situaciones de estrés que le hayan afectado. - Adaptación-Tolerancia al estrés: alta, media, baja. - Sentimientos de pérdida/duelo.
PATRÓN 11	4 CAMPOS	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades espirituales (conflicto interno, significado de la vida, enfermedad, sufrimiento). - Religión y conflictos entre la atención sanitaria y las creencias. - Planes de futuro.

El grado de cumplimentación de los criterios establecidos ha sido Alto en los patrones: Percepción-Manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Actividad-Ejercicio; Sueño-Descanso, Cognitivo-Perceptual, Auto percepción-Autoconcepto y Rol-Relaciones. La cumplimentación ha sido Media en los patrones: Sexualidad-Reproducción, Adaptación-Tolerancia al estrés y Valores-Creencias (Tabla 16).

Tabla 16. Cumplimentación por Patrones. CUMPLIMENTACIÓN	
Cumplimentación ALTA (> = 80%)	Patrones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8
Cumplimentación MEDIA (<80% > = 50%)	Patrones 9, 10 y 11
Cumplimentación BAJA (<50%)	

Con respecto a la cumplimentación por patrones (Gráfico 1), se ha llegado al 100% en el patrón correspondiente a la valoración de la percepción y manejo de la salud que recoge datos como prácticas de salud, seguimiento de las recomendaciones, información recibida, seguimiento del proceso y manejo de los dispositivos. El patrón que valora el rol y las relaciones de la persona y que recoge datos sobre la comunicación, situación laboral, situación familiar, con quién vive, cuidador principal, implicación familiar en los cuidados, problemas de relación y preocupaciones relacionadas con la enfermedad y el rol que tiene que asumir, también ha alcanzado un 100% de cumplimentación. Estos datos apoyan la importancia de documentar estos aspectos para conocer la respuesta del paciente al manejo de su problema de salud, a las relaciones sociales y laborales y a la implicación familiar en el apoyo del paciente. Con cumplimentación Alta le siguen los patrones, cognitivo-perceptual con un 98%, eliminación y sueño con el 95%, nutricional-metabólico con el 88%, actividad-ejercicio con el 85% y auto percepción-autoconcepto con un 83%. La cumplimentación más baja ha correspondido al patrón valores y creencias, seguido por el de sexualidad y el de afrontamiento y tolerancia al estrés. Se podría pensar que pueda ser debido a la complejidad de su abordaje por parte de los profesionales^{84,92}.

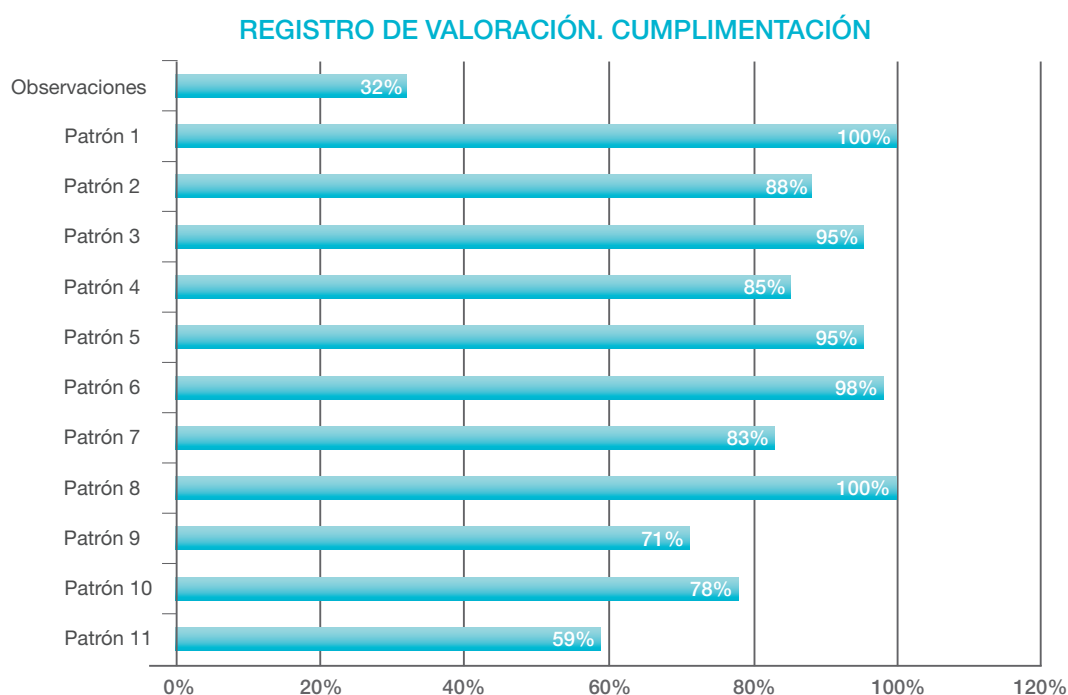


Gráfico 1. Registro de Valoración. Cumplimentación por Patrones

El campo “Observaciones” aparece cumplimentado en el 32% de los casos. En ninguna de las anotaciones aparecen datos que sugieran añadir nuevos campos al registro. Todas ellas complementan o aclaran los datos ya registrados en otros apartados.

Ejemplo:

Quién le acompaña a la consulta: *Su esposa*

Observaciones: *Tiene inmovilidad total*

Complicaciones:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Especificar: <i>Mantenimiento de dispositivos</i>
Observaciones: <i>Por hendidura de la herida quirúrgica abdominal en el margen interno del estoma</i>			

Observaciones: *Dificultad para mantener los dispositivos por surcos en la herida abdominal.
Necesita accesorios tipo resina*

Complicaciones:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input checked="" type="checkbox"/>	Especificar: <i>Fugas</i>
Observaciones: <i>Se retiran en la primera visita puntos paraestomales. Se realiza tacto digital</i>			

Preocupaciones relacionadas con la enfermedad:	Ninguna <input type="checkbox"/>	Económicas <input type="checkbox"/>	Laborales <input type="checkbox"/>	Otras: <i>Dependencia</i>
Observaciones: <i>Le condiciona mucho tener que depender de los demás</i>				

Después de la recogida de datos en el entorno clínico, los profesionales consideran que se trata de un documento completo, que recoge la suficiente información para llegar al juicio diagnóstico y de fácil cumplimentación, aunque requiere disponer de mucho tiempo para realizar el registro. Basándonos en estos resultados y en las opiniones de los expertos se da por validado el documento de Valoración.

4.2.2 Plan de cuidados

La validación clínica persigue conocer si los diagnósticos incluidos en el plan de cuidados, desde un punto de vista teórico, están en concordancia con la respuesta del paciente y se detectan en el proceso de atención. Durante el seguimiento se han identificado todos los diagnósticos del plan de cuidados estandarizado (Gráfico 2) por lo que se podría estimar que el perfil definido para la persona ostomizada está en consonancia con los problemas detectados en consulta.

El problema más frecuente hace referencia al manejo de la nueva situación de salud relacionada con la ostomía (higiene y cuidados del estoma, cambio de dispositivos y seguimiento de la dieta recomendada), encontrándose en un 85% de los casos. Con respecto a la piel se encuentran lesiones en un 54% y factores de riesgo de alteración en un 41%. Los problemas nutricionales aparecen en un 22%. Los diagnósticos Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional en un 22%, Deterioro de la eliminación urinaria en un 17%, Fatiga en 34% y Dolor agudo en un 24% de los casos, que no formaban parte del plan de cuidados inicial, fueron incluidos en este proyecto.

En el patrón del sueño aparece Insomnio en un 56% de los casos relacionado con el miedo a las fugas y al pronóstico de la enfermedad. De los diagnósticos psicosociales el más frecuente es el Trastorno de la imagen corporal que aparece en un 63% de casos, seguido de Duelo, Baja autoestima, Temor, Disfunción sexual y Riesgo de sufrimiento espiritual. Adicionalmente se ha registrado un caso de Diarrea y otro de Estreñimiento, diagnósticos que no estaban incluidos en el plan estandarizado.

Estos diagnósticos identificados se han contrastado con los formulados y validados en el estudio IMPACTO²², punto de partida para elaborar el plan de cuidados (Tabla 17). Teniendo en cuenta que no se pretende comparar las prevalencias de ambos estudios para su análisis, ya que en el estudio IMPACTO se realizó un seguimiento durante seis meses a pacientes recién ostomizados y en este proyecto, se trata de pacientes que acuden a consulta en un periodo no superior a tres meses, incluyendo recién ostomizados o no, nos servirá para saber si están en consonancia ambos planes de cuidados.

DIAGNÓSTICOS FORMULADOS

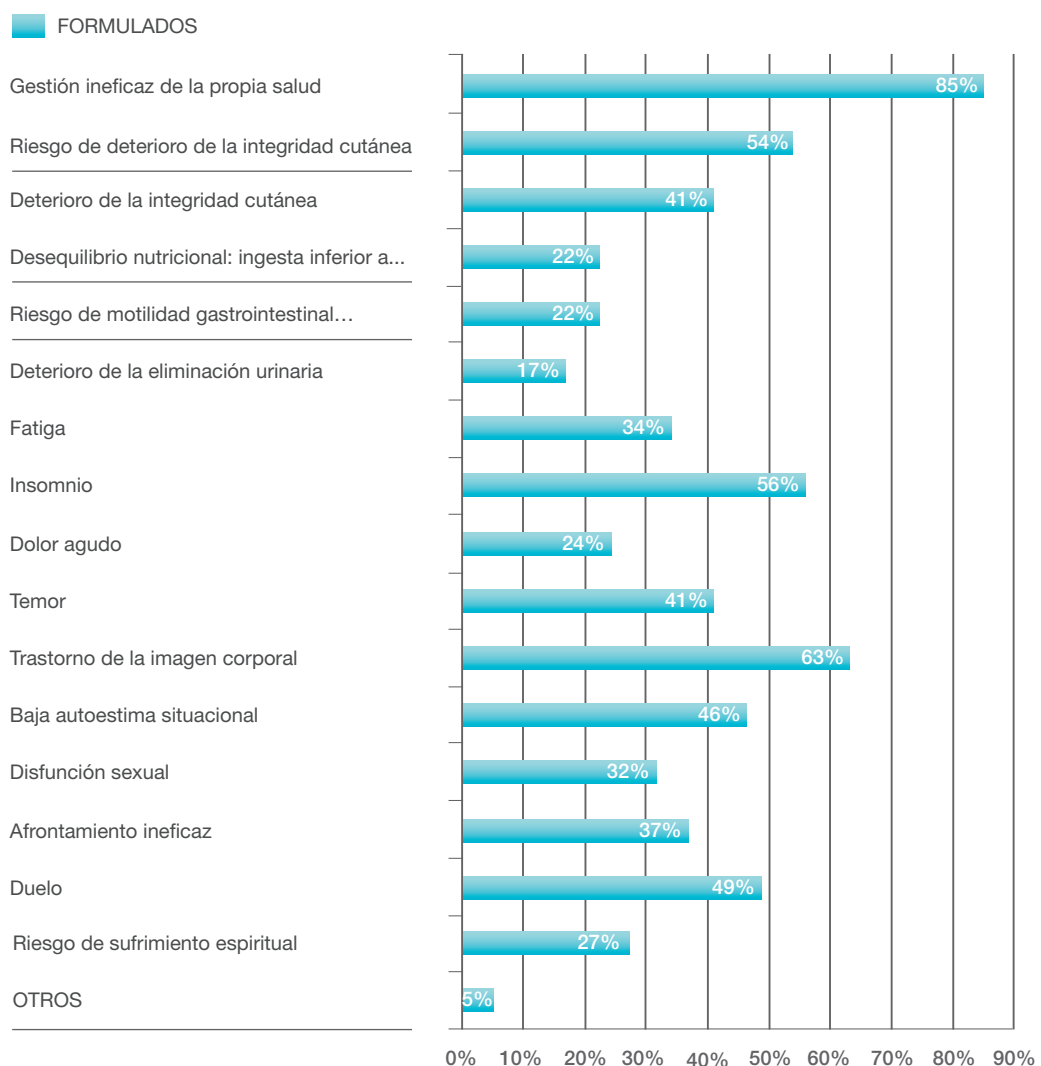


Gráfico 2. Diagnósticos formulados

Se encuentran los mismos porcentajes en los diagnósticos Gestión ineficaz de la propia salud, Insomnio, Temor y Trastorno de la imagen corporal en ambos proyectos. Los problemas relacionados con la piel son similares si tenemos en cuenta que a lo largo del seguimiento pueden aparecer como diagnóstico real o de riesgo. El resto de diagnósticos tienen porcentajes ligeramente superiores en el estudio IMPACTO.

Tabla 17. Prevalencia de diagnósticos		
DIAGNÓSTICO	VALIDACIÓN CLÍNICA	ESTUDIO IMPACTO
Gestión ineficaz de la propia salud	85	84
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	54	62
Deterioro de la integridad cutánea	41	47
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	22	46
Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	22	
Deterioro de la eliminación urinaria	17	
Fatiga	34	
Insomnio	56	56
Dolor agudo	24	
Temor	41	41
Trastorno de la imagen corporal	63	63
Baja autoestima situacional	46	57
Disfunción sexual	32	47
Afrontamiento ineficaz	37	48
Duelo	49	43
Riesgo de sufrimiento espiritual y/o Sufrimiento espiritual	27	29

Los resultados NOC se han utilizados para medir la evolución del paciente. Todos los criterios de resultados incluidos en el plan de cuidados, se han medido en la práctica clínica y se ha realizado el seguimiento de los indicadores en cada visita. Los más utilizados, por encima del 90%, han sido Conocimiento: cuidados de la ostomía, Autocuidados de la ostomía e Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Le siguen, por encima del 80%, Estado nutricional, Sueño, e Imagen corporal (Gráfico 3). Cabe destacar, para aclarar estos resultados, que en muchos de los casos se han utilizado los criterios de resultados para medir, en la primera visita, la situación basal del paciente con respecto a la totalidad de los diagnósticos que aparecen en el plan de cuidados estandarizado, por lo tanto, se encuentran en porcentajes superiores a la prevalencia de diagnósticos.

CRITERIOS DE RESULTADOS FORMULADOS

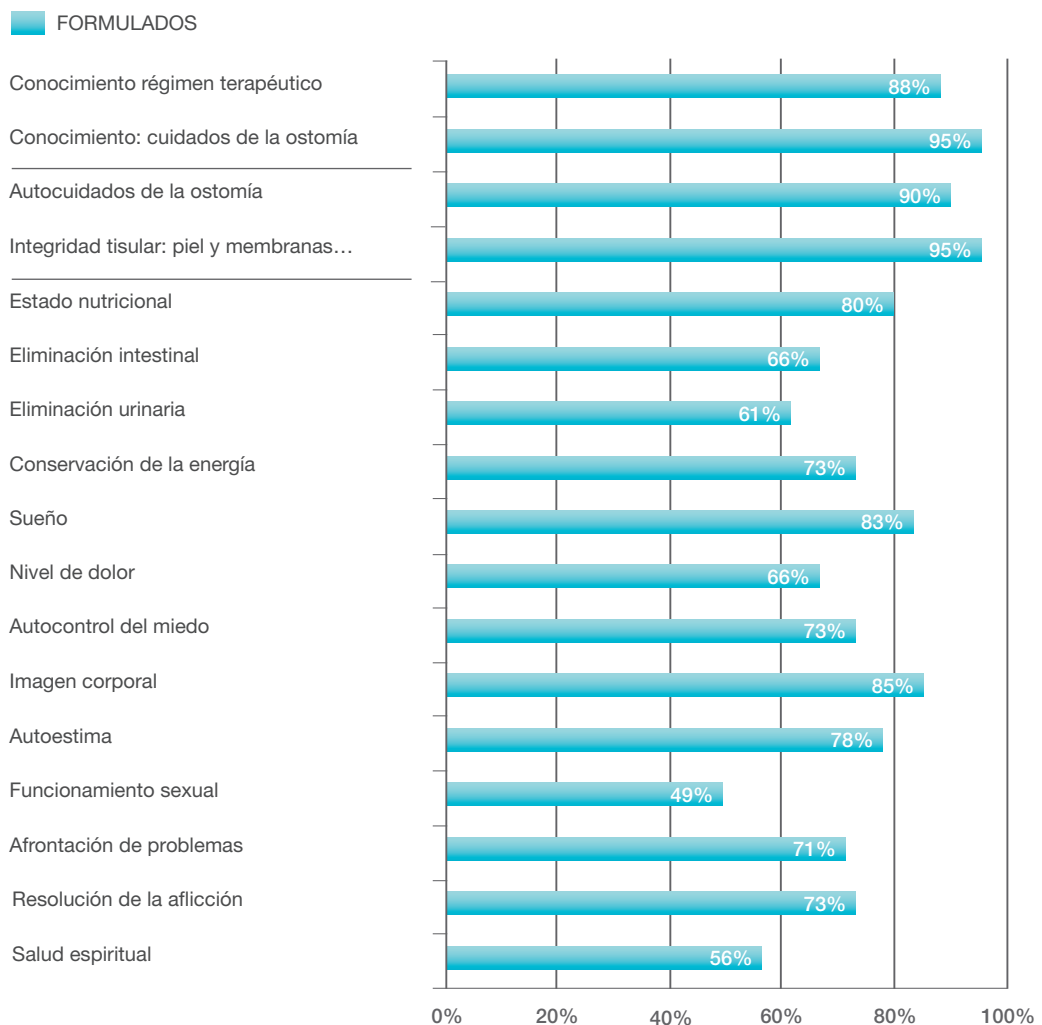


Gráfico 3. Criterios de Resultados formulados

Las intervenciones NIC asociadas a los diagnósticos se han utilizado en su totalidad (Gráfico 4). Los Cuidados de la ostomía, planificada para los diagnósticos Gestión ineficaz de la propia salud y Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se ha utilizado en el 100% de los casos, seguida de Enseñanza: procedimiento/tratamiento con el 78% de los casos. Los Cuidados de la piel: tratamiento tópico ha sido planificada en el 78% de los casos; esta intervención que se incluía en el plan de cuidados para el diagnóstico Deterioro de la integridad cutánea, también se ha utilizado para el diagnóstico de riesgo en aquellos pacientes en los que ha sido necesario proteger la piel con apósitos o pastas. En la misma línea, se encuentran intervenciones que han sido planificadas en porcentajes superiores a los de los diagnósticos a los que se asocian, entre ellas se encuentran, Manejo de la nutrición, Enseñanza: dieta prescrita, Manejo intestinal, Manejo de la eliminación urinaria y Manejo de energía. Estas intervenciones son utilizadas por los profesionales para reforzar la enseñanza en las primeras fases de la recuperación, aunque no exista un problema específico. En base a estos datos, se decide incorporar en el plan de cuidados el diagnóstico **Disposición para mejorar la gestión de la propia salud**, en los casos donde el paciente manifieste deseos de manejar los cuidados relacionados con la ostomía, la dieta, la eliminación y la actividad, o exprese mínimas dificultades para llevar a cabo las recomendaciones.

INTERVENCIONES FORMULADAS

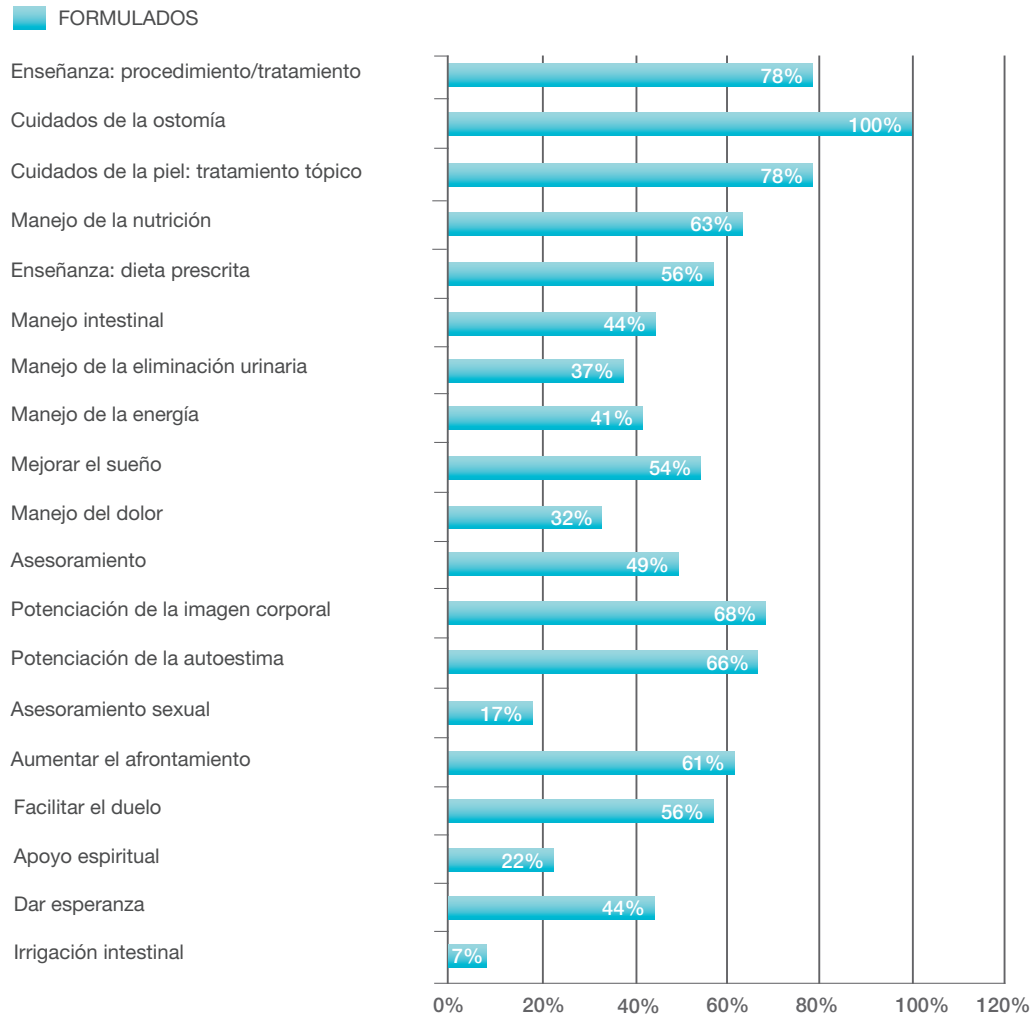


Gráfico 4. Intervenciones formuladas

El estudio de concordancia del juicio clínico se ha llevado a cabo analizando el registro de valoración, la ficha del plan de cuidado individualizado y las agendas de intervenciones y de seguimiento de resultados. Para que exista concordancia, deben estar documentadas las características definitorias del diagnóstico formulado y las situaciones que se correspondan con los factores relacionados o de riesgo, en la valoración. Para seguir abundando en la precisión del diagnóstico, se han tenido en cuenta las puntuaciones de la situación basal del paciente en los indicadores de resultados, que estarán por debajo de 4 en la escala de medida en los diagnósticos reales. Después de analizar los distintos documentos existe concordancia del juicio diagnóstico, con los datos registrados en Riesgo de deterioro y Deterioro de la integridad cutánea, Riesgo de disfunción gastrointestinal ineficaz, Dolor agudo, Duelo y Riesgo de sufrimiento espiritual. Se encuentran desviaciones en un 10% de casos en el diagnóstico de Insomnio, un 5% en la Gestión ineficaz de la propia salud, un 4% en Trastorno de la imagen corporal, Baja autoestima situacional y Afrontamiento ineficaz, un 3% Disfunción sexual y un 2% en Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, Deterioro de la eliminación urinaria, Fatiga y Temor (Gráfico 5).

CONCORDANCIA DE DIAGNÓSTICOS CON LOS DATOS DE VALORACIÓN

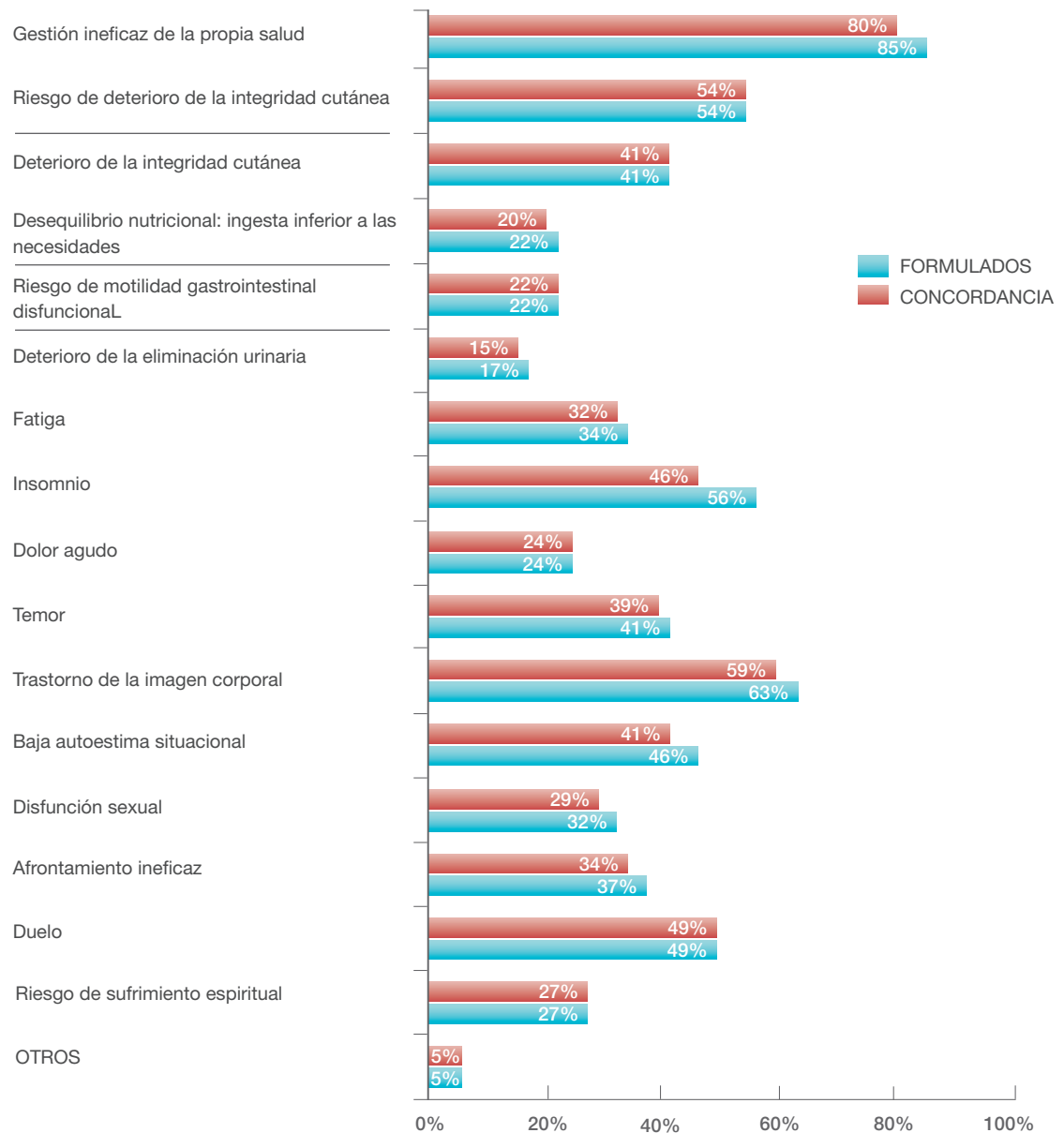


Gráfico 5. Concordancia de Diagnósticos con los datos de Valoración

Estos datos apoyan la necesidad de seguir trabajando en la precisión del juicio clínico. Las herramientas diseñadas, el registro de valoración, el plan de cuidados, las agendas de criterios de resultados, junto con el apoyo metodológico para realizar estudios de concordancia de los documentos, podrían mejorar la precisión, tanto del juicio diagnóstico como terapéutico.

5. CONCLUSIONES

El paciente ostomizado demanda unos cuidados individualizados que se adapten a sus necesidades en cada una de las etapas de su proceso de salud. Una buena planificación de éstos favorecerá su recuperación y evitará complicaciones, por ello son necesarios documentos que faciliten el registro, la toma de decisiones, la comunicación entre los profesionales implicados así como guías con información clara y precisa para pacientes y familiares.

Se precisa, por tanto, de un soporte documental que permita la recogida de datos para el análisis de las distintas situaciones, percepciones, estados, signos, síntomas, que integran la respuesta de la persona ante un problema de salud de éstas características, que puede calificarse en muchas ocasiones, de variable y/o complejo. Los distintos documentos que lo integran deben abarcar el registro en las distintas fases del proceso de cuidado: valoración/diagnóstico, planificación/ejecución y evaluación de resultados.

El registro de valoración orienta hacia los datos que se deben recoger para identificar las necesidades del paciente y los factores que contribuyen a la aparición de problemas, para llegar a los diagnósticos de Enfermería y a los planes de cuidados que se requieren.

El plan de cuidados estandarizado que recoge los diagnósticos más prevalentes servirá para establecer la Cartera de diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería, y será de utilidad para la toma de decisiones y para determinar los cuidados que requiere el paciente.

El Informe de Continuidad de cuidados, junto con la guía de recomendaciones al paciente, con los cuidados básicos para seguir su recuperación, permitirá la coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención y el seguimiento de la persona ostomizada, hasta que se adapte a la nueva situación.

Los documentos diseñados específicamente y normalizados mejoran y facilitan la cumplimentación de los registros y la aplicación del proceso de Enfermería con taxonomías enfermeras. La utilización de una metodología de trabajo y de planes de cuidados estandarizados, basados en la evidencia y en el consenso de expertos, permiten, partiendo de respuestas comunes en el paciente ostomizado, buscar la respuesta individual para ofrecerle unos cuidados integrales y personalizados de manera más eficiente.

La validación en el entorno clínico de los documentos ha servido para evidenciar su utilidad, sus ventajas e inconvenientes, para seguir trabajando en la detección de problemas y en la precisión del juicio diagnóstico y terapéutico y en la utilidad de las taxonomías en la práctica clínica. En esto se basa la normalización, en poder proporcionar a los profesionales de Enfermería un instrumento de guía y de monitorización de sus actuaciones, que participe en la definición del campo profesional y que evidencie la aportación específica del cuidado enfermero en la calidad de la atención, en la seguridad de los pacientes y en la obtención de resultados sensibles a la práctica enfermera.



6. ANEXOS

- Anexo I.** Valoración de Enfermería. Hospitalización.
- Anexo II.** Plan de Cuidados Estandarizado del paciente ostomizado. Hospitalización.
- Anexo III.** Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Hospitalización.
- Anexo IV.** Agenda de Intervenciones. Hospitalización.
- Anexo V.** Agenda de Seguimiento de Resultados. Hospitalización.
- Anexo VI.** Informe de Continuidad de Cuidados.
- Anexo VII.** Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía digestiva.
- Anexo VIII.** Continuidad de Cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía urinaria.
- Anexo IX.** Valoración de Enfermería. Consulta.
- Anexo X.** Plan de Cuidados Estandarizado del paciente ostomizado. Consulta.
- Anexo XI.** Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Consulta.
- Anexo XII.** Agenda de Intervenciones. Consulta.
- Anexo XIII.** Agenda de Seguimiento de Resultados. Consulta.
- Anexo XIV.** Intervención Cuidados de la ostomía.

ANEXO I

Valoración de Enfermería. Hospitalización					
Hospital:			Servicio:		Hab:
Nombre:			Apellidos:		
Edad:	Sexo:	Nº de Historia:		Fecha de ingreso:	
Procedencia:			Motivo de ingreso:		
Persona de contacto 1:			Parentesco:	Teléfono:	
Persona de contacto 2:			Parentesco:	Teléfono:	
Documento de últimas voluntades:		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Comentarios:	

Patrón 1. Percepción - Manejo de la Salud							
Antecedentes:							
Alergias:							
Tratamiento habitual:							
Hábitos tóxicos:							
Tabaco:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Nº de cigarros:	Ex fumador:	Alcohol: No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Cantidad:
Drogas:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Especificar:		Otros hábitos:		
Estado de Salud:	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>	Especificar:			
Prácticas de Salud:	Dieta <input type="checkbox"/>	Ejercicio <input type="checkbox"/>	Revisiones <input type="checkbox"/>	Vacunas <input type="checkbox"/>	Otras:		
Segue las recomendaciones:	Siempre <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>	Por qué:		
Dificultades para el seguimiento:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Especificar:				

Información recibida de lo que se va a hacer:

Procedimientos invasivos:	Catéter venoso/arterial <input type="checkbox"/>	Catéteres urinarios <input type="checkbox"/>	Herida quirúrgica <input type="checkbox"/>	
Drenajes <input type="checkbox"/>	Otros procedimientos invasivos:			
Riesgos Caídas:	Caídas previas <input type="checkbox"/>	Factores ambientales <input type="checkbox"/>	Problemas cognitivos <input type="checkbox"/>	Problemas fisiológicos <input type="checkbox"/>
Fármacos <input type="checkbox"/>	Otros factores de riesgo:	Escala de Riesgo utilizada:	Puntuación:	

Observaciones:

Patrón 2. Nutricional - Metabólico									
Nutricional									
Talla (m):	Peso (kg):	IMC:	Variación de peso:	Pérdida <input type="checkbox"/>	Ganancia <input type="checkbox"/>	Cantidad:			
Tipo de dieta habitual:					Intolerancias:				
Ingesta de líquidos (l/día):			Apetito:	Normal <input type="checkbox"/>	Aumentado <input type="checkbox"/>	Disminuido <input type="checkbox"/>			
Problemas de alimentación:		Masticación <input type="checkbox"/>	Deglución <input type="checkbox"/>	Digestión <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>			
Absorción <input type="checkbox"/>	Otros:			Suplementos en la dieta:					
Nutrición enteral:	Gastronomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	Tipo/nº/fecha:					
Nutrición parenteral:		Tipo:		Catéter/nº/fecha:					
Valoración dental:	Dentadura sana <input type="checkbox"/>	Faltan piezas dentales <input type="checkbox"/>	Prótesis dental <input type="checkbox"/>	Problemas:					
Piel/Mucosas									
Hidratación:	Hidratada <input type="checkbox"/>	Deshidratada <input type="checkbox"/>	Cicatrización:	Buena <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>	Prurito:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Edemas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Localización:	Escala de Riesgo utilizada:		Puntuación:			
Piel íntegra:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de lesión:						
Localización/tamaño/aspecto:									
Cicatrización de la herida quirúrgica:									
Piel periestomal:	Integra <input type="checkbox"/>	Eritematosa <input type="checkbox"/>	Irritada <input type="checkbox"/>	Ulcerada <input type="checkbox"/>	Intensidad:		Leve <input type="checkbox"/>		
Moderada <input type="checkbox"/>	Severa <input type="checkbox"/>	Especificar:		Puntuación Escala DET:		Marcaje previo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Estoma:	Aspecto:		Coloración:		Ubicación:		Diámetro (mm):		
Complicaciones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:						
Temperatura									
Temperatura:									
Observaciones:									

Patrón 3. Eliminación									
Eliminación intestinal									
Patrón intestinal:	Sin alteración <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Otros:					
Nº deposiciones/día:	Consistencia:	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>				
Cambios en el patrón intestinal:									
Motilidad:				Ayudas para la eliminación:					
Problemas:				Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Pañal <input type="checkbox"/>			
Ostomía (tipo):	Colostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	Fístula mucosa <input type="checkbox"/>					
Localización:	FII <input type="checkbox"/>	FID <input type="checkbox"/>	Transverso <input type="checkbox"/>	Temporalidad:	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>			
Dispositivo:	1 pieza <input type="checkbox"/>	2/3 piezas <input type="checkbox"/>	Abierto <input type="checkbox"/>	Cerrado: <input type="checkbox"/>	Cambio de bolsa en 24 h:				
Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>	Cambio de disco (frecuencia):		Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	
Irrigaciones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:	Cantidad de líquido:			Horario:		
Obturador:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							
Eliminación urinaria									
Volumen ml/24h:	Frecuencia:	Cambio en el patrón:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas:			
Características de la orina:		Color:		Olor:			Aspecto:		
Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Absorbente/colector <input type="checkbox"/>		SV <input type="checkbox"/>	Tipo:		Fecha inserción:		
Derivación urinaria:	Ureterostomía:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>	Conducto ileal <input type="checkbox"/>	Colostomía húmeda <input type="checkbox"/>			
Catéter ureteral:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Nefrostomía:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Otros:			
Localización:	FII <input type="checkbox"/>	FID <input type="checkbox"/>	Lumbar D <input type="checkbox"/>	Lumbar I <input type="checkbox"/>	Temporalidad:	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		
Dispositivo:	Abierto <input type="checkbox"/>	Cerrado: <input type="checkbox"/>	1 pieza <input type="checkbox"/>	2/3 piezas <input type="checkbox"/>	Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>		
Cambio de bolsa/24 h:		Cambio de disco (frecuencia):			Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esporádicas <input type="checkbox"/>	
Drenajes/sudoración									
Drenaje:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo:			Localización:			
Aspecto débito:			Cantidad débito:			Sudoración:			
Observaciones:									

Patrón 4. Actividad - Ejercicio										
Actividad/Movilidad										
Actividad física:					Energía para las AVD:					
Actividades de ocio y recreo:										
Marcha:	Estable <input type="checkbox"/>	Inestable <input type="checkbox"/>	Sin ayuda <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Coordina movimientos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Movilidad articular:	Total <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Escasa <input type="checkbox"/>	Dispositivos de ayuda:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál:			
Autocuidados										
Comer:	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Baño/higiene	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Vestir/arreglo personal	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Uso del wc	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Transferencia	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Ambular	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>				
Cardiopulmonar										
Frecuencia respiratoria r/m:					Eupnea <input type="checkbox"/>	Bradipnea <input type="checkbox"/>	Taquipnea <input type="checkbox"/>			
Profundidad:	Normal <input type="checkbox"/>	Hipoventilación <input type="checkbox"/>	Hiperventilación <input type="checkbox"/>		Dolor al respirar:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Disnea:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Seca <input type="checkbox"/>	Productiva <input type="checkbox"/>	Traqueostomía:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Expectoración:	Mucosa <input type="checkbox"/>	Purulenta <input type="checkbox"/>	Hemoptoica <input type="checkbox"/>		Retención de secreciones <input type="checkbox"/>		Ruidos adventicios <input type="checkbox"/>			
Oxigenoterapia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Prescripción/tiempo:							
Frecuencia cardíaca (l/m):	Lim. Norma. <input type="checkbox"/>	Bradicardia <input type="checkbox"/>	Taquicardia <input type="checkbox"/>		Ritmo:	Rítmico <input type="checkbox"/>	Arrítmico <input type="checkbox"/>			
Presión arterial (mm de Hg):				Normotensión <input type="checkbox"/>		Hipotensión <input type="checkbox"/>		Hipertensión <input type="checkbox"/>		
Pulsos palpables:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar zona de ausencia de pulso:							
Observaciones:										

Patrón 5. Sueño - Descanso										
Patrón de sueño habitual (h):		Descansado y con energía después del sueño:				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>		
Tiene problemas para conciliar y/o mantener el sueño:					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Motivos:	Insomnio <input type="checkbox"/>	Preocupaciones <input type="checkbox"/>	
Temores <input type="checkbox"/>	Molestias <input type="checkbox"/>	Factores ambientales <input type="checkbox"/>		Problemas con los dispositivos <input type="checkbox"/>		Otros:				
Ayudas para dormir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:						
Observaciones:										

Patrón 6. Cognitivo - Perceptual							
Nivel de consciencia:	Alerta <input type="checkbox"/>	Somnolencia <input type="checkbox"/>	Estupor <input type="checkbox"/>	Coma <input type="checkbox"/>	P. Glasgow:		
Orientación:	Orientado <input type="checkbox"/>	Confuso <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>	Tiempo <input type="checkbox"/>	Espacio <input type="checkbox"/>	Persona <input type="checkbox"/>	
Alteraciones cognitivas							
Lenguaje:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Visión:	Normal <input type="checkbox"/>	Necesita gafas/lentillas <input type="checkbox"/>	Ceguera <input type="checkbox"/>	Audición:	Normal <input type="checkbox"/>	Hipoacusia <input type="checkbox"/>	
Sordera <input type="checkbox"/>	Audífono <input type="checkbox"/>	Tacto:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	Especificar:		
Problemas de aprendizaje:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cambios recientes de memoria/concentración:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Dolor:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo:	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Intermitente <input type="checkbox"/>	Continuo <input type="checkbox"/>
Localización:				Puntuación EVA:			
Observaciones:							

Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto								
Estado de ánimo:	Alegre <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>	Deprimido <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Inquieto <input type="checkbox"/>	Temor <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>	
Otro:	Nivel de aceptación de la ostomía:		Aceptación <input type="checkbox"/>	Protesta <input type="checkbox"/>	Negación <input type="checkbox"/>			
Cambios en su cuerpo relacionados con la enfermedad:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Suponen un problema:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Afectación en su:	Autoestima <input type="checkbox"/>	Autovalía <input type="checkbox"/>	Imagen corporal <input type="checkbox"/>	Estado de ánimo <input type="checkbox"/>	Identidad <input type="checkbox"/>			
Expresiones de:	Culpa <input type="checkbox"/>	Impotencia <input type="checkbox"/>	Inutilidad <input type="checkbox"/>	Sentimientos de desesperanza:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Observaciones:								

Patrón 8. Rol - Relaciones										
Comunicación:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	Especificar:							
Situación laboral:	Activo <input type="checkbox"/>	En paro <input type="checkbox"/>	Actividad profesional:	ILT <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>					
Vive solo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Integrantes de la unidad familiar:	Implicación familiar en los cuidados:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Cuidador principal:	Situación familiar/social remarcable:									
Problemas de relación:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Intervención del trabajador social:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Preocupaciones relacionadas con la enfermedad:	Ninguna <input type="checkbox"/>	Económicas <input type="checkbox"/>	Laborales <input type="checkbox"/>	Otras:						
Observaciones:										

Patrón 9. Sexualidad - Reproducción			
Problemas, preocupaciones o cambios percibidos en la sexualidad relacionados con la enfermedad:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:
Observaciones:			

Patrón 10. Adaptación - Tolerancia al estrés				
Situaciones de estrés o cambios recientes que le hayan afectado:				
Adaptación -Tolerancia al estrés y control de problemas:	Alta <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	
¿Cómo afronta las situaciones difíciles?:				
Personas que le sirven de ayuda:	Sentimientos de pérdida/duelo:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:				

Patrón 11. Valores - Creencias			
Necesidades espirituales (conflicto interno, significado de la vida, enfermedad, sufrimiento,...):			
¿Su religión o creencias le ayudan?:			
Conflicto entre la atención sanitaria y sus creencias:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:
¿Tiene planes de futuro?:			
Observaciones:			

ANEXO II

Plan de Cuidados Estandarizado del Paciente Ostomizado. Hospitalización			
Patrones Funcionales	Diagnósticos NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
Patrón 1. Percepción/ Manejo de la salud	00004. Riesgo de infección FR- Procedimientos invasivos	0703. Severidad de la infección	6540. Control de infecciones 3440. Cuidados del sitio de incisión 1870. Cuidados del drenaje 1876. Cuidados del catéter urinario
	00043. Protección ineficaz FR- Fármacos (anestésicos)	0912. Estado neurológico: consciencia	2870. Cuidados postanestesia 6650. Vigilancia
	00078. Gestión ineficaz de la propia salud FR- Complejidad del régimen terapéutico	1813. Conocimiento: régimen terapéutico 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía 1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
Patrón 2. Nutricional/ Metabólico	00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía
	00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos FR- Pérdidas excesivas a través de vías normales y alteraciones que afectan a la absorción de líquidos	0601. Equilibrio hídrico	4120. Manejo de líquidos
	00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FR-Incapacidad para absorber los nutrientes	1004. Estado nutricional	1100. Manejo de la nutrición 5614. Enseñanza: dieta prescrita
Patrón 3. Eliminación	00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional FR- Cirugía abdominal	1015. Función gastrointestinal 0501. Eliminación intestinal	0430. Control intestinal
	00016. Deterioro de la eliminación urinaria FR- Multicausalidad	0503. Eliminación urinaria	0590. Manejo de la eliminación urinaria
Patrón 4. Actividad/ Ejercicio	00093. Fatiga FR- Estados de enfermedad	0002. Conservación de la energía	0180. Manejo de la energía
	00102. Déficit de autocuidados: Alimentación FR- Debilidad y barreras ambientales	0303. Autocuidados: alimentación	1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación
	00108. Déficit de autocuidados: Baño FR- Debilidad y barreras ambientales	0301. Autocuidados: baño 0305. Autocuidados: higiene	1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
	0110. Déficit de autocuidados: Uso de inodoro FR- Debilidad y barreras ambientales	0310. Autocuidados: uso del inodoro 1615. Autocuidados de la ostomía	1804. Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 0480. Cuidados de la ostomía
	00109. Déficit de autocuidados: vestido FR- Debilidad y barreras ambientales	0302. Autocuidados: vestir	1802. Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
	0206. Riesgo de sangrado FR- Efectos secundarios del tratamiento (cirugía, fármacos anticoagulantes)	0413 Severidad de la pérdida de sangre	4010. Prevención de hemorragia

Patrones Funcionales	Diagnósticos NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
Patrón 5. Sueño/ Descanso	00095. Insomnio FR- Malestar físico y factores ambientales	0004. Sueño	1850. Mejorar el sueño
Patrón 6. Cognitivo/ Perceptual	00132. Dolor agudo FR- Agentes lesivos biológicos	2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor
Patrón 7. Auto percepción/ Autoconcepto	00148. Temor FR- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante	1210. Nivel de miedo 1204. Autocontrol del miedo	5610. Enseñanza: prequirúrgica 5380. Potenciación de la seguridad 5820. Disminución de la ansiedad
	00118. Trastorno de la imagen corporal FR- Tratamiento de la enfermedad	1200. Imagen corporal	5220. Mejora de la imagen corporal
	00120. Baja autoestima situacional FR- Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal	1205. Autoestima	5400. Potenciación de la autoestima
Patrón 8. Rol/Relaciones	00060. Interrupción de los procesos familiares FR- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	7110. Fomentar la implicación familiar
Patrón 9. Sexualidad/ Reproducción	00059. Disfunción sexual FR- Alteración de la función y estructura corporal	0119. Funcionamiento sexual	5248. Asesoramiento sexual
Patrón 10. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	00069. Afrontamiento ineficaz FR- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1302. Afrontamiento de problemas	5230. Aumentar el afrontamiento
	00136. Duelo FR- Pérdida de partes o procesos corporales	1304. Resolución de la aflicción	5290. Facilitar el duelo
Patrón 11. Valores/ Creencias	00067. Riesgo de sufrimiento espiritual	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual 5310. Dar esperanza

Intervenciones Interdisciplinarias		
Técnicas.	Cirugía Anestesia general Canalización de vía periférica venosa Curas Sondaje vesical Sondaje nasogástrico Preparación del colon	0842. Cambio de posición: intraoperatorio 2870. Cuidados postanestesia 2880. Coordinación preoperatoria 2900. Asistencia quirúrgica 2920. Precauciones quirúrgicas 2930. Preparación quirúrgica 3902. Regulación de la temperatura: intraoperatoria 5610. Enseñanza: prequirúrgica 6545. Control de infecciones: intraoperatorio 4190. Punción intravenosa 3440. Cuidados del sitio de incisión 1870. Cuidados del drenaje 0580. Sondaje vesical 1080. Sondaje gastrointestinal 1874. Cuidados de la sonda gastrointestinal 0466. Administración de enema
Pruebas diagnósticas.	Analítica de sangre y orina Exploración física Electrocardiograma RX	4234. Flebotomía: muestra de sangre venosa 7820. Manejo de muestras 7690. Interpretación datos de laboratorio 7680. Ayuda en la exploración 5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento
Tratamiento.	Medicación: antibióticos, analgésicos, protectores gástricos, heparina de bajo peso molecular Sueroterapia Reposo Dieta progresiva	0740. Cuidados del paciente encamado 1020. Etapas en la dieta 2304. Administración de medicación: oral 2314. Administración de medicación: intravenosa (IV) 2317. Administración de medicación: subcutánea 4200. Terapia intravenosa (IV) 2400. Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (ACP) 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad 5614. Enseñanza: dieta prescrita

Intervenciones Propias de la Hospitalización	
	7310. Cuidados de enfermería al ingreso 7920. Documentación 8140. Informe de turnos 6680. Monitorización de los signos vitales 7370. Planificación del alta 7460. Protección de los derechos del paciente 8060. Transcripción de órdenes

ANEXO III

Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Hospitalización			
Nombre del paciente:		Apellidos:	
Nº de Historia:	Planta:	Habitación:	

Diagnósticos del paciente: Fecha de Inicio y Resolución.

Fecha Inicio	Fecha Resolución	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
		00004. Riesgo de infección FR- Procedimientos invasivos	0703. Severidad de la infección	6540. Control de infecciones 3440. Cuidados del sitio de incisión 1870. Cuidados del drenaje 1876. Cuidados del catéter urinario
		00043. Protección ineficaz FR- Fármacos (anestésicos)	0912. Estado neurológico: consciencia	2870. Cuidados postanestesia 6650. Vigilancia
		00078. Gestión ineficaz de la propia salud FR- Complejidad del régimen terapéutico	1813. Conocimiento: régimen terapéutico 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía 1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
		00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía
		00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos FR- Pérdidas excesivas a través de vías normales y alteraciones que afectan a la absorción de líquidos	0601. Equilibrio hídrico	4120. Manejo de líquidos
		00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FR-Incapacidad para absorber los nutrientes	1004. Estado nutricional	1100. Manejo de la nutrición 5614. Enseñanza: dieta prescrita
		00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional FR- Cirugía abdominal	1015. Función gastrointestinal 0501. Eliminación intestinal	0430. Control intestinal
		00016. Deterioro de la eliminación urinaria FR- Multicausalidad	0503. Eliminación urinaria	0590. Manejo de la eliminación urinaria
		00093. Fatiga FR- Estados de enfermedad	0002. Conservación de la energía	0180. Manejo de la energía
		00102. Déficit de autocuidados: Alimentación FR- Debilidad y barreras ambientales	0303. Autocuidados: alimentación	1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación
		00108. Déficit de autocuidados: Baño FR- Debilidad y barreras ambientales	0301. Autocuidados: baño 0305. Autocuidados: higiene	1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
		0110. Déficit de autocuidados: Uso de inodoro FR- Debilidad y barreras ambientales	0310. Autocuidados: uso del inodoro 1615. Autocuidados de la ostomía	1804. Ayuda con el autocuidado: micción/defecación 0480. Cuidados de la ostomía

Fecha Inicio	Fecha Resolución	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
		00109. Déficit de autocuidados: vestido FR- Debilidad y barreras ambientales	0302. Autocuidados: vestir	1802. Ayuda con los autocuidados: vestir/ arreglo personal
		0206. Riesgo de sangrado FR- Efectos secundarios del tratamiento (cirugía, fármacos anticoagulantes)	0413. Severidad de la pérdida de sangre	4010. Prevención de hemorragia
		00095. Insomnio FR- Malestar físico y factores ambientales	0004. Sueño	1850. Mejorar el sueño
		00132. Dolor agudo FR- Agentes lesivos biológicos	2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor
		00148. Temor FR- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante	1210. Nivel de miedo 1204. Autocontrol del miedo	5610. Enseñanza: prequirúrgica 5380. Potenciación de la seguridad 5820. Disminución de la ansiedad
		00118. Trastorno de la imagen corporal FR- Tratamiento de la enfermedad	1200. Imagen corporal	5220. Mejora de la imagen corporal
		00120. Baja autoestima situacional FR- Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal	1205. Autoestima	5400. Potenciación de la autoestima
		00060. Interrupción de los procesos familiares FR- Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	7110. Fomentar la implicación familiar
		00059. Disfunción sexual FR- Alteración de la función y estructura corporal	0119. Funcionamiento sexual	5248. Asesoramiento sexual
		00069. Afrontamiento ineficaz FR- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1302. Afrontamiento de problemas	5230. Aumentar el afrontamiento
		00136. Duelo FR- Pérdida de partes o procesos corporales	1304. Resolución de la aflicción	5290. Facilitar el duelo
		00067. Riesgo de sufrimiento espiritual	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual 5310. Dar esperanza

Otros Diagnósticos:

*	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC

ANEXO IV

Agenda de Intervenciones. Hospitalización							
Nombre del paciente:				N° de Historia:			
Fecha:							
Intervenciones de DX. Enfermeros	Pauta	M	T	N	M	T	N
6540. Control de infecciones							
3440. Cuidados del sitio de incisión							
1870. Cuidados del drenaje							
1876. Cuidados del catéter urinario							
2870. Cuidados postanestesia							
6650. Vigilancia							
4010. Prevención de hemorragias							
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento							
0480. Cuidados de la ostomía							
4120. Manejo de líquidos							
1100. Manejo de la nutrición							
5614. Enseñanza: dieta prescrita							
0430. Control intestinal							
0590. Manejo de la eliminación urinaria							
0180. Manejo de la energía							
1803. Ayuda con los autocuidados: alimentación							
1801. Ayuda con los autocuidados: baño/higiene							
1804. Ayuda con el autocuidado: micción/defecación							
1802. Ayuda autocuidados: vestir/arreglo personal							
1850. Mejorar el sueño							
1400. Manejo del dolor							
5610. Enseñanza: prequirúrgica							
5380. Potenciación de la seguridad							
5820. Disminución de la ansiedad							
5220. Mejora de la imagen corporal							
5400. Potenciación de la autoestima							
7110. Fomentar la implicación familiar							
5248. Asesoramiento sexual							
5230. Aumentar el afrontamiento							
5290. Facilitar el duelo							
5420. Apoyo espiritual							
5310. Dar esperanza							

Agenda de Intervenciones. Hospitalización (Continuación)							
Nombre del paciente:				N° de Historia:			
Fecha:							
Intervenciones Interdisciplinarias	Pauta	M	T	N	M	T	N
2314. Administración de medicación: intravenosa							
2304. Administración de medicación: oral							
2317. Administración de medicación: subcutánea							
1200. Administración de nutrición parenteral total							
4190. Punción intravenosa							
2400. Asistencia analgesia controlada por el paciente							
0466 Administración de enema							
0582. Sondaje vesical							
1080. Sondaje gastrointestinal							
1874. Cuidados de la sonda gastrointestinal							

Fecha:							
Intervenciones comunes Hospitalización	Pauta	M	T	N	M	T	N
7310. Cuidados de enfermería al ingreso							
6680. Monitorización de los signos vitales							
7460. Protección de los derechos del paciente							
7920. Documentación							
8140. Informe de Turnos							
7370. Planificación del alta							

Fecha:							
Intervenciones Quirúrgicas	Pauta	M	T	N	M	T	N
5610. Enseñanza prequirúrgica							
2880. Coordinación preoperatoria							
2930. Preparación Quirúrgica							
2920. Precauciones quirúrgicas							
3902. Regulación de la temperatura: intraoperatoria							
6545. Control de Infecciones: intraoperatorio							
2900. Asistencia Quirúrgica							
0842. Cambio de Posición: intraoperatorio							

[Blue Bar]																							
Planta:			Habitación:			Fecha de Ingreso:									Nº de Hoja:								
M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N

M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N

M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N

ANEXO V

Agenda Seguimiento de Resultados. Hospitalización			
Nombre del paciente:		N° de Historia:	
Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 0703. Severidad de la infección			
070306	Piuria		
070307	Fiebre		
070323	Colonización del cultivo de la herida		
070324	Colonización del urocultivo		
070333	Dolor		
070334	Sensibilidad		
NOC 0912. Estado neurológico: consciencia			
091202	Orientación cognitiva		
091203	Comunicación apropiada a la situación		
091204	Obedece órdenes		
091206	Atiende a los estímulos ambientales		
NOC 1813. Conocimiento régimen terapéutico			
181301	Justificación del régimen terapéutico		
181305	Dieta prescrita		
181307	Actividad prescrita		
181309	Procedimientos prescritos		
NOC 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía			
182901	Funcionamiento de la ostomía		
182903	Cuidados de la piel alrededor de la ostomía		
182905	Cómo medir un estoma		
182907	Complicaciones relacionadas con el estoma/piel		
182909	Materiales necesarios para cambiar la ostomía		
182915	Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía		
182916	Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía		
NOC 1615. Autocuidados de la ostomía			
161503	Se muestra cómodo viendo el estoma		
161504	Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo		
161507	Vacía la bolsa de la ostomía		
161508	Cambia la bolsa de la ostomía		
161509	Controla las complicaciones relacionadas con el estoma		
161512	Obtiene material para cuidar la ostomía		
161515	Sigue la dieta recomendada		
161520	Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía		

Planta:		Habitación:		Fecha de Ingreso:			Nº de Hoja:
N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: ninguno (1), escaso (2), moderado (3), sustancial (4), extenso (5)							
Escala: ninguno (1), escaso (2), moderado (3), sustancial (4), extenso (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							

Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas			
110103 Elasticidad			
110104 Hidratación			
110113 Integridad de la piel			
110115 Lesiones cutáneas			
110116 Lesiones de la membrana mucosa			
110121 Eritema.			
NOC 0601. Equilibrio hídrico			
060107 Entradas y salidas diarias			
060116 Hidratación cutánea			
060117 Humedad de membranas mucosas			
NOC 1004. Estado nutricional			
100401 Ingestión de nutrientes			
100402 Ingestión alimentaria			
100403 Energía			
100405 Relación peso/talla			
100408 Ingestión de líquidos			
NOC 1015. Función gastrointestinal			
0101501 Tolerancia alimentos/ alimentación			
0101508 Ruidos abdominales			
0101514 Distensión abdominal			
NOC 0501. Eliminación intestinal			
050101 Patrón de eliminación			
050103 Color de las heces			
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta			
050105 Heces blandas y formadas			
050108 Sangre en las heces			
050110 Estreñimiento			
050111 Diarrea			

N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: desviación grave del rango normal (1), desv. del rango normal (2), desv. moderada del rango normal (3), desv. leve del rango normal (4), sin desviación del rango normal (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							

Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 0503. Eliminación urinaria			
050301 Patrón de eliminación			
050302 Olor de la orina			
050303 Cantidad de orina			
050304 Color de la orina			
050306 Claridad de la orina			
050312 Incontinencia urinaria			
050329 Sangre visible en la orina			
NOC 0002. Conservación de la energía			
000201 Equilibrio entre actividad y descanso			
000203 Reconoce limitaciones de energía			
000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía			
000207 Nivel de resistencia adecuado para la actividad			
NOC 0303. Autocuidados: comer			
030301 Prepara comida			
030308 Se lleva comida a la boca con utensilios			
030309 Bebe de una taza o vaso			
NOC 0301. Autocuidados: baño			
030101 Entra y sale del cuarto de baño			
030107 Se lava en el lavabo			
030109 Se baña en la ducha			
030111 Seca el cuerpo			
030114 Se lava la parte superior del cuerpo			
030115 Se lava la parte inferior del cuerpo			
NOC 0305. Autocuidados: higiene			
030506 Mantiene la higiene bucal			
030514 Mantiene una apariencia pulcra			
030517 Mantiene la higiene corporal			

N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)							

Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 0310. Autocuidados: uso del inodoro			
031005 Se coloca en el inodoro o en el orinal			
031007 Se limpia después de orinar o defecar			
031008 Se levanta del inodoro u orinal			
031009 Se ajusta la ropa después de usar el inodoro			
031013 Entra y sale del servicio			
NOC 0302. Autocuidados: vestir			
030203 Coge la ropa			
030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo			
030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo			
030211 Se quita la ropa			
NOC 0413. Severidad de la pérdida de sangre			
041301 Pérdida sanguínea visible			
041302 Hematuria			
041308 Hemorragia postoperatoria			
041316 Disminución de la hemoglobina			
041317 Disminución del hematocrito			
NOC 0004. Sueño			
000401 Horas de sueño			
000403 Patrón de sueño			
000404 Calidad de sueño			
NOC 2102. Nivel de dolor			
0210201 Dolor referido			
0210204 Duración de los episodios de dolor			
NOC 1210. Nivel de miedo			
121005 Inquietud			
121030 Conducta de evitación			
121031 Temor verbalizado			
NOC 1404. Autocontrol del miedo			
14403 Busca información para reducir el miedo			
14404 Evita fuentes de miedo cuando es posible			
14406 Utiliza estrategias de superación efectivas			

N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)							
Escala: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)							
Escala: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5)							
Escala: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							

Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 1200. Imagen corporal			
120001 Imagen interna de sí mismo			
120003 Descripción de la parte corporal afectada			
120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico			
120008 Adaptación a cambios en la función corporal			
120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada			
120017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto			
NOC 1205. Autoestima			
120501 Verbalizaciones de autoaceptación			
120502 Aceptación de las propias limitaciones			
120507 Comunicación abierta			
120508 Cumplimiento de los roles significativos personales			
1205011 Nivel de confianza			
120519 Sentimientos sobre su propia persona			
NOC 2609. Apoyo familiar durante el tratamiento			
260901 Los miembros de la familia expresan deseo de apoyar al miembro enfermo			
260907 Los miembros de la familia animan al miembro enfermo			
260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados			
260911 Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados			
260917 Participa en la planificación del alta			
NOC 0119. Funcionamiento sexual			
11909 Expresa autoestima			
11910 Expresa comodidad con su cuerpo			
011911 Expresa interés sexual			

N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: nunca positivo (1), raramente positivo (2), a veces positivo (3), frecuentemente positivo (4), siempre positivo (5)							
Escala: nunca positivo (1), raramente positivo (2), a veces positivo (3), frecuentemente positivo (4), siempre positivo (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							

Fecha:			
	Pauta	M	T
NOC 1302. Afrontamiento de problemas			
130201 Identifica patrones de superación eficaces			
130203 Verbaliza sensación de control			
130205 Verbaliza aceptación de la situación			
130210 Adopta conductas para reducir el estrés			
130212 Utiliza estrategias de superación efectivas			
NOC 1304. Resolución de la aflicción			
130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida			
130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida			
130418 Comparte la pérdida con otros seres queridos			
130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción			
130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro			
NOC 2001. Salud espiritual			
200101 Expresión de confianza			
200102 Expresión de esperanza			
200103 Expresión de significado y fin de la vida			
200105 Expresión de serenidad			
200117 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias			

N	M	T	N	M	T	N	M
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)							
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)							

ANEXO VI

Informe de Continuidad de Cuidados															
Hospital:					Servicio/Unidad:										
Nombre:					Apellidos:										
Edad:		Sexo:		Diagnóstico médico:											
Tipo de intervención:															
Fecha de intervención:			Fecha de alta:			Motivo del alta:									
Persona de referencia:						Teléfono:									
Destino al alta:															
Patrón 1. Percepción- Manejo de la Salud															
Antecedentes:															
Alergias:															
Tratamiento:															
Ha recibido información/enseñanza al alta para el manejo de su proceso de salud:															
Enfermedad:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispositivos:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dieta:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Actividad:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Sabe a quién se tiene que dirigir si surgen dudas o problemas:															
Consulta de Atención Primaria:			<input type="checkbox"/>	Consulta de Ostomía:			<input type="checkbox"/>	Asociación:		<input type="checkbox"/>	Teléfono contacto:				
Cuidados del estoma/Manejo de dispositivos:				Autónomo <input type="checkbox"/>		Necesita ayuda <input type="checkbox"/>		Dependiente <input type="checkbox"/>							
Observaciones:															

Patrón 2. Nutricional - Metabólico									
Dieta, líquidos y suplementos prescritos:									
Variación de peso (kg):				Apetito:			Problemas de ingesta:		
Piel/Mucosas									
Heridas (tipo/localización /tamaño/aspecto):									
Tipo de cura:									
Suturas: <input type="checkbox"/>									
Piel periestomal:		Integra <input type="checkbox"/>	Eritematosa <input type="checkbox"/>	Irritada <input type="checkbox"/>	Ulcerada <input type="checkbox"/>		Puntuación Escala DET:		
Estoma:		Nivelado <input type="checkbox"/>	Protuyente <input type="checkbox"/>	Retraído <input type="checkbox"/>	Coloración:		Diámetro (mm):		
Complicaciones:									
Observaciones:									

Patrón 3. Eliminación

Eliminación intestinal									
Nº deposiciones/día:	Heces:	Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>				
Última deposición:				Ayudas para la eliminación:					
Problemas:				Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Pañal <input type="checkbox"/>			
Ostomía:	Colostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Localización:	FII <input type="checkbox"/>	FID <input type="checkbox"/>	Transverso <input type="checkbox"/>			
Temporalidad:	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	Dispositivo:	1 pieza <input type="checkbox"/>	2 piezas <input type="checkbox"/>	Abierto <input type="checkbox"/>	Cerrado <input type="checkbox"/>		
Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>	Obturador <input type="checkbox"/>	Irrigaciones <input type="checkbox"/>	Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esporádicas <input type="checkbox"/>	
Cambio de dispositivo/24 h:				Cambio de disco (frecuencia):					
Eliminación urinaria									
Cantidad 24 h:				Características:					
Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Absorbente/colector <input type="checkbox"/>	SV <input type="checkbox"/>	Tipo:	Fecha inserción:				
Derivación urinaria:	Ureterostomía:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>	Conducto ileal <input type="checkbox"/>	Colostomía húmeda <input type="checkbox"/>			
Catéter ureteral:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Nefrostomía:	D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Otros:	Localización:	FID <input type="checkbox"/>	FII <input type="checkbox"/>
Lumbar D <input type="checkbox"/>	Lumbar I <input type="checkbox"/>	Temporalidad:	Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	Dispositivo:	1 pieza <input type="checkbox"/>	2 piezas <input type="checkbox"/>		
Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>	Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esporádicas <input type="checkbox"/>			
Cambio de dispositivo/24 h:				Cambio de disco (frecuencia):					
Portador de drenaje:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo:				Localización:		
Observaciones:									

Patrón 4. Actividad - Ejercicio

Actividad física:				Energía para las AVD:					
Actividades de ocio y recreo:									
Marcha:	Estable <input type="checkbox"/>	Inestable <input type="checkbox"/>	Sin ayuda <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Coordina movimientos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Autocuidados									
Comer:	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Baño/higiene	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Vestir/arreglo personal	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Uso del wc	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Transferencia	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Ambular	Independiente <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Dependiente <input type="checkbox"/>						
Problemas respiratorios:									
Problemas cardiovasculares:									
Observaciones:									

Patrón 5. Sueño - Descanso											
Patrón de sueño habitual (h):				Problemas para conciliar/mantener el sueño:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Motivos:			Ayudas para dormir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Observaciones:											
Patrón 6. Cognitivo - Perceptual											
Orientación:		Orientado <input type="checkbox"/>	Confuso <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>	Tiempo <input type="checkbox"/>	Espacio <input type="checkbox"/>	Persona <input type="checkbox"/>				
Alteraciones sensoriales											
Visión:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Audición:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tacto:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Capacidad de aprendizaje:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cambios recientes de memoria/concentración:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Dolor:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Localización:				Puntuación EVA:			
Observaciones:											
Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto											
Estado de ánimo:		Alegre <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>	Deprimido <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Inquieto <input type="checkbox"/>	Temor <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>			
Otro:		Nivel de aceptación de la ostomía:			Aceptación <input type="checkbox"/>	Protesta <input type="checkbox"/>	Negación <input type="checkbox"/>				
Cambios en su cuerpo relacionados con la enfermedad:					Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Suponen un problema:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Afectación en su:		Autoestima <input type="checkbox"/>	Autovalía <input type="checkbox"/>	Imagen corporal <input type="checkbox"/>	Estado de ánimo <input type="checkbox"/>	Identidad <input type="checkbox"/>					
Observaciones:											
Patrón 8. Rol - Relaciones											
Vive solo:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Integrantes de la unidad familiar:		Implicación familiar en los cuidados:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Cuidador principal:				Situación familiar/social remarcable:							
Problemas de comunicación/relación:				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Intervención del trabajador social:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Observaciones:											
Patrón 9. Sexualidad - Reproducción											
Problemas, preocupaciones o cambios percibidos en la sexualidad relacionados con la enfermedad:							Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>			
Observaciones:											
Patrón 10. Adaptación - Tolerancia al estrés											
Adaptación al proceso de enfermedad:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Sentimientos de pérdida/duelo:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Observaciones:											
Patrón 11. Valores - Creencias											
Necesidades espirituales (conflicto interno, significado de la vida, enfermedad, sufrimiento,...):											
¿Tiene planes de futuro?:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>								
Observaciones:											

Otras Observaciones		
Retirada de suturas (Localización/tipo/fecha prevista):		
Consultas/pruebas programadas:		
Diagnósticos resueltos en el periodo de hospitalización		
Diagnóstico	Resultados	Intervenciones
Diagnósticos sin resolver que requieren cuidados		
Diagnóstico	Resultados	Intervenciones
Enfermera responsable:	Firma:	

ANEXO VII

Continuidad de cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía digestiva						
Hospital:			Servicio/Unidad:			
Nombre:		Apellidos:			Edad:	
Fecha de intervención:			Fecha de alta:			Motivo del alta:
Destino al alta:			Cuidador principal:			
¿Qué es una ostomía digestiva?						
<p>Durante los días que ha estado ingresado, les hemos informado a Usted y a su familia de lo que deben conocer y tener en cuenta cuando esté en su domicilio.</p> <p>Una ostomía (colostomía o ileostomía) es un orificio de salida artificial en el abdomen para facilitar la salida al exterior de los productos de desecho de nuestro organismo. Para la recogida de las heces tendrá que adaptar un dispositivo compuesto de placa-bolsa.</p> <p>Además requerirá de unos cuidados generales y otros específicos para la herida quirúrgica y el estoma.</p>						
Cuidados del estoma						
<ul style="list-style-type: none"> - Es muy importante realizar una correcta higiene del estoma y cuidar la piel de alrededor del mismo, ya que de ello va a depender, en gran medida, su bienestar y seguridad. Para mantener la piel periestomal en buen estado, es fundamental mantenerla limpia y seca, utilizando un dispositivo que la proteja del contacto con las heces. - Dispositivos: Pueden ser de 1 ó de 2 piezas, cerrados o abiertos con pinza. - Sistemas de 1 pieza: el adhesivo y la bolsa forman una sola pieza. - Sistemas de 2 piezas: están compuestos de 2 elementos separados, por un lado el disco adhesivo y por otro la bolsa que se acopla al mismo. El disco permanece en la piel varios días y la bolsa puede cambiarse cuando convenga. - Retirada del dispositivo e higiene del estoma - Despegar el adhesivo poco a poco con suavidad, de arriba hacia abajo, sujetando la piel periestomal - Eliminar de la piel los restos de heces con un papel de celulosa. - Limpiar la piel y el estoma con agua, jabón neutro y una esponja suave, realizando movimientos circulares de fuera a dentro. - Secar a toquecitos con una toalla, evitando frotar bruscamente. - No secar la piel con secador y si existiera vello hay que cortarlo con tijeras, nunca con maquinilla. - Una vez que la piel esté limpia y seca, se procede a aplicar el dispositivo. - Colocación del dispositivo - Medir periódicamente el diámetro del estoma con un medidor o plantilla, ya que el tamaño variará a lo largo del tiempo. Recortar el adhesivo al tamaño del estoma, el ajuste será correcto dejando de 1 a 2 mm. entre el estoma y la piel. - Dispositivo 1 pieza: Retire el film protector del adhesivo y colóquelo sobre el estoma ajustando el borde inferior del orificio de la bolsa a la base del estoma, presione de abajo hacia arriba hasta que quede ajustado, asegúrese de que el dispositivo esté cerrado. - Dispositivo 2 piezas: Retire el film protector de la lámina adhesiva, coloque la lámina centrada alrededor del estoma, presionando con movimientos circulares de dentro hacia fuera. Adapte la bolsa a la lámina asegurándose de que quede bien acoplada. Asegúrese que el dispositivo esté cerrado. 						
Herida quirúrgica						
<ul style="list-style-type: none"> - Lavar la herida con agua y jabón a la vez que realiza la ducha diaria. - Secar la herida con cuidado, sin frotar, mediante pequeños toques. - Evitar la exposición directa de la herida al sol durante el primer año, en caso contrario utilice protector solar tipo pantalla total. 						

Alimentación

Las personas ostomizadas no tienen que seguir una dieta especial pero sí que es conveniente tener en cuenta una serie de recomendaciones para una dieta sana y equilibrada. Durante las primeras semanas del postoperatorio es conveniente tomar una alimentación pobre en residuos; los alimentos se irán incorporando progresivamente en pequeñas cantidades para ver la tolerancia.

Características Generales:

- Es recomendable realizar 5 ó 6 comidas al día y en pequeña cantidad.
- La alimentación ha de programarse con bajo contenido en grasas.
- Se recomienda que los hidratos de carbono como: arroz, pasta, pan blanco, aporten la mayor parte de las calorías de la dieta.
- Evitar los alimentos con alto contenido en azúcares como: azúcar, miel, chocolate, pastelería, etc. También las bebidas azucaradas y carbónicas.
- Evitar o limitar alimentos que causan flatulencia como: col, cebolla, ajo, espárragos, quesos fermentados, legumbres enteras, bebidas gaseosas.
- Las proteínas estarán aportadas por carne magra y tierna, pescado, pollo y huevo.
- La condimentación será sencilla y con poca grasa.

En caso de Ileostomía:

- Inicialmente están desaconsejadas las verduras tanto hervidas como cruda. Sólo será conveniente tomar patata y zanahoria cocida.
- La fruta debe tomarla madura y pelada ó bien cocida o al horno y sin piel: manzana ó pera.
- Inicialmente debe evitarse la leche. Se puede tomar yogur y queso no graso.
- Es muy importante no beber líquidos durante las comidas, se recomienda tomar los líquidos entre 30 y 60 minutos antes de las ingesta sólidas. Recuerde que es muy importante un aporte de líquidos que compense las pérdidas por la ileostomía.

Observaciones:

Es conveniente:

- Comer despacio y masticar bien.
- Dejar de comer antes de encontrarse saciado.
- Descansar después de las comidas.

Actividades de la vida diaria

- Es muy conveniente que al salir del hospital, reinicie las actividades de la vida diaria de forma progresiva. La primera semana dé paseos por casa, si se cansa descansa en el sillón y utilice la cama sólo para dormir por la noche. Posteriormente comience a salir a la calle y a realizar alguna pequeña actividad según su estado de ánimo y fortaleza física.
- Durante los dos meses posteriores a la intervención no debe realizar ejercicios físicos que impliquen la musculatura abdominal (como cargar peso, hacer deporte, escurrir la fregona etc.), el peso máximo que puede llevar o levantar es de 1,5 Kg. A partir de los dos meses se puede iniciar ejercicio físico siempre que no implique la posibilidad de golpear o dañar el estoma.
- Es recomendable ducharse diariamente, puede hacerlo con y sin bolsa dependiendo de la frecuencia y características de las heces y la habilidad en el manejo de los dispositivos.
- Respecto a la forma de vestir, la única precaución es que la ropa no comprima el estoma.
- En las salidas y viajes debe asegurarse de que lleva los dispositivos y accesorios necesarios para el cuidado de su estoma.
- Después de un periodo de adaptación podrá realizar la mayoría de las actividades que realizaba antes de la intervención, exceptuando las que requieren un esfuerzo físico importante.
- Es importante, para la vuelta a la vida habitual en su entorno, contar con soporte familiar en el periodo de adaptación.
- La vuelta al trabajo en cuanto pase el periodo de recuperación es positiva de cara a una normalización de su situación.

Signos y síntomas de alerta

Debe contactar con su médico/enfermera estomaterapeuta en caso de:

- Dolor abdominal o distensión abdominal.
- Fiebre de 38 ° C con escalofríos.
- Cambios en la frecuencia, cantidad y características de las heces.
- Cambio de color de la mucosa del estoma a negro o azulado o en su forma o tamaño.
- Deshidratación si tiene cansancio, calambres, sequedad de boca, mareos y/o disminución de orina.

Observaciones

- Los dispositivos son reembolsables por la seguridad social. Le facilitamos la referencia de dispositivos recomendado.
- Código Nacional:
- Debe acudir a la visita concertada con la Estomatoterapeuta el día indicado.
- Debe acudir a la visita concertada con su Médico Especialista.

ANEXO VIII

Continuidad de cuidados. Recomendaciones al paciente con una ostomía urinaria						
Hospital:			Servicio/Unidad:			
Nombre:		Apellidos:			Edad:	
Fecha de intervención:			Fecha de alta:			Motivo del alta:
Destino al alta:			Cuidador principal:			
¿Qué es un estoma urinario?						
<p>Durante los días que ha estado ingresado, les hemos informado a Usted y a su familia de lo que deben conocer y tener en cuenta cuando esté en su domicilio.</p> <p>Un estoma urinario es una apertura artificial en el abdomen que permite drenar la orina al exterior. Por el estoma pueden abocar dos catéteres que corresponde uno a cada riñón. Para la recogida de la orina tendrá que adaptar un dispositivo compuesto de placa-bolsa.</p> <p>Además requerirá de unos cuidados generales y otros específicos para la herida quirúrgica y el estoma.</p>						
Signos síntomas normales						
<ul style="list-style-type: none"> - Salida de moco por el estoma. - Caída casual de los catéteres en caso de llevarlos, NO debe recolocarlos - Al manipular el estoma sangra con facilidad - Dolor en la zona de la herida quirúrgica, tome el calmante indicado, después de una hora debe disminuirle el dolor o desaparecer. - Puede sentirse más cansado que antes de la intervención. - Alrededor de la herida quirúrgica su piel puede presentar un color amoratado; desaparecerá con el paso de los días. - Es posible que note pérdida de sensibilidad temporal en la zona herida quirúrgica - Disfunción sexual 						
Cuidados del estoma						
<p>Es muy importante realizar una correcta higiene del estoma y cuidar la piel de alrededor del mismo, ya que de ello va a depender, en gran medida, su bienestar y seguridad. Para mantener la piel periestomal en buen estado, es fundamental mantenerla limpia y seca, utilizando un dispositivo que la proteja del contacto con la orina.</p> <p>Dispositivos.</p> <p>Existen dos tipos de bolsas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolsas de 1 pieza: el adhesivo está unido a la bolsa colectora formado un solo elemento. El tiempo de permanencia en la piel es de 24h. - Bolsas de 3 piezas: formados por dos elementos: el adhesivo y la bolsa. El adhesivo de estos sistemas se puede dejar en la piel 2 o 3 días, mientras que las bolsas se deben cambiar 1 vez al día. <p>Otros tipos de bolsas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bolsas de drenaje nocturno: bolsa con capacidad de 2 litros que se conecta a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía. Permite el descanso nocturno ininterrumpido sin necesidad de vaciar la bolsa con tanta frecuencia. Se deberá colgar de un gancho en el lateral de la cama procurando siempre que quede por debajo de la bolsa de urostomía. - Bolsa Mini-Cap: bolsa redonda y pequeña que se adapta al mismo disco de las bolsas normales. Absorbe la orina y la transforma en un gel. El periodo de uso recomendado es de 1h a 1h 30min.(baños en playa, piscina, deportes). - Bolsa de pierna: bolsa que va sujeta a la pierna y conectada a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía. 						

Cuidados del estoma (Continuación)

Es muy importante realizar una correcta higiene del estoma y cuidar la piel de alrededor del mismo, ya que de ello va a depender, en gran medida, su bienestar y seguridad. Para mantener la piel periestomal en buen estado, es fundamental mantenerla limpia y seca, utilizando un dispositivo que la proteja del contacto con la orina.

Retirada del dispositivo e higiene del estoma:

- Lavarse las manos antes y después de manipular el dispositivo
- Despegar el adhesivo poco a poco con suavidad, de arriba hacia abajo, sujetando la piel periestomal.
- Limpiar la mucosidad del estoma y la piel de alrededor suavemente con agua y jabón haciendo movimientos circulares de fuera hacia adentro.
- Secar con una toalla suave, a pequeños toques, evitando frotar bruscamente.
- No secar la piel con secador y si existiera vello hay que cortarlo con tijeras, nunca con maquinilla.
- Una vez que la piel esté limpia y seca, se procede a aplicar el dispositivo.

Colocación del dispositivo:

- Medir periódicamente el diámetro del estoma con un medidor o plantilla, ya que el tamaño variará a lo largo del tiempo. Recortar el adhesivo al tamaño del estoma, el ajuste será correcto cuando existan de 1 a 2mm entre el estoma y la piel.
- Retire el film protector de la lámina adhesiva, coloque la lámina centrada alrededor del estoma, presionando con movimientos circulares de dentro hacia fuera. Adapte la bolsa sobre el aro y si usa un dispositivo múltiple presione los extremos del clipper hasta oír un "click".
- Mientras se coloca el disco y para evitar que la orina moje su piel, puede colocar una torunda de gasa en el orificio del estoma.
- Vigile que adapte correctamente la bolsa sobre el aro y que cierre el tapón de vaciado después del cambio de dispositivo.
- El disco adhesivo debe cambiarlo cada dos o tres días y la bolsa colectora cada día.
- En caso de llevar los catéteres ureterales, colóquelos en la cámara superior de la bolsa colectora.

Vaciado:

- Tanto las bolsas de 1 pieza como las de 3 piezas se deben vaciar cada 3 o 4 horas. Para ello se debe quitar el tapón de la válvula de vaciado.
- Se recomienda voltear la válvula hacia arriba antes de quitar el tapón para evitar mancharse y progresivamente ir poniéndola hacia abajo.

Herida quirúrgica

- Lavar la herida con agua y jabón a la vez que realiza la ducha diaria.
- Secar la herida con cuidado, sin frotar, mediante pequeños toques.
- Evitar la exposición directa de la herida al sol durante el primer año, en caso contrario utilice protector solar tipo pantalla total.

Alimentación

- Puede seguir con su dieta habitual sin restricciones.
- Asegure la ingesta de líquidos mínimo 2 litros por día. Es importante mantener un estado óptimo de hidratación.
- Incluya frutas y verduras ricas en vitamina C. La vitamina C acidifica la orina, previene la infección de la vía urinaria e impide la formación de microcristales en el estoma. Son ricos en esta vitamina: perejil, verduras de hoja, cítricos, frutos rojos.
- También son recomendables los frutos amarillos y los naranjas como: melón, mango, albaricoque, melocotón, calabaza y zanahoria, que protegen la vía urinaria.
- Sepa que hay ciertos alimentos y medicamentos que pueden modificar el olor y el color de su orina.
- Evite aumentar de peso.

Actividades de la vida diaria

- Es muy conveniente que al salir del hospital, reinicie las actividades de la vida diaria de forma progresiva. La primera semana dé paseos por casa, si se cansa descanse en el sillón y utilice la cama sólo para dormir por la noche. Posteriormente comience a salir a la calle y a realizar alguna pequeña actividad según su estado de ánimo y fortaleza física.
- Pasee a diario durante media hora y progrése hasta alcanzar una actividad óptima.
- Durante las dos primeras semanas evite llevar objetos pesados y realizar viajes largos.
- Durante los dos meses posteriores a la intervención no debe realizar ejercicios físicos que impliquen la musculatura abdominal (como cargar peso, hacer deporte, escurrir la fregona etc.). A partir de los dos meses se puede iniciar ejercicio físico siempre que no implique la posibilidad de golpear o dañar el estoma.
- Se recomienda ducharse cada día (NO bañarse durante las dos semanas primeras).
- Limpie la herida suavemente con agua y jabón.
- Realice el último aclarado en la zona de la herida.
- Debe secarla (no frotarla) con diferente toalla que la utilizada para el resto de su cuerpo
- Respecto a la forma de vestir, la única precaución es que la ropa no comprima el estoma.
- En las salidas y viajes debe asegurarse de que lleva los dispositivos y accesorios necesarios para el cuidado de su estoma.
- Después de un periodo de adaptación podrá realizar la mayoría de las actividades que realizaba antes de la intervención, exceptuando las que requieren un esfuerzo físico importante.
- Es importante para la vuelta a la vida habitual en su entorno, contar con soporte familiar en el periodo de adaptación.
- La vuelta al trabajo en cuanto pase el periodo de recuperación es positiva de cara a una normalización de su situación.

Signos y síntomas de alerta

Acuda a Urgencias en caso de:

- Fuerte dolor lumbar
- Fiebre de 38 ° C con escalofríos
- No sale orina por el estoma.
- No hay orina en la bolsa en más o menos 3 horas y ha bebido igual cantidad de agua que días anteriores.
- Salida de líquido por entre las grapas/puntos de sutura de la herida quirúrgica.

Observaciones

- Los dispositivos son reembolsables por la seguridad social. Le facilitamos la referencia de dispositivos recomendado.
- Código Nacional:
- Debe acudir a la visita concertada con la Estomatoterapeuta el día indicado.
- Debe acudir a la visita concertada con su Médico Especialista.
- Una vez recuperado su estado de salud, y si usted lo desea, le remitiremos al Urólogo experto en Medicina Sexual para tratar su disfunción.

ANEXO IX

Valoración de Enfermería. Consulta			
Consulta:			
Nombre:	Apellidos:	Edad:	Sexo:
Procedencia:	Fecha de alta:	Diagnóstico:	
Tipo de intervención:		Fecha de la intervención:	
Fecha de la intervención:			
Persona de contacto:		Parentesco:	Teléfono:

Patrón 1. Percepción - Manejo de la Salud			
Antecedentes:			
Alergias:			
Tratamiento habitual:			
Hábitos tóxicos:			
Tabaco:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Nº de cigarros:
Ex fumador:	Alcohol:		No <input type="checkbox"/>
Drogas:		No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>
Especificar:		Otros hábitos:	
Estado de Salud:	Bueno <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>
Especificar:			
Prácticas de Salud:	Dieta <input type="checkbox"/>	Ejercicio <input type="checkbox"/>	Revisiones <input type="checkbox"/>
Vacunas <input type="checkbox"/>		Otras:	
Sigue las recomendaciones:	Siempre <input type="checkbox"/>	Frecuentemente <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>
Nunca <input type="checkbox"/>		Por qué:	
Dificultades para el seguimiento:	No <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/>	Especificar:
Motivo de la consulta:	Seguimiento <input type="checkbox"/>	Asesoramiento <input type="checkbox"/>	Fugas <input type="checkbox"/>
Problemas en la piel <input type="checkbox"/>		Déficit de conocimientos <input type="checkbox"/>	
Otros:			
Ha recibido información/enseñanza al alta para el manejo de su proceso de salud:			
Enfermedad:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Dispositivos:
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Dieta:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Actividad:
Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	
Sabe a quién se tiene que dirigir si surgen dudas o problemas:			
Consulta de Atención Primaria:	<input type="checkbox"/>	Consulta de Ostomía:	<input type="checkbox"/>
Asociación:		<input type="checkbox"/>	
Teléfono contacto:			
Cuidados del estoma/Manejo de dispositivos:	Autónomo <input type="checkbox"/>		Necesita ayuda <input type="checkbox"/>
Dependiente <input type="checkbox"/>		Quién le acompaña a la consulta:	
Observaciones:			

Patrón 2. Nutricional - Metabólico									
Nutricional									
Talla (m):	Peso (kg):	IMC:	Variación de peso:	Pérdida <input type="checkbox"/>	Ganancia <input type="checkbox"/>	Cantidad:			
Tipo de dieta habitual:					Intolerancias:				
Ingesta de líquidos (l/día):			Apetito:	Normal <input type="checkbox"/>	Aumentado <input type="checkbox"/>	Disminuido <input type="checkbox"/>			
Problemas de alimentación:		Masticación <input type="checkbox"/>	Deglución <input type="checkbox"/>	Digestión <input type="checkbox"/>	Náuseas <input type="checkbox"/>	Vómitos <input type="checkbox"/>			
Absorción <input type="checkbox"/>	Otros:			Suplementos en la dieta:					
Nutrición enteral:	Gastronomía <input type="checkbox"/>	Yeyunostomía <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	Tipo/nº/fecha:					
Valoración dental:	Dentadura sana <input type="checkbox"/>	Faltan piezas dentales <input type="checkbox"/>	Prótesis dental <input type="checkbox"/>	Problemas:					
Piel/Mucosas									
Hidratación:	Hidratada <input type="checkbox"/>	Deshidratada <input type="checkbox"/>	Cicatrización:	Buena <input type="checkbox"/>	Mala <input type="checkbox"/>	Prurito:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Cicatrización de la herida quirúrgica:			Cerrada <input type="checkbox"/>	Abierta <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Herida perineal:	Cerrada <input type="checkbox"/>	Abierta <input type="checkbox"/>	Especificar:						
Piel periestomal:	Integra <input type="checkbox"/>	Eritematosa <input type="checkbox"/>	Irritada <input type="checkbox"/>	Ulcerada <input type="checkbox"/>	Intensidad:	Leve <input type="checkbox"/>	Moderada <input type="checkbox"/>		
Severa <input type="checkbox"/>	Especificar:			Puntuación Escala DET:	Marcaje previo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Estoma:	Aspecto:		Coloración:		Ubicación:		Diámetro (mm):		
Complicaciones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:						
Observaciones:									

Patrón 3. Eliminación									
Eliminación intestinal									
Patrón intestinal:	Sin alteración <input type="checkbox"/>	Diarrea <input type="checkbox"/>	Estreñimiento <input type="checkbox"/>	Otros:					
Nº deposiciones/día:	Consistencia:		Sólidas <input type="checkbox"/>	Pastosas <input type="checkbox"/>	Semilíquidas <input type="checkbox"/>	Líquidas <input type="checkbox"/>			
Cambios en el patrón intestinal:					Motilidad:				
Incontinencia:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo:		Ayudas para la eliminación:				
Ostomía (tipo):	Colostomía <input type="checkbox"/>	Ileostomía <input type="checkbox"/>	Otro:						
Localización:	FII <input type="checkbox"/>	FID <input type="checkbox"/>	Transverso <input type="checkbox"/>	Temporalidad:		Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>		
Dispositivo:	1 pieza <input type="checkbox"/>	2/3 piezas <input type="checkbox"/>	Abierto <input type="checkbox"/>	Cerrado: <input type="checkbox"/>	Cambio de bolsa en 24 h:				
Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>	Cambio de disco (frecuencia):		Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esporádicas <input type="checkbox"/>	
Irrigaciones:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Frecuencia:		Cantidad de líquido:		Horario:		
Obturador:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>							
Eliminación urinaria									
Volumen ml/24h:	Frecuencia:		Cambio en el patrón:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Problemas:		
Características de la orina:		Color:		Olor:		Aspecto:			
Continente <input type="checkbox"/>	Incontinente <input type="checkbox"/>	Absorbente/colector <input type="checkbox"/>		SV <input type="checkbox"/>	Tipo:		Fecha inserción:		
Derivación urinaria:		Ureterostomía:		D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Bilateral <input type="checkbox"/>	Conducto ileal <input type="checkbox"/>	Colostomía húmeda <input type="checkbox"/>	
Catéter ureteral:		D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Nefrostomía:		D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>	Otros:	
Localización:	FII <input type="checkbox"/>	FID <input type="checkbox"/>	Lumbar D <input type="checkbox"/>	Lumbar I <input type="checkbox"/>	Temporalidad:		Temporal <input type="checkbox"/>	Definitiva <input type="checkbox"/>	
Dispositivo:	Abierto <input type="checkbox"/>	Cerrado: <input type="checkbox"/>	1 pieza <input type="checkbox"/>	2/3 piezas <input type="checkbox"/>	Disco:	Plano <input type="checkbox"/>	Convexo <input type="checkbox"/>		
Cambio de bolsa/24 h:		Cambio de disco (frecuencia):			Fugas:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Esporádicas <input type="checkbox"/>	
Observaciones:									

Patrón 4. Actividad - Ejercicio									
Actividad/Movilidad									
Actividad física:					Energía para las AVD:				
Actividades de ocio y recreo:									
Marcha:	Estable <input type="checkbox"/>	Inestable <input type="checkbox"/>	Sin ayuda <input type="checkbox"/>	Necesita ayuda <input type="checkbox"/>	Coordina movimientos:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Movilidad articular:	Total <input type="checkbox"/>	Parcial <input type="checkbox"/>	Escasa <input type="checkbox"/>	Dispositivos de ayuda:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuál:
Autocuidados									
Comer:	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Baño/higiene	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Vestir/arreglo personal	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Uso del wc	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Transferencia	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Ambular	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Cambio de dispositivo	Independiente <input type="checkbox"/>			Necesita ayuda <input type="checkbox"/>			Dependiente <input type="checkbox"/>		
Observaciones:									

Patrón 5. Sueño - Descanso									
Patrón de sueño habitual (h):		Descansado y con energía después del sueño:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>		
Tiene problemas para conciliar y/o mantener el sueño:				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Motivos:	Insomnio <input type="checkbox"/>	Preocupaciones <input type="checkbox"/>	
Temores <input type="checkbox"/>	Molestias <input type="checkbox"/>	Factores ambientales <input type="checkbox"/>		Problemas con los dispositivos <input type="checkbox"/>		Otros:			
Ayudas para dormir:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:					
Observaciones:									

Patrón 6. Cognitivo - Perceptual							
Orientación:	Orientado <input type="checkbox"/>	Confuso <input type="checkbox"/>	Desorientado <input type="checkbox"/>	Tiempo <input type="checkbox"/>	Espacio <input type="checkbox"/>	Persona <input type="checkbox"/>	
Alteraciones cognitivas							
Lenguaje:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterado <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Visión:	Normal <input type="checkbox"/>	Necesita gafas/lentillas <input type="checkbox"/>	Ceguera <input type="checkbox"/>	Audición:	Normal <input type="checkbox"/>	Hipoacusia <input type="checkbox"/>	
Sordera <input type="checkbox"/>	Audífono <input type="checkbox"/>	Tacto:	Normal <input type="checkbox"/>	Especificar:			
Dificultad de aprendizaje:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cambios recientes de memoria/concentración:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dolor:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo:	Agudo <input type="checkbox"/>	Crónico <input type="checkbox"/>	Intermitente <input type="checkbox"/>	Continuo <input type="checkbox"/>
Localización:					Puntuación EVA:		
Observaciones:							

Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto							
Estado de ánimo:	Alegre <input type="checkbox"/>	Triste <input type="checkbox"/>	Deprimido <input type="checkbox"/>	Tranquilo <input type="checkbox"/>	Inquieto <input type="checkbox"/>	Temor <input type="checkbox"/>	Ansiedad <input type="checkbox"/>
Otro:	Nivel de aceptación de la ostomía:			Aceptación <input type="checkbox"/>	Protesta <input type="checkbox"/>	Negación <input type="checkbox"/>	
Cambios en su cuerpo relacionados con la enfermedad:				Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Suponen un problema: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Afectación en su:	Autoestima <input type="checkbox"/>	Autovalía <input type="checkbox"/>	Imagen corporal <input type="checkbox"/>	Estado de ánimo <input type="checkbox"/>		Identidad <input type="checkbox"/>	
Expresiones de:	Culpa <input type="checkbox"/>	Impotencia <input type="checkbox"/>	Inutilidad <input type="checkbox"/>	Sentimientos de desesperanza:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Observaciones:							

Patrón 8. Rol - Relaciones							
Comunicación:	Normal <input type="checkbox"/>	Alterada <input type="checkbox"/>	Especificar:				
Situación laboral:	Activo <input type="checkbox"/>	En paro <input type="checkbox"/>	Actividad profesional:		ILT <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/>	
Vive solo:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Integrantes de la unidad familiar:		Implicación familiar en los cuidados: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Cuidador principal:			Situación familiar/social remarcable:				
Problemas de relación:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Intervención del trabajador social:		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Preocupaciones relacionadas con la enfermedad:		Ninguna <input type="checkbox"/>		Económicas <input type="checkbox"/>	Laborales <input type="checkbox"/>	Otras:	
Observaciones:							

Patrón 9. Sexualidad - Reproducción					
Problemas, preocupaciones o cambios percibidos en la sexualidad relacionados con la enfermedad:			Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:
Información previa en sexualidad:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Manifiesta interés sexual:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ha reanudado sus prácticas sexuales:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Anticonceptivos:		
Observaciones:					

Patrón 10. Adaptación - Tolerancia al estrés			
Situaciones de estrés o cambios recientes que le hayan afectado:			
Adaptación -Tolerancia al estrés y control de problemas:	Alta <input type="checkbox"/>	Media <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>
¿Cómo afronta las situaciones difíciles?:			
Personas que le sirven de ayuda:	Sentimientos de pérdida/duelo:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Observaciones:			

Patrón 11. Valores - Creencias			
Necesidades espirituales (conflicto interno, significado de la vida, enfermedad, sufrimiento,...):			
¿Su religión o creencias le ayudan?:			
Conflicto entre la atención sanitaria y sus creencias:	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Especificar:
¿Tiene planes de futuro?:			
Observaciones:			

ANEXO X

Plan de Cuidados Estandarizado del Paciente Ostomizado. Consulta			
Patrones Funcionales	Diagnósticos NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
Patrón 1. Percepción/ Manejo de la salud	00078. Gestión ineficaz de la propia salud FR- Complejidad del régimen terapéutico	1813. Conocimiento: régimen terapéutico 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía 1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
	00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud CD- Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos	1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
Patrón 2. Nutricional/ Metabólico	00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía
	00046. Deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico
	00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FR-Incapacidad para absorber los nutrientes	1004. Estado nutricional	1100. Manejo de la nutrición 5614. Enseñanza: dieta prescrita
Patrón 3. Eliminación	00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional FR- Cirugía abdominal	0501. Eliminación intestinal	0430. Control intestinal
	00016. Deterioro de la eliminación urinaria FR- Multicausalidad	0503. Eliminación urinaria	0590. Manejo de la eliminación urinaria
Patrón 4. Actividad/ Ejercicio	00093. Fatiga FR- Estados de enfermedad	0002. Conservación de la energía	0180. Manejo de la energía
Patrón 5. Sueño/ Descanso	00095. Insomnio FR- Malestar físico y factores ambientales	0004. Sueño	1850. Mejorar el sueño
Patrón 6. Cognitivo/ Perceptual	00132. Dolor agudo FR- Agentes lesivos biológicos	2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor
Patrón 7. Autopercepción/ Autoconcepto	00148. Temor FR- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante	1204. Autocontrol del miedo	5240. Asesoramiento
	00118. Trastorno de la imagen corporal FR- Tratamiento de la enfermedad	1200. Imagen corporal	5220. Mejora de la imagen corporal
	00120. Baja autoestima situacional FR- Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal	1205. Autoestima	5400. Potenciación de la autoestima

Patrones Funcionales	Diagnósticos NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
Patrón 8. Rol/Relaciones			
Patrón 9. Sexualidad/ Reproducción	00059. Disfunción sexual FR- Alteración de la función y estructura corporal	0119. Funcionamiento sexual	5248. Asesoramiento sexual
Patrón 10. Afrontamiento/ Tolerancia al estrés	00069. Afrontamiento ineficaz FR- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1302. Afrontamiento de problemas	5230. Aumentar el afrontamiento
	00136. Duelo FR- Pérdida de partes o procesos corporales	1304. Resolución de la aflicción	5290. Facilitar el duelo
Patrón 11. Valores/ Creencias	00067. Riesgo de sufrimiento espiritual	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual 5310. Dar esperanza

ANEXO XI

Ficha del Plan de Cuidados Individualizado. Consulta

Nombre del paciente:

Procedencia:

Diagnósticos del paciente: Fecha de Inicio y Resolución.

Fecha Inicio	Fecha Resolución	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
		00078. Gestión ineficaz de la propia salud FR- Complejidad del régimen terapéutico	1813. Conocimiento: régimen terapéutico 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía 1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
		00162. Disposición para mejorar la gestión de la propia salud CD- Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos	1615. Autocuidados de la ostomía	5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento 0480. Cuidados de la ostomía
		00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía
		00046. Deterioro de la integridad cutánea FR- Humedad y factores mecánicos	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0408. Cuidados de la ostomía 3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico
		00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades FR-Incapacidad para absorber los nutrientes	1004. Estado nutricional	1100. Manejo de la nutrición 5614. Enseñanza: dieta prescrita
		00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional FR- Cirugía abdominal	0501. Eliminación intestinal	0430. Control intestinal
		00016. Deterioro de la eliminación urinaria FR- Multicausalidad	0503. Eliminación urinaria	0590. Manejo de la eliminación urinaria
		00093. Fatiga FR- Estados de enfermedad	0002. Conservación de la energía	0180. Manejo de la energía
		00095. Insomnio FR- Malestar físico y factores ambientales	0004. Sueño	1850. Mejorar el sueño
		00132. Dolor agudo FR- Agentes lesivos biológicos	2102. Nivel de dolor	1400. Manejo del dolor
		00148. Temor FR- Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante	1204. Autocontrol del miedo	5240. Asesoramiento

Fecha Inicio	Fecha Resolución	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC
		00118. Trastorno de la imagen corporal FR- Tratamiento de la enfermedad	1200. Imagen corporal	5220. Mejora de la imagen corporal
		00120. Baja autoestima situacional FR- Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal	1205. Autoestima	5400. Potenciación de la autoestima
		00059. Disfunción sexual FR- Alteración de la función y estructura corporal	0119. Funcionamiento sexual	5248. Asesoramiento sexual
		00069. Afrontamiento ineficaz FR- Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación	1302. Afrontamiento de problemas	5230. Aumentar el afrontamiento
		00136. Duelo FR- Pérdida de partes o procesos corporales	1304. Resolución de la aflicción	5290. Facilitar el duelo
		00067. Riesgo de sufrimiento espiritual 00066. Sufrimiento espiritual	2001. Salud espiritual	5420. Apoyo espiritual 5310. Dar esperanza

Otros Diagnósticos:

*	Diagnóstico NANDA	Resultado NOC	Intervención NIC

ANEXO XII

Agenda de Intervenciones. Consulta	
Nombre del paciente:	
Diagnóstico:	Procedimiento quirúrgico:
Consulta:	

Fecha:										
Intervenciones Enfermeras	Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
5618. Enseñanza: procedimiento/tratamiento										
0480. Cuidados de la ostomía										
3584. Cuidados de la piel: tratamiento tópico										
1100. Manejo de la nutrición										
5614. Enseñanza: dieta prescrita										
0430. Control intestinal										
0590. Manejo de la eliminación urinaria										
0180. Manejo de la energía										
1850. Mejorar el sueño										
1400. Manejo del dolor										
5240. Asesoramiento										
5220. Mejora de la imagen corporal										
5400. Potenciación de la autoestima										
5248. Asesoramiento sexual										
5230. Aumentar el afrontamiento										
5290. Facilitar el duelo										
5420. Apoyo espiritual										
5310. Dar esperanza										

Comentarios Evolutivos	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	
Fecha:	

ANEXO XIII

Agenda Seguimiento de Resultados. Consulta	
Nombre del paciente:	
Procedimiento quirúrgico:	
Fecha:	
NOC 1813. Conocimiento régimen terapéutico	
181301 Justificación del régimen terapéutico	
181305 Dieta prescrita	
181307 Actividad prescrita	
181309 Procedimientos prescritos	
NOC 1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía	
182901 Funcionamiento de la ostomía	
182903 Cuidados de la piel alrededor de la ostomía	
182905 Cómo medir un estoma	
182907 Complicaciones relacionadas con el estoma/piel	
182909 Materiales necesarios para cambiar la ostomía	
182915 Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía	
182916 Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía	
NOC 1615. Autocuidados de la ostomía	
161503 Se muestra cómodo viendo el estoma	
161504 Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo	
161507 Vacía la bolsa de la ostomía	
161508 Cambia la bolsa de la ostomía	
161509 Controla las complicaciones relacionadas con el estoma	
161512 Obtiene material para cuidar la ostomía	
161515 Sigue la dieta recomendada	
161517 Modifica las actividades diarias según sea necesario	
161520 Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía	

Diagnóstico:									
Consulta:									
Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
Escala: ninguno (1), escaso (2), moderado (3), sustancial (4), extenso (5)									
Escala: ninguno (1), escaso (2), moderado (3), sustancial (4), extenso (5)									
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									

Fecha:
NOC: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
110103 Elasticidad
110104 Hidratación
110113 Integridad de la piel
110115 Lesiones cutáneas
110116 Lesiones de la membrana mucosa
110121 Eritema.
NOC: 1004 Estado nutricional
100401 Ingestión de nutrientes
100402 Ingestión alimentaria
100403 Energía
100405 Relación peso/talla
100408 Ingestión de líquidos
NOC: 0501 Eliminación intestinal
050101 Patrón de eliminación
050103 Color de las heces
050104 Cantidad de heces en relación con la dieta
050105 Heces blandas y formadas
NOC 0503. Eliminación urinaria
050301 Patrón de eliminación
050302 Olor de la orina
050303 Cantidad de orina
050304 Color de la orina
050306 Claridad de la orina
050329 Sangre visible en la orina
NOC 0002. Conservación de la energía
000201 Equilibrio entre actividad y descanso
000203 Reconoce limitaciones de energía
000205 Adapta el estilo de vida al nivel de energía
000207 Nivel de resistencia adecuado para la actividad

Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)									
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)									
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)									
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)									
Escala: nunca demostrado (1), raramente d. (2), a veces demostrado (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									

Fecha:
NOC 0004. Sueño
000401 Horas de sueño
000403 Patrón de sueño
000404 Calidad de sueño
NOC 2102. Nivel de dolor
0210201 Dolor referido
0210204 Duración de los episodios de dolor
NOC 1404. Autocontrol del miedo
14403 Busca información para reducir el miedo
14404 Evita fuentes de miedo cuando es posible
14406 Utiliza estrategias de superación efectivas
NOC 1200. Imagen corporal
120001 Imagen interna de sí mismo
120003 Descripción de la parte corporal afectada
120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico
120008 Adaptación a cambios en la función corporal
120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada
120017 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto
NOC 1205. Autoestima
120501 Verbalizaciones de autoaceptación
120502 Aceptación de las propias limitaciones
120507 Comunicación abierta
120508 Cumplimiento de los roles significativos personales
1205011 Nivel de confianza
120519 Sentimientos sobre su propia persona

Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c (2), moderadamente c (3), levemente c (4), no comprometido (5)									
Escala: grave (1), sustancial (2), moderado (3), leve (4), ninguno (5)									
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									
Escala: nunca positivo (1), raramente positivo (2), a veces positivo (3), frecuentemente positivo (4), siempre positivo (5)									
Escala: nunca positivo (1), raramente positivo (2), a veces positivo (3), frecuentemente positivo (4), siempre positivo (5)									

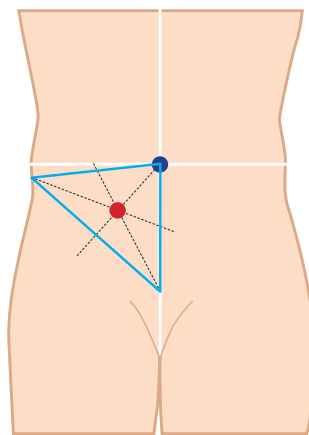
Fecha:
NOC 0119. Funcionamiento sexual
011901 Consigue la excitación sexual
011905 Adapta la técnica sexual cuando es necesario
011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas
011911 Expresa interés sexual
NOC 1302. Afrontamiento de problemas
130201 Identifica patrones de superación eficaces
130203 Verbaliza sensación de control
130205 Verbaliza aceptación de la situación
130210 Adopta conductas para reducir el estrés
130212 Utiliza estrategias de superación efectivas
NOC 1304. Resolución de la aflicción
130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida
130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida
130418 Comparte la pérdida con otros seres queridos
130420 Progresa a lo largo de las fases de aflicción
130421 Expresa expectativas positivas sobre el futuro
NOC 2001. Salud espiritual
200101 Expresión de confianza
200102 Expresión de esperanza
200103 Expresión de significado y fin de la vida
200105 Expresión de serenidad
200117 Relación con los demás para compartir pensamientos, sentimientos y creencias

Visita 1	Visita 2	Visita 3	Visita 4	Visita 5	Visita 6	Visita 7	Visita 8	Visita 9	Visita 10
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d(3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d(3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									
Escala: nunca demostrado (1), raramente d (2), a veces d (3), frecuentemente demostrado (4), siempre demostrado (5)									
Escala: gravemente comprometido (1), sustancialmente c. (2), moderadamente c. (3), levemente c. (4), no comprometido (5)									

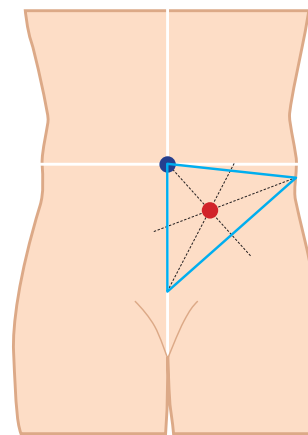
ANEXO XIV

Intervención "Cuidado de la ostomía". Actividades en el preoperatorio

- Revisión de la historia clínica y pruebas preoperatorias.
- Informar sobre el significado de la ostomía al paciente y cuidador: mostrar los dispositivos y cuidados diarios.
- Marcar el lugar idóneo para la ubicación del estoma²⁶:
 - Seguir la técnica del triángulo:
 - Cuadrante derecho: ileostomía y urostomía.
 - Cuadrante izquierdo: colostomía.



*Ileostomía, Colostomía
derecha ascendente
y Ureteroileostomía tipo Bricker*



*Colostomía izquierda
descendente o Sigmoidostomía*

- Seleccionar el punto adecuado colocando al paciente en distintas posiciones (sentado, decúbito supino y bipedestación), para identificar los cambios morfológicos que se producen.
 - Se evitarán pliegues, cicatrices, prominencias óseas, línea natural de la cintura.
 - Se tendrán en cuenta características físicas, hábitos personales y culturales.
 - Adherir un dispositivo de ostomía en el punto seleccionado y marcar la ubicación del futuro estoma con un rotulador indeleble.
- Valorar el grado de comprensión de la información recibida.
 - Preparación quirúrgica:
 - Preparación mecánica del colon, profilaxis antibiótica y antitrombótica en función del protocolo de cada hospital. Preparación de la piel.

Actividades en el intraoperatorio

- Tras la realización de la ostomía durante la cirugía, elegir un dispositivo adecuado para el postoperatorio inmediato:
 - Transparente.
 - Sin filtro.
 - Con una ventana de inspección.

Es importante que el dispositivo sea transparente para valorar el aspecto del estoma (coloración, edema, puntos de sutura, hemorragia...), que no presente filtro para valorar el comienzo de la funcionalidad durante el postoperatorio y por último, que posea una ventana para acceder al estoma sin presionar el abdomen y sin necesidad de retirar el dispositivo.

Actividades en el postoperatorio

- Valoración global del paciente (constantes vitales, apósitos, drenajes,...)
- Atención específica del estoma (color, edema, puntos, piel,...)
- Prevenir y controlar las posibles complicaciones que se puedan presentar en este periodo⁹⁵⁻⁹⁶.

Complicaciones precoces

Necrosis	Condición que se establece por un aporte insuficiente de sangre al estoma
Hemorragia	Pérdida de sangre debida a la lesión de un vaso subcutáneo o submucoso en la sutura del intestino a la pared o por una úlcera en la mucosa del estoma
Dehiscencia /Desinserción	Separación mucocutánea que afecta a parte o a toda la circunferencia del estoma
Edema patológico	Aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa del estoma
Absceso	Cuadro típico inflamatorio con calor, rubor, dolor y supuración alrededor del estoma
Dermatitis	Alteración de la integridad de la piel periestomal producida por el contacto entre el efluente y la piel periestomal

- Aplicar el dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.
- Cambiar/vaciar el dispositivo de ostomía implicando al paciente y al cuidador.
- Instruir al paciente/familia en la utilización de los dispositivos de ostomía. Cuando pueda levantarse llevarle al cuarto de baño y realizar el cambio de dispositivo frente al espejo.
- Animar al paciente/cuidador a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la eliminación.
- Facilitar información escrita sobre los cuidados de la ostomía (guías, kit,...).
- Informar sobre el procedimiento para adquirir los dispositivos, así como un contacto por si surgen problemas.
- Antes del alta comprobar que el paciente tiene un mínimo de destrezas:
 - Capacidad para retirar, colocar y vaciar el dispositivo.
 - Capacidad para realizarse la higiene del estoma y piel periestomal.
 - Conocimiento sobre la influencia de los medicamentos y la dieta en el funcionamiento de la ostomía.
 - Capacidad de detección de complicaciones y saber dónde dirigirse.
 - Conocimiento de cómo obtener los dispositivos.
 - Conocimiento de recursos de apoyo (asociaciones, grupos de apoyo, ...).

Actividades en consulta

- Valorar el estoma y piel periestomal. Conocer los cambios que ha sufrido el estoma: en tamaño, movimiento, color y consistencia del efluente.
- Retirar los puntos de sutura, si procede.
- Valorar la independencia y destreza en el vaciado y cambio de dispositivo.
- Valorar y reforzar los conocimientos sobre la dieta prescrita.
- Identificar el miedo a verse rechazado, al cambio y a perder su control e independencia.
- Brindar información clara y concisa para que la reincorporación familiar, social y laboral sea lo más temprana posible.
- Abordar el impacto de la ostomía en la sexualidad del paciente. Aun siendo para él una cuestión importante es frecuente que no manifieste sus inquietudes.
- Valorar el nivel de protección de los dispositivos que usa, informando sobre otros que pueda usar y que puedan proporcionar la mejor calidad de vida.
- Detectar, prevenir y controlar las posibles complicaciones. Enseñar al paciente/cuidador a detectarlas. La más frecuente es la irritación cutánea por contacto con el efluente⁹⁵⁻⁹⁶.

Complicaciones tardías

Complicaciones tardías	
Hernia o eventración	Fallo de la pared abdominal protruyendo tanto la ostomía como la piel de alrededor
Prolapso	Protrusión del asa intestinal por encima del plano cutáneo abdominal
Retracción	Hundimiento del estoma
Estenosis	Estrechamiento del orificio del estoma por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación
Granulomas	Lesiones de origen no neoplásico caracterizadas por la aparición de pequeñas masas carnosas alrededor de la mucosa del estoma
Dermatitis	Alteración de la integridad de la piel periestomal producida por el contacto entre el efluente y la piel periestomal

- Fomentar la autonomía del paciente.
- Facilitar el contacto con asociaciones o grupos de ostomizados.
- Realizar técnicas de comunicación asertivas y técnicas de relajación.



Esta guía cuenta con un sistema de registros “ac-hoc” para todas las fases del proceso y garantiza una atención costo-efectiva.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE 15-11-02); 274:40126-32.
2. Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. An. Sist. Sanit. Navar. 2011; 34(1):73-82.
3. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE 280 de 22 de noviembre de 2003).
4. Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. El proceso de cuidar y su instrumento metodológico. En: Fundamentos de Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2001. p. 217-37.
5. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 2005.
6. Tejero Álvarez M. Documentación clínica y Archivo. Madrid: Díaz de Santos; 2004.
7. Gómez González JL, Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez ML, Borrego MT, Calvo García R, Arribas Escáriz A. Los registros de los cuidados de la salud (I): Definición, Análisis de su estructura y normalización. El lenguaje del Cuidado 2009;1(1):2-14.
8. Currell R, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos sobre la práctica de la enfermería y resultados en la asistencia sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008.
9. Hovenga EJ. Resource, quality and safety management. Stud Health Technol Inform. 2010;151:360-84.
10. Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Barcelona: Masson; 2005.
11. Ackley BJ, Ladwig GB. Manual de Diagnósticos de Enfermería. Guía para la planificación de los cuidados. 7ª ed. Madrid: Elsevier. Mosby; 2007.
12. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. Int J Nurs Terminol Classif. 2007 Jan-Mar;18(1):5-17.
13. Wang N, Hailey D, Yu P. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2011;67(9):1858-75.
14. Saranto K, Kinnunen UM. Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. J Adv Nurs. 2009 Mar;65(3):464-76. 15.
15. Müller-Staub M. Evaluation of the implementation of nursing diagnoses, interventions, and outcomes. J Nurs Terminol Classif. 2009 Jan-Mar;20(1):9-15.
16. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª ed. Madrid: Harcourt; 1999.
17. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de



- datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud. (BOE de 16 de septiembre de 2010).
18. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
 19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
 20. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
 21. Ruiz Fernandez MD, Davín Durban I, García Manzanares E, De la Quintana Jiménez P, Prados Herrero IM, Viñals Sala MA et al. IMPACTO STUDY: Expert nursing care: an essential factor for the ostomy patient rehabilitation. Oral communications of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.113.
 22. Pino Zurita C, Marcos Lozano R, Arán Arán MT, Rivas Marín C, Rivera García S, Yrurzun Andreu R et al. IMPACTO STUDY: Impact of the expert nursing care in the prevalence of NANDA diagnoses. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.175.
 23. Duran Ventura C, Cots Morral I, Labaka Arteaga I, Prieto Calle C, Sabuz Freire C, Vaquer Casas G et al. IMPACTO STUDY: Impact of the expert nursing care in the NOC outcomes. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.180.
 24. Blasco Belda P, González Buenadicha AM, Martínez Costa MC, Calvo Ibáñez R, Varas Reviejo Y, Carmen Vázquez García et al (June, 2011). IMPACTO study: Profile of the ostomy patients. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.168.
 25. Crespo Fontan B, Lainez Pardos P, San Emeterio MT, Lerín Cabrejas P, Cantarino Martí I, Centellas Morral M, et al. MPACTO STUDY: Impact of the expert nursing care in the quality of life of the ostomy patient. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.166.
 26. De la Quintana Jiménez P, González Buenadicha AM, Marcos Lozano R, Láinez Pardos PL., Vázquez García C, Bona Sánchez M et al. Guía de cuidados enfermeros al paciente ostomizado durante la hospitalización. Madrid: Coloplast Productos Médicos S. A; 2013.
 27. De la Quintana Jiménez P, González Buenadicha AM, Marcos Lozano R, Láinez Pardos PL., Vázquez García C, Bona Sánchez M et al. Guía de cuidados enfermeros al paciente ostomizado

- durante su seguimiento en consulta. Madrid: Coloplast Productos Médicos S. A; 2013.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE: Resultado del estudio de 100 GDR. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
 29. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (BOE de 15 de noviembre de 2002).
 30. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (BOE de 15 de noviembre de 2002).
 31. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Guías de buenas prácticas clínicas. Cuidado y manejo de la ostomía. RNAO.org [Internet]. 2009. [consultado sep 2014]. Disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ManejoOstomia_022014.pdf.
 32. Fraile Bravo M, Benito Martín MJ, Blanco Sánchez SB, Caldera Poza JM, Castellote Caballero MI, Cintero Cuadrado G et al. Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura. Mérida: Servicio Extremeño de Salud; 2011.
 33. Pöder U, Fogelberg-Dahm M, Wadensten B. Implementation of a multi-professional standardized care plan in electronic health records for the care of stroke patients. *J Nurs Management*. 2011; 19:810-9.
 34. Buergo García O. Análisis de la implantación de planes de cuidados a través de GACELA, en las unidades médicas del Hospital Santa Bárbara de Soria. *NURE Inv* [Internet]. Jul-Ago 2013 [consultado agos 2014]; 10(65):[aprox. 18 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIG_INAL/NURE66_original_gacela.pdf.
 35. Burch J. Resuming a normal life: holistic care of the person with an ostomy. *Br J Community Nurs* 2011;16(8):366-76.
 36. Rudoni C, Dennis H. Accessories or necessities? Exploring consensus on usage of stoma accessories. *Br J Nurs*. 2009;18(18):1106-12.
 37. Carlsson E, Gylín M, Nilsson L, Svensson K, Alverslid I, Persson E. Positive and negative aspects of colostomy irrigation: a patient and WOC nurse perspective. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2010;37(5):511-6
 38. Castillo L, Espinosa J, Sánchez M, Cruz O, Cano M, Rivas J, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Rev Enf Univ*. 2010;7(2):9-14
 39. Bodega Urruticoechea, C, Marrero González CM; Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados Holísticos y Atención domiciliar al paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería*. [Internet]. 2013. [consultado ago 2014];7(3):13p. Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/262/pdf_9.
 40. Colwell JC, Goldberg M, Carmel J. The state of the standard diversion. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2001; 28(1): 6-17.
 41. Herlufsen P, Olsen AG, Carlsen B, Nybaek H, Karlsmark T, Laursen TN et al. Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs*. 2006;15(16):854-62.
 42. Nybaek H, Bang Knudsen D, Norgaard Laursen T, Karlsmark T, Jemec GB. Skin problems in ostomy patients: a case-control study of risk factors. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(1):64-7.
 43. Nybaek H, Lophagen S, Karlsmark T, Bang Knudsen D, Jemec GB. Stratum corneum integrity as a predictor for peristomal skin problems in ostomates. *Br J Dermatol*. 2009;162(2):357-61.
 44. Nybaek H, Knudson DB, Laursen TN, Karlsmark T. Quality of life assessment among people with peristomal skin disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2010;22(2):139-43.
 45. Fulham J. Providing dietary advice for the individual with a stoma. *Br J Nurs*. 2008;17:S22-7.
 46. Burch J. Nutrition for people with stomas. 2: An overview of dietary advice. *Nurs Times*. 2008 Dec 9-15; 104(49):26-7.
 47. Chaura-Guindic L, Benavides-Leon J, Villanueva-Herrero J. A, Jiménez-Bobdilla B, Abdo-Francis, J. M, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*, 2011;79(2):149-5.
 48. Buckman SA, Heise CP. Nutrition considerations surrounding restorative proctocolectomy. *Nutrition in Clinical Practice*. 2010;25(3):250-56.
 49. Medlin S. Nutritional and fluid requirements: high-output stomas. *Br J Nurs*. 2012 Mar 22-Apr 11;21(6):S22-5.
 50. Behm B, Stollman N. In: *Practical Gastroenterology*. Westhampton Beach, NY: Shugar Publishing Inc; 2002. Postoperative ileus:13-24
 51. Delaney CP. Clinical perspective on postoperative ileus and the effects of opiates. *Neurogastroenterol Motil*. 2004;16(Suppl):61-6
 52. Marwah S, Singla S, Tinna P. Role of Gum Chewing on the Duration of Postoperative Ileus Following Ileostomy Closure Done for Typhoid Ileal Perforation: A Prospective Randomized Trial. *Saudi J Gastroenterol*. 2012; 18(2):111-17
 53. Gras B, Magge S, Ballom A, Lembo A. Motility disorders of the colon and rectum. *Current Opinion in Gastroenterology*. 2013;29(1):66-71.
 54. Conway LJ, Larson EL. Guidelines to prevent catheter-associated urinary tract infection: 1980 to 2010. *Heart Lung : the journal of critical care*. 2012;41(3):271-83.

55. Willson M, Wilde M, Webb M-L, Thompson D, Parker D, Harwood J, et al. Nursing interventions to reduce the risk of catheter-associated urinary tract infection: part 2: staff education, monitoring, and care techniques. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009;36(2):137-54.
56. Havey R, Herriman E, O'Brien D. Guarding the gut: early mobility after abdominal surgery. *Crt Care Nurs Q.* 2013;36(1):63-72.
57. Beech N, Arber A, Faithfull S. Restoring a sense of wellness following colorectal cancer: a grounded theory. *J Adv Nurs.* 2012;68(5):1134-44.
58. Biondi A, Grosso G, Mistretta A, Marventano S, Tropea A, Gruttadauria S, Basile F. Predictors of conversion in laparoscopic-assisted colectomy for colorectal cancer and clinical outcomes. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2014;24(1):e21-6.
59. Graci G. Pathogenesis and management of cancer-related insomnia. *J Support Oncol* 2005;3:349-59
60. Baldwin CM, Grant M, Wendel C, et al. Gender Differences in Sleep Disruption and Fatigue on Quality of Life Among Persons with Ostomies. *J Clin Sleep Med.* Aug 15, 2009;5(4):335-43
61. Radtke K, Obermann K, Teymer L. Nursing knowledge of physiological and psychological outcomes related to patient sleep deprivation in the acute care setting. *Medsurg Nurs.* 2014 May-Jun;23(3):178-84.
62. IASP-subcommittee on Taxonomy. Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2002.
63. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. *Oncología Barc.* 2005;28(3):33-37.
64. Brown C, Constance K, Bédard D, Purden M. Colorectal surgery patients' pain status, activities, satisfaction, and beliefs about pain and pain management. *Pain Manag Nurs.* 2013;14(4):184-92.
65. Higgs S, Henry R, Glackin M. Acute pain services following surgery for colorectal cancer. *Br J Nurs.* 2014;23(4):S4,S6,S8-11.
66. Montes A, Arbonés E, Planas J, Muñoz E, Casamitjana M. Los profesionales sanitarios ante el dolor: estudio transversal sobre la información, la evaluación y el tratamiento. *Rev. Soc. Esp. Dolor.* 2008;2:75-82. 67.
67. Mayoral V, Gomar C, Sabaté S, Canet J, García-Mora G, Camps M. Medicina perioperatoria y tratamiento del dolor crónico en Cataluña. *Med Clín (Barc).* 2006;126(2):68-74.
68. Aguilar JL, March Y, Segarra M, et al. Prevalencia de dolor en un hospital con unidad de dolor agudo y unidad de dolor crónico: el paso siguiente... analgesia trasnacional. *Rev Soc Esp Dolor.* 2009;6(4):209-14
69. Gómez del Río N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería.* Diciembre 2013;7(3).
70. Borwell B. Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. *Br J Community Nurs.* 2009 Aug;14(8):326-31.
71. Vaquero-Cristóbal R, Alacid F, Muyor JM, López_Miñarro PA. Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutr Hosp.* 2013;28(1):27-35
72. Williams J. Stoma care: intimacy and body image issues. *Practice Nursing.*2012;23(2):91-4.
73. Hong KS, Oh BY, Kim EJ, Chung SS, Kim KH, Lee RA. Psychological attitude to self-appraisal of stoma patients: prospective observation of stoma duration effect to self-appraisal. *Ann Surg Treat Res.* Mar 2014;86(3): 152-60.
74. Bellato R, Maruyama S, Moraes e Silva C, Castro, P. A condição crônica ostomia e as repercussões que traz para a vida da pessoa e sua familia. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007;6(1):40-50.
75. Cotrim H, Pereira G. Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(3):217-26.
76. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(2):241-7
77. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Vivências de familiares de pacientes com colostomia e expectativas sobre a intervenção profissional. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2014;22(2):241-7
78. Altschuler A, Ramirez M, Grant M, Wendel C, Hornbrook MC, Herrinton L, Krouse RS. The Influence of Husbands' or Male Partners' Support on Women's Psychosocial Adjustment to Having an Ostomy Resulting from Colorectal Cancer. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2009 ; 36(3): 299-305.
79. Park S, Kim KS. Model construction of sexual satisfaction in patients with a colostomy. *J Korean Ac Nurs.* 2009 Aug;39(4):539-48
80. Mercadante S, Vitranò V, Catania V. Sexual issues in early and late stage cancer: a review. *Support Care Cancer.* 2010 Jun;18(6):659-65
81. Ribes Melià AB. La sexualidad en pacientes con ostomias digestivas y urinarias. *Rev. Enfermería Integral.* 2011;95:42-4.
82. Burghofer K, Jauch KW. Sexuality and body image in patients with rectal cancer. *MMW Fotschr Med.* 2006 May 4;148(18):36-7
83. Beck M, Justham D. Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nurs Stand.* 2009 Apr 8-14;23(31):44-8.
84. Silva AL da, Faustino AM, Oliveira PG de. The sexuality of the patient with intestinal ostomy: literature review. *J Nurs UFPE [Internet].* 2013.

- [Consultado sep 2014];7(spe):879-87: Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/re_vista/article/view/3505/pdf_2233
85. Martín Muñoz B, Panduro RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index Enferm* [Internet]. 2010 [Consultado ago 2014];19(2-3):115-9. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v19n2-3/2307.php>
 86. Bonill de las Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso Montoro C, Morales Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández Gallego MC. Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* mayo-jun. 2014;22(3):394-400
 87. Violin MR, Sales CA. Experiências cotidianas de pessoas colostomizadas por câncer: enfoque existencial. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2010 [Consultado ago 2014];12(2):278-86. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a08.htm>
 88. Rodríguez Rodríguez, M^a José; Gómez Enríquez, Cristina. ¿Cómo es el proceso de afrontamiento de las personas recientemente ostomizadas?. *Evidentia*. 2012 ene-mar; 9(37). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n37/ev3701.php>.
 89. García Campayo J, Tazón Ansola P, Aseguinolaza Chopitea L. Manejo del duelo en atención primaria. En: Tazón Ansola P, García Campayo J, Aseguinolaza Chopitea L. *Relación y comunicación*. Colección *Enfermería S21*. 2ed. Madrid: Difusión Avances Enfermería (DAE);2009.p.392-403.
 90. Bulkley J, McMullen CK, Hornbrook MC, Grant M, Altschuler A, Wende CS et al. Spiritual well-being in long-term colorectal cancer survivors with ostomies. *Psychooncology* [Internet]. 2013 November [Consultado dic 2014]; 22(11):2513–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4105015/pdf/nihms498238.pdf>
 91. Grant M, McCorkle R, Hornbrook MC, Wendel CS, Krouse R. Development of a Chronic Care Ostomy Self Management Program. *J Cancer Educ* [Internet]. 2013 March [Consultado dic 2014]; 28(1):70–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3578127/pdf/nihms418069.pdf>
 92. Leonor Rodríguez S, López Romero MA, Delgado García A, Marcos Lozano R. The spiritual needs of the ostomy patient: a nurse care dimension. Poster session of the 11th Biennial Congress of European Council of Enterostomal Therapists (ECET); 2011, 12-15 June; Bolonia, Italia; 2011. p.187
 93. Williams J. Stoma care nursing: what the community nurse needs to know. *Br J Community Nurs*. 2007;12(8):342-6.
 94. Williams J. Patient stoma care: educational theory in practice. *British Journal of Nursing*. 2012;21(13):786-94.
 95. Lerín Cabrejas P, Lainez Pardos P.L, Lozano Vicente M.D, Martínez Morales M. Complicaciones de los estomas. *Manual de cuidados de enfermería*. Coloplast Productos Médicos. Madrid. Octubre 2010. p.8-49.
 96. Alcocer Pérez-España A, Barbacil Millán S, Castaño Gonzalez I, Garcia Morato J.M González Lluva C et al. *Manual sobre Derivaciones Urinarias*. Coloplast Productos Médicos. Madrid. 2001. p.43-47

