

Plan de cuidados. Cáncer de recto: paciente colostomizado

Cristina Casado Moratalla

Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
Cristina-casado@hotmail.com

**Tutora
Paloma Pellicer Garrido**

Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Ciudad Universitaria, s/n. 28040 Madrid
papel@inicia.es

Resumen: el cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes. Los estilos de vida y la genética son los factores que más influyen en la aparición de este tipo de tumores. Sus manifestaciones clínicas más comunes en fases iniciales son la rectorragia y cambios en el hábito intestinal, mientras que en fases más avanzadas pueden aparecer anemia, anorexia y pérdida de peso. Son múltiples las pruebas utilizadas para el diagnóstico de estos tumores y las técnicas que se llevan a cabo para su resección quirúrgica. Este trabajo está destinado a la realización de un plan de cuidados individualizado de una paciente intervenida de un cáncer rectal, portadora de colostomía permanente. El plan de cuidados consta de una valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, la identificación de los diagnósticos enfermeros, la elaboración y la ejecución de un plan destinado a mejorar o solucionar los problemas reconocidos. Para ello, se han utilizado los diagnósticos NANDA, la clasificación de intervenciones de enfermería NIC y la clasificación de resultados de enfermería NOC.

Palabras clave: Colon – Cáncer – Cuidados. Recto – Cáncer – Cuidados. Diagnóstico de enfermería. Colostomía – Cuidados.

Abstract: Colorectal cancer is one of the most common cancers. Lifestyles and genetics are the most influential factors in the emergence of these kind of cancer. Its most common clinical manifestations in the initial phases are the rectal bleeding and some changes in the bowel habits. Lately, in more advanced levels, there can become present some diseases such as anemia, anorexy and weight loss. There are multiple tests used for diagnosis of these tumors and the techniques that are used for its surgical resection. This work is intended to carry out an individualized caring plan of a patient who has been treated of a rectal cancer that carries permanent colostomy. The caring plan is composed of a Marjory Gordon functional patterns valuation, the identification of the nursery diagnoses, the development and implementing a plan destined to improve or to solve the problems that have been recognized. For this,

there has been used the NANDA nursing diagnosis, nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC).

Keywords: Colorec cancer. Colostomy. Nursing diagnosis. Care plan.

INTRODUCCIÓN

El recto está considerado como parte del colon y las tumoraciones de ambas zonas suelen ser similares histológica y fisiopatológicamente, por ello que comúnmente se denominen de forma conjunta como cáncer colorrectal (CCR). A pesar de estas similitudes, son su localización y configuración anatómica las que hacen que su abordaje terapéutico sea diferente.

Epidemiología

El CCR es la tercera neoplasia más frecuente en hombres detrás del cáncer de pulmón y de próstata y la segunda más frecuente en mujeres después del cáncer de mama (Fig. 1⁽¹⁾). En el año 2000 el CCR representó el 9,4% de los casos nuevos de cáncer en todo el mundo y el 7,9% de las defunciones por tumores. Afecta de forma casi igual a hombres como a mujeres, aunque el cáncer específico de recto es más frecuente en el varón. El tipo histológico predominante en los casos de CCR es el de adenocarcinoma, representando el 98% de los casos^(1,2).

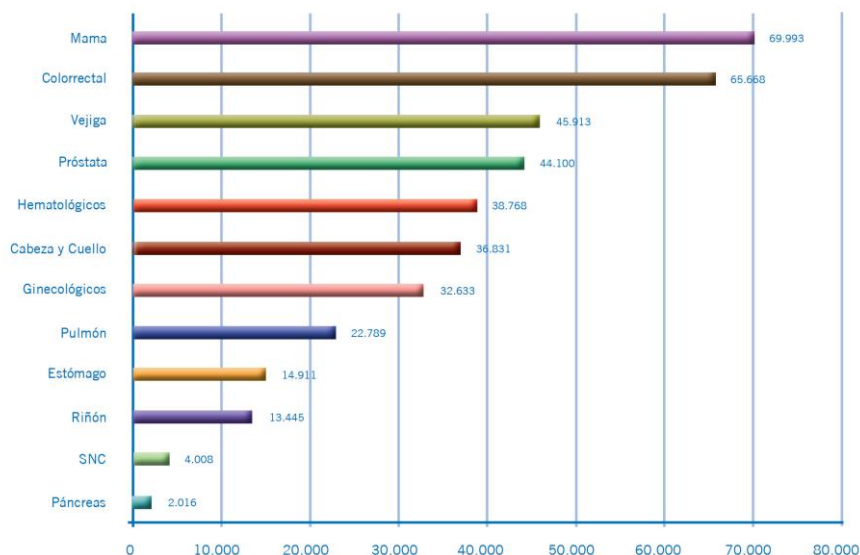


Figura 1. Prevalencia del cáncer en España. (Año 2007).

La edad aparece como factor de riesgo a partir de los 50 años y se incrementa de 1,5-2 veces más cada década. El 92.5% de los casos se producen a partir de los 50 años ubicándose la mayoría de los casos entre 60-80 años⁽³⁾.

En España la incidencia de este cáncer aumenta de manera más pronunciada en el sexo masculino (Figs. 2, 3 y 4 ⁽¹⁾). A esto le acompaña una clara estabilización de la mortalidad tanto en hombres como en mujeres (Fig. 5 ⁽¹⁾) debido al avance en prevención, diagnóstico y tratamiento ⁽⁴⁾. En relación con Europa, España posee unas tasas de incidencia y mortalidad por debajo del resto de países europeos. Los peores resultados los poseen Suiza, Finlandia, Islandia, Suecia y Polonia ^(5,6).

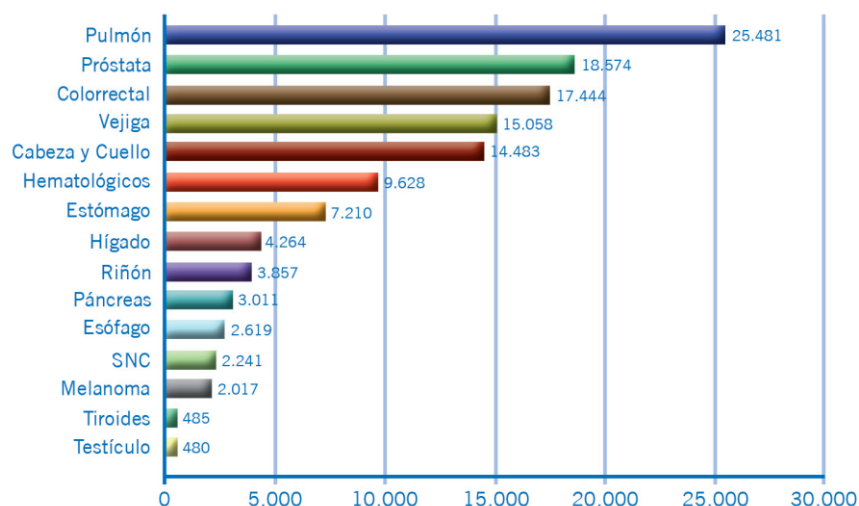


Figura 2. Incidencia de cáncer en España, Hombres. (Estimación año 2015).

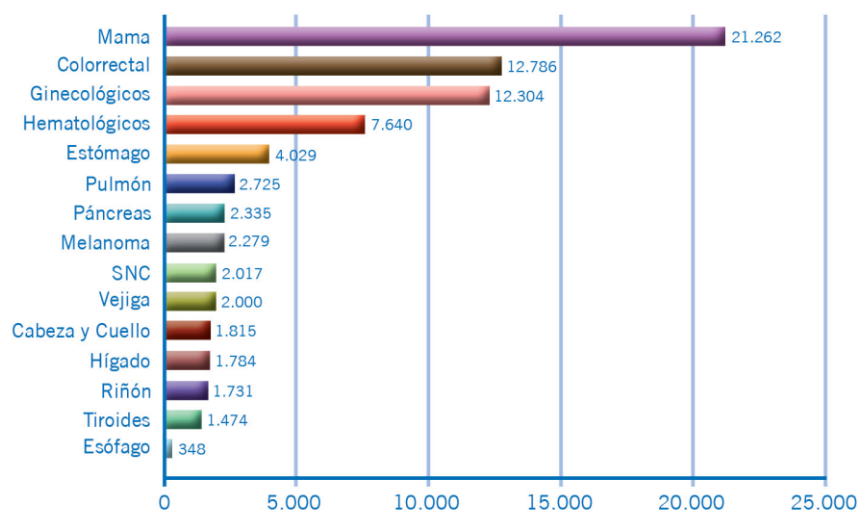


Figura 3. Incidencia de cáncer en España, Mujeres. (Estimación año 2015).

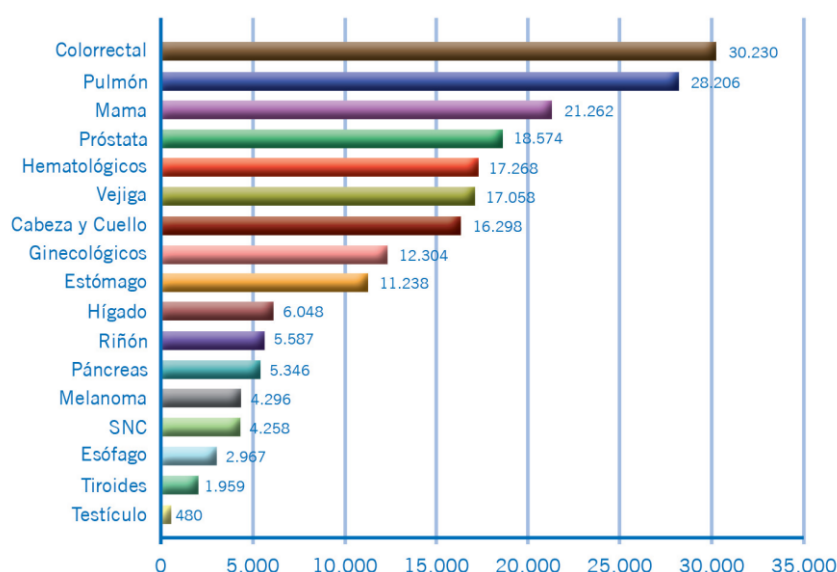
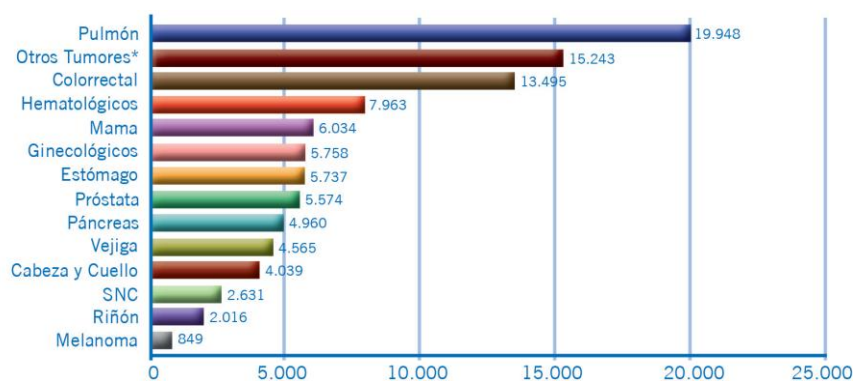


Figura 4. Incidencia de cáncer en España por tipo de tumor. (Estimación año 2015).



*Otros tumores: hígado, vesícula, peritoneo, pleura, huesos, tejido conjuntivo, piel, testículo, tiroides, tumores mal definidos, esófago e intestino delgado.

Figura 5. Mortalidad Global por tipo de tumor (Año 2007).

Etiología

Son múltiples los factores conocidos que predisponen a la transformación maligna de la mucosa colorrectal. Existen causas ambientales, como los estilos de vida, que actúan como factores de riesgo o protectores ante este tipo de neoplasia y causas genéticas hereditarias predisponentes al CCR.

• Estilos de vida

- ✓ Dieta: el consumo de carne roja y procesada de forma continuada se asocia con un mayor riesgo de padecer CCR, mientras que la ingesta de fibras, fruta, verduras y cantidades altas de calcio y vitamina D muestran un efecto protector^(6,7,8). Además se ha observado que el CCR ocurre con más

frecuencia en obesos que en personas con un peso saludable, sobre todo en varones⁽⁹⁾.

- ✓ Tabaco y alcohol: el consumo regular de tabaco y la ingesta de alcohol están asociados con el aumento de riesgo de padecer una neoplasia colorrectal⁽¹⁰⁾.
- ✓ Ejercicio físico: la realización de ejercicio físico, tanto ocupacional como recreativo, en varones y ejercicio recreativo en mujeres reduce el riesgo de CCR⁽¹¹⁾.
- ✓ Tratamiento con AAS y AINES: la administración continuada de AAS a dosis de 300 mg/día está asociada con la reducción del CCR. El tratamiento con AINES disminuye el riesgo, pero incrementa las posibilidades de efectos secundarios cardiovasculares, gastrointestinales y renales⁽¹²⁾.

- **Genética**

Se han identificado dos síndromes que predisponen al CCR por diferentes mecanismos: la poliposis adenomatosa familiar (FAP) y el cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNP) o síndrome de Lynch⁽¹³⁾.

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas que se presentan en los pacientes con cáncer de recto van a depender mucho del tamaño del tumor. Suelen ser tumores de crecimiento lento y por ello puede pasar tiempo hasta que aparecen los primeros síntomas⁽²⁾:

- Pérdidas de sangre generalmente de manera microscópica y en ocasiones observables (rectorragia).
- Cambios en el hábito intestinal (estreñimiento y diarrea) y en la morfología de las heces (disminución del calibre) como consecuencia de la obstrucción del calibre intestinal por el crecimiento del tumor.
- Tenesmo rectal.
- Dolor perineal o sacro.
- En casos muy avanzados: anemia, astenia, anorexia y pérdida de peso.
- En casos en los que ya exista enfermedad metastásica encontraremos síntomas relacionados con el órgano que se encuentre afectado.

Diagnóstico

Cualquier tumor cuyo margen distal se localice a 15 cm o menos del margen anal se clasifica como rectal. La supervivencia de estos pacientes dependerá del estadio del tumor en el momento del diagnóstico, por lo que es necesario que se establezca una detección precoz.

Además de una historia clínica completa, es necesario realizar una serie de pruebas diagnósticas para valorar su estadio con el fin de seleccionar posteriormente el tratamiento idóneo:

- Test de sangre oculta en heces: detecta si existe sangre presente en las heces procedente de cualquier parte del tubo digestivo^(14,15).
- Tacto rectal digital: permite palpar la masa tumoral en los casos de cáncer rectal bajo, identificando la distancia al margen anal, tamaño y movilidad de estos tumores⁽¹⁶⁾.
- Sigmoidoscopia rígida: permite localizar distancia exacta del tumor al margen anal y tomar biopsia. Es conveniente realizar colonoscopia completa para descartar otros tumores sincrónicos o pólipos premalignos^(16,17).
- Ecografía endorrectal: evalúa con precisión el grado de invasión del tumor en la pared del recto. Además permite valorar la extensión de compromiso linfático⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.
- Tomografía computerizada (TC) y resonancia magnética nuclear (RMN): pruebas de imagen que permiten localizar con más precisión el estadio del tumor y cualquier afectación metastásica a distancia^(20,21).

Existe un marcador tumoral, el antígeno carcinoembrionario (CEA), muy útil para valorar el pronóstico y detectar recurrencias precoces⁽²²⁾. Algunos factores de mal pronóstico son: metástasis a distancia, invasión de la pared intestinal muscular, afectación de adenopatías o elevación del CEA⁽²³⁾.

Para valorar el estadio del tumor se utilizan fundamentalmente los sistemas de clasificación histológica de Dukes (Anexo I, tabla 1⁽¹⁷⁾) y TNM (Anexo I, tabla 2 y tabla 3⁽²⁾).

Tratamiento

Hoy en día la cirugía es el tratamiento de elección para el cáncer de recto. Sin embargo, no es sólo el cirujano el que juega un papel importante en el abordaje de esta patología, sino que el trabajo de gastroenterólogos, oncólogos, patólogos o radiólogos, entre otros, es fundamental para llevar a cabo un tratamiento eficaz con el fin de resear por completo el tumor y evitar recidivas futuras⁽²⁴⁻²⁶⁾. La cirugía se combinará con radioterapia y/o quimioterapia (adyuvante o neoadyuvante) según las características del tumor.

Existen múltiples factores que influyen en la elección del tipo de resección quirúrgica como la altura de la lesión, su extensión, grado de diferenciación y características generales del paciente⁽²⁷⁾. Dependiendo de estos factores se llevará a

cabo una de las múltiples técnicas quirúrgicas existentes para reseca el cáncer de recto^(28,29).

La técnica quirúrgica utilizada para reseca la lesión de la paciente del plan de cuidados desarrollado a continuación es la **resección abdominoperineal** (RAP) o Miles (por Ernest Miles, cirujano que describió esta técnica). Es una técnica reservada para tumores localizados en el tercio inferior del recto. Es un tipo de cirugía llevada a cabo en situaciones en las que no es viable la conservación del esfínter anal, por la cercanía anatómica del tumor y requiere de la colocación de una colostomía permanente. El recto es amputado en su totalidad, incidiendo primero a nivel abdominal y posteriormente a nivel rectal para la extracción completa de la pieza tumoral⁽³⁰⁾.

Colostomía

La colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en cualquier tramo del colon a través de la pared abdominal y puede ser temporal o permanente dependiendo de la causa por la que fue creada. Según la ubicación en el tramo del colon que se realice, las colostomías serán: ascendentes, construidas en el colon ascendente; transversas, localizadas en colon transverso; descendentes, si su localización es el colon descendente o sigmoideas si se encuentran ubicadas en el colon sigmoideo.

La colostomía supone un cambio físico importante para la persona portadora, pero además esta situación puede producir un sufrimiento psicológico y social ya que este cambio de vida suele generar rechazo para la propia persona y para los que le rodean. La adaptación a la colostomía requiere tiempo y ayuda para aprender a vivir con ella. Las personas colostomizadas tienen nuevas preocupaciones en su vida diaria, como pueden ser la alimentación, el trabajo, el sexo, la realización de ejercicio, los viajes, la ropa, etc.^(31,32).

Ante esta nueva situación, se considera fundamental el trabajo de enfermería destinado a la educación sanitaria^(33,34) para que el paciente aprenda a ser autónomo en el manejo y el cuidado de su colostomía y sepa vivir con ello⁽³⁵⁻³⁹⁾.

Planes de cuidados

Los planes de cuidados enfermeros son procesos dinámicos utilizados por el personal de enfermería para planificar la ejecución de los cuidados que van destinados al paciente. Este proceso se realiza en varias fases, aunque a la hora de realizarlos en la práctica se relacionan entre sí y se superponen.

La **valoración** es el primer paso del proceso, en el que la enfermera observa y recoge una serie de datos que deben abarcar todo el estado de salud del paciente. La recogida de los datos debe estar ordenada y priorizada ya que esta primera etapa es la base para continuar con el plan de cuidados.

El segundo paso es la identificación de los problemas enfermeros encontrados durante la valoración del paciente y denominados **diagnósticos de enfermería**. “El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras, para lograr los resultados de los que la enfermera es responsable” NANDA⁽⁴⁴⁾.

El tercer paso del proceso es el de la **planificación** de los cuidados que se van a llevar a cabo para prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Los cuidados se realizan mediante las **intervenciones enfermeras** que “se consideran todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente” NIC⁽⁴⁶⁾. Para ello se seguirán unos **criterios de resultado** que “son estados, conductas o percepciones de un individuo, familia o comunidad medidos a lo largo de un continuo en respuesta a las intervenciones de enfermería y que son susceptibles de ser medidos y evaluados” NOC⁽⁴⁵⁾.

La **ejecución** es el cuarto paso para la realización de un plan de cuidados y, en definitiva, la puesta en práctica del proceso elaborado.

Finalmente, todo plan de cuidados requiere una **evaluación**, en la que se comparen los resultados obtenidos con los resultados esperados, para valorar su eficacia.

En la elaboración de este trabajo la valoración de la paciente se ha realizado siguiendo los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, la taxonomía enfermera NANDA⁽⁴⁴⁾ para identificar los diagnósticos enfermeros, la clasificación de resultados de enfermería NOC⁽⁴⁵⁾ y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC⁽⁴⁶⁾.

Los planes de cuidados pueden ser estandarizados o individualizados. Un plan de cuidados **estandarizado** es aplicable a cualquier paciente con un mismo problema de salud, mientras que el plan de cuidados **individualizado** está hecho a medida de un paciente concreto en una situación concreta.

Existen modelos y planes de cuidados estandarizados para el cáncer colorrectal creados por profesionales de enfermería en diferentes hospitales españoles ⁽⁴⁰⁻⁴³⁾. El plan de cuidados estandarizado es una guía general para la puesta en marcha de las intervenciones enfermeras, pero cada paciente tendrá situaciones concretas ante las cuales la enfermera debe individualizar.

El desarrollo de este trabajo está destinado a la realización de un plan de cuidados individualizado para una paciente con diagnóstico médico de adenocarcinoma rectal, sometida a una resección abdominoperineal con colostomía

permanente, ingresada en el servicio de cirugía digestiva del Hospital Clínico San Carlos.

DESARROLLO - PLAN DE CUIDADOS

SITUACIÓN ACTUAL

Mujer de 45 años que acude a consulta médica de su centro de salud habitual por presentar durante un mes cambios en el hábito intestinal con estreñimiento frecuente, evacuación dificultosa y dolorosa de las heces mezcladas con sangre.

Debido al antecedente familiar de padre con cáncer colorrectal, se decide derivar a la paciente a consulta de digestivo, para realizar pruebas diagnósticas de forma ambulatoria:

- Tacto rectal: se localiza una masa anormal aproximadamente a 2 cm del margen anal.
- Sigmoidoscopia rígida: lesión neoplásica a 2 cm del margen anal que recubre buena parte de la circunferencia rectal con bordes regulares y aspecto ulcerativo algo sangrante.
- Se realiza toma de biopsia, objetivándose el resultado histológico de adenocarcinoma.
- Colonoscopia flexible: no hay evidencias de tumores sincrónicos ni pólipos en otros niveles del aparato intestinal.
- Ecografía endorrectal: la masa tumoral invade la pared rectal en sus capas submucosa y muscular llegando hasta la capa serosa. No se localiza afectación ganglionar.
- TAC toraco-abdomino-pélvico: no se objetiva metástasis a distancia en ningún órgano.
- Estudio analítico: Marcador tumoral CEA: 5 ug/L, Leucocitos: $13.9 \times 10^9/\mu\text{L}$, Hematocrito: $3.8 \times 10^9/\mu\text{L}$, Hemoglobina: 11 g/dl.

Se realiza estudio preoperatorio completo sin encontrar contraindicación de cirugía y se decide incluir a la paciente en lista de espera preferente para cirugía de resección abdominoperineal (RAP), con colocación de colostomía permanente sin conservación del esfínter anal, debido a la localización del tumor.

Ingreso en el servicio de cirugía digestiva el día 10 de Octubre 2011 a las 16:30 h en la cama 3S1512, con diagnóstico médico de adenocarcinoma rectal, posterior a cirugía RAP, portadora de colostomía sigmoide permanente en parte inferior del lado izquierdo del abdomen.

Antecedentes personales

- HTA.
- Hernia discal operada en el 2005.

Antecedentes familiares

- Padre con cáncer colorrectal a los 66 años.
- Madre DM.

Tratamiento farmacológico habitual

- Enalapril 20mg cada 24h.

Tratamiento farmacológico actual

- Paracetamol 1g (IV) cada 8h.
- Nolotil 1 ampolla de 2g (IV) cada 8h (alternando con paracetamol).
- Clexane 40mg cada 24h.
- Omeprazol 40mg cada 24h.
- Enalapril 20mg cada 24h.
- Primperan 1 ampolla de 10 mg (si precisa).
- Orfidal 1 mg (si precisa).

Exploración física

- Tensión arterial: 125/65 mm Hg.
- Temperatura: 36.8 °C.
- Frecuencia cardiaca: 82 lpm.
- Auscultación cardiaca: rítmico sin soplos.
- Frecuencia respiratoria: 15 rpm.
- Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado.
- Peso: 65 Kg.
- Altura: 170 cm.
- IMC: 22,49 Kg/m².
- Estado de la piel: hidratada.
- Estado de mucosas: hidratadas.
- Portadora de vía venosa periférica en miembro superior izquierdo (calibre 18).
- Exploración abdominal: abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos positivos. Cicatriz abdominal limpia y con buen aspecto. Mucosa intestinal de colostomía levemente edematosa y zona periestomal enrojecida.
- Exploración perineal: herida limpia, levemente enrojecida e inflamada.

- RUPP según escala Norton modificada del H. Clínico San Carlos (Anexo, tabla 4):
 - ✓ Estado físico: Bueno 3.
 - ✓ Estado mental: Alerta 3.
 - ✓ Movilidad: Autónoma 3.
 - ✓ Sensibilidad: Presente 3.
 - ✓ Incontinencia: Ninguna 3.

La paciente no tiene riesgo de padecer úlceras por presión. Norton 0.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

Patrón 1: Manejo-percepción de la salud

La paciente afirma que su salud en general, exceptuando la hipertensión, ha sido buena. La hipertensión comenzó a los 30 años, después de su segundo embarazo en el que sufrió preclampsia. Acude a sus controles en su centro de salud y toma regularmente su medicación prescrita sin haber tenido ningún episodio de complicación de la enfermedad, ni baja laboral por esta causa.

Siempre ha mantenido una alimentación variada y equilibrada, baja en sal y grasas, como medidas complementarias a su tratamiento farmacológico, con el fin de mantener sus niveles de tensión arterial dentro de los valores saludables.

Afirma que previamente al diagnóstico de cáncer, siempre siguió las recomendaciones de su médico y enfermera en cuanto a la realización de ejercicio y fue disminuyendo el número de cigarrillos (anteriormente fumaba un paquete diario y actualmente fuma como máximo 4 cigarrillos al día) con intención de abandonar por completo este hábito y mejorar su enfermedad hipertensiva. En cuanto al alcohol, afirma no beber más de una cerveza a la semana, durante el fin de semana y nunca ha probado otro tipo de drogas.

Dado el antecedente de cáncer colorrectal de su padre, tenía pensado consultar al médico para iniciar su revisión colonoscópica y someterse a cribado a los 50 años, como prevención y diagnóstico precoz en caso de que fuera positiva, pero nunca pensó que pudiera ocurrirle a ella y por eso se demoró en realizar dicha consulta. Al inicio de los primeros síntomas acudió a su médico y el resultado fue el diagnóstico definitivo del tumor.

Actualmente la paciente es portadora de una colostomía a nivel de colon sigmoides, en la parte inferior izquierda del abdomen, vía periférica en miembro superior izquierdo para infusión de medicación, drenaje abdominal Jackson Pratt n^o 20 en lado derecho. Fue portadora de drenaje perineal penrose a bolsa retirado el segundo día de su estancia en planta.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

La paciente mantiene que su alimentación siempre ha sido buena, le gusta comer de todo, distribuido en cuatro comidas al día, de forma saludable, sin haber presentado nunca alergias ni intolerancia a ningún alimento. Desde que le diagnosticaron su hipertensión, ha seguido una dieta baja en sal y libre de grasas. Ella siempre ha intentado que la ingesta de líquidos diaria llegue a los dos litros, controlando lo que bebe de tal manera que al menos un litro y medio sea de agua. Sabe que ahora su alimentación debe variar para controlar mejor la consistencia de las heces y los olores que se desprenden. Actualmente tiene pautada una dieta semilíquida en proceso de tolerancia hacia dieta blanda.

Su peso siempre ha sido el correcto para su talla, con un IMC dentro del rango saludable. Durante la estancia hospitalaria ha disminuido 2 Kg. y ella afirma que es porque su apetito se ha visto afectado por las circunstancias en las que se encuentra y a la preparación a la que se sometió de limpieza de colon para la cirugía.

No tiene problemas de deglución ni ha presentado regurgitación, pirosis, náuseas o vómitos. Tampoco presenta problemas dentales ni lesiones en la zona bucal y no refiere mal sabor de boca o halitosis.

Tiene una buena hidratación de piel, sin presencia de escamas, grietas o ulceraciones y buen aspecto de uñas. Buena hidratación de mucosas, exceptuando el estoma de la colostomía, que se encuentra levemente edematoso por la reciente apertura. La zona periestomal se encuentra enrojecida debido a la colocación y adhesión de las bolsas colectoras. La herida quirúrgica abdominal (herida 1) está siendo curada a diario, manteniendo buen aspecto y coloración, limpia y sin signos ni síntomas de infección. La herida perineal (herida 2) presenta un aspecto más inflamado y enrojecido.

Patrón 3: Eliminación

La situación de la paciente en cuanto al patrón de eliminación intestinal ha cambiado por completo. La paciente actualmente defeca por la colostomía heces de consistencia líquida y color marrón-amarillento, de manera casi continua sin dolores ni molestias.

La paciente asegura que el primer día le costó mucho observar y participar en el cambio de su colostomía porque la nueva situación era más extraña de lo que esperaba y le generaba algo de ansiedad. Actualmente después de 3 días se muestra algo más positiva y observa la limpieza de su colostomía y recambio de dispositivo colector, aunque aún no lo realiza ella sola. Muestra algo de interés por conocer los distintos dispositivos que existen en el mercado y por aprender pronto la técnica de la irrigación, para poder tener un mayor control de sus deposiciones.

A pesar de que está comenzando a asimilar la situación verbaliza su preocupación por el olor que puede desprenderse de su colostomía y que las personas de su alrededor lo noten. Cree que en el hospital es muy fácil, porque es un entorno tolerante a “estas cosas” pero que fuera de él no va a ser capaz de realizar el cambio de bolsa en cualquier parte que esté fuera de su casa, porque el olor es realmente desagradable y le avergüenza que desconocidos perciban su situación. Sabe que hay alimentos como el huevo, la cebolla, el ajo o el pepino que le gustan mucho pero aumentan el olor de las heces, por lo que deberá disminuirlos en su dieta y esto es algo que no le convence. Se muestra reticente: “me fastidia mucho tener que depender de esto para mi alimentación, pero tendré que acostumbrarme a ello si quiero evitar al máximo los olores y eliminarlos por completo de mi dieta”.

Respecto a la eliminación urinaria la paciente fue portadora de sonda vesical que fue retirada sin signos de retención urinaria y con micción espontánea. Actualmente este patrón de eliminación es normal, con una frecuencia de 4 ó 5 veces al día y orina de aspecto normal. En cuanto a la sudoración, la paciente comenta que siempre le han sudado mucho las manos, sobre todo en estados de nerviosismo, pero nunca ha tenido problemas de olor.

Respecto al drenaje abdominal, se observa débito serohemático.

Patrón 4: Actividad-Ejercicio

La paciente asegura que siempre ha llevado una vida muy activa. Su trabajo como comercial, le exigía andar bastante a lo largo de la mañana y le gustaba realizar siempre algo de ejercicio aeróbico por las tardes, por eso se iba a andar o montar en bici durante al menos media hora, como mínimo 3 veces entre semana y todos los fines de semana. La paciente afirma no forzar mucho en el ejercicio que realiza y controlar la respiración, para que no se disparen sus niveles de tensión arterial.

A ella y a su familia les gustaba pasar muchos fines de semana junto a algunos grupos de amigos, con los que realizan viajes de turismo y ocio a pueblos de montaña.

Nunca ha tenido problemas para realizar todas las actividades de la vida diaria y realizarse el autocuidado. Actualmente se alimenta, se mueve, se viste y se arregla sin ningún tipo de dificultad, pero manifiesta que a la hora de realizar el baño diario, aun después de haber pasado 3 días desde la operación, sigue sintiendo cierta aprensión por observarse desnuda con ese “agujero” en el abdomen. La paciente requiere ayuda y supervisión en este autocuidado, porque asegura que se siente intranquila para realizar sola la limpieza de la zona periestomal. Su movilidad en general es buena, aunque se siente poco segura cuando se encuentra en la cama y quiere realizar un giro hacia el lado de su colostomía. Afirma que no es porque sienta dolor, sino por la sensación de tener la bolsa y creer que puede dañarse el estoma.

Patrón 5: Sueño-Descanso

La paciente afirma que su patrón del sueño no es igual al que tenía previamente en su casa. En el hospital las horas de sueño han disminuido y ella lo atribuye a la falta de ambiente favorable a la hora de dormir durante la noche. La paciente asegura que generalmente, nunca ha requerido más de 15 o 20 minutos aproximadamente para conciliar el sueño y en el hospital necesita más de media hora para conseguirlo. Durante la noche se despierta un par de veces por ruidos externos o por entradas de la enfermera a la habitación y luego tiene dificultades para volver a quedarse dormida. A pesar de ello asegura no haber necesitado medicación para dormir y afirma que se siente descansada para comenzar el día por las mañanas.

Durante el día intenta relajarse y echar una cabezadita después de la comida durante el periodo de siesta, pero no siempre lo consigue ya que para dormir necesita silencio, tranquilidad y oscuridad y no siempre esto es favorable en el hospital.

La paciente declara que en esos momentos de dificultad para conciliar el sueño utiliza tapones para los oídos a fin de disminuir el sonido ambiente y antifaz para evitar la luz que le molesta para conseguir dormirse.

A pesar de estos contratiempos en sus momentos de relax y sueño asegura que se encuentra descansada durante el día y no han supuesto ninguna alteración para su salud.

Patrón 6: Cognitivo-Perceptual

La paciente declara que su audición es normal y que nunca había necesitado gafas hasta hace unos 5 años que comenzó a tener la vista cansada, por lo que necesita usar gafas para la lectura de cerca, coser y uso del ordenador.

No presenta alteraciones del gusto, tacto ni del olfato y su memoria se presenta correcta para recuerdos actuales y antiguos según dice. Su concentración siempre ha sido normal, pero asegura que le cuesta prestar atención a la lectura que realiza actualmente en el hospital, porque no consigue centrarse debido al ambiente. Nunca ha tenido problemas en el aprendizaje ni el lenguaje y su capacidad para responder a preguntas y exponer ideas es normal.

Manifiesta que siente menos dolor físico del que esperaba tener después de la cirugía. No percibe un dolor alto, sino refiere más una sensación de dolor molesta e incómoda que cede con la administración de la analgesia pautaada. Mantiene en todo momento que el dolor que ella siente es más psicológico que corporal y que permanecerá hasta que consiga adaptarse a la nueva situación. Afirma que “esto no es dolor, esto es sufrimiento”.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

La primera vez que la paciente observó su colostomía comenzó a llorar y tuvo un sentimiento de “vacío y frustración”. Sabía lo que le esperaba después de entrar en el quirófano pero mantiene que “no es lo mismo imaginárselo que vivirlo en tus propias carnes”. Al día siguiente de la cirugía se puso delante del espejo y sintió una emoción de rechazo por su imagen corporal. Actualmente, después de 3 días, afirma que con ayuda de su familia y amigos esta comenzando a asumir lentamente la situación, a tener predisposición a que le enseñen y aprender técnicas y actitudes nuevas que le ayuden a afrontar su nueva vida con la colostomía. Sabe que le va a costar mucho adaptarse, pero su actitud es positiva y dice “lo importante es que estoy viva”.

A pesar de que su objetivo es luchar y ser positiva en estos momentos, afirma que sigue sintiendo cierto grado de rechazo por su imagen corporal y mantiene que lo que más le preocupa de todo, es su vida en un futuro. Reconoce que aunque finalmente consiga adaptarse a su nueva situación, nunca va a estar conforme con su nueva imagen. Además reconoce tener momentos de “bajón y desesperanza” pensando en ello, sobre todo cuando se queda sola en la habitación.

Agradece mucho la ayuda que está teniendo por parte del personal sanitario, porque declara estar recibiendo muy buena asistencia, no solo en lo físico sino también en lo mental. Se le ha ofrecido ánimo y empatía, por lo que reconoce sentirse muy agradecida.

Patrón 8: Rol-Relaciones

La paciente vive con su familia compuesta por el marido y dos hijos. Dice que su vida familiar siempre ha tenido un clima de confianza, en el que todos ponen de manifiesto sus problemas, sentimientos e ideas, porque están muy unidos y se apoyan mutuamente. Nunca han tenido discusiones graves entre ellos, que hubieran podido afectar al núcleo familiar.

Declara que la familia ha sido su principal apoyo. Desde que les comunicó su enfermedad, han sabido afrontarlo con entereza y le han brindado su ayuda en todo momento. Afirma que sin la ayuda de su familia nada habría sido igual porque “son ellos los que en el día a día hacen que me de cuenta del tesoro tan grande que tengo y de que necesito seguir luchando por ellos”.

Le agrada mucho haber recibido visitas y llamadas de todos los amigos y compañeros de trabajo afines a ella, porque dice haberse dado cuenta de que realmente la valoran y la aprecian.

Afirma que “lo bueno de haber tenido que enfrentarme a esta situación es darme cuenta de la importancia que tiene poder contar con una familia y amigos como los que tengo, porque hasta ahora no los había valorado en la medida que se

merecen”. Señala que sin ellos, el proceso habría sido difícil y desesperante, mientras que de esta manera todo ha ido fluyendo de manera más ligera y menos desoladora.

Patrón 9: Sexualidad-Reproducción

La paciente aún tiene el periodo, aunque afirma que ya no es tan regular en fechas como anteriormente. Siempre había tenido ciclos muy regulares de 28 a 30 días, pero declara que actualmente y desde hace aproximadamente un año, tiene la menstruación cada dos e incluso tres meses, con la misma duración que las anteriores, unos cuatro días. Dice que de momento no nota los síntomas de menopausia como sofocos, cambios de humor, sequedad vaginal, etc.

Ha tenido dos embarazos y dos hijos sin ningún aborto. Durante el segundo embarazo tuvo amenaza de aborto en la semana 20 de gestación, por lo que le recomendaron reposo e inactividad sexual hasta que cesaran los síntomas. La evolución fue favorable y ahora puede disfrutar de su hijo.

En cuanto a las relaciones sexuales, la paciente afirma que siempre han sido buenas y nunca ha tenido ningún problema en relacionado con esta esfera. El preservativo ha sido el método anticonceptivo que ella ha utilizado durante toda su vida. Aunque todavía no ha mantenido relaciones sexuales después de la cirugía dice “me va a costar mucho volver a la intimidad que tenía antes con mi marido en la cama” y no sabe si conseguirá algún día no tener en cuenta su “agujero” de la tripa y poder ser psicológicamente fuerte para volver a tener una vida sexualmente activa. Tiene claro que si consigue afrontar la situación y vuelve a mantener relaciones sexuales con su marido, será siempre tapando su zona abdominal para que “la deformidad no le distraiga y disminuya su atracción por ella”.

Sabe que su marido le está apoyando en todo el proceso y le dice que a él no le importa nada que haya cambiado algo de su cuerpo, que la sigue queriendo igual o más que antes y que lo importante es que sigue viva y van a poder disfrutar muchos momentos juntos todavía.

Patrón 10: Adaptación-Tolerancia al estrés

La paciente dice que su vida dio un giro brusco cuando le dieron la noticia de que tenía un tumor en su recto. Afirma que notó un gran vacío y “unas ganas imperiosas de creer que se encontraba dormida y todo era una pesadilla”, pero pronto comenzó a ver la luz y pensó “que tenía que plantar cara a esta guerra y ganarla con éxito”, sobre todo por sus dos hijos. Uno de los temores más importantes que le supuso este suceso, fue el de cómo contárselo a sus familiares y amigos, pero finalmente sacó fuerzas para ello y todos lo aceptaron con fortaleza.

La paciente mantiene que su marido es el pilar fundamental en el que se está apoyando en estos momentos. Con él puede hablar de todo y le ayuda a mantener la

calma en esos momentos en los que la ansiedad le invade por miedo a lo que vendrá después del hospital. Muestra cierto grado de ansiedad por la situación “que le espera detrás de las puertas del hospital” e incertidumbre por saber si su adaptación a las nuevas circunstancias va a ser buena o le va a costar mucho esfuerzo controlar las adversidades.

Patrón 11: Valores-Creencias

La paciente dice ser creyente, pero reconoce que no participa mucho en la vida religiosa. Está casada por la iglesia y sus hijos fueron bautizados, pero los únicos actos religiosos a los que acude son los que se hacen por motivos familiares como bodas, bautizos o comuniones y los realizados en el colegio de sus hijos, que es de una congregación religiosa.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Patrón 1: Manejo-percepción de la salud

Riesgo de infección (00004) relacionado con procedimientos invasivos; vía venosa periférica, heridas quirúrgicas abdominal y perineal, drenajes abdominal y perineal⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 0702 Estado inmune⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar
	G	S	M	L	N	
Temperatura corporal	1	2	3	4	5	5
Integridad cutánea	1	2	3	4	5	5
Integridad mucosa	1	2	3	4	5	5

COMPROMETIDO: Gravemente (G), Sustancialmente (S), Moderadamente (M), Levemente (L), No comprometido (N)

Intervención: 6550 Protección contra las infecciones⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Inspeccionar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y las membranas mucosas.
- Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica.

Criterio de resultado: 1102 Curación de la herida: por primera intención⁽⁴⁵⁾.

Localización de heridas:

- Herida 1: (12) Línea media abdominal.
- Herida 1: (48) Zona perineal (sacro).

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar
	N	E	M	S	EX	
Aproximación de los bordes de la herida	1	2	3	4	5	5
Formación de cicatriz	1	2	3	4	5	5
	EX	S	M	E	N	
Secreción serosanguinolenta de la herida 1	1	2	3	4	5	5
Secreción serosanguinolenta de la herida 2	1	2	3	4	5	5
Secreción serosanguinolenta del drenaje	1	2	3	4	5	5
Eritema cutáneo circundante de la herida 1	1	2	3	4	5	5
Eritema cutáneo circundante de la herida 2	1	2	3	4	5	5
Edema perilesional de herida 1	1	2	3	4	5	5
Edema perilesional de herida 2	1	2	3	4	5	5

Ninguno (N), Escaso (E), Moderado (M), Sustancial (S), Extenso (EX)

Intervención: 3440 Cuidados del sitio de incisión⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Vigilar el proceso de curación en el sitio de la incisión.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada.
- Limpiar desde la zona más limpia hacia la zona menos limpia.
- Observar si hay signos y síntomas de infección en la incisión.
- Retirar las grapas cuando esté indicado.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.

Intervención: 3662 Cuidados de las heridas: drenaje cerrado⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerrado, de acuerdo con el procedimiento.
- Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados.
- Evitar acodar los tubos.
- Inspeccionar las suturas, manteniendo el dispositivo de recogida en su sitio.
- Fijar el aparato de drenaje cerrado a las ropas del paciente o de la cama.
- Eliminar los vendajes sucios, los suministros y el drenaje de manera adecuada.

Protección ineficaz (00043) relacionada con la administración de anticoagulantes y manifestado por alteración de la coagulación⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 0409 Coagulación sanguínea⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar a
	G	S	M	L	S	
Sangrado	1	2	3	4	5	5
Hematomas	1	2	3	4	5	5

DESVIACIÓN DEL RANGO NORMAL: Grave (G), Sustancial (S), Moderado (M), Leve (L), Sin desviación (S)

Intervención: 4010 Precauciones con hemorragias⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay presencia de sangre franca u oculta).
- Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia.
- Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas, si se produjeran hemorragias.
- Evitar procedimientos invasivos en la medida que se pueda.
- Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal.

Patrón 2: Nutricional-Metabólico

Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos (00025) relacionado con pérdida de líquidos en deposiciones continuas de heces con consistencia líquida⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 060 Equilibrio hídrico⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar
	G	S	M	L	N	
Entradas y salidas diarias equilibradas	1	2	3	4	5	5
Hidratación cutánea	1	2	3	4	5	5
Humedad de las membranas mucosas	1	2	3	4	5	5

COMPROMETIDO: Gravemente (G), Sustancialmente (S), Moderadamente (M), Levemente (L),
 No comprometido (N)

Intervención: 4120 Manejo de líquidos⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Realizar un registro de ingesta y eliminación.
- Vigilar el estado de hidratación.
- Controlar ingesta de alimentos/líquidos.
- Favorecer la ingesta oral de líquidos.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) relacionado con humedad en la zona periestomal⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar
	G	S	M	L	N	
Temperatura de la piel	1	2	3	4	5	5
Hidratación	1	2	3	4	5	5
Lesiones cutáneas	1	2	3	4	5	5
Eritema	1	2	3	4	5	5

COMPROMETIDO: Gravemente (G), Sustancialmente (S), Moderadamente (M), Levemente (L),
 No comprometido (N)

Intervención: 3590 Vigilancia de la piel⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel y membranas mucosas.
- Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
- Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel.
- Vigilar el color de la piel.
- Comprobar la temperatura de la piel.

Intervención: 0480 Cuidados de la ostomía⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Instruir al paciente en la utilización del equipo de la ostomía/cuidados.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente.
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.
- Cambiar / vaciar la bolsa de ostomía.
- Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.

Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto

Ansiedad (00146) relacionado con cambio en el estado de salud; manifestado por expresión de preocupación por los cambios derivados de esta situación en su vida⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 1211 Nivel de ansiedad⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar
	G	S	M	L	N	
Desasosiego	1	2	3	4	5	5
Inquietud	1	2	3	4	5	5
Ansiedad verbalizada	1	2	3	4	5	5
Preocupación exagerada por eventos vitales	1	2	3	4	5	5
Trastorno de los patrones del sueño	1	2	3	4	5	5

COMPROMETIDO: Gravemente (G), Sustancialmente (S), Moderadamente (M), Levemente (L),
No comprometido (N)

Intervención: 5820 Disminución de la ansiedad⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre la situación estresante.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Escuchar con atención.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Criterio de resultado: 1302 Afrontamiento de problemas⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar a
	N	R	A. V	F	S	
Verbaliza aceptación de la situación	1	2	3	4	5	5
Modifica el estilo de vida cuando se requiere	1	2	3	4	5	5
Busca ayuda profesional de forma adecuada	1	2	3	4	5	5
Refiere disminución de los síntomas negativos	1	2	3	4	5	5
Refiere aumento del bienestar psicológico	1	2	3	4	5	5

Nunca demostrado (N), Raramente demostrado (R), A veces demostrado (A. V), Frecuentemente demostrado (F), Siempre demostrado (S)

Intervención: 5230 Aumentar el afrontamiento⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia. Fomentar un dominio gradual de la situación.
- Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones, y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella.

Trastorno de la imagen corporal (00118) relacionado con la colostomía; manifestado por expresión y verbalización de sentimiento de rechazo a su nueva situación corporal⁽⁴⁴⁾.

Criterio de resultado: 1200 Imagen corporal⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar a
	N	R	A. V	F	S	
Voluntad para tocar la parte corporal afectada	1	2	3	4	5	4
Satisfacción con el aspecto corporal	1	2	3	4	5	3
Adaptación a cambios en el aspecto físico	1	2	3	4	5	3
Adaptación a cambios en la función corporal	1	2	3	4	5	3
Voluntad de usar estrategias para mejorar la función	1	2	3	4	5	4

Nunca positivo (N), Raramente positivo (R), A veces positivo (A. V), Frecuentemente positivo (F), Siempre positivo (S)

Intervención: 5220 Potenciación de la imagen corporal⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Ayudar a determinar la influencia de los grupos a los que pertenece en la percepción del paciente de su imagen corporal actual.
- Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal.
- Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.
- Identificar los medios de disminución del impacto causado por la desfiguración.

Intervención: 5270 Apoyo emocional⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza.

EDUCACIÓN SANITARIA

Paralelamente a las intervenciones realizadas para cubrir las necesidades de la paciente detectadas en los diagnósticos enfermeros, se llevan a cabo actividades dirigidas a la educación sanitaria para el autocuidado de la colostomía. Estas

intervenciones son puestas en marcha de manera conjunta, entre la enfermera de la unidad de cirugía digestiva y las enfermeras de la unidad de ostomías del Hospital Clínico San Carlos.

Criterio de resultado: 1615 Autocuidado de la ostomía⁽⁴⁵⁾.

Indicadores	Nivel basal					Mantener/Aumentar a
	N	R	A. V	F	S	
Se muestra cómodo viendo el estoma	1	2	3	4	5	5
Mide el estoma para el ajuste adecuado del aparato.	1	2	3	4	5	5
Demuestra cuidados de la piel alrededor de la ostomía.	1	2	3	4	5	5
Cambia la bolsa de la ostomía.	1	2	3	4	5	5
Sigue un programa para cambiar la bolsa de la ostomía.	1	2	3	4	5	5
Evita alimentos y bebidas flatulentas	1	2	3	4	5	5
Mantiene una ingesta adecuada de líquidos	1	2	3	4	5	5
Sigue la dieta recomendada	1	2	3	4	5	5
Evita alimentos que producen olor	1	2	3	4	5	5
Expresa aceptación de la ostomía	1	2	3	4	5	5

Nunca demostrado (N), Raramente demostrado (R), A veces demostrado (A. V), Frecuentemente demostrado (F), Siempre demostrado (S)

Intervención: 0480 Cuidados de la ostomía⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Instruir al paciente en la utilización del equipo de la ostomía.
- Disponer la demostración de uso del equipo al paciente.
- Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente
- Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.
- Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.
- Animar al paciente a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Examinar los cuidados de la ostomía del paciente.
- Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.
- Controlar las pautas de eliminación.

- Instruir al paciente acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación.
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma.
- tejido circundante.
- Enseñar al paciente a masticar concienzudamente, a evitar alimentos que antes le hubiesen causado trastornos digestivos y a beber líquidos en abundancia.
- Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual.
- Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Se han identificado problemas de colaboración en los que la enfermera realiza intervenciones de forma interdependiente con el médico.

Intervención: 6550 Protección contra las infecciones⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, el recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.

Intervención: 4010 Precauciones con hemorragias⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Realizar estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), fibrinógeno, degradación de fibrina / productos de separación y recuento de plaquetas.
- Evitar en la medida que se pueda inyecciones y procedimientos invasivos.

Intervención: 5820 Disminución de la ansiedad⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si fuera preciso.

Intervención: 2314 Administración de medicación: intravenosa (i.v.)⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Seguir los cinco principios de administración de medicación.

- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos i.v.
- Comprobar las fechas de caducidad de los fármacos y de las soluciones.
- Administrar la medicación i.v. con la velocidad adecuada.
- Valorar al paciente para determinar la respuesta a la medicación.

Intervención: 2304 Administración de medicación: oral⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida, según proceda.
- Informar al paciente de las acciones y posibles efectos adversos esperados de los medicamentos.
- Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
- Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente.

Intervención: 2317 Administración de medicación: subcutánea⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- Tener en cuenta las indicaciones y contraindicaciones de la inyección subcutánea.
- Elegir la aguja y la jeringa correctas según la información del paciente y de la medicación.
- Elegir el lugar de inyección adecuado.
- Palpar el lugar de inyección para valorar si hay edemas o masas o si está blando; evitar zonas con cicatrices, contusiones, abrasiones o infecciones.
- Utilizar lugares abdominales al administrar heparina subcutánea.
- Administrar la inyección utilizando técnicas asépticas.
- Introducir la aguja rápidamente en un ángulo de entre 45 y 90° en función del tamaño del paciente.
- Controlar si se producen los efectos esperados o adversos de la medicación.

ALTA DE ENFERMERÍA

La paciente es dada de alta el día 18 de Octubre del 2011 a las 15:00 h. Se realiza el alta de enfermería para la planificación de la continuidad de los cuidados y seguimiento en atención primaria de salud, así como las recomendaciones a seguir para la óptima evolución de la paciente.

Intervención: 7370 Planificación al alta⁽⁴⁶⁾.

Actividades⁽⁴⁶⁾:

- Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna.
- Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente para poner en práctica después d el alta.
- Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
- Observar si todo está listo para el alta.
- Comunicar al paciente los planes de alta.
- Registrar los planes respecto del alta del paciente.
- Fomentar los cuidados de sí mismo.
- Establecer el alta al siguiente nivel de cuidados.

EVALUACIÓN

Diagnósticos resueltos

- Riesgo de infección.
- Protección ineficaz.
- Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Diagnósticos mejorados pero no resueltos

- Ansiedad.
- Trastorno de la imagen corporal.

Durante su estancia hospitalaria, la paciente ha evolucionado favorablemente y los resultados obtenidos tras realizar el plan de cuidados propuesto han sido los esperados.

Los drenajes perineal y abdominal fueron retirados al segundo y tercer día respectivamente, mientras que las heridas quirúrgicas progresaron adecuadamente sin signos ni síntomas de infección, por lo que se retiraron las grapas al séptimo día de la intervención.

La zona periostomal se encuentra íntegra sin alteraciones cutáneas y las deposiciones evacuadas a través de la colostomía ya son de heces formadas y gases.

La situación psicológica de la paciente respecto a su imagen corporal y a la ansiedad por su vida futura, han evolucionado de manera positiva, aunque no se han

resuelto por completo. Por ello requieren un seguimiento por parte de los profesionales de atención primaria, para valoración de necesidad de atención por parte de otros profesionales de salud.

En su ingreso hospitalario la paciente ha sido formada en el aprendizaje del cuidado y manejo de su ostomía e informada de las recomendaciones a seguir para amoldarse a la nueva situación. Al alta participará en programas de educación sanitaria para el paciente colostomizado en su centro de atención primaria, con el fin de mejorar la adaptación a su vida fuera del hospital y seguirá los controles y revisiones pautadas por su médico.

En comparación con otros planes de cuidados estandarizados del paciente con cáncer colorrectal propuestos por profesionales de enfermería de diversos hospitales españoles⁽⁴¹⁻⁴³⁾, este plan de cuidados coincide con todos ellos en que la paciente presenta riesgo del déficit del volumen de líquidos, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, ansiedad y trastorno de la imagen corporal. Estos planes incluyen otros diagnósticos que no se han encontrado alterados en esta paciente, ya que la valoración del plan de cuidados propuesto en este trabajo ha sido individualizada y específica para una situación concreta y no de forma estandarizada.

CONCLUSIÓN

El impacto emocional que supone la colocación de una colostomía es asolador cuanto más si hablamos de una colostomía permanente. El paciente se enfrenta a un giro drástico en su vida por las alteraciones que derivan de este cambio en su imagen corporal, sexualidad, nutrición, hábitos deportivos, vida laboral y demás estilos de vida que llevaba hasta el momento. Las personas que se enfrentan a esta nueva situación van a necesitar ayuda en la recuperación de la etapa convaleciente y en la adaptación al nuevo modo de vivir con su colostomía.

Los pacientes colostomizados ven en el personal de enfermería un apoyo fundamental y necesario en el momento de adquirir nuevas actitudes y aptitudes que les ayuden a afrontar esta etapa. Es fundamental en la asistencia que el personal de enfermería esté formado en conocimientos y destrezas para realizar los cuidados básicos del estoma y para cubrir el apoyo emocional del paciente y la familia. De la misma manera la enfermería tiene un papel fundamental en materia de educación para entrenar al paciente en el aprendizaje de técnicas y sistemas de manejo de su colostomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer en España.com. [Internet] [citado 4 noviembre 2011]. Disponible en: www.seom.org
2. Instituto Nacional del cáncer. [sede Web] [citado 4 noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/recto/HealthProfessional>
3. Viñes JJ, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de la causalidad. An Sis San Navarra. 2003;26(1):81.
4. Borràs JM, Pareja L, Peris M, Espinàs JA. Análisis de la incidencia, la supervivencia y la mortalidad según las principales localizaciones tumorales, 1985-2019: cáncer colorrectal. Med Clin (Barc). 2008;131(Supl 1):58-62.
5. Viñes JJ, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología clínica del cáncer colorrectal: la detección precoz. Cir Esp [Internet]. 2003;73(1):2-8. [citado 7 noviembre 2011]. Disponible en: www.cirugest.com/htm/revisiones/cir15-14/15-14-12.pdf
6. Castells A, Marzo M, Amador FJ, Andreu M, Bellas B, Lanás Á, et al. Prevención del cáncer colorrectal. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2009.
7. Franco A, Sikalidis AK, Solís Herruzo JA. Colorectal cancer: influence of diet and lifestyle factors. Rev Esp Enferm Dig. 2005;97(6):432-448.
8. Solera Alberio J, Tárraga López PJ, Carbayo Herencia JA, López Cara MA, Celada Rodríguez A, Cerdán Oliver M, et al. Influencia de la dieta y los estilos de vida en el cáncer colorrectal. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99(4):190-200.
9. Hano García OM, Wood Rodríguez L, Galbán García E, Abreu Vázquez MR. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Rev Cuba Med. 2011;50(2):118-132.
10. Shrubsole MJ, Wu H, Ness RM, Shyr Y, Smalley E, Zheng W. Alcohol drinking, cigarette smoking, and risk of colorectal adenomatous and hyperplastic polyps. Am J Epidemiol. 2008;167:1050–1058.
11. Samad AKA, Taylor RS, Marshall T, Chapman MAS. A meta-analysis of the association of physical activity with reduced risk of colorectal cancer. Colorectal Disease. 2005;7:204–213.

12. García Rodríguez LA, Huerta Alvarez C. Reduced risk of colorectal cancer among long-term users of aspirin and nonaspirin nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Epidemiology*. 2001 Jan; 12(1):88-93.
13. Montenegro YM, Ramírez AT, Muñetón CM. Cáncer colo-rectal heredado/hereditary colo-rectal cancer. mar. 2002. *Rev Colomb Cir*; 17(1):31-36.
14. Díaz Tasende, Marín Gabriel JC. Cribado del cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(6):315-319.
15. Quintero E. ¿Test químico o test inmunológico para la detección de sangre oculta en heces en el cribado del cáncer colorrectal? *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(8);565-576.
16. McCourt J, Armitage J, Monson RT. Actualización: Cáncer rectal. *Surgeon*. 2009;7(3):162-169.
17. Cáncer colorrectal. *Intramed*. [Internet] [citado 10 noviembre 2011] Disponible en: http://www.intramed.net/sitios/librovirtual8/pdf/8_03.pdf
18. López F, Pinedo G, Zárate A, Avendaño R, Soto G. Utilidad de la endosonografía rectal en la etapificación preoperatoria del cáncer de recto. *Rev Chil Cirugía*. 2003;55(2):136-140.
19. Vila JJ, Jiménez FJ, Irisarri R, Martínez A, Amorena E, Borda F. Estadificación del cáncer de recto mediante ultrasonografía endoscópica: correlación con la estadificación histológica. Madrid: *Rev Esp Enferm Dig*. 2007; 99(3):132-137.
20. MERCURY Study Group. Diagnostic accuracy of preoperative magnetic resonance imaging in predicting curative resection of rectal cancer: prospective observational study. Originally published online 19 Sep 2006. [Internet] [cited 2011 nov 15]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/333/7572/779.full>
21. Brown S, Davies S, Williams GT, MWBourne, RG Newcombe, AG Radcliffe, et al. Effectiveness of preoperative staging in rectal cancer: digital rectal examination, endoluminal ultrasound or magnetic resonance imaging? *Br J Cancer*. 2004;91:23-29.
22. Goldstein MJ, Mitchell EP. Carcinoembryonic antigen in the staging and follow-up of patients with colorectal cancer. *Cancer Invest*. 2005;23(4):338-51.
23. Cervantes A, Chirivella I, García Granero E. Cáncer de colon y recto: conceptos actuales en la patogenia, diagnóstico precoz, estudio de extensión, pronóstico y tratamiento. *Rev Med Univ Navarra*. 2003;47(1): 64-68.

24. Cervantes A, Chirivella I, Rodriguez-Braun E, Campos S, Navarro S, García Granero E. A multimodality approach to localized rectal cancer. *Ann Oncology*. 2006;17 (Supplement 10):x129–x134.
25. Priego P, San Juan A, Morales V, Lobo E, Martínez E, Rodríguez G, et al. Abordaje multidisciplinar en el tratamiento del cáncer de recto: eficacia del tratamiento neoadyuvante. *Rev Esp Enferm Dig*. 2008;100(7):393-399.
26. Ramírez-Rodríguez JM, Aguilera-Diago V. Recidiva local en el cáncer de colon y recto. *Cir Esp*. 2005;78 (6):344-50.
27. Urdiales G. Enfoque quirúrgico del carcinoma de recto. *Oncología (Barc)* [Internet]. 2004; [Citado 15 Noviembre 2011];27(4):85-88. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352004000400016&lng=es.
28. Lledó S, García-Granero E, García-Armengol J. Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de recto. *Cir Esp*. 2003;73(1):25-9.
29. Bonadeo FA, Vaccaro CA. Cáncer de recto. *Enciclopedia de Cirugía Digestiva* [Internet]. 2009 [citado 17 noviembre 2011]; III-370, p 1-11. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tomotres.htm>
30. Cárdenas R, Pizarro P. Resección abdominoperineal del recto. Análisis de la morbilidad operatoria. *Rev Chilena Cirugía*. 2000;54(1):21-26.
31. Silva AL, Shimizu HE. El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con osteomía intestinal definitiva. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2006 [citado 20 noviembre 2011];14(4):483-490. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n4/es_v14n4a03.pdf
32. Frutos Muñoz R de, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas Enferm*. 2011;14(2):24-31.
33. Hernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Master* [Internet]. 2011 [citado 20 de noviembre 2011]; 3(2):504-533. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/764/780>
34. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*. 2006;3(1):189-194.

35. Hierro JD, Abed G, Galindo F. Complicaciones de las colostomías. Enciclopedia de Cirugía Digestiva [Internet]. 2009 [citado 20 noviembre 2011]; III-311, p 1-12. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tonce.pdf>
36. Bives R, Valcayo AM, Iglesias ME. Dermatitis alrededor de ostomías. Piel. 2007; 22(3): 119-31.
37. Barbero FJ, Martín FJ, Galbis V, García J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. Nure Investigación. 2004; 7: 1-10.
38. Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L. Guía de colostomía [Internet]. Pacoima: United Ostomy Association, Inc; 2004 [citado 21 Noviembre 2011]. Disponible en: http://www.ostomy.org/ostomy_info/pubs/uoa_colostomy_es.pdf
39. Durán Ventura MC, Martínez Costa MC, Martos Monereo MA, Menéndez Muñoz I, Rivas Marín C, Ruiz Fernández MD. Su vida desde ahora... Guía para la persona colostomizadas y familia [Internet] [citado 21 noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.estomaterapia.com/guiaonline/guiacolo.htm#indice>
40. Pérez S. Validación del modelo de cuidados estandarizado con las taxonomías enfermeras NANDA – NOC – NIC en personas portadoras de una colostomía terminal en seguimiento tras el alta hospitalaria. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master [Internet]. 2009 [citado 21 de noviembre 2011];1 (2):159-196. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/42/41>
41. Alba Fernández CM, Corral Vega S, Peña Gómez E, Sánchez Crisol I. Cáncer colorrectal. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de salud; 2005.
42. García López J, Barrero Juárez J. Plan de cuidados estandarizado al paciente con cáncer colorrectal. Córdoba. Junta de Andalucía, Consejería de salud; 2005.
43. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Dirección de Enfermería. Plan de cuidados estándar: neo de recto con colostomía. Córdoba: El Hospital; 2000.
44. Herdman TH, editora. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2010. Madrid: Elsevier; 2010.
45. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
46. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

ANEXO I

Estadio	Descripción:
A	Crecimiento del cáncer limitado a la pared del recto.
B	Crecimiento del cáncer que se extiende a través de la pared del intestino, pero sin incluir ganglios linfáticos adyacentes.
C	Cáncer metastático a ganglios linfáticos regionales.

Tabla 1. Sistema de clasificación histológica propuesta por Dukes.

Estadio	Tumor primario:
TX	No se puede evaluar el tumor primario.
T0	No hay prueba de tumor primario.
Tis	Carcinoma in situ: intraepitelial o invasión de la lámina propia.
T1	El tumor invade la submucosa.
T2	El tumor invade la muscularis propia.
T3	El tumor invade a través de la muscularis propia hacia los tejidos pericorrectales.
T4a	El tumor penetra la superficie del peritoneo visceral.
T4b	El tumor invade directamente o se adhiere a otros órganos o estructuras.
Estadio	Ganglios linfáticos regionales:
NX	No se pueden evaluar los ganglios linfáticos regionales.
N0	No hay metástasis en los ganglios linfáticos regionales.
N1	Hay metástasis en 1 a 3 ganglios linfáticos regionales.
N1a	Hay metástasis en un ganglio linfático regional.
N1b	Hay metástasis en 2 a 3 ganglios linfáticos regionales.
N1c	Hay depósito(s) tumoral(es) en la subserosa o en los tejidos mesentéricos o pericólicos no peritonealizados, o en los tejidos perirrectales, sin metástasis ganglionar regional.
N2	Hay metástasis en ≥ 4 ganglios linfáticos regionales.
N2a	Hay metástasis en 4 a 6 ganglios linfáticos regionales.
N2b	Hay metástasis en ≥ 7 ganglios linfáticos regionales.
Estadio	Metástasis a distancia:
M0	No hay metástasis a distancia.
M1	Hay metástasis a distancia.
M1a	La metástasis está confinada a un órgano o sitio (es decir, hígado, pulmón, ovario, ganglio no regional).
M1b	Hay metástasis en >1 órgano o sitio, o el peritoneo.

Tabla 2. Sistema de clasificación histológica TNM.

Estadio	T	N	M	Dukes
0	Tis	N0	M0	--
I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	A
IIA	T3	N0	M0	B
IIB	T4a	N0	M0	B
IIC	T4b	N0	M0	B
IIIA	T1-T2	N1/N1c	M0	C
	T1	N2a	M0	C
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C
	T2-T3	N2a	M0	C
	T1-T2	N2b	M0	C
IIIC	T4a	N2a	M0	C
	T3-T4a	N2b	M0	C
	T4b	N1-N2	M0	C
IVA	Cualquier T	Cualquier N	M1a	--
IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1b	--

Tabla 3. Relación estadio/TNM/Dukes.

ESTADO FÍSICO	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	SENSIBILIDAD	INCONTINENCIA
Bueno 3 Nutrición adecuada. Repleción capilar inmediata. Piel suave e hidratada.	Alerta 3 Orientación en tiempo y espacio. Responde a estímulos. Comprende información.	Autónomo 3 No necesita ayuda para realizar sus actividades.	Presente 3 Conservada en todas las zonas del cuerpo	Ninguna 3 Controla ambos esfínteres
Justo 2 No toma toda su dieta. Repleción capilar lenta. Piel seca y áspera	Confusión 2 Desorientación en tiempo y espacio. Aletargado, inquieto, agresivo.	Ayuda 2 Necesita ayuda para realizar sus actividades.	Disminuida 2 Disminuida en alguna zona del cuerpo	Urinaria/fecal 2 Tiene sonda uretral o colector. No controla el esfínter anal a veces.
Malo 1 Malnutrición. Edema. Piel fina y sensible.	Estupor/coma 1 Responde a estímulos dolorosos. Inconsciente.	Ayuda total 1 Dependencia total para realizar todas sus actividades	Ausente 1 No tiene en alguna zona del cuerpo	Doble 1 No controla ningún esfínter.

Tabla 4. Escala Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos.

Recibido: 1 octubre 2012.
Aceptado: 11 octubre 2012.