



**Universidad
de Jaén**

Escuela de Doctorado

Tesis Doctoral.

**Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería en
personas con estoma digestivo. Estudio transversal a través
del lenguaje enfermero estandarizado NANDA, NIC, NOC.**

PRESENTADA POR: NOELIA MOYA MUÑOZ

DIRIGIDA POR: ISABEL MARÍA LÓPEZ MEDINA Y

CÉSAR HUESO MONTORO

TUORIZADA POR: ISABEL MARÍA LÓPEZ MEDINA

2023

DECLARACIÓN DE TRABAJO ORIGINAL

Tanto la doctoranda, como los directores de la tesis, declaran que el trabajo: **“Diagnósticos, Intervenciones y Resultados de Enfermería en personas con estoma digestivo. Estudio transversal a través del lenguaje enfermero estandarizado NANDA, NIC, NOC”**, es un trabajo original, rigurosamente realizado y es apto para ser presentado públicamente con el fin de obtener el grado de Doctor. Este trabajo cumple los criterios de calidad de Tesis doctorales establecidos por Reglamento de los Estudios de Doctorado de la Universidad de Jaén.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Tanto la doctoranda, como los directores de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

Esta tesis ha contado con la ayuda de una beca del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. El Programa de Ayudas a Doctorandos y Realización de Tesis fue puesto en marcha por el Consejo General de Enfermería en el año 2022 con los objetivos de ayudar en la generación de conocimiento, potenciar la investigación y la innovación a través de subvenciones que pudieran ser utilizadas para facilitar el pago de matrículas, acceso a motores de búsquedas bibliográficas o artículos de pago, adquisición de herramientas necesarias para la investigación, métodos y análisis estadísticos o traducción a otros idiomas y publicación en revistas de impacto

CITACIÓN Y USO DE SOFTWARE

Para la citación bibliográfica se ha usado el programa Mendeley Desktop con sus plugins: web importer y citation plugin, todo ello bajo licencia gratuita con cuenta Outlook. Para la redacción del trabajo se ha utilizado Microsoft Office, paquete 2010 con licencia activa. También se han utilizado herramientas del entorno Google (Forms, Gmail, Documentos en línea, entre otros) Todas ellas bajo licencia de explotación vinculada a cuentas UJA: nmm00024@red.ujaen.es

Esta tesis doctoral se presenta por conjunto de trabajos, dando respuesta a los requisitos impuestos por la Universidad de Jaén para la lectura de trabajos en esta modalidad y en base a los criterios de la Comisión Nacional Evaluadora de la Actividad Investigadora (CNEAI), tal y como se recoge en el Reglamento del Programa de Doctorado de la Universidad de Jaén (18 febrero de 2019). La redacción de la tesis doctoral se ha adaptado a la Guía para un uso igualitario y no sexista del lenguaje y la imagen de la Universidad de Jaén, que está en vigor.

Todas las publicaciones incluidas en este trabajo han sido aceptadas después del inicio de los estudios de doctorado, enmarcándose, por tanto, dentro del programa de Doctorado Interuniversitario en Cuidados Integrales y Servicios de Salud (UJA-UDL-UVIC) (Real Decreto 99/2011), habiendo sido cuatro de ellas publicadas en revistas indexadas en el Journal Citations Reports (JCR):

- **Moya-Muñoz, N.**, Capilla-Díaz, C., Labella-Rodríguez, M., Gálvez-Cano, J., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Nursing diagnoses in people with digestive stoma and their association with sociodemographic and clinical factors. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(4), 203-210. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12230>
- Vargas-Escudero, A., **Moya-Muñoz, N.**, Capilla-Díaz, C., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Altered body image in stoma patients: evaluation through classification of nursing outcomes. *Gastrointestinal Nursing*, 17(Sup5), S24-S30. <https://doi.org/10.12968/gasn.2019.17.Sup5.S24>
- Capilla-Díaz, C., **Moya-Muñoz, N.**, Matas-Terrón, J. M., Pérez-Morente, M. Á., Álvarez-Serrano, M. A., Montoya-Juárez, R., & Hueso-Montoro, C. (2022). Evaluation of interventions in people with digestive stoma through the Nursing Interventions Classification. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12328>
- **Moya-Muñoz, N.**, Armenteros-Fernández, E., Bautista-Mártir, C., Vílchez-Díaz, IDP., López-Medina, IM., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C. and Capilla-Díaz, C. (2022) Assessment of Health Indicators in Individuals with Intestinal Stoma using the Nursing Outcomes Classification: A Cross-Sectional Study. *Front. Surg.* 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.870379>
- Hueso-Montoro, C., **Moya-Muñoz, N.**, Martín-Cebrián, J., Huertas-Fernández, R., Sánchez-Crisol, I., García-Fernández, F. P., & Capilla-Díaz, C. (2023). Efficacy of gel containing organic extra virgin olive oil for peristomal skin hygiene: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Tissue Viability*. 32(2), 188-193. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.004>

Además de las publicaciones, la doctoranda ha participado activamente en talleres, seminarios y cursos de formación durante su doctorado. También ha presentado comunicaciones en formato oral y poster en diferentes congresos tanto nacionales como internacionales.

Dedicatoria

A ti mamá, que sé que me miras cada día desde una nube bien mullidita sin perder detalle. Ojalá no haber conocido lo que era una ostomía tan de primera mano, pero ya que nos tocó, lo hicimos lo mejor que pudimos, y en estas sigo. Rendirse no fue una opción y tus ganas nos ganaron a todos. Conmigo siempre.

Agradecimientos

Al Dr. César Hueso Montoro, por cruzarse en mi camino allá por 2013, porque desde entonces y hasta ahora no he visto más que dedicación y buen hacer hacia su profesión y hacia todos los que andamos cerca. Gracias por proponerme esta locura por segunda vez, porque sí, a la primera le dije que no, pero las segundas oportunidades no siempre salen mal. Gracias por dirigir esta tesis y por convertirse en amigo. Gracias por tu paciencia, por tus ánimos pero sobre todo gracias por toda tu ayuda a lo largo de estos años. No hay ningún gran hombre sin una gran familia, y él tiene una preciosa.

A la Dra. Isabel María López Medina, por aceptar la dirección de esta tesis, ofrecerme sus conocimientos y ayuda hasta en los momentos más difíciles, gracias.

A la Dra. Concepción Capilla Díaz, por sus referencias, soporte y apoyo mutuo. Por formar un maravilloso equipo de trabajo junto a César, gracias.

Al gupo de investigación del proyecto que sustenta esta tesis doctoral, en particular a Inmaculada Sánchez Crisol (Ada) con quien tuve la suerte de topar cuando no era doctoranda sino familiar de paciente, sus cuidados y palabras sanadoras quedan en mi recuerdo para siempre. Gracias también por tu apoyo incondicional a lo largo de estos años. A las enfermeras de las consultas de ostomías del Hospital Clínico San Cecilio y del Hospital Virgen de las Nieves. Gracias compañeras por abrirme siempre las puertas, prestaros a todo y tomaros el tiempo que no os sobraba. Gracias por esa dulzura que os caracteriza Pepi y Carmen.

A Marta Labella Rodríguez y a Judith Gálvez Cano por su aportación a este grupo de trabajo, así como al resto de autores que han colaborado en las publicaciones que sustentan esta tesis. Su colaboración y trabajos han sido muy provechosos.

A la Asociación de Ostomizados de Granada, AOGRA. Por su labor diaria de igual a igual, ayudando a personas ostomizadas a reincorporarse a lo cotidiano. Por su prestación, interés, voluntariedad y sobre todo por sus ganas de vivir.

A mi familia por la suerte de tenerlos. A mis amigos y amigas, gracias por estar cuando ni yo me encontraba. A mis compañeros de la UCI de trauma, por los ánimos diarios y el cariño constante. A Aurora, que llegó la última pero supo entenderme desde el principio, gracias por ser como eres.

A Vicky, por hacerme creer que soy más lista que ella cuando en realidad lo que no sabe es que soy su fan número uno, reina de la gestión académica, laboral y emocional, mi hombro siempre.

A ti compañero de vida, por creer en mí en cada nueva cosa en la que me meto y aceptar el poco tiempo libre que me queda. Por ocuparte de la casa, la comida, las gatas y de mi misma. Gracias por cuidarme tanto y tan bien. Gracias amor de mi vida, gracias Josemi.

A vosotros, mi hogar, mis Reyes. Gracias por ser tu hija, gracias por ser tu hermana, ni en mis mejores sueños podría imaginarme una familia tan maravillosa. Juntos somos un gran equipo.

A todas las personas ostomizadas que de repente se despiertan en la cama de un hospital con “una bolsa pegada a la barriga”, a los que lo hicieron y a los que lo harán, estamos aquí.

A ti, enfermera estomaterapeuta, que eres un ángel para tantos.

En palabras de la Dra. Echevarría y como dijo Lang *"Si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, practicar, investigar, enseñar, financiar o plantearlo en la política pública"*.

Abreviaturas

- AEDO. Asociación Española de Ostomizados.
- CIE. Clasificación Internacional de Enfermedades.
- CIE. Colegio Internacional de Enfermería.
- ct. Constant.
- DET. Escala DET Discolouration (Decoloración). Erosion (Integridad de la piel). Tissue overgrowth (Tejido de sobrecrecimiento).
- DT. Desviación típica.
- Dx. Diagnóstico.
- EPA. Enfermera de Práctica Avanzada.
- FIV. Factor de Inflación de la Varianza.
- HCE. Historia Clínica Electrónica.
- IC95 %. Intervalo de confianza del 95%.
- IQR. Rango Intercuartil.
- LEE. Lenguaje Enfermero Estandarizado.
- Me. Mediana .
- NANDA. (del inglés North American Nursing Diagnosis Association).
- NIC. (del inglés Nursing Interventions Classification).
- NOC (del inglés Nursing Outcomes Classification).
- PAE. Proceso de Atención de Enfermería.
- PC. Planes de Cuidados.
- PE. Proceso Enfermero.
- RNAO. Registered Nurses' Association of Ontario.
- SD. Standar Desviation.
- SEDE. Sociedad Española Experta en Estomaterapia.
- SELEs. Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero.

ÍNDICE

1. RESUMEN	21
2. INTRODUCCIÓN	29
2.1. Concepto de Estoma y Fisiopatología	29
2.2. Historia de las Ostomías.....	31
2.3. Epidemiología de las Ostomías y de la Patología Causante.....	34
2.4. Visión Participante: el Ostomizado, no como Enfermo sino como Persona Ostomizada	35
2.5. Esferas de Afectación y Calidad de Vida	36
2.5.1. <i>Dimensión Física.</i>	36
2.5.2. <i>Dimensión Psicológica.</i>	37
2.5.3. <i>Sexualidad</i>	38
2.5.4. <i>Dimensión social</i>	38
2.6. Papel de la enfermera estomaterapeuta	40
2.7. Taxonomías enfermeras y su utilidad en cuidado del individuo ostomizado.....	44
2.7.1. <i>Plan de cuidados.</i>	46
2.7.2. <i>Taxonomía NANDA. Diagnósticos de enfermería.</i>	48
2.7.3. <i>Taxonomía NOC. Resultados de enfermería.</i>	50
2.7.4. <i>Taxonomía NIC. Intervenciones de enfermería.</i>	51
2.8. Uso en investigación del lenguaje enfermero	52
3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	57
4. METODOLOGÍA.....	63
4.1. Estudios 1, 2 y 3.....	64
4.2. Estudio 4.	71
4.3. Estudio 5.	71
5. RESULTADOS	75
5.1. Resumen Global de los Resultados	75
5.2. Estudio 1.	79
5.3. Estudio 2.	97
5.4. Estudio 3.	117
5.5. Estudio 4.	129
5.6. Estudio 5.	147
6. DISCUSIÓN	157
6.1. Estudio sobre NANDA.	158
6.2. Estudio sobre NOC.....	164
6.3. Estudio sobre NIC.	166
6.4. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación.	169
6.5. Implicación para la Práctica	170
7. CONCLUSIONES	175
8. BIBLIOGRAFÍA.....	179
9. ANEXO	193
Propuesta de plan de cuidados e interrelación de diagnósticos, resultados e intervenciones.....	193

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos NANDA más frecuentes en personas ostomizadas y sus factores asociados.....	49
Tabla 2. Resultados NOC más frecuentes en personas ostomizadas.....	51
Tabla 3. Intervenciones NIC más frecuentes en personas ostomizadas	52
Tabla 4. Diagnósticos NANDA a estudio	64
Tabla 5. Resultados NOC e indicadores a estudio	65
Tabla 6. Intervenciones NIC a estudio	69

(Anexo)

Tabla 1. Diagnósticos de Enfermería. Propuesta Plan de cuidados.....	193
Tabla 2. Resultados e Indicadores de enfermería. Propuesta Plan de cuidados.	196
Tabla 3. Intervenciones y Actividades de enfermería. Propuesta Plan de Cuidados.....	201
Tabla 4. Interrelación de diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería.....	206

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Proceso de recogida de datos	70
Figura 2. Distribución de diagnósticos enfermeros en función del estado de atención	160

Resumen

1. RESUMEN

Introducción

Según el informe “Las cifras de cáncer en España 2021” realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de colon y recto, principal motivo de realización de una ostomía, son los de mayor incidencia en España con el diagnóstico de 43.581 nuevos casos en 2021. En España la supervivencia a los cinco años se sitúa actualmente por encima de la media de los países europeos, con un 64%. Se estima que 1,3 millones de personas en el mundo son portadores de una ostomía. Cada año hay aproximadamente 16.000 nuevos casos de ostomizados en España según refiere el Libro Blanco de la Ostomía.

Ante el proceso de enfermedad, cualquier sujeto necesita un periodo de adaptación en el que requiere y demanda información que le ayude a retomar su vida diaria. En el caso de los individuos ostomizados, la gran cantidad de cambios que se producen pueden derivar en desórdenes emocionales como el miedo, la impotencia, la negación o el rechazo. El cambio físico, principal motivo de estos sentimientos, puede acarrear problemas para la interacción con el medio ambiente y social, llegando a plantear dificultades fisiológicas, psicológicas y sociales que derivan en complicaciones de diversa índole.

Las necesidades insatisfechas de la persona van mucho más allá y engloban a su familia o cuidadores familiares, que se implican y apoyan en el cuidado de la ostomía y los retos que aparecen durante el proceso. Por este motivo, se justifica el hecho de tratar al individuo ostomizado no como paciente, sino como persona ostomizada una vez se ha superado el momento agudo del proceso, ya que, con el soporte de los profesionales adecuados, el ciclo normal del proceso le llevará al afrontamiento de su autocuidado y a la recuperación de su vida tal y como la conocía previo a la cirugía.

El profesional de enfermería juega un papel crucial para la rehabilitación del individuo ostomizado a lo largo de todo el proceso. Este cuidado es realizado sobre todo por el/la enfermero/a especializado/a o estomaterapeuta, profesional formado específicamente que garantiza que la atención, tanto al paciente como a su familia, sea la adecuada proporcionando capacitación para el cuidado a través de la educación.

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía publicó recientemente el Manual de competencias profesionales para Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías; en la competencia sobre personalización de los cuidados, se indica como buena práctica la realización de planes de cuidados individualizados. Además, conviene tener en cuenta que la

normativa vigente en el estado español sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, incluye la taxonomía NANDA, NOC, NIC. Dentro de la ruta del paciente ostomizado, según el Libro Blanco de la Ostomía en España, se concibe el screening o prevención, el marcaje del estoma y unos cuidados perioperatorios estandarizados y protocolizados. El lenguaje NANDA, NOC, NIC se consolida como una herramienta que permite aportar valor no solo a la práctica de cuidados, sino también a su registro, seguimiento y puesta en valía de esta profesión.

Por otro lado, el lenguaje NANDA, NOC, NIC permite el desarrollo de estudios de investigación que aborden aspectos concretos del cuidado. En esta tesis se presenta un trabajo específico en el que se analiza el comportamiento de la imagen corporal en personas ostomizadas mediante el análisis del NOC correspondiente. Del mismo modo, el uso de estas taxonomías debe trascender a proyectos en los que puedan ser empleadas como parte de las mediciones o variables de estudio. En este sentido, también en esta tesis se presenta un estudio novedoso sobre la eficacia de un gel con aceite de oliva virgen extra ecológico en la higiene de la piel periestomal, que incluye entre sus variables indicadores recogidos en la NOC.

Objetivos:

Objetivos Generales:

1. Determinar la prevalencia de Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de enfermería en personas portadoras de estomas digestivos durante el proceso de cuidado quirúrgico y de continuidad de cuidados.
2. Analizar la asociación de factores clínicos y sociodemográficos de personas portadoras de estomas digestivos con los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería más prevalentes a lo largo del proceso asistencial.

Objetivos específicos:

1. Analizar la prevalencia de diagnósticos de enfermería NANDA en personas portadoras de estoma digestivo a lo largo del proceso asistencial.
2. Identificar los resultados de enfermería NOC más prevalentes en personas portadoras de estoma digestivo durante el proceso de cuidados.
3. Establecer las intervenciones de enfermería NIC planificadas con mayor prevalencia en personas portadoras de estoma digestivo durante su atención enfermera continuada.
4. Definir los factores clínicos y sociodemográficos asociados con la taxonomía enfermera NANDA, NOC y NIC en individuos ostomizados.

5. Determinar el nivel de satisfacción de los ostomizados con su imagen corporal y su adaptación a los cambios provocados por la cirugía a través de la Taxonomía Enfermera NOC.
6. Demostrar la utilidad de la taxonomía NOC como variable de estudio en la investigación aplicada a los cuidados de personas con ostomía digestiva.

Metodología

La tesis se compone de cinco estudios. Para los tres primeros, se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal entre febrero y abril de 2017 en la Unidad de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Granada (España). La población de estudio fueron los pacientes atendidos en esta unidad, que fueran portadores de un estoma digestivo o estuvieran ingresados en planta para intervención quirúrgica inmediata. Se realizó un muestreo consecutivo guiado por el tiempo que se fijó para la recogida de datos, en este caso tres meses. Se incluyeron en el estudio a 102 sujetos que cumplieron los criterios antes descritos. A cada paciente se le realizó una valoración in situ en la unidad para determinar las características sociodemográficas y clínicas, así como la presencia o ausencia de los Diagnósticos, Resultados e Intervenciones según la Taxonomía NANDA, NOC y NIC. Los datos fueron recogidos a través de preguntas cortas durante una entrevista realizada por una enfermera graduada con formación especializada en estomaterapia y dominio de la Taxonomía enfermera. Para la recogida de datos se partió de un listado de diagnósticos, resultados e intervenciones previamente elaborado en el marco de un proyecto que precede a esta investigación y que se sustentó en una metasíntesis y una técnica de consenso por expertos.

La tesis se completa con dos estudios adicionales. En uno de ellos, se evaluó la satisfacción con la imagen corporal de personas ostomizadas, para lo que se usó el NOC "Imagen corporal", a través de dos indicadores, "Satisfacción con el aspecto corporal" y "Adaptación a cambios corporales por cirugía". Este estudio se desarrolló a partir de la metodología antes descrita.

El quinto y último estudio corresponde a un ensayo piloto controlado aleatorizado en 21 sujetos portadores de una ostomía, cuyo objetivo era demostrar la seguridad y eficacia de un gel con Aceite de Oliva Virgen Extra ecológico en la higiene de la piel periestomal. En su desarrollo, se emplearon resultados de la Taxonomía NOC para determinar la inclusión de sujetos en el ensayo y para medir variables secundarias de interés. Estos resultados son representativos en los planes de cuidados dirigidos a estos pacientes, tal y como se demostró en los trabajos anteriores. Concretamente se emplearon los siguientes resultados: "Conocimiento: cuidado de la ostomía" y "Autocuidado de la ostomía".

Resultados

Estudio 1. Se analizaron 21 diagnósticos de enfermería NANDA. Los diagnósticos “Disposición para mejorar la salud” y “Conocimientos deficientes” estuvieron presentes en el 100% de las personas estudiadas. Del resto, se encontró que más del 50% de los casos presentaban “Trastorno del patrón del sueño” y “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”. El factor más influyente fue el estado de atención sanitaria.

Tomando como referencia el periodo de continuidad de cuidados frente al periodo de hospitalización, se observó que los diagnósticos “Ansiedad” (OR=0,07), “Baja autoestima situacional” (OR=0,37), “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades” (OR=0,31), “Riesgo de compromiso de la resiliencia” (OR=0,14) y “Riesgo de intolerancia a la actividad” (OR=0,37) aparecen con más frecuencia en el periodo de hospitalización, frente a “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (OR=6,83) y “Trastorno de la imagen corporal” (OR=3,14) que aparecen en el periodo de seguimiento o continuidad de cuidados con mayor probabilidad.

Estudio 2. De las 29 intervenciones NIC incluidas en este estudio, estuvieron presentes en todos los casos las intervenciones “Apoyo en la toma de decisiones” y “Cuidados de la Ostomía”. Del resto de los sujetos, más del 50% tenía “Mejora del sueño” y “Vigilancia de la piel”. Destacan aquellas asociaciones entre la variable periodo de atención sanitaria y las intervenciones.

Estudio 3. Estaban presentes en todos los casos el NOC “Participación en las decisiones de atención médica” y los indicadores “Busca información confiable”, “Define las opciones disponibles” e “Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados” y el NOC “Conocimiento: Cuidado de la ostomía” y los indicadores: “Necesidades de cuidado de la piel alrededor de la ostomía”, “Modificaciones de la dieta” y “Requerimientos de ingesta de líquidos”. El tiempo con el estoma y el periodo de atención sanitaria fueron las variables más influyentes en el estudio, en línea con lo hallado en los diagnósticos e intervenciones.

En cuanto al estudio 4, se observó que la media en la puntuación del indicador sobre satisfacción con la imagen corporal fue de 2,80 (SD=0,452), mientras que en la puntuación del indicador sobre la adaptación a cambios corporales por la cirugía fue de 3,04 (SD=0,450). Los puntajes más altos de satisfacción y/o adaptación se relacionaron con ser mujer, mayor de 65 años y que no pertenecía a una asociación de ostomizados. También alcanzan niveles más altos aquellos que cuentan con un diagnóstico oncológico, en los que se ha realizado el marcaje previo del estoma, que se encuentran en el período postoperatorio y aquellos en los que la realización del estoma ha sido en el último año.

Del estudio 5, destaca la utilidad de los resultados NOC tanto para la evaluación de criterios de inclusión de los participantes en el ensayo, así como su uso en la medición de variables secundarias. Los indicadores empleados para la medición de la percepción del individuo respecto al producto empleado para la higiene de la piel se mantuvieron en puntuaciones altas al inicio y a la finalización del ensayo. En el indicador “Se muestra cómodo viendo el estoma” se pasó de una puntuación media de 4,5 a 5, mientras que en el grupo control se mantuvo en 5 antes y después de la intervención. Respecto al indicador “Expresa aceptación de la ostomía”, del mismo modo se registró un aumento de la puntuación media de 4 a 5 en el grupo experimental, mientras que en el grupo control se mantuvo a 5 en los dos momentos de estudio.

Conclusión

La prevalencia de diagnósticos, resultados e intervenciones es heterogénea desde el plano físico, psicológico y social, lo que hace necesaria la consideración de estas tres esferas en el desarrollo de planes de cuidados dirigidos a personas ostomizadas. El principal factor que condiciona la presencia de una alteración que luego se materializa en NANDA, NOC y NIC es el periodo de atención sanitaria en el que se encuentra el sujeto, clasificado como quirúrgico/hospitalización y de continuidad de cuidados, ayuda a determinar qué necesidades están presentes y por tanto a la selección de los NANDA, NOC y NIC. Por último, conviene destacar la utilidad de las taxonomías para la exploración de aspectos concretos del cuidado, así como su viabilidad como variables a incorporar en la investigación centrada en estas personas.

Introducción

2. INTRODUCCIÓN

En este apartado se presenta el marco teórico y conceptual de esta investigación. Al inicio, se aborda el concepto de estoma y su fisiopatología, se hace un breve recorrido histórico para también presentar datos epidemiológicos de las ostomías y de la patología causante. A continuación, se aborda la visión del estoma desde la perspectiva del individuo, indagando en las esferas de afectación y en la calidad de vida. Del mismo modo, se analiza el papel del profesional de enfermería experto, mostrando sus roles y los avances desde la estomaterapia hasta los modelos de práctica avanzada. Por último, para focalizar el problema de estudio, se hace una aproximación conceptual a las taxonomías enfermeras y su utilidad en el proceso de atención de enfermería, para posteriormente concretar en el uso de las mismas en el cuidado de la persona ostomizada, aspecto nuclear de esta tesis doctoral.

2.1. Concepto de Estoma y Fisiopatología

El término “ostomía” proviene del griego “estoma” (στόμα) que significa “boca”. Una ostomía o estoma, es una abertura artificial creada quirúrgicamente desde el cuerpo hacia afuera para permitir el paso de los productos de excreción, es decir, de orina y heces. Se trata de la exteriorización del intestino o de los uréteres a la pared abdominal. Esta técnica se usa para tratar ciertas enfermedades del sistema digestivo (Jiménez-Chunga & Sánchez-Ortiz, 2020).

Las ostomías intestinales o digestivas se clasifican según la temporalidad (temporales o definitivas) y según el segmento de intestino que se aboca a la superficie del cuerpo. Cabe distinguir entre las ileostomías (intestino delgado), ubicadas preferentemente en la fosa iliaca derecha con heces muy irritativas y semilíquidas, donde aparece riesgo de deshidratación y malabsorción de nutrientes; de las colostomías (intestino grueso), que suelen estar principalmente en la fosa ilíaca izquierda con heces más formadas y sin riesgo de desequilibrios hidroelectrolíticos o nutricionales (Vázquez-García & Poca-Prats, 2009).

Las colostomías a su vez se clasifican en:

- Cecostomía: se realiza a la altura del ciego, en el lado derecho del abdomen
- Colostomía ascendente: en el colon derecho, en el lado derecho del abdomen.
- Colostomía transversa: a la altura del colon transversal, en el lado izquierdo del abdomen.
- Colostomía descendente: en el colon descendente, en el lado izquierdo del abdomen.
- Colostomía sigmoidea: en el colon sigmoideo, en el lado izquierdo del abdomen.

Entre las patologías susceptibles de la realización de una colostomía definitiva, la neoplasia de recto es la más frecuente. El tratamiento con fines curativos deriva en una cirugía en la que se realiza

una amputación abdominoperineal por lo que la reconstrucción del tránsito resulta imposible de realizar. En algunas ocasiones el tumor está tan avanzado que se realiza para evitar o tratar una obstrucción intestinal. La neoplasia de ano es mucho menos frecuente, el tratamiento sería el mismo que en el caso anterior, pero para evitar la mutilación que supondría en muchas ocasiones se emplea la radioterapia y la quimioterapia como únicos tratamientos (Barreras-González et al., 2017).

Las ileostomías son menos frecuentes que las colostomías, en este tipo de ostomía digestiva las heces son más líquidas y la absorción de nutrientes es menor, lo que conlleva a la aparición de complicaciones. Una de las patologías que puede derivar en la realización de la misma es la colitis ulcerosa, enfermedad inflamatoria intestinal (EII) en la que se ve afectado en su totalidad el colon. Además de los síntomas como la diarrea y la fatiga, la EII comúnmente causa angustia a los pacientes. Las principales preocupaciones se relacionan con los orígenes inciertos y el curso de la enfermedad, ejecución de cualquier cirugía y / o creación de una ostomía, preocupación de no poder alcanzar todo el potencial de la vida, pérdida del control intestinal, ser una carga para los demás, producción de olores desagradables y distorsión de la imagen corporal (debido, por ejemplo, a la presencia de una ostomía) (Rosso et al., 2021).

En ocasiones se extirpa colon y recto y se reconstruye el tránsito a través de una neobolsa localizada en el íleon que hace la función de recto. Pero ciertas veces se hace una exéresis también del ano y el paciente termina siendo portador de una ileostomía definitiva. También puede derivar en una ileostomía la poliposis adenomatosa familiar, en la que se requiere ser ostomizado antes de los 40 años para evitar un adenocarcinoma de colon ya que se caracteriza por presentar un número elevado de pólipos en el colon (Queiroz et al., 2017; Vázquez-García & Poca-Prats, 2009).

Determinadas patologías son susceptibles de la realización de una colostomía temporal. En ocasiones se caracterizan por la aparición de peritonitis fecaloide tras la salida del contenido del colon al abdomen originado por traumatismos abdominales cerrados por compresión o abiertos por arma blanca o de fuego que originan traumatismos de colon. Se trata de cirugías de urgencia que requieren la realización de una colostomía para reparar los daños del intestino y una limpieza exhaustiva (Pinilla-González & Ferreira-Cristaldo, 2018). También los tumores de colon, en los que se produce como primera manifestación una obstrucción o perforación requieren de la misma cirugía que los traumatismos. Otra patología es la diverticulitis, EII que origina un absceso, peritonitis o isquemia segmentaria, que precisa la realización de una colostomía de urgencia. Por último y con menor frecuencia, en el caso de las fístulas perianales complejas también es necesario la realización de esta técnica temporal para resolver el cuadro de sepsis (Bun et al., 2020).

En ese mismo sentido, existen patologías susceptibles de la realización de una ileostomía temporal, que se realiza con el objetivo de proteger las suturas hechas, así como evitar la dehiscencia de las mismas y reintervenciones urgentes. El estoma de protección afecta a la calidad de vida del individuo y precisa una nueva intervención para su reconstrucción (Gámez-Córdoba, 2019; Otiniano-Alvarado et al., 2019). Se trata de suturas hechas en el tratamiento del cáncer de recto, cáncer de colon de urgencia y colitis ulcerosa tras la reconstrucción del tránsito intestinal con un reservorio pélvico (Ambe et al., 2018). El procedimiento durante la cirugía con la adecuada preservación de los nervios y la realización de ejercicios de Kegel del esfínter anal puede minimizar la aparición de complicaciones a posteriori (Sakr et al., 2020).

En estos casos es posible la anastomosis y reparación del intestino a posteriori cuando el colon esté preparado. Para evitar la aparición de complicaciones posteriores, además de una técnica quirúrgica correcta, se requiere de la localización adecuada del estoma, de lo cual se encarga la enfermera experta en el cuidado de personas con ostomía, más conocida como enfermera estomaterapeuta.

Existe un tipo especial, la Ileostomía continente o Kock en la que el equipo de cirugía utiliza parte del intestino delgado para realizar una bolsa que se mantiene dentro del abdomen equipado con una válvula de cierre que se saca como una ostomía poco profunda en la pared abdominal. Esto hace que el paciente sea continente evitando las fugas. Esta modalidad permite al paciente vivir sin bolsa de ostomía ya que la bolsa se vacía por autocateterización con un tubo flexible. Este tipo de ostomía muestra pacientes mucho más satisfechos y con mayor calidad de vida, pero suelen tener una tasa de revisión elevada que terminan con una nueva cirugía (Ambe et al., 2018; Deputy et al., 2021).

2.2. Historia de las Ostomías

El cáncer colorrectal es una de las neoplasias más frecuentes en la actualidad. No fue hasta el siglo XVIII cuando empezó a evolucionar el tratamiento de esta enfermedad hasta lo que hoy conocemos. Por suerte, las opciones terapéuticas se han desarrollado de manera importante, pero las citas de la historia confirman que el estancamiento de conocimientos no es provechoso para el tratamiento de ninguna patología y mucho menos de las enfermedades neoplásicas.

Paleontólogos afirman haber encontrado en huesos de dinosaurios con más de cien millones de años de antigüedad trazas de posibles tumores, así como a un Homo erectos y a un Australopithecus de hace 4 millones de años posibles tumores malignos (Menéndez et al., 2010).

La cita probablemente más antigua sobre los orificios del intestino se halla en el Antiguo Testamento, en el Libro de los Jueces, donde se relata que Ehud, un hombre zurdo, hiere a Eglon, el rey de Moab: “El mango entró tras la hoja en la barriga y la grasa se cerró sobre ella porque Ehud no sacó el puñal de su vientre [...]”.

También existen las razones por las que aparecieron las ostomías como técnica terapéutica para ofrecer una pequeña posibilidad de supervivencia. Entre ellas, las hernias estranguladas eran abiertas con un hierro candente y Praxágoras de Kos (350 a. C.) efectuaba estomas en caso de traumatismo intestinal (Vázquez-García & Poca-Prats, 2009).

Según datos históricos, en el antiguo Egipto ya se hace referencia a la patología anorrectal y el cáncer de recto se cita en algunos papiros (1500 a. C.). Hasta aquí todas estas referencias eran algo tortuosas y de éxito prácticamente nulo. No es hasta el siglo XVIII cuando Alexis Littré (1658-1742), al ver a un niño con una malformación rectal, propone una enterostomía: “Sería necesario practicar una incisión en el vientre, abrir los dos extremos del intestino cerrado y unir puntos o al menos abocar el extremo superior del intestino a la pared del abdomen, donde nunca se cerraría, pero realizaría la función de un ano”. Este mismo individuo propuso en 1710 realizar una colostomía para el carcinoma obstructivo (Luna-Parra, 2018).

En 1776 Henry Pillore, un cirujano de Rouen, retomó las ideas de Littré de realizar una ostomía para resolver un ano imperforado, siendo además quien practicó la primera cecostomía en un paciente con un cáncer de recto que, según relata en su diario, se trataba de un comerciante de vino que tras un largo tratamiento con laxantes y purgantes con mercurio, “dejó de hacer deposiciones y el vientre comenzó a crecer de tamaño, sin dolorimiento ni inflamación. Al examinar el recto encontré la parte superior fija y escirra, formando un gran tumor que ocluía totalmente el recto. Propuse al paciente entonces que podía hacerle un ano artificial”. El enfermo sobrevivió a la intervención, pero falleció 28 días más tarde a consecuencia de una perforación causada por la gran cantidad de mercurio retenido en el intestino delgado (Vázquez-García & Poca-Prats, 2009).

Jean Zulema Amussat (1796-1856), tras revisar la literatura existente, comprobó que, de 29 intervenciones realizadas en un periodo de 63 años, 21 eran de neonatos con ano imperforado y 20 habían muerto; los ocho restantes eran adultos con obstrucción intestinal y de ellos aún vivían cinco. Todos habían sido operados por vía abdominal, por lo que Amussat pensaba que la muerte se debía a la peritonitis. Una de sus grandes aportaciones fue la localización del tumor antes de la intervención (López, 2014).

En 1880 se prestó más atención a la vía abdominal porque se comenzó a controlar la infección peritoneal. El cirujano francés Maudslowi, en 1884, describió la técnica de la colostomía en asa sobre vástago. En 1908, E. Miles describió la colostomía sigmoidea terminal con resección abdominoperineal, “se trata de una resección radical en un solo tiempo, con baja mortalidad y alto índice de supervivencia” y en 1923, Hartmann popularizó el procedimiento quirúrgico de resección del colon sigmoide con colostomía terminal y cierre del muñón rectal para la obstrucción del colon sigmoide o recto superior, lo que permitía en un segundo tiempo el restablecimiento del tránsito intestinal. En 1969 Nils Kock profesor en la universidad de Suecia describió la ileostomía continente, que marcó un antes y un después permitiendo vaciar el ileon al paciente varias veces al día a través de la introducción de una cánula. Procedimientos quirúrgicos que todavía se realizan en la actualidad (Campo & Caparrós, 2006; Martínez-López & Eniv-Rugama, 2007).

En 1935 en Estados Unidos surge la figura de la enfermera estomaterapeuta y las asociaciones de ostomizados. En el año 1935 surgen en EE.UU. las primeras asociaciones de pacientes ostomizados formadas por diversos profesionales que trabajan de manera multidisciplinar, para cubrir la demanda de la atención integral a la persona ostomizada. En 1980 surge la primera Asociación en España de ostomizados gracias al progresivo reconocimiento que las estomateterapeutas fueron ganando en Europa a partir de los años 70. En Gran Bretaña en 1973, se reconoció que el cuidado de los estomas es una tarea propia de las enfermeras (Campo & Caparrós, 2006).

En 1985 en España, tuvo lugar el primer curso de estomaterapia en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona y en 1987 se reconoció el título de Experto en Estomaterapia en la Escuela de Enfermería, Podología y Fisioterapia de la Universidad Complutense de Madrid (Tapia-Burillo & Gimeno-Uruen, 2022).

Mención especial en este apartado tiene la enfermera danesa Elise Sorensen, quien inventó una bolsa de colostomía de uso individual, después de que a su hermana le realizaran una ostomía por padecer cáncer de colon. En esa época hacía poco que se habían inventado las bolsas de plástico y a ella se le ocurrió la idea de fijar una de estas bolsas a la piel del abdomen que rodeaba al estoma. Esta enfermera patentó la idea en 1955 y ha sido la inspiradora de una de las grandes multinacionales que fabrican los dispositivos para ostomías (Ibáñez y Navarro, 2021).

Desde entonces los procedimientos para el tratamiento de estas patologías han evolucionado y mejorado, han surgido nuevas técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas como la cirugía laparoscópica y en ocasiones es posible aplazarse o incluso evitarlo gracias a la quimioterapia o la radioterapia. Cabe destacar que no solo ha influido la evolución de la técnica quirúrgica en el éxito del procedimiento, otras cuestiones como la preparación preoperatoria, marcaje del estoma; así como las

pautas postoperatorias, educación nutricional y pautas para alcanzar el autocuidado han supuesto y suponen una mejoría continua (Vázquez-García & Poca-Prats, 2009).

2.3. Epidemiología de las Ostomías y de la Patología Causante.

Actualmente no existen estudios fiables que estimen la cantidad exacta de personas ostomizadas a nivel nacional ya que no hay un registro centralizado y unificado con datos actualizados, por lo que no disponemos de datos estadísticos definitivos que permitan estimar el alcance en España de la situación, pero el impacto social es muy grande indudablemente si tenemos en cuenta la población que se ve afectada. Se calcula que actualmente hay unas 70.000 personas ostomizadas en nuestro país, con 16.000 casos nuevos cada año según los últimos datos epidemiológicos (Cobos-Serrano, 2018; Mateo, 2019). A nivel mundial, se estima que 1,3 millones de personas son portadores de una ostomía (Registered Nurses Association of Ontario, 2019).

Como se comentaba anteriormente, una de las principales causas que conlleva la realización de una ostomía es el cáncer colorrectal. El 96% de los cánceres colorrectales son adenocarcinomas, en los que el tumor se origina en las células mucosas que lubrican el interior del colon y del recto. Se trata de un cáncer que aparece esporádicamente en nueve de cada diez casos a partir de los 50 años. En su aparición influyen factores como el estilo de vida y sobre todo la alimentación: bajo consumo de fibra, pescado y vitaminas; excesiva ingesta de grasas de origen animal y carne roja; consumo abusivo de alcohol; sedentarismo; presencia de pólipos o existencia de EII. En el 10% restante de los casos existe una causa hereditaria, además el riesgo es tres veces mayor para aquellos individuos que cuentan con antecedentes de cáncer de colon o recto en dos o más familiares de primer grado (Asociación Española Contra el Cancer, 2018; Cordero-García & Serrano-Arias, 2020).

Según el informe “Las cifras de cáncer en España 2023” realizado por la Sociedad Española de Oncología Médica, el cáncer de colon y recto son los de mayor incidencia en España. Se estima el diagnóstico de 42.721 nuevos casos en 2023. Además, se calcula que afectará a uno de cada 20 hombres y a una de cada 30 mujeres antes de cumplir los 74 años. En España, la supervivencia a los cinco años se sitúa actualmente por encima de la media de los países europeos, con un 64% (la media europea es de un 57%) (Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM, 2023).

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo tras las enfermedades cardiovasculares. En el año 2020 se produjeron 9,9 millones de muertes relacionadas con cáncer de acuerdo con los datos proporcionados por la International Agency for Research on Cancer (IARC), siendo el cáncer colorrectal el tercer tipo de cáncer que más muertes ocasiona anualmente (935.000 muertes/año), por detrás del cáncer de mama y pulmón (González-Gómez, 2020; World Health Organization, 2021).

En España se produjeron 15.038 defunciones debido al cáncer de colon y recto en 2021 (Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM, 2023).

En Europa la tasa de incidencia del cáncer colorrectal es de las más altas del mundo junto a América del Norte, especialmente en Estados Unidos, por lo que los esfuerzos en la prevención y tratamiento deben ser mayores (World Health Organization, 2021). Mundialmente es el tercer cáncer más diagnosticado, con 1.880.725 casos en 2020, cifra que aumenta año tras año de manera significativa (Cáncer Colorrectal. Estadísticas, 2022).

Si hablamos de la EI, segundo motivo más frecuente para la realización de un estoma, se estima que existen 300.000 personas diagnosticadas en España. Según el estudio 'EpidemIBD' cuyo objetivo ha sido conocer la epidemiología de la EI, cada año se diagnostican en nuestro país aproximadamente 10.000 nuevos casos, con una incidencia de 16 casos por cada 100.000 habitantes-año. De los 16, 7.5 para la enfermedad de Crohn (EC) y 8 para la colitis ulcerosa (CU). Estas cifras son superiores a lo descrito previamente en España y similares a lo observado en países del norte de Europa donde se describe una incidencia comparable a Estados Unidos. La mayor incidencia anual de EC se encuentra en Norteamérica (20.2 por 100000, personas/año); mientras que la incidencia anual de CU es mayor en Europa (24.3 por 100000 por persona año) (Chaparro et al., 2021; Confederación ACCU, 2019; Figueroa, 2019; González-Lama et al., 2020).

2.4. Visión Participante: el Ostomizado, no como Enfermo sino como Persona Ostomizada

Ante el proceso de enfermedad, cualquier sujeto necesita un periodo de adaptación en el que requiere y demanda información que le ayude a retomar su vida diaria. En el caso de los individuos ostomizados, la gran cantidad de cambios que se producen pueden derivar en desórdenes emocionales como el miedo, la impotencia, la negación o el rechazo. El cambio físico, principal motivo de estos sentimientos, puede acarrear problemas para la interacción con el medio ambiente y social, llegando a plantear dificultades fisiológicas, psicológicas y sociales. Las consecuencias son amplias: aislamiento social, alteración de las relaciones sexuales, modificación del modo de vestir por la inseguridad y el temor a ser descubierto, miedo a la pérdida del control de la continencia intestinal, etc. Hechos que desembocan en una baja autoestima que enlentece y perjudica al proceso adaptativo (Kimura et al., 2017; Kittscha et al., 2022).

El cambio físico en la persona con ostomía conlleva afectación psicológica, alteración de las relaciones sexuales por la disfunción, miedo, sensación de rechazo e inseguridad, alteración de la imagen corporal, etc. Sin embargo, las necesidades insatisfechas van mucho más allá y engloban a su familia o cuidadores informales (cónyuges, hermanos e hijos adultos), que se implican y apoyan en el

cuidado de la ostomía y los retos que aparecen durante el proceso. Su papel engloba la ayuda con el manejo de la ostomía y el dispositivo, apoyo emocional y en los casos necesarios también financiero. Por este motivo, se justifica el hecho de tratar al individuo ostomizado no como paciente, sino como persona ostomizada. Autores como Kittscha y Medeiros, ya en sus estudios confirman que una vez superado el momento agudo del proceso y adaptado a la nueva realidad, el ostomizado es capaz de recuperar su vida tal y como la conocía previa a la cirugía (de Sena et al., 2020; Kittscha et al., 2022; Medeiros et al., 2022).

Hasta ahora la mayor información de la que disponemos procede de las fases tempranas al diagnóstico y tratamiento, sin embargo, la necesidad de cuidados se prolonga en el tiempo incluso hasta décadas después de la resolución de la patología que desencadenó la realización de la ostomía (Machado et al., 2021).

Así mismo, los cuidadores reciben ayuda y formación, pero solo durante la fase temprana o de hospitalización, posteriormente aparece angustia psicológica y ansiedad debido al sufrimiento emocional de sus familiares ostomizados. Se sienten desbordados con la carga de cuidado, las preocupaciones y la dificultad para cuidar de sus propios problemas de salud. Por lo que la planificación de la atención post hospitalaria debería replantearse incluyendo también a la familia, para continuar la educación sobre el manejo del estoma, y de este modo favorecer la adquisición de habilidades de cuidado, la disminución de la carga emocional y la adaptación a la vida después de la cirugía (Mohamed et al., 2021).

2.5. Esferas de Afectación y Calidad de Vida

Los cambios que se producen en la persona ostomizada no solo afectan al plano físico, sino también al psicológico, sexual y social. A continuación, se profundiza en cada una de estas dimensiones.

2.5.1. Dimensión Física.

El cambio físico que se produce en la persona tras la cirugía requiere de un periodo de adaptación que permita la superación de miedos y tabúes procedentes de la alteración de la imagen corporal, y permita el camino hacia la adaptación a la nueva condición, en la resignación de su concepto previo de sí mismo y la autoimagen (de Sena et al., 2020). En esos primeros momentos se emite un juicio de valor sobre sí mismo y aparecen actitudes de aceptación o negación que, en el caso de ser negativa, se asocia a insatisfacción, autorrechazo y desprecio hacia su propia persona. El cuerpo alterado, muy diferente al canon de belleza aceptado socialmente, no coincide con la autoimagen

construida a lo largo de la existencia, que desemboca en situaciones como aislamiento social como estrategia para aliviar su vulnerabilidad por falta de confianza o autoestima (Galvão-Queiroz et al., 2017).

Hay diferentes aspectos diferenciados por sexos que influyen en esta alteración, se trata del autocuidado, la imagen corporal, el apoyo social y las finanzas como factores predisponentes en los hombres, mientras que el autocuidado, el tiempo transcurrido desde la cirugía y los grupos de apoyo cobran especial importancia en el caso de las mujeres (Vargas-Escudero et al., 2019).

Respecto a retomar la actividad física, hay una clara disminución de la práctica de ejercicio tras ser ostomizado. Hay sujetos que se sienten capaces de retomar la práctica desde un primer momento. Sin embargo, si a la cirugía se le añade el deterioro producido por el proceso de enfermedad, hay muchos individuos que no vuelven a practicar deporte. Algunas de las causas, además de la condición física, son las preocupaciones sobre la bolsa de ostomía. Surge el miedo a tener que vaciar la bolsa durante la actividad física o no sentirse capaz (de Campos et al., 2017).

Hay individuos que se sienten más sanos tras ser ostomizados porque se resuelve el proceso que generaba la enfermedad, como es el caso de la EII. Esto conduce a una mayor positividad en la adaptación a la nueva condición y recuperación, así como a una disminución del sufrimiento. Sin embargo, en el resto de sujetos la autopercepción de la salud general y de la calidad de la misma se ve disminuida y afectada por muchos factores (Avellaneda et al., 2021; Haughey & McGrogan, 2017).

2.5.2. Dimensión Psicológica.

El cambio físico suele ser el elemento predisponente para la afectación psicológica o emocional. Hay que tener en cuenta que la mayoría de sujetos atraviesa por diagnósticos oncológicos junto a la nueva realidad de ser ostomizados. En este punto, es necesario fomentar una actitud de escucha activa para facilitar que el paciente sea capaz de expresar sus emociones y miedos, así como potenciar sus estrategias de defensa. El acudir a la consulta previa a la cirugía es un elemento facilitador y disminuye la ansiedad al conocer el procedimiento a realizar y, por tanto, el resultado que se obtendrá y cómo será la nueva vía de eliminación intestinal. El marcaje del estoma y la visualización de los dispositivos también favorece el afrontamiento posterior y la disminución de complicaciones. La atención está muy centrada en la recuperación física y la adquisición de habilidades para el autocuidado, por lo que se demandan líneas de investigación sobre intervenciones que cubran la dimensión psicológica durante todo el proceso de la persona ostomizada (Casado-Mora et al., 2018; Silva et al., 2017).

2.5.3. Sexualidad

Para los individuos ostomizados, la sexualidad es un aspecto muy amplio que abarca aspectos biológicos, psicológicos y sociales y requieren tener una relación de confianza para mantener relaciones sexuales. La nueva realidad requiere respeto, compañerismo, admiración y amor recíproco, por lo que el acto sexual pasa a ser secundario y es sustituido por sentimientos de amor, cariño y respeto (Kimura et al., 2017).

Los ostomizados se sienten avergonzados o preocupados de sentirse rechazados físicamente, o de que suceda cualquier aspecto indeseable durante la relación como gases o mal olor. Así mismo, refieren que sus parejas manifiestan miedo a que esto se produzca y el propio ostomizado sienta pudor, así como preocupación por causar daño durante el acto sexual (de Campos et al., 2017).

En este sentido, la sexualidad debe considerarse como una parte de la vida diaria del ostomizado, que también ha de ser asistida por los profesionales en la búsqueda de estrategias de afrontamiento para una vida sexual activa y placentera, incluyendo por supuesto desde el primer momento a su familiar y al cónyuge. Se requieren intervenciones basadas en la persona y no en el estoma, es decir, llevar a cabo actividades biopsicosociales, que contemplen todos los aspectos de la persona como un ser holístico para poder de este modo mejorar su calidad de vida (Lannes et al., 2018).

2.5.4. Dimensión social

Estas personas experimentan dificultades respecto a su actividad ocupacional y su rol social. Esto está en línea con el proceso adaptativo, que se ve influenciado por la aceptación de estos individuos a su nueva condición y al estigma social. Además, los individuos ostomizados tienen la percepción de que disminuye o se pierde su capacidad productiva, por lo que influye en el proceso. Un estudio previo confirma que la disposición de estos sujetos a realizar actividades sociales fuera del hogar y del entorno local después de ser ostomizados disminuye. Según sus datos, un 54% disminuyó su disposición a salir y hacer actividades fuera del hogar debido a la incomodidad con los posibles olores, ruidos y posibilidad de malos olores. Además, afirmaron sentir rechazo social en lugares públicos como el transporte público o una iglesia por manifestaciones verbales. Sin embargo, existió un 46% de los encuestados que sí fueron capaces de recuperar su vida, salir de casa y conocer nuevas personas de la misma manera que lo hacían previo a ser ostomizados (de Campos et al., 2017).

Para la persona ostomizada, la familia es un “refugio seguro”, y no sabría cómo enfrentarse a la enfermedad y a la situación de la ostomía sin este pilar, lo que fundamenta una vez más que la

familia debe ser incluida en los planes de cuidados ya que es muy importante para la rehabilitación y reintegración social. Además, en España este núcleo tiene una relevancia especial por los fuertes arraigos culturales (Sariego, 2022). Se debe favorecer un diálogo abierto para que todos los miembros puedan expresarse libremente y manifestar sus sentimientos y preocupaciones. En las fases del proceso de afrontamiento, la expresión libre de emociones, la comunicación y el refuerzo emocional son de vital importancia, lo que se relaciona con un aumento de la confianza. El apoyo del cónyuge e hijos favorece y agiliza la adaptación y disminuye las posibles complicaciones. En su contra, la falta de estas figuras puede facilitar la aparición de situaciones indeseables como la depresión, por lo que la creación de estrategias en este escenario podría ser un elemento facilitador. Es necesario ampliar y centrar la atención en reconocer la importancia que tienen las redes de apoyo social, en este caso la familia, en cuanto a su papel de promotoras de salud y potenciadoras del bienestar (García-Martínez & García-Cueto, 2017; Herrera-Justicia et al., 2020).

La participación en grupos de apoyo podría resolver dificultades relacionadas con la autoimagen y las actividades sociales, de ocio y laborales. Muchos individuos no lo hacen por desconocimiento y se reconoce como una estrategia que permite aumentar el conocimiento sobre la gestión del estoma, resolución de dudas y problemas que surgen de manera puntual, además de promover la participación social. Se trata de intervenciones direccionadas hacia la práctica del autocuidado, para retomar las actividades de la vida cotidiana; en estas sesiones se producen intercambios de experiencias sobre la realidad de convivir con una ostomía así como el proceso de adaptación. El hecho de poder compartir su situación con personas que atraviesan por el mismo momento supone una gran ayuda ya que estos sujetos se sienten mucho más comprendidos, además en estos grupos o asociaciones se suele contar con la presencia de psicólogos expertos en el tema (de Sena et al., 2020).

Si se relaciona la interacción social con la percepción de la salud para las personas ostomizadas hay un claro vínculo; este hallazgo indica la importancia para la sociedad de cualquier individuo con problemas de salud. Además, no solo influye en la percepción de la salud al verse realizado y capaz de llevar a cabo determinadas actividades, sino también, una motivación en el sentimiento de mejor estado de salud independientemente de la realidad. Por tanto, la interacción social facilita el acceso a los recursos de la comunidad. De hecho, el aislamiento, ya sea familiar o social, no es más que un factor de riesgo para cualquier patología o problema de salud aumentando el consumo de recursos sanitarios. En consonancia, existe una relación entre la presencia de un factor estresante para la salud (mal manejo de los dispositivos, presencia de fugas o irritación de la piel periestomal) y la interactividad social, ya que a medida que uno mejora el otro también lo hace y viceversa (Thomas, 2018).

Las personas ostomizadas manifiestan que tienen sueños y metas para el futuro. Verbalizan que no pueden detenerse y entregarse a la enfermedad, porque al “seguir adelante” se sienten involucrados, insertados en un contexto de vida normal, asegurando una mejora importante para su calidad de vida. Por ello, es fundamental comprender las formas de atención que requiere el día a día de cada persona con ostomía, así como los cambios que suceden en sus vidas y cómo manejan estas situaciones. Se cree que este conocimiento acerca al enfermero a la realidad en la que viven estas personas, creando un vínculo necesario para una atención integral, de calidad y resolutive (Carvalho et al., 2015).

2.6. Papel de la enfermera estomaterapeuta.

Gracias al contacto cercano con el paciente ante la necesidad de asistencia continuada a lo largo de todo el proceso, el profesional de enfermería juega un papel crucial para la rehabilitación de la persona ostomizada, tanto en el preoperatorio (marcaje del estoma, información, valoración, etc.) como en el postoperatorio (detección de complicaciones, información sobre dispositivos, abordaje autocuidado, etc.). Este cuidado es realizado sobre todo por el/la enfermero/a especializado/a o estomaterapeuta, profesional formado específicamente que garantiza que la atención, tanto al paciente como su familia, sea la adecuada proporcionando capacitación para el cuidado a través de la educación (Cantero-Cunalata & Collado-Boira, 2016). La deriva hacia un modelo de práctica avanzada es una cuestión que en España se está abordando en el diseño de las competencias profesionales de enfermería que se requieren para el cuidado de este perfil de pacientes.

En el Libro Blanco de la Ostomía se describe la ruta del paciente ostomizado, que manifiesta la necesidad de prestar una asistencia de calidad y estandarizada, protocolizando los cuidados y contemplando al individuo de forma integral. En este documento se recoge como imprescindible el proceso de screening y prevención del cáncer, en el que con la prueba de sangre oculta en heces se detectan lesiones precancerosas, así como el marcaje previo del estoma e información preoperatoria. El profesional experto en ostomías está presente, por tanto, desde el comienzo hasta el final de la atención hospitalaria, aportando un informe de alta de enfermería para los siguientes niveles asistenciales. Se ha demostrado que la atención en una consulta especializada por una enfermera experta es coste-efectiva y aumenta la calidad de vida (Cobos-Serrano, 2018).

Por otro lado, la gran variedad de dispositivos existentes en el mercado requiere de una adecuada recomendación, por lo que la enfermera estomaterapeuta se convierte en la persona encargada de indicar el más adecuado. Su elección dependerá del tipo de ostomía, su ubicación, tamaño, forma, la protusión y el tipo de efluente. También es importante tener en cuenta la anatomía

de cada persona, si existe alguna alteración en la piel, y la circunferencia abdominal. Por último, es importante tener en cuenta la destreza de cada individuo, así como su ocupación laboral o de tiempo libre.

En los primeros momentos, debido a la situación, los sujetos ostomizados piensan que la pérdida de la continencia tendrá repercusión en sus relaciones familiares y sociales, por lo que precisan asesoramiento profesional en diferentes áreas: cuidado del estoma, elección del dispositivo, indicaciones nutricionales o para compartir miedos. La intervención enfermera mejora el estado psicológico de los individuos ostomizados, lo que puede estar en consonancia con la adquisición de la capacidad de autocuidado. Al mejorarse el grado de control de la enfermedad, se potencia su estado psicológico al sentir que maneja la situación (Huang et al., 2021).

Corresponde a los profesionales de enfermería comprender las verdaderas circunstancias del ostomizado y de su familia, abordando no solo las necesidades fisiológicas sino también psicológicas, para brindar apoyo emocional y ayudar en el camino de adquisición de la autonomía. Se trata, por tanto, de individuos que deben ser considerados como el centro de un proceso holístico, globalizado y no solo protector, para fomentar su papel de agentes activos y hacerlos partícipes de su proceso de rehabilitación. Además, es importante que, durante el trascurso de la enseñanza, el diálogo entre la enfermera y el individuo ostomizado se realice de modo que ambos sean vistos como sujetos y no como objetos, para poder cambiar la forma de intervenir y colaborar en este proceso, y la persona sea capaz de tener una comunicación verdadera derivada de relación terapéutica humanizada y horizontal (Galindo-Muñoz & Cuevas-Zárate, 2019).

El profesional de enfermería acompaña, trata, educa y apoya a la adaptación del individuo y su familia como un todo de manera holística, humanitaria y de manera cercana con calidez. Dicho cuidado brinda una atención integral que incluye al sujeto beneficiario de los cuidados, a su familia y a su entorno, por lo que se le reconoce su papel clave en el proceso del individuo ostomizado (Carvalho et al., 2015; Galindo-Muñoz & Cuevas-Zárate, 2019).

Un alta precoz puede ocasionar graves perjuicios para el paciente ya que la transición hospital-domicilio es un momento difícil. Se ha demostrado que los pacientes que han sido seguidos con atención enfermera tras el alta, a largo plazo presentan menos complicaciones que los que no han acudido con regularidad a consulta ya que el individuo tiene que hacer frente a su cotidianidad y requiere de un apoyo educativo y un asesoramiento adaptado a sus nuevas necesidades. Además, muestran un mejor manejo de la ostomía. De ahí, que cobre importancia el papel del/a enfermero/a estomaterapeuta, especialista y dedicado al seguimiento, control y cuidado de este tipo de pacientes

para amenizar las barreras y dificultades en la vuelta a la vida cotidiana (Herrera-Justicia et al., 2020; N. Silva et al., 2017).

En base a la última actualización de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en el 2019, el panel de expertos de RNAO desarrolló una serie de recomendaciones entre las que se encuentran las siguientes (Registered Nurses Association of Ontario., 2019):

- Acceso a especialistas, es decir, a enfermeras estomaterapeutas, para promover un cuidado integral.
- Necesidad de un programa estandarizado de cuidado de ostomías en las instituciones sanitarias.
- Valoración de la calidad de vida de los adultos ostomizados desde incluso el periodo previo a ser ostomizado.

La evidencia sugiere que para las personas que tienen una ostomía es muy importante recibir información postoperatoria clara, por ejemplo, entender incidencias postoperatorias comunes o cómo resolver complicaciones en el domicilio (García-Martínez & García-Cueto, 2017). Algunas personas también pidieron que la familia pudiera participar para estar bien informados, poder plantear las preguntas que quisieran y recibir más información sobre los tipos de estomas y sobre dónde comprar los dispositivos (Carvalho et al., 2015). Las personas que viven con una ostomía prefieren tener acceso directo a un sanitario o una enfermera estomaterapeuta para ocuparse de las complicaciones que puedan surgir tras el alta en comparación con el uso de consultas de urgencia (García-Martínez & García-Cueto, 2017).

La implantación de guías para el cuidado y manejo de la ostomía producen mejoras en los cuidados preoperatorios, el marcaje del estoma y en las complicaciones de la piel periestomal (Folguera-Arnau et al., 2020).

Esta problemática se ha visto exacerbada debido a la COVID-19, ya que los pacientes que fueron ostomizados vieron que, tras ser operados de urgencia, eran dados de alta sin apenas tener formación sobre su autocuidado. Además, los ya ostomizados se quedaban sin lugar de referencia al que acudir ya que las consultas de seguimiento fueron canceladas y el contacto telefónico en plena ola era prácticamente imposible. Se han vivido situaciones en las que el paciente enviaba fotos vía email de la zona y explicaba el problema; si le cambiaban el tratamiento tenía que llamar a la secretaría del centro de salud para solicitar cita con su médico de familia y que le recetara la nueva pauta. En el mejor de los casos, a los dos días le devolvían la llamada y cuando llegaba a la farmacia ya llevaba

demasiados días con una herida abierta en el estoma (Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. CODEM, 2020).

Actualmente se está llevando a cabo una transición que va desde la atención tradicional en consulta de ostomías hasta la EPA (Enfermería de Práctica Avanzada). El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) define la EPA como una práctica autónoma, que permite implementar herramientas como la valoración, el razonamiento diagnóstico y la toma de decisiones para el manejo de casos; desarrollar planes; implementar y evaluar programas como parte de servicios de consultoría y ser el primer punto de contacto en el sistema de atención en salud. Esto conlleva que un profesional en enfermería de práctica avanzada tendrá competencias para participar tanto en la elaboración de políticas públicas como en equipos de atención a individuos, familias, grupos y comunidades en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, el tratamiento, la recuperación y los cuidados paliativos (Cabal-Escandón, 2019).

Estudios como el de García Díaz, en el que se somete a prueba la EPA en el manejo de la HCC (Herida Crónica Compleja), ofrecen como resultados una disminución en el gasto en materiales y el acortamiento de los días para solucionar las heridas lo que también acarrea una mayor calidad de vida para el paciente. Así mismo favorece en un mejor hacer en el ambiente laboral, lo que influye en la autoestima no solo del profesional, sino también del beneficiario de los cuidados (García-Díaz et al., 2021).

Al igual que en otros países, todavía no existe un plan de alta específicamente creado, y la atención de enfermería en ese momento puede ser deficitaria al producirse de la mano de profesionales no especializados que, además, no cuentan con los recursos técnicos y materiales requeridos. La atención específica, sistematizada y con una interacción directa del personal de enfermería con el paciente ostomizado es parte de las estrategias del gobierno en las instituciones públicas de segundo y tercer nivel, y contribuye al alcance de las metas del Plan Nacional de Salud (Nieves et al., 2017).

El Consejo General de Enfermería, la Asociación de Pacientes Ostomizados y la Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE) han reclamado la implantación de la figura de la enfermera estomaterapeuta en todo el sistema sanitario. Diversos estudios justifican esta petición, uno de ellos es el *I estudio coste-efectividad de la atención especializada en ostomía* que fue realizado por 160 enfermeros de toda España y coordinado por el Instituto de Investigación ANTAE. Este estudio demuestra científicamente que la calidad de vida de los pacientes ostomizados mejora un 15% y el coste sanitario se reduce un 48% cuando tienen acceso a una enfermera experta en estomaterapia (Romero, 2014).

En un entorno con continuos y complejos retos se hace necesaria la existencia de una EPA en la atención a personas con ostomía (EPA-O), que tenga en cuenta el curso completo del proceso, con un trabajo efectivo y de calidad, que propicie el desarrollo de modelos organizativos hacia la coordinación de los dispositivos asistenciales, el uso eficiente de los recursos y la mayor satisfacción de la ciudadanía. Por ello, la Consejería de Salud del Servicio Andaluz de Salud en la Estrategia de Cuidados de Andalucía ha desarrollado la guía “Plan Integral de Cuidados de Andalucía (#PiCuida)”, que justifica y define este nivel asistencial. En este documento se recoge las principales características de la EPA-O: asesorar, educar y guiar al ostomizado, interviniendo con él y su familia durante todo el proceso. Se trata de un trabajo interdisciplinar y en equipo que ya no solo se presta en atención hospitalaria sino también primaria y socio-sanitaria (Casado-Mora et al., 2018).

La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (2017) en su Manual de competencias profesionales para Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías; en la competencia sobre personalización de los cuidados, se indica como buena práctica la realización de planes de cuidados individualizados (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2017). Conviene tener en cuenta que la normativa vigente en el estado español sobre el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, incluye la taxonomía NANDA, NOC, NIC como reflejo de la actividad del enfermero o de la enfermera (R.D 1093/2010 por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud) (Corella Calatayud et al., 2017). Estas taxonomías son utilizadas durante el juicio clínico de los profesionales sanitarios, así como en el diagnóstico y tratamiento. Se trata de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de diagnósticos enfermeros (NANDA-I, 2021), Nursing Outcome Clasification (NOC) de criterios de resultados (Moorhead et al., 2018) y la Nursing Intervention Clasification (NIC) de intervenciones enfermeras (Butcher et al., 2018).

2.7. Taxonomías enfermeras y su utilidad en cuidado del individuo ostomizado

Las buenas prácticas por parte de los profesionales requieren una forma sistemática de trabajo. La evolución de la enfermería como profesión y ciencia se viene produciendo desde sus inicios y así continúa en la actualidad. El progreso en la prestación de cuidados de enfermería se facilitó por el desarrollo de diferentes modelos y teorías, lo que contribuyó al progreso de la metodología y al Proceso de Atención de Enfermería (PAE); método sistemático y organizado que permite administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque integral del paciente y sus problemas reales o potenciales de salud. Lydia Hall lo describió en 1955 y posteriormente distintas enfermeras teóricas como Orlando, Yura, Walsh, Bloch, Roy y Aspinall lo desarrollaron hasta llegar al método actual

estratificado en cinco fases tal cual lo conocemos en la actualidad como PAE o Proceso Enfermero (PE): valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación (Mateos-García, 2017).

La aplicación del PE, tanto en la docencia como en la práctica clínica, proporciona los pilares de las habilidades de pensamiento crítico necesarias para actuar de forma efectiva y segura al emplear el método científico en la provisión de cuidados.

En los años 90, Blegen afirmaba que la aparición de los Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero (SELEs) afianzaba las bases de un marco de conocimiento que podría acelerar la creación del soporte teórico para la práctica (Blegen & Tripp-Reimer, 1997). Los SELEs han tenido un desarrollo importante en las últimas décadas, con una amplia difusión a nivel internacional. Watson, quien tuvo un gran papel en el desarrollo y contextualización del proceso de cuidar, consideraba imprescindible la formación de enfermería a nivel profesional como modo de conocer y comprender la integralidad del ser humano para abordarlo de manera integral, y alegaba que en el mundo del trabajo y de los cuidados “si no tenemos lenguaje propio no existimos”. Ante el riesgo de deshumanización del cuidado prestado fruto de la importante reestructuración administrativa de los sistemas de cuidado de salud a nivel mundial, se hace imprescindible rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal no solo en la práctica clínica, sino también educativa, investigadora y también administrativa de los profesionales de enfermería. Algunas de las teorizadoras de la enfermería como Virginia Henderson (1964), Dorotea Orem (1970) y Callista Roy (1999) ya abogaban por el uso de diferentes modelos y metodologías para desarrollar el PE. Bajo los nombres de “Modelo de necesidades humanas”, “Teoría del autocuidado” y “Modelo de adaptación”, proponían las bases para prestar cuidados costo-beneficiosos, eficientes y por supuesto de calidad, sin perder la humanización (Capilla-Díaz et al., 2019).

Las fases del PE, diagnóstico, planificación y ejecución, forman el concepto de plan de cuidados (PC), herramienta de conocimiento disciplinar que se viene usando en España desde la década de los 90. “No es una entidad independiente donde se listan tareas; es un tipo de “contrato” de cuidados entre la enfermera y la persona/familia, en el que en función de su situación y en base a la experiencia de la enfermera se emite un juicio clínico y se prescriben, se recomiendan y se pactan los cuidados en forma de objetivos y/o intervenciones para, una vez realizadas, reevaluar el estado de la persona y cerrar o reiniciar este proceso circular” (Alfaro-LeFevre, 2012). Para elaborar los PC en los distintos ámbitos de la práctica asistencial, las taxonomías que se emplean en diferentes entornos geográficos corresponden a la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Outcomes Classification (NOC) y Nursing Interventions Classification (NIC), representados conjuntamente como NNN. La implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) ha facilitado la

incorporación de manera progresiva de esta metodología facilitando su extensión (Rios-Jimenez et al., 2020).

Gracias al Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE) el acto de cuidar ha adquirido un carácter profesional y se ha generado un universo de partida para investigar en cuidados. Se produce la evolución desde un proceso lineal en el enfoque de la atención profesional, hacia el conocimiento sobre el cuidado. A través de la triangulación taxonómica y el razonamiento clínico, el conocimiento puede evolucionar hacia las distintas situaciones posibles bajo el mismo marco para permitir la creación de nuevas ideas. Por tanto, el poder del cuidado reside en el lenguaje, las metodologías y los modelos, en sus formas actuales y en las nuevas que irán surgiendo, gracias a la investigación, para aproximarnos de la forma más certera posible a la realidad (Gonzalez-Aguña, 2019).

2.7.1. Plan de cuidados.

Cuando hablamos del plan de cuidados, nos referimos a un documento escrito que recoge las diferentes fases de diagnóstico, así como la planificación de los cuidados enfermeros. Está formado por tres partes: los problemas que han sido detectados en la valoración (Diagnóstico NANDA), los resultados que se esperan alcanzar (resultados NOC) y, por último, los cuidados que los profesionales de enfermería deben realizar para subsanar los problemas detectados (intervenciones NIC). De la necesidad de cuidados surge la elaboración del plan de cuidados estandarizado así como de los registros para planificar, monitorizar, organizar la información y conseguir una comunicación eficiente entre los profesionales.

Para identificar los diagnósticos presentes en cada caso, se tiene que prestar especial atención a la valoración realizada. Los diagnósticos deben ser elegidos a través de los factores relacionados o de riesgo y de las características definitorias y siempre teniendo concordancia con los datos de la valoración. Seguidamente se deben identificar los resultados esperados para el individuo en cuestión fijando unos indicadores y estableciendo su puntuación. Por último, se seleccionan las intervenciones enfermeras imprescindibles (Leonor-Rodríguez & Cobos-Serrano, 2015).

Miotto en su estudio pone de manifiesto las ventajas que tiene para la profesión el desarrollo y uso de las taxonomías o sistemas de clasificación (Arranz-Alonso, 2015):

- Oportunidad para desarrollar los fundamentos científicos sólidos que enmarcan la profesión enfermería.
- Creación de un marco común que sirva de guía para los cuidados, la educación y la investigación en enfermería.
- Facilitar la comunicación oral y escrita, haciéndola más eficaz.

- Facilita un sistema adecuado para el empleo del tratamiento informático.
- Integra las actividades de enfermería relacionadas con el proceso y diagnóstico en el sistema de información de la asistencia a la salud.

El lenguaje que se utiliza en cualquier profesión, así como sus sistemas de clasificación, son imprescindibles porque la caracterizan y determinan el alcance de la misma. En esta línea, la profesión de enfermería ha recorrido un largo camino al iniciar la codificación de la praxis de la disciplina alcanzando la universalidad en un lenguaje común.

Además de asegurar la comunicación entre los profesionales, el uso del lenguaje estandarizado favorece la formación y permite conocer el impacto de los tratamientos prestados en el estado de salud del usuario, así como la utilización de los registros para la investigación (Ruíz-Cano et al., 2017).

Para el individuo que se beneficia de la aplicación del plan de cuidados se reportan varias ventajas. Los PC disminuyen la variabilidad de la práctica clínica teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada caso. Esto permite aumentar la calidad de los cuidados al establecer unos mínimos que siempre deben llevarse a cabo. Registrar las intervenciones enfermeras tiene una función primordial: asegurar la continuidad de los cuidados para garantizar una atención de calidad, es decir, cuidados eficaces, eficientes y adecuados.

De hecho, algunas clasificaciones se emplean como medida de calidad de los cuidados, contando con gran valía en las áreas de gestión enfermera. Un ejemplo es el NDNQI de ANA (Base nacional de datos de Indicadores de Calidad de Enfermería de la Asociación Norteamericana de Enfermería). Fue creada a principios de los 90 e incluye indicadores específicos de cuidados de enfermería para realizar comparaciones entre unidades similares y enviarlo a posteriori a los profesionales participantes. Esto es una gran ventaja al conocer la efectividad de las intervenciones enfermeras (Arranz-Alonso, 2015).

Para reforzar estas ideas el plan de cuidados estandarizado también demuestra ser eficaz en muchas patologías, entre ellas la COVID-19. En un primer momento dio la capacidad a los profesionales de enfermería, a través del razonamiento, de ganar habilidades y confianza para enfrentarse a una situación totalmente nueva y desconocida. A su vez, sirvió de guía para cubrir holísticamente las necesidades del paciente y como fin último, para garantizar la seguridad, la calidad de vida y la salud a través de los cuidados de enfermería (Recasens-López et al., 2019).

A continuación, se exponen de manera detallada las 3 taxonomías.

2.7.2. Taxonomía NANDA. Diagnósticos de enfermería.

En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin, impulsaron la creación de un grupo de trabajo para realizar una clasificación de los diagnósticos de enfermería. En 1977 comenzó otro grupo de trabajo teórico impulsado por la enfermera Callista Roy. Durante el año 1982 se funda la NANDA. La primera presidenta electa de la NANDA fue Marjory Gordon que permaneció en el cargo hasta 1988. Durante la década de los años 80 se crea la taxonomía I, con el objetivo de facilitar la formulación y organización de los diagnósticos de enfermería (García-Hernández, 2007). Se pretendía emplearla con carácter internacional para nombrar los problemas propios de la práctica enfermera, similar a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), y se entendía su utilidad para las enfermeras de todos los países. En 2002 NANDA se convierte en NANDA Internacional (NANDA-I), y publica la “Taxonomía II” con un marco conceptual modificado, apoyado en los patrones funcionales de salud descritos por la Dra. Gordón (Mateos-García, 2017).

En el 2016, la Dr^a. Gunn Von Krong presenta la taxonomía III (que no está vigente actualmente), que propone una nueva visión organizativa en la que se seguirá trabajando y que implicaría adaptar la taxonomía II, siempre que cuente con la aprobación de los miembros de NANDA-I. Esta nueva creación incluye 7 dominios basados en áreas notables del conocimiento enfermero y puede tener una gran influencia en la profesión en la parte docente y del diseño de registros electrónicos que facilite la documentación el apoyo en la toma de decisiones clínicas, y no solo en la parte asistencial (Mateos-García, 2017).

En su última actualización publicada en 2021, la clasificación de NANDA-I 2021-2023 (12^ª edición) tiene 267 diagnósticos enfermeros: 46 nuevos, 67 revisados, 17 que han recibido cambios en la etiqueta y 23 retirados. Está estructurada en 47 clases y 13 dominios: Promoción de la Salud, Nutrición, Eliminación e Intercambio, Actividad/reposo, Percepción/Cognición, Autopercepción, Rol/Relaciones, Sexualidad, Afrontamiento/Tolerancia al estrés, Principios Vitales, Seguridad/Protección, Confort, Crecimiento/Desarrollo. Además, los criterios/niveles de evidencia han sido revisados.

Dentro de los diagnósticos encontramos los siguientes tipos. Diagnóstico de enfermería real: se describen respuestas humanas a procesos de salud que existen en el sujeto, familia o comunidad. Diagnóstico de enfermería de riesgo: se describen respuestas humanas a procesos de salud que pueden desarrollarse en el individuo, familia o comunidades vulnerables apoyado por factores de riesgo que contribuyen a aumentar esta susceptibilidad. Diagnósticos de enfermería de promoción de la salud: engloba la motivación o afán del paciente para alcanzar un mayor estado de salud o factor que puede guiar a un mejor nivel. Diagnóstico de enfermería de síndrome: se trata de grupos de signos

y síntomas que casi siempre aparecen juntos y componen un cuadro clínico específico (Arranz-Alonso, 2015).

La bibliografía sobre NANDA, NOC y NIC en el paciente ostomizado se centra principalmente en la publicación de casos clínicos y en algunos estudios con limitado tamaño muestral. De los trabajos consultados, destaca la tesis doctoral de Pérez García (2021) y la Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado de Leonor-Rodríguez y Cobos-Serrano (2015), que se elaboró a partir las recomendaciones de la RNAO para el cuidado y manejo de la ostomía (2009). La tabla 1 recoge los principales diagnósticos NANDA y sus factores o condiciones asociadas, recogidos a partir de los documentos anteriormente citados.

Tabla 1. Diagnósticos NANDA más frecuentes en personas ostomizadas y sus factores asociados

Diagnóstico NANDA	Factores asociados
00004. Riesgo de infección	<i>Procedimientos invasivos</i>
00043. Protección ineficaz	<i>Fármacos (anestésicos)</i>
00078. Gestión ineficaz de la propia salud	<i>Complejidad del régimen terapéutico</i>
00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<i>Humedad y factores mecánicos</i>
00028. Riesgo de déficit de volumen de líquidos	<i>Pérdidas excesivas a través de vías normales y alteraciones que afectan a la absorción de líquidos</i>
00002. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	<i>Incapacidad para absorber los nutrientes</i>
00197. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional	<i>Cirugía abdominal</i>
00016. Deterioro de la eliminación urinaria	<i>Multicausalidad</i>
00093. Fatiga	<i>Estados de enfermedad</i>
00102. Déficit de autocuidados: Alimentación	<i>Debilidad y barreras ambientales</i>
00108. Déficit de autocuidados: Baño	<i>Debilidad y barreras ambientales</i>
0110. Déficit de autocuidados: Uso de inodoro	<i>Debilidad y barreras ambientales</i>
00109. Déficit de autocuidados: vestido	<i>Debilidad y barreras ambientales</i>
0206. Riesgo de sangrado	<i>Efectos secundarios del tratamiento</i>
00095. Insomnio	<i>Malestar físico y factores ambientales</i>
00132. Dolor agudo	<i>Agentes lesivos biológicos</i>
00148. Temor	<i>Separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante</i>
00118. Trastorno de la imagen corporal	<i>Tratamiento de la enfermedad</i>
00120. Baja autoestima situacional	<i>Deterioro funcional, trastorno de la imagen corporal</i>
00060. Interrupción de los procesos familiares	<i>Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia</i>
00059. Disfunción sexual	<i>Alteración de la función y estructura corporal</i>
00069. Afrontamiento ineficaz	<i>Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación</i>
00136. Duelo	<i>Pérdida de partes o procesos corporales</i>

00066. Riesgo de sufrimiento espiritual	<i>Enfermedad física</i>
00015. Riesgo de estreñimiento (colostomías)	<i>Aporte insuficiente de líquidos y fibras</i>
00014. Incontinencia fecal	<i>Vaciado intestinal incompleto.</i>
00124. Desesperanza	<i>Deterioro del estado fisiológico</i>
00052. Deterioro de la interacción social	<i>Trastorno del autoconcepto</i>
00092. Intolerancia a la actividad	<i>Debilidad generalizada</i>

Fuente: Elaboración propia a partir de Leonor-Rodríguez & Cobos-Serrano, 2015; Pérez-García S, 2021.

2.7.3. Taxonomía NOC. Resultados de enfermería.

En 1991, en el University of Iowa College of Nursing se propone la taxonomía NOC para la clasificación de los Resultados de Enfermería. Este proyecto liderado por Mass y Johnson, surge como complemento de las taxonomías explicadas anteriormente y con el propósito de identificar, nombrar, validar y clasificar los resultados e indicadores del paciente, susceptibles de ser alcanzados mediante las intervenciones enfermeras (Mateos-García, 2017).

En 1997 se publica la primera edición y se define un Resultado como “un estado individual, familiar o comunitario que se puede medir, o un comportamiento o percepción que se mide durante un periodo continuado de tiempo y es una respuesta a las intervenciones enfermeras”. La estructura de la taxonomía NOC se compone de 7 Dominios (Salud funcional, Salud fisiológica, Conocimiento y conducta de salud, Salud percibida, Salud familiar y Salud comunitaria). Cada resultado con su identificación y definición se conforma por varios indicadores de resultados que son estados, conductas, percepciones específicas con ese resultado.

Cada NOC incluye una etiqueta, una definición y un código de 4 dígitos. Además, cada NOC incluye una lista de indicadores que son elegidos por la enfermera para evaluar el resultado del plan de atención de cada paciente. Estos indicadores se miden con una escala de Likert, en la que la intensidad o frecuencia de una situación descrita se representa con un número del 1 al 5, donde 1 es la peor situación posible del paciente en relación a ese indicador y el 5 es siempre positivo o más alto. Además, pondera el grado alcanzado de ese resultado antes y después de las intervenciones de enfermería para reflejar la evolución de los pacientes. Cada indicador está compuesto por 6 dígitos, los primeros cuatro corresponden a los dígitos del NOC al que pertenecen (Moorhead et al., 2018).

En la sexta edición publicada en 2018 aparecen 540 resultados, incorporándose 52 nuevos resultados y eliminándose 2 resultados (Moorhead et al., 2018).

La tabla 2 expone los NOC más relevantes en planes de cuidados a pacientes ostomizados. Al igual que en la NANDA, se han tomado como fuentes bibliográficas los trabajos de Pérez García (2021)

y la Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado de Leonor-Rodríguez y Cobos-Serrano (2015).

Tabla 2. Resultados NOC más frecuentes en personas ostomizadas.

0703. Severidad de la infección	0912. Estado neurológico: consciencia
1813. Conocimiento: régimen terapéutico	1829. Conocimiento: cuidados de la ostomía
1615. Autocuidados de la ostomía	1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas
0601. Equilibrio hídrico	1004. Estado nutricional
1015. Función gastrointestinal	0501. Eliminación intestinal
0503. Eliminación urinaria	0002. Conservación de la energía
0303. Autocuidados: alimentación	0301. Autocuidados: baño
0305. Autocuidados: higiene	0310. Autocuidados: uso del inodoro
0302. Autocuidados: vestir	0004. Sueño
0413. Severidad de la pérdida de sangre	2102. Nivel de dolor
1210. Nivel de miedo	1204. Autocontrol del miedo
1200. Imagen corporal	1205. Autoestima
2609. Apoyo familiar durante el tratamiento	0119. Funcionamiento sexual
1302. Afrontamiento de problemas	1304. Resolución de la aflicción
2001. Salud espiritual	1615. Autocuidados de la ostomía
1204. Equilibrio emocional	1305. Modificación psicosocial: cambio de vida
1503. Implicación social	0005. Tolerancia a la actividad

Fuente: Elaboración propia a partir de Leonor-Rodríguez & Cobos-Serrano, 2015; Pérez-García S, 2021.

2.7.4. Taxonomía NIC. Intervenciones de enfermería.

Esta taxonomía surge para la clasificación de las Intervenciones de Enfermería en 1987, también en la University of Iowa College of Nursing (Estados Unidos). Es liderada por McClosKey y Bulechek, con el propósito de ordenar las actuaciones enfermeras en grupos, basándose en las relaciones entre ellas y asignándoles el nombre de intervenciones, que se definen como “cualquier tratamiento basado en el juicio y conocimiento clínico que una enfermera realiza para mejorar los resultados del enfermo/cliente”(González-Caballero, 2010).

Las intervenciones se componen de actividades de las que el profesional debe seleccionar las más adecuadas para el paciente según la circunstancia y/o patología, consiguiendo así la individualización de los cuidados a partir de las actividades. Las actividades enfermeras son “conductas o actuaciones específicas que las enfermeras realizan para llevar a cabo una intervención y que ayuda al enfermo/clienta a avanzar hacia el logro de resultados esperados” (Butcher et al., 2018; Mateos-García, 2017).

En la séptima edición publicada en 2018 hay 565 intervenciones y cerca de 13.000 actividades estructuradas en 7 campos (Fisiológico básico, Fisiológico Complejo, Conductual, Seguridad, Familia, Sistema Sanitario y Comunidad) y 30 clases.

Las intervenciones NIC más relevantes para personas ostomizadas se muestran en la tabla 3 y han sido recopiladas a partir de la bibliografía antes referenciada para NANDA y NOC.

Tabla 3. Intervenciones NIC más frecuentes en personas ostomizadas.

6540. Control de infecciones	3440. Cuidados del sitio de incisión
1870. Cuidados del drenaje	1876. Cuidados del catéter urinario
2870. Cuidados postanestesia	6650. Vigilancia
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 con los autocuidados: vestir/arreglo personal
4010. Prevención de hemorragia	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

Fuente: Elaboración propia a partir de Leonor-Rodríguez & Cobos-Serrano, 2015; Pérez-García S, 2021.

2.8. Uso en investigación del lenguaje enfermero

Los registros de enfermería constituyen en sí mismos una fuente importante de información que permite llevar a cabo investigaciones de diversa índole. De hecho, prácticamente cualquier tipo de investigación que requiera información acerca de la realidad asistencial enfermera puede valerse de los registros. El propio hecho de registrar promueve el progreso de la profesión de enfermería. Ejemplos de ello son dejar constancia del área de conocimiento y actuación propia, afianzando la autonomía profesional, o al servir de soporte para las investigaciones que son cruciales para la enfermería al promover una práctica profesional reflexiva. De este modo, no solo se contribuye a aumentar la calidad de los cuidados, sino que, además, se hace patente el trabajo que enfermería realiza. Sin embargo, la literatura especializada coincide en señalar graves problemas que afectan a los registros de enfermería. Fundamentalmente es debido a que las enfermeras no registran de manera adecuada; en muchos casos se produce por desconocimiento, por inexperiencia, por la idea de que es una tarea burocrática y ajena y, sobre todo, por una idea distorsionada del rol de la enfermería (Arranz-Alonso, 2015; Modegro-Aznar, 2016).

Si nos trasladamos a la formación universitaria, el lenguaje enfermero es un instrumento de cuidados histórico que fomenta la independencia de la enfermería y permite una comunicación eficaz. Sin embargo es disarmónico el mensaje que los estudiantes reciben desde las aulas y el que escuchan en sus prácticas en centros sanitarios, y lo que más valor tiene es lo que perciben como real, el trabajo

asistencial, donde queda mucho por hacer debido a la gran carga asistencial que sufre el sistema sanitario (Echevarria-Pérez, P. 2020; Mateos-García, 2017).

La interrelación entre las tres taxonomías que componen el lenguaje enfermero facilita la comunicación interprofesional en distintas situaciones, permite la integración de datos en plataformas digitales para poder comparar situaciones, y proporciona orientación profesional para realizar las actividades indicadas y resolver una situación de salud. Además, la presencia de tipos específicos de documentación (por ejemplo, valoración Inicial, observaciones de enfermería, informe de alta, escalas de valoración para el dolor, UPP) permite tener acceso a variables concretas y una riqueza de información que puede derivar en diferentes usos además del asistencial como son la gestión, la docencia y la investigación (Echevarria-Pérez, 2020; Mateos-García, 2017).

Los lenguajes enfermeros y los sistemas de clasificación son fundamentales para definir la disciplina y punto de vista y permite describir los cuidados enfermeros, determinar carencias reales, comparar datos para la investigación, etc. La información generada es capaz de representar a través del proceso científico, los efectos de los cuidados a través de los resultados enfermeros y los indicadores de los mismos, esclareciendo de este modo, las necesidades de cada proceso (Mateos-García, 2017).

Diversos estudios han mostrado la utilidad del lenguaje enfermero en investigación, aportando evidencia en el proceso diagnóstico, pronóstico y en la evaluación de las intervenciones enfermeras en diferentes contextos asistenciales (Pires et al., 2020; Puente-Fernández et al., 2020; Pulido-Acuña et al., 2018).

Justificación y Objetivos

3. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

La persona portadora de un estoma digestivo se enfrenta a dificultades en los planos físico, psicológico y social desde el primer momento. Estas problemáticas repercuten en la calidad de vida del individuo ya que se siente incapaz de retomar su día a día del modo que lo hacía antes de ser ostomizado. Diferentes factores influyen en el proceso, se trata del apoyo familiar y social, el nivel económico, las creencias religiosas y culturales, etc. El aprendizaje y el tiempo permiten a estas personas alcanzar los conocimientos que les llevan a hacer frente a su autocuidado para de este modo, adaptarse a su nueva situación y convivir con ello de manera digna y autónoma (Capilla-Díaz et al., 2019).

Además, en ocasiones tienen problemas para acceder a una atención sanitaria especializada que les permita ser valorados, acompañados y cuidados por una enfermera estomaterapeuta, profesionales en quienes recae la atención de la persona ostomizada. Este colectivo se circunscribe en los roles de la EPA, y para ello según el CIE, es necesario adquirir competencias que avalen la toma de decisiones complejas y con las competencias clínicas necesarias para llevar a cabo una práctica ampliada que permita mejorar el cuidado. Se define como una forma de mejorar el acceso a la atención, la continuidad y la promoción de una atención de calidad en los diferentes niveles de atención (San Martín-Rodríguez, 2016).

Al comienzo, cada enfermera registraba los cuidados realizados mediante sus propias expresiones, lo que llevó a la necesidad de crear términos que permitan codificar de forma estandarizada y aplicar taxonomías enfermeras que favorezcan el seguimiento y la documentación de cuidados. A raíz de esta premisa, surge la realización de planes de cuidados, en los que se utiliza un lenguaje universal y se marcan unos objetivos, que puedan ser evaluados y entendidos para la implementación y evaluación de cuidados en ciertas alteraciones en la salud en general, aplicables a contextos concretos como el cuidado de personas con ostomía, razón que ocupa esta tesis doctoral (Adubi et al., 2018). La finalidad es garantizar la calidad y continuidad del cuidado, favoreciendo la gestión del proceso de enfermedad y produciendo beneficios en la situación del paciente. En este sentido, las EPA entre los que se reconoce la figura de la enfermera estomaterapeuta, requieren de un liderazgo clínico, investigador y de una práctica de cuidados de alta cualificación, por lo que el manejo de taxonomías es una oportunidad para el desarrollo de este nivel profesional. Se trata de herramientas que facilitan la toma de decisiones clínicas gracias a los registros elaborados a partir de una terminología que hace comparables los datos, también para otras disciplinas, por lo que favorece también la atención multidisciplinar (Lawson, 2021).

En su práctica clínica las EPA integran por tanto 4 roles: clínico experto, consultor, docente e investigador, lo que justifica que sean un elemento de cohesión entre los quipos asistenciales, favoreciendo el seguimiento y la continuidad asistencial (Lafuente-Robles et al., 2019).

Si hacemos referencia a los hitos que influyeron en el desarrollo de la investigación enfermera, en 1850 Florence Nightingale es reconocida como la primera investigadora en enfermería. En 1923 se desarrolla el primer programa académico de doctorado en enfermería y en 1929 el primer máster. La American Nurses Association (ANA) financia las primeras conferencias de investigación en enfermería. Esta misma asociación refiere que *"La investigación en enfermería desarrolla conocimientos sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital, sobre el cuidado de las personas con problemas de salud e incapacidades y sobre estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas, al margen de su estado de salud, particularmente en ancianos, enfermos crónicos y terminales. Esta investigación complementa a la investigación biomédica, principalmente interesada por las causas y el tratamiento de las enfermedades"* (Echevarria-Pérez, 2020; Grove & Gray, 2019).

Según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), queda refrendada la competencia y legitimidad de los profesionales de enfermería para realizar investigación al incluir a los Diplomados (actualmente Graduados) en Enfermería entre las profesiones sanitarias tituladas, y les reconoce, como al resto de profesionales, la competencia para participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad; especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades (artículo 4.4) (Fernández-Lasquetty Blanc B, 2013).

Es en este contexto donde los LEE se convierten en una materia prima para investigar sobre las necesidades del proceso de enfermería desde la valoración hasta que finalizan los cuidados al alta, sin olvidar la continuidad asistencial. El uso del lenguaje enfermero en investigación sobre las intervenciones de enfermería permite a su vez, que diferentes equipos de investigación puedan comparar los resultados y garantiza que los hallazgos no queden en la teoría sino que sean llevados a la práctica. Esto permite mejorar la calidad de los cuidados y por tanto la calidad de vida de los beneficiarios de los mismos (Grove & Gray, 2019).

Bajo estas premisas se plantea esta investigación, que pone el foco en la utilidad del lenguaje enfermero, concretamente las taxonomías NANDA, NOC y NIC, como herramienta clave en la atención a las personas ostomizadas. La escasez de literatura científica publicada al respecto, justifica la pertinencia de este trabajo que pretende, a través de tres estudios, evaluar los diagnósticos,

resultados e intervenciones enfermeras más prevalentes en el proceso asistencial al paciente ostomizado, abarcando tanto el periodo quirúrgico como la continuidad asistencial, y analizando los factores que influyen en dicho proceso. De manera adicional, se incluyen dos estudios que persiguen mostrar, por un lado la utilidad de los lenguajes enfermeros para estudiar aspectos concretos de la afectación que tienen las personas ostomizadas, en este caso centrado en el trastorno de la imagen corporal; por otro la posibilidad para la incorporación de variables de estudio en la investigación aplicada a los cuidados de estas personas, en este caso midiendo aspectos como la satisfacción, conocimiento y percepción a través de la NOC en el marco de un ensayo clínico sobre la eficacia de un gel con aceite de oliva virgen extra ecológico en el cuidado de la piel periestomal.

Con todo lo anterior, los objetivos de esta investigación son los siguientes:

Objetivos Generales:

1. Determinar la prevalencia de Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de enfermería en personas portadoras de estomas digestivos durante el proceso de cuidado quirúrgico y de continuidad de cuidados.
2. Analizar la asociación de factores clínicos y sociodemográficos de personas portadoras de estomas digestivos con los diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería más prevalentes a lo largo del proceso asistencial.

Objetivos específicos:

1. Analizar la prevalencia de diagnósticos de enfermería NANDA en personas portadoras de estoma digestivo a lo largo del proceso asistencial.
2. Identificar los resultados de enfermería NOC más prevalentes en personas portadoras de estoma digestivo durante el proceso de cuidados.
3. Establecer las intervenciones de enfermería NIC planificadas con mayor prevalencia en personas portadoras de estoma digestivo durante su atención enfermera continuada.
4. Definir los factores clínicos y sociodemográficos asociados con la taxonomía enfermera NANDA, NOC y NIC en individuos ostomizados.
5. Determinar el nivel de satisfacción de los ostomizados con su imagen corporal y su adaptación a los cambios provocados por la cirugía a través de la Taxonomía Enfermera NOC.
6. Demostrar la utilidad de la taxonomía NOC como variable de estudio en la investigación aplicada a los cuidados de personas con ostomía digestiva.

Metodología

4. METODOLOGÍA

Para responder a los cuatro primeros objetivos, que suponen el foco central de la tesis doctoral, se presentan tres estudios que han sido desarrollados en el marco de un proyecto de investigación más amplio titulado “La experiencia de portar un estoma digestivo y su relación con metodología enfermera. Metaestudio cualitativo e implementación de evidencias Q a través de vías clínicas”, financiado por la Fundación Progreso y Salud de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (Expt: PI-0564-2011). Para responder al objetivo 5 se presenta otro estudio también incluido dentro del proyecto antes mencionado. Por último, el sexto objetivo se desarrolla en el quinto y último estudio que se presenta en esta tesis. Conviene aclarar que estos dos últimos estudios tienen un papel complementario en esta tesis doctoral, al desarrollar parte de los hallazgos encontrados en los tres primeros estudios como ejemplo de la utilidad que los lenguajes enfermeros tienen en el campo de la investigación en cuidados de personas ostomizadas.

Los estudios que sustentan esta tesis doctoral recibieron el visto bueno del Comité Ético de Investigación Provincial de Granada (resoluciones aprobadas el 28 de mayo de 2012 y el 21 de julio de 2021).

En los tres primeros estudios se trabaja con una propuesta previa de diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC, que fue desarrollada en el proyecto antes mencionado como antesala del estudio clínico que posteriormente se desarrolló en una muestra de pacientes y que originó las tres publicaciones centrales sobre las que se articula esta tesis. Para poner en contexto estos estudios clínicos, a continuación se explica cómo se desarrolló esta propuesta.

En una primera fase (Capilla-Díaz et al., 2019) se realizó una metasíntesis sobre la experiencia de personas portadoras de estomas digestivos. Los hallazgos de ese trabajo reflejaron las principales necesidades y situaciones que se pueden ver alteradas en estos sujetos. De manera concreta, se identificaron 553 ítems que correspondían a hallazgos procedentes de la metasíntesis que daban cuenta de esas necesidades.

En una segunda fase se trabajó siguiendo las pautas del proceso de atención de enfermería. Así, los 553 hallazgos se consideraron como datos de valoración clínica. Para que se entienda de una manera más clara, se asumió que estos ítems reflejaban el resultado de una entrevista clínica de valoración enfermera sobre personas portadoras de estomas digestivos, de modo que se analizaron minuciosamente y se agruparon en función de los Patrones funcionales de M. Gordon (1996).

Una vez organizados los datos, se identificaron los diagnósticos enfermeros a partir de la Clasificación Diagnóstica de la NANDA, completando el plan de cuidados con los resultados esperados según la NOC y las intervenciones a llevar a cabo y sus correspondientes actividades atendiendo a la NIC. Para dar validez a esta propuesta, se realizó una consulta con expertos mediante técnica Delphi. Por un lado, se contó con expertos en metodología enfermera y, por otro lado, con expertos de estomatología. Estos últimos, priorizaron las asociaciones establecidas en base a criterios clínicos. Se identificaron un total de 21 diagnósticos NANDA con sus respectivos objetivos (NOC) e intervenciones (NIC). Este plan de cuidados se pilotó inicialmente en una muestra de 9 sujetos, lo que permitió perfilar la propuesta de diagnósticos, resultados e intervenciones.

A partir de lo anterior, se llevaron a cabo los estudios que son objeto de esta tesis doctoral. Para una mejor comprensión del trabajo realizado, además de incluir las publicaciones, se incluye un breve resumen de la metodología empleada en cada uno de los estudios que componen esta tesis.

4.1. Estudios 1, 2 y 3.

Los estudios 1 (Nursing Diagnoses in People with Digestive Stoma and their Association with Sociodemographic and Clinical Factors) y 3 (Evaluation of interventions in people with digestive stoma through the Nursing Interventions Classification) de esta tesis fueron publicados en la revista *International Journal of Nursing Knowledge*. El estudio 2 (Assessment of Health Indicators in Individuals with Intestinal Stoma using the Nursing Outcomes Classification: A Cross-Sectional Study) fue publicado en la revista *Frontiers in Surgery*.

Estas tres publicaciones son el resultado de un estudio observacional, descriptivo y transversal que se realizó entre febrero y abril de 2017 en las Unidades de Cirugía General del Complejo Hospitalario de Granada. La población de estudio fueron los pacientes adultos con colostomía o ileostomía atendidos en esta unidad, que incluía tanto a aquellos que eran intervenidos de cirugía programada o urgente y aquellos que eran atendidos en la consulta de seguimiento tras el alta hospitalaria. Se realizó un muestreo consecutivo guiado por el tiempo que se fijó para la recogida de datos, en este caso tres meses. Se incluyeron en el estudio a 102 sujetos. A cada paciente se le realizó una valoración in situ en la unidad para determinar las características sociodemográficas y clínicas, así como la presencia o ausencia de los Diagnósticos, Resultados e Intervenciones recogidos en la propuesta que se desarrolló en la etapa previa antes descrita (véase tablas 4, 5 y 6).

Tabla 4: Diagnósticos NANDA a estudio

00069 Afrontamiento ineficaz
00146 Ansiedad
00120 Baja autoestima situacional
00126 Conocimientos deficientes

00124 Desesperanza
 00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
 00052 Deterioro de la interacción social
 00214 Disconfort
 00059 Disfunción sexual
 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.
 00136 Duelo
 00014 Incontinencia fecal
 00060 Interrupción de los procesos familiares
 00224 Riesgo de baja autoestima crónica
 00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia
 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad
 00066 Sufrimiento espiritual
 00148 Temor
 00118 Trastorno de la imagen corporal
 00198 Trastorno del patrón del sueño.

Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta la última actualización de la NANDA (NANDA-I, 2021), los diagnósticos 00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud, 00136 Duelo (prequirúrgico), 00136 Duelo (quirúrgico), 00014 Incontinencia fecal (alta), 00014 Incontinencia fecal (quirúrgico), 00224 Riesgo de baja autoestima crónica, 00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia y 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad han sufrido cambios con respecto a la última actualización, de modo que podrían asimilarse a: 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud, 00319 Deterioro de la continencia intestinal, 00153 Riesgo de baja autoestima situacional, 00211 Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal y 00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad

Tabla 5: Resultados NOC e indicadores a estudio

0004 Sueño.

- 000404 Calidad del sueño
- 000421 Dificultad para conciliar el sueño

0006 Energía Psicomotora: Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal.

- 000608 Muestra un nivel de energía estable
- 000609 Muestra capacidad para realizar tareas diarias

0119 Funcionamiento sexual. Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

- 011901 Logra excitación sexual
- 011904 Utiliza dispositivo de asistencia según sea necesario
- 011907 Expresa capacidad para desempeñarse sexualmente a pesar de la imperfección física
- 011908 Expresa comodidad con expresión sexual
- 011909 Expresa autoestima
- 011910 Expresa comodidad con el cuerpo
- 011911 Expresa interés sexual
- 011912 Expresa capacidad para tener intimidad
- 011913 Voluntad expresa de ser sexual
- 011921 Se comunica cómodamente con su pareja

0501 Eliminación intestinal. Formación y evacuación de heces.

- 050101 Patrón de eliminación
-

1004 Estado Nutricional. Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.

- 100401 Ingesta de nutrientes
- 100403 Energía
- 100408 Ingesta de líquidos
- 100411 Hidratación

1015 Función Gastrointestinal. Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho.

- 101501 Tolerancia alimentos/alimentación
- 101503 Frecuencia de deposiciones
- 101524 Apetito

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.

- 110102 Sensibilidad
- 110108 Textura
- 110113 Piel Intacta
- 110115 Lesiones cutáneas
- 110121 Eritema

1200 Imagen corporal. Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

- 120005 Satisfacción con el aspecto corporal
- 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía

1201 Esperanza. Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.120102

- Expresión de confianza
- 120112 Establecimiento de objetivos

1205 Autoestima. Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

- 120501 Verbalización de autoaceptación
- 120502 Verbalización de las propias limitaciones

1212 Nivel de estrés. Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.

- 121220 Irritabilidad
- 121222 Ansiedad

1300 Aceptación: estado de salud. Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.

- 130002 Renuncia al concepto previo de salud
- 130010 Superación de la situación de salud

1302 Afrontamiento de problemas. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

- 130201 Identifica patrones de superación eficaces
- 130210 Adopta conductas para reducir el estrés
- 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas
- 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes

1304 Resolución de la aflicción. Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.

- 130411 Refiere disminución de la preocupación con la pérdida
 - 130414 Refiere ausencia del trastrono del sueño
-

-
- 1308 Adaptación a la discapacidad física
 - 130820 Informa del aumento del confort psicológico
- 1309 Resiliencia personal. Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.
- 130906 Muestra un estado de ánimo positivo
 - 130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos
- 1402 Autocontrol de la ansiedad. Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.
- 140202 Elimina precursores de la ansiedad
 - 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes
 - 140206 Utiliza estrategias de superación efectivas
 - 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
 - 140210 Mantiene el desempeño del rol
 - 140211 Conserva las relaciones sociales
 - 140214 Refiere dormir de forma adecuada
 - 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad
 - 140217 Controla la respuesta de ansiedad
- 1404 Autocontrol del miedo. Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.
- 140401 Supervisa la intensidad del miedo
 - 140402 Elimina los factores precursores del miedo
 - 140404 Evita fuentes de miedo cuando es posible
 - 140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles
 - 140406 Utiliza estrategias de superación efectivas
 - 140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo
 - 140408 Refiere disminución de la duración de los episodios
 - 140410 Mantiene la realización del rol
 - 140411 Mantiene las relaciones sociales
 - 140414 Mantiene el funcionamiento físico
 - 140417 Controla la respuesta del miedo
- 1503 Implicación social. Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.
- 150303 Interacción con miembros de la familia
 - 150311 Participación en actividades de ocio
- 1504 Soporte social. Ayuda fiable de los demás.
- 150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas
 - 150408 Evidencia de voluntad para buscar ayuda en otras personas
- 1606 Participación en las decisiones sobre la salud. Implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado.
- 160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones
 - 160603 Busca información
 - 160604 Define opciones disponibles
 - 160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado
 - 160610 Expresa satisfacción con las actividades de juegos
- 1615 Autocuidado de la ostomía. Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación.
-

-
- 161519 Expresa aceptación de la ostomía
 - 161523 Obtiene ayuda de un profesional sanitario
 - 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar
 - 170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable
 - 170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro
 - 170107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás
 - 170108 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud
- 1804 Conocimiento: conservación de la energía. Grado de conocimiento transmitido sobre las técnicas de conservación de la energía.
- 180403 Actividades apropiadas
 - 180407 Cómo equilibrar el descanso y la actividad
- 1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía. Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.
- 182901 Funcionamiento de la ostomía
 - 182903 Cuidados de la piel alrededor de la ostomía
 - 182904 Técnica de irrigación (si está indicado)
 - 182905 Descripción de como medir un estoma
 - 182907 Complicaciones relacionadas con el estoma
 - 182908 Programa para cambiar la bolsa de ostomía
 - 182909 Material necesario para cuidar la ostomía
 - 182911 Modificaciones en la dieta
 - 182912 Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos
 - 182913 Mecanismo de control del olor
 - 182914 Modificaciones en las actividades diarias
 - 182915 Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía
- 2001 Salud espiritual. Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.
- 200122 Satisfacción espiritual
- 2008 Estado de comodidad. Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.
- 200803 Bienestar psicológico
 - 200806 Apoyo social a la familia
- 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.
- 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros
 - 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible
 - 2602 Funcionamiento de la familia
 - 260210 Obtiene los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de sus miembros
 - 260213 Implica a los miembros en la resolución de problemas
- 2603 Integridad de la familia. Capacidad de los miembros de la familia para mantener la cohesión y los vínculos emocionales.
-

-
- 260304 Los miembros se ayudan entre si para desempeñar los roles y las tareas diarias
 - 260306 Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre si
-

Fuente: elaboración propia.

Tabla 6: Intervenciones NIC a estudio

0180 Manejo de la energía.
 0430 Control intestinal.
 0480 Cuidados de la ostomía.
 1100 Manejo de la nutrición.
 1850 Mejora del sueño.
 3590 Vigilancia de la piel
 4360 Modificación de la conducta
 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.
 5100 Potenciación de la socialización.
 5220 Mejora de la imagen corporal
 5230 Mejorar el afrontamiento.
 5246 Asesoramiento nutricional.
 5248 Asesoramiento sexual.
 5250 Apoyo en la toma de decisiones.
 5290 Facilitar el duelo.
 5310 Dar esperanza.
 5330 Control del estado de ánimo.
 5380 Potenciación de la seguridad.
 5426 Facilitar el crecimiento espiritual
 5440 Aumentar los sistemas de apoyo.
 5610 Enseñanza: prequirúrgica.
 5820 Disminución de la ansiedad.
 7100 Estimulación de la integridad familiar
 7110 Fomentar la implicación familiar.
 7130 Mantenimiento de procesos familiares.
 7140 Apoyo a la familia.
 7150 Terapia familiar.
 8340 Fomentar la resiliencia.

Fuente: elaboración propia.

La intervención 5380 Potenciación de la seguridad ha cambiado respecto a la última actualización (Moorhead et al., 2018). Podría asimilarse a: 5270 Apoyo emocional

Los datos se registraron en un cuaderno elaborado and-hoc y fueron recogidos a través de preguntas cortas durante una entrevista realizada por una enfermera graduada con formación especializada en estomaterapia y dominio de la terminología NANDA, NOC y NIC. Se obtuvieron los datos sociodemográficos y clínicos y después se examinó la presencia de cada diagnóstico mediante preguntas cortas sobre la definición, características definitorias y factores relacionados, así como de

los resultados e intervenciones. Una vez que el individuo fue evaluado por la primera enfermera, se examinó la lista de diagnósticos, resultados e intervenciones por el supervisor de la Unidad, con amplia experiencia en el cuidado de personas con ostomías, para verificar los datos seleccionados. En la figura 1 se resume el proceso de recogida de datos.

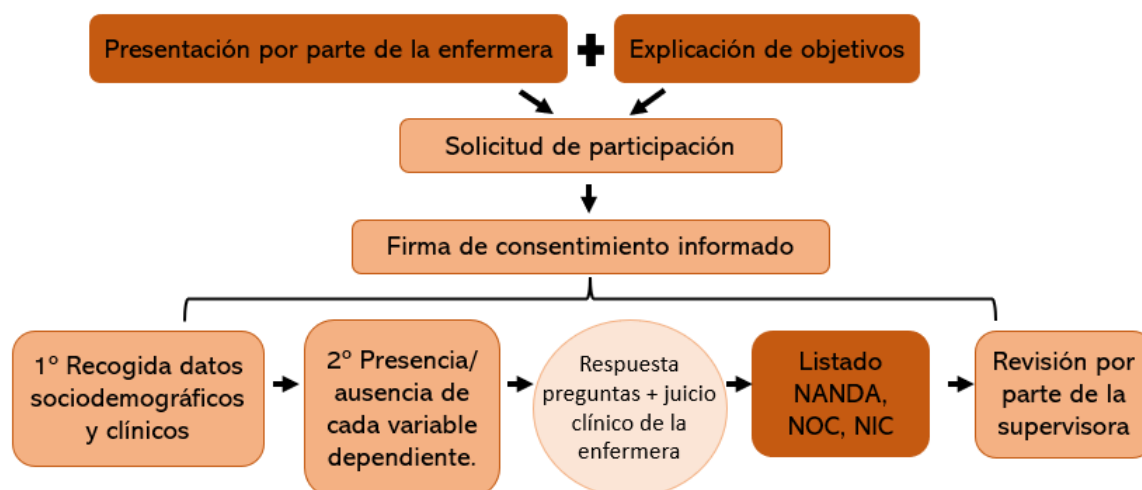


Figura 1: Proceso de recogida de datos.

Fuente: Elaboración propia

Los datos fueron transferidos a una base de datos de Microsoft Excel y posteriormente, para el análisis de datos, exportados al programa R Commander y IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 23.

Para las variables continuas, se realizó un análisis univariado y se calcularon las medias, medianas, desviaciones estándar y rango intercuartílico. Para las variables categóricas se utilizaron frecuencias y porcentajes. Se verificó una distribución normal de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov cuando el n de cada subgrupo era al menos 50 o la prueba de Shapiro-Wilk cuando el n de cada subgrupo era inferior a 50. El análisis bivariado se realizó usando la prueba t de Student y la prueba de Chi-cuadrado (o prueba exacta de Fisher cuando no se cumplieron las condiciones de distribución normal).

En el estudio 2 de la NOC, adicionalmente, se realizó análisis bivariado mediante prueba no paramétrica, debido a la no normalidad de la distribución de las variables. Se emplearon las pruebas U de Mann-Whitney y Spearman, en aquellas variables con 20 o más casos válidos (criterio recomendado en análisis inferencial).

Adicionalmente se generaron modelos de regresión logística para completar los análisis previos. Para cada variable incluida en el modelo se calcularon las Odds Ratio (OR) con su correspondiente Intervalo de Confianza (IC) al 95%. Una vez generado el modelo, se comprobaron las condiciones de ajuste: se investigó la colinealidad entre variables mediante el cálculo del Factor de Inflación de la Varianza (FIV), considerando ausencia de colinealidad con $FIV < 2,5$. La calibración se determinó por medio de la prueba de bondad del ajuste de Hosmer-Lemeshow, que viene reflejada por la ausencia de diferencias significativas ($p > 0.05$) entre los valores observados y los valores esperados según el modelo. Finalmente, la discriminación se determinó a partir del valor del área bajo la curva ROC, que se consideró adecuada cuando era $> 0,70$.

En todos los análisis se consideró significativa una $p < 0,05$

4.2. Estudio 4.

El estudio 4 (Altered body image in stoma patients: evaluation through classification of nursing outcomes) de esta tesis fue publicado en la revista *Gastrointestinal Nursing*. Este estudio aborda la imagen corporal de las personas ostomizadas.

El interés que tiene para esta tesis doctoral es que en la evaluación de la imagen corporal se empleó el NOC “Imagen corporal”, a través de dos indicadores—“Satisfacción con el aspecto corporal” y “Adaptación a cambios corporales por cirugía”. Esta publicación es el resultado del análisis diferenciado que se hizo de este NOC en el estudio que sustenta esta tesis y que ha sido descrito en el epígrafe anterior.

4.3. Estudio 5.

El estudio 5 (Efficacy of gel containing organic extra virgin olive oil for peristomal skin hygiene: A pilot randomised controlled trial) de esta tesis se publicó en la revista *Journal of Tissue Viability*. Se realizó un ECA piloto en las consultas de ostomía de Hospital Universitario Virgen de las Nieves y el Hospital Universitario San Cecilio de Granada para probar la eficacia y seguridad de un gel con aceite de oliva virgen extra ecológico en la higiene de la piel periestomal.

El interés que tiene para esta tesis doctoral tiene que ver con la utilización de diferentes resultados NOC tanto para determinar la inclusión de los sujetos en el ensayo como para medir variables secundarias de interés. Concretamente se empleó el NOC “Conocimiento: cuidado de la ostomía” y “Autocuidado de la ostomía”. Estos NOC fueron elegidos a partir de los hallazgos mostrados en el estudio central que sustenta esta tesis, ya descrito en epígrafes anteriores.

Resultados

5. RESULTADOS

5.1. Resumen Global de los Resultados.

De los tres primeros estudios destaca especialmente la influencia de la variable “periodo de atención sanitaria”, que es la que más ha condicionado la prevalencia de diagnósticos, resultados e intervenciones en el periodo quirúrgico y en el periodo de continuidad de cuidados. Por otro lado, los resultados en este sentido son coherentes con la interrelación establecida entre NANDA, NOC y NIC en la propuesta que se evaluó en esta investigación.

De los 23 diagnósticos NANDA evaluados, la presencia en los pacientes fue del 100% en los diagnósticos “Disposición para mejorar la salud” y “Conocimientos deficientes”. No apareció en ningún caso “Discomfort”. Del resto, se encontró que más del 50% de los casos presentaban “Trastorno del patrón del sueño” y “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”, mientras que la presencia fue menor del 15% en los diagnósticos “Incontinencia fecal” (al alta), “Sufrimiento espiritual”, “Duelo” (prequirúrgico), “Riesgo de baja autoestima crónica”, “Desesperanza”, “Temor”, “Incontinencia fecal” (quirúrgico) y “Duelo” (quirúrgico).

Los diagnósticos “Disposición para mejorar la gestión de la propia salud” y “Conocimientos deficientes” estaban presentes en el 100% de la muestra.

Del resto de diagnósticos, el análisis bivalente mostró asociaciones estadísticamente significativas entre la variable sexo y los diagnósticos “Disfunción sexual” ($p=0,043$), con más proporción en hombres, mientras que “Trastorno de la imagen corporal” ($p=0,03$) y “Trastorno del patrón del sueño” ($p=0,022$) fue proporcionalmente más destacado en las mujeres. Pertenecer o no a una asociación de pacientes se asoció significativamente con el diagnóstico “Disfunción sexual” ($p=0,006$), con menos proporción en los sujetos que sí eran miembros de una asociación. También se halló asociación entre el tiempo transcurrido desde la realización del estoma y los diagnósticos “Riesgo de compromiso de la resiliencia” ($p=0,008$), “Afrontamiento ineficaz” ($p=0,008$), “Baja autoestima situacional” ($p=0,017$), “Riesgo de intolerancia a la actividad” ($p=0,016$) y “Disfunción sexual” ($p=0,005$), que se destacó en el periodo postquirúrgico o cuándo la ostomía se había hecho hacía menos de un año. Se descartaron las asociaciones en diagnósticos con una prevalencia en la muestra inferior al 15%.

Los modelos de análisis multivariante mostraron que, tomando como referencia el periodo de continuidad de cuidados frente al periodo quirúrgico, la probabilidad de presencia en el periodo quirúrgico fue mayor para los diagnósticos “Ansiedad” ($OR=0,07$), “Baja autoestima situacional”

(OR=0,37), “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades” (OR=0,31), “Riesgo de compromiso de la resiliencia” (OR=0,14) y “Riesgo de intolerancia a la actividad” (OR=0,37). Mientras que los diagnósticos “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” (OR=6,83) y “Trastorno de la imagen corporal” (OR=3,14) se destacaron en el periodo de continuidad de cuidados.

Para evaluar la prevalencia de NOC en la muestra, analizamos qué porcentaje de sujetos evaluados presentaban los diferentes NOC estudiados.

Así, el NOC “Participación en las decisiones de atención médica” y los indicadores “Busca información confiable”, “Define las opciones disponibles” e “Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados”, el NOC “Conocimiento: Cuidado de la ostomía” y los indicadores “Necesidades de cuidado de la piel alrededor de la ostomía”, “Modificaciones de la dieta” y “Requerimientos de ingesta de líquidos” estuvieron presentes en todos los casos.

Las variables sexo, pertenecer a una asociación de ostomizados, tiempo con estoma y especialmente periodo de atención fueron las variables que se asociaron significativamente con algunos NOC y sus indicadores.

Se compararon las puntuaciones de cada indicador con el resto de los factores. Este análisis mostró que el tiempo con el estoma y el periodo de cuidado fueron las variables más influyentes en el estudio.

Respecto al análisis de las 29 intervenciones NIC incluidas en este estudio, se observó que “Apoyo en la toma de decisiones” y “Cuidados de la Ostomía” estuvieron presentes en todos los casos, mientras que “Dar esperanza”, “Aumentar los sistemas de apoyo”, “Fomentar la implicación familiar”, “Modificación de la conducta”, “Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito”, “Control del estado de ánimo”, y “Fomento de la Integración Familiar” no estuvieron presentes en alguno de los participantes. Del resto de los pacientes, más del 50% presentaban las NIC “Mejora del sueño” y “Vigilancia de la piel”.

El análisis bivariado destacó la influencia significativa de la variable “periodo de atención sanitaria” en las intervenciones evaluadas, al hilo de lo observado en los dos estudios anteriores. Al ajustar las asociaciones observadas por edad y sexo mediante regresión logística, se pudo observar que la asociación era significativa en las intervenciones “Disminución de la Ansiedad”, “Asesoramiento Nutricional”, “Potenciación de la autoestima” y “Mejora de la imagen corporal.” Por lo tanto, utilizando el periodo de continuidad de cuidados como referencia frente al periodo quirúrgico, la probabilidad de estar presente en el periodo quirúrgico fue mayor para las intervenciones

“Disminución de la Ansiedad” (OR = 0,11), “Asesoramiento Nutricional” (OR = 0,30) y “Potenciación de la autoestima” (OR = 0,32), mientras que la probabilidad fue menor para la intervención “Mejora de la Imagen Corporal” (OR = 2,92), con más probabilidad de aparición en el periodo de continuidad de cuidados.

Los estudios 4 y 5 desarrollan sendas investigaciones que muestran la utilidad de los lenguajes enfermeros como elemento a utilizar en investigaciones aplicadas al cuidado de personas ostomizadas.

El estudio 4 analizó el NOC correspondiente a percepción sobre la imagen corporal. Los hallazgos mostraron que la media en la puntuación del indicador sobre satisfacción con la imagen corporal fue de 2,80 (SD 0,452) y para la puntuación de la adaptación a cambios corporales por la cirugía fue de 3,04 (SD 0,450). Los puntajes más altos de satisfacción y/o adaptación se relacionaron con mujeres (2,83), mayores de 68 años (2,82), con algún familiar ostomizado (3) y que no pertenecían a una asociación de ostomizados (2,83). También alcanzan niveles más altos aquellos que cuentan con un diagnóstico oncológico (2,8), en los que se ha realizado el marcaje previo del estoma (2,8), que se encuentran en el período postoperatorio (2,86) y aquellos en los que la realización del estoma ha sido en el último año (2,82).

Respecto al estudio 5, se demostró que la NOC ofrece indicadores que pueden ser utilizados como criterios para valorar la inclusión o exclusión de sujetos en una investigación. En este caso, los indicadores relacionados con el conocimiento y el autocuidado sobre la ostomía permitieron medir la capacidad de los sujetos de formar parte del ensayo, ya que se requería de un dominio alto en ambas dimensiones. Adicionalmente se incluyeron indicadores que permitieron medir la evolución de los sujetos respecto a la percepción de su ostomía. Así, en el grupo experimental, aumentó la puntuación del indicador “Se muestra cómodo viendo el estoma” de 4,5 a 5 mientras que en el grupo control se mantuvo a 5. Respecto al indicador “Expresa aceptación de la ostomía” del mismo modo se registró un aumento de la puntuación de 4 a 5, mientras que en el grupo control se mantuvo a 5. Este incremento y/o mantenimiento de las puntuaciones de los indicadores medidos ayudaron a confirmar la hipótesis inicial respecto a la seguridad y eficacia de un gel con aceite de oliva virgen extra ecológico en la higiene de la piel periestomal.

En los próximos epígrafes, se presentan las publicaciones generadas en esta tesis doctoral, que dan cuenta de manera detallada de los resultados obtenidos en cada estudio.

5.2. Estudio 1.

Título: Nursing diagnoses in people with digestive stoma and their association with sociodemographic and clinical factors.

Autores: Noelia Moya-Muñoz, Concepción Capilla-Díaz, Marta Labella-Rodríguez, Judit Gálvez-Cano, Inmaculada Sánchez-Crisol, César Hueso-Montoro.

Revista: *International Journal of Nursing Knowledge*.

Factor de impacto por Journal Citation Report (JCR): 1,131

Categoría: Nursing

Cuartil: Q3

Año publicación: 2019

Referencia: Moya-Muñoz, N., Capilla-Díaz, C., Labella-Rodríguez, M., Gálvez-Cano, J., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Nursing diagnoses in people with digestive stoma and their association with sociodemographic and clinical factors. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(4), 203-210. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12230>

1. **Referencia:** Moya-Muñoz, N., Capilla-Díaz, C., Labella-Rodríguez, M., Gálvez-Cano, J., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Nursing diagnoses in people with digestive stoma and their association with sociodemographic and clinical factors. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(4), 203-210.
2. **Breve resumen:** Purpose: To determine nursing diagnoses in people with a digestive stoma and their relationship with sociodemographic and clinical variables. Method: A cross-sectional descriptive study of 102 subjects in the General Surgery Unit of a first-level hospital (Granada, Spain) was conducted. Data were collected on the presence of nursing diagnoses, sociodemographic and clinical variables. Results: NANDA-I: "Deficient knowledge (00126)" and "Readiness for enhanced health management (00162)" were present in the entire sample studied. The period of care (postoperative vs. follow-up) was the most common significant variable among diagnoses. Conclusions: This work contributes to the determination of NANDA-I diagnoses in people with digestive stomas. Implications for nursing practice: The results provide a guide to help nursing professionals develop individual care plans.
3. **Fecha de publicación:** 2019.
4. **Estado:** Publicado.
5. **Tipo de publicación:** Artículo.
6. **Categoría:** JCR Nursing = 1,131 (Q3).
7. **Ubicación:** <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12230>
8. **Otros datos de interés:** -

5.3. Estudio 2.

Título: Assessment of Health Indicators in Individuals with Intestinal Stoma using the Nursing Outcomes Classification: A Cross-Sectional Study

Autores: Noelia Moya-Muñoz, Elena Armenteros-Fernández, Clara Bautista-Mártir, Irene Del Pilar Vílchez-Díaz, Isabel María López-Medina, Rafael Montoya-Juárez, César Hueso-Montoro, Concepción Capilla-Díaz

Revista: *Frontiers in Surgery*

Factor de impacto por Journal Citation Report (JCR): 2,568 (2021)

Categoría: Surgery

Cuartil: Q2

Año publicación: 2022

Referencia: Moya-Muñoz, N., Armenteros-Fernández, E., Bautista-Mártir, C., Vílchez-Díaz, I. D. P., López-Medina, I. M., Montoya-Juárez, R., ... & Capilla-Díaz, C. (2022). Assessment of Health Indicators in Individuals with Intestinal Stoma using the Nursing Outcomes Classification: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Surgery*, 9. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.870379>

1. **Referencia:** Moya-Muñoz, N., Armenteros-Fernández, E., Bautista-Mártir, C., Vílchez-Díaz, IDP., López-Medina, IM., Montoya-Juárez, R., Hueso-Montoro, C. and Capilla-Díaz, C. (2022) Assessment of Health Indicators in Individuals with Intestinal Stoma using the Nursing Outcomes Classification: A Cross-Sectional Study. *Front. Surg.* 9.
2. **Breve resumen:** Aim: To determine nursing outcomes in individuals with intestinal stoma and the relationships between them and sociodemographic and clinical variables. Design: Cross-sectional study performed with 102 subjects at the General Surgery Unit of a first-level hospital. Methods: Data on the presence of nursing outcomes were collected using the Nursing Outcomes Classification. Data on sociodemographic and clinical variables were also collected. Univariate and bivariate data analyses were performed. Results: Outcomes related to participation in making health decisions and knowledge of ostomy care were assessed across the study sample. Period of care (post-operative and follow-up) was the most common significant variable ($p < 0.05$) among the outcomes. The outcome scores ranged from 2 to 3, indicating a moderate level of impairment in the physical, psychological, and social spheres of these patients. The scores in the indicators on Participation in making health decisions and Knowledge of stoma care improved in the period of continuity of care compared to the postoperative period, being this difference statistically significant ($p < 0.001$). Conclusions: The care plan for individuals with intestinal stoma needs to include indicators measuring patient participation in making decisions related to their condition, as well as indicators related to their knowledge and self-care of their stoma. Relevance to clinical practice: This study aims to determine the nursing outcomes in individuals with intestinal stoma and the relationships between them and sociodemographic and clinical variables. It provides the opportunity to plan achievable objectives with patients using a system of indicators that facilitate their assessment and monitoring.
3. **Fecha de publicación:** 2022.
4. **Estado:** Publicado.
5. **Tipo de publicación:** Artículo.
6. **Categoría:** JCR Surgery = 2,568 (2021) (Q2).
7. **Ubicación:** <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.870379>
8. **Otros datos de interés:** -

5.4. Estudio 3.

Título: Evaluation of interventions in people with digestive stoma through the Nursing Interventions Classification.

Autores: Concepción Capilla-Díaz, Noelia Moya-Muñoz, José Manuel Matas-Terrón, María Ángeles Pérez-Morente, María Adelaida Álvarez-Serrano, Rafael Montoya-Juárez & César Hueso-Montoro.

Revista: *International Journal of Nursing Knowledge*

Factor de impacto por Journal Citation Report (JCR): 1,353

Categoría: Nursing

Cuartil: Q4

Año publicación: 2022

Referencia: Capilla-Díaz, C., Moya-Muñoz, N., Matas-Terrón, J. M., Pérez-Morente, M. Á., Álvarez-Serrano, M. A., Montoya-Juárez, R., & Hueso-Montoro, C. (2022). Evaluation of interventions in people with digestive stoma through the Nursing Interventions Classification. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12328>

1. **Referencia:** Capilla-Díaz, C., Moya-Muñoz, N., Matas-Terrón, J. M., Pérez-Morente, M. Á., Álvarez-Serrano, M. A., Montoya-Juárez, R., & Hueso-Montoro, C. (2022). Evaluation of interventions in people with digestive stoma through the Nursing Interventions Classification. *International Journal of Nursing Knowledge*, 33(1), 40-48.
2. **Breve resumen:** Purpose: To determine which nursing interventions are used in individuals with a digestive stoma and the relationships between nursing interventions used and sociodemographic and clinical variables. Methods: The present study is an observational, cross-sectional, descriptive. Data from 102 individuals in the general surgery unit of a first-level hospital (University Hospital Complex of Granada, Spain) were analyzed. Data on the use of nursing interventions and sociodemographic and clinical variables were collected. Univariate, bivariate, and multivariate data analyses were conducted. Findings: Interventions: Decision-Making Support (5250) and Ostomy Care (0480) were the most prevalent interventions in the sample. The period of care (postoperative and follow-up) was the most common significant variable ($p < 0.05$) among the interventions observed. Anxiety Reduction (5820), Nutritional Counseling (5246), Self-Esteem Enhancement (5400), and Body Image Enhancement (5220) were also relevant findings. Conclusions: The present study contributes to determining which nursing interventions are used in individuals with a digestive stoma. Implications for nursing practice: This study could be useful in planning nursing interventions in individuals with a digestive stoma.
3. **Fecha de publicación:** 2022.
4. **Estado:** Publicado.
5. **Tipo de publicación:** Artículo.
6. **Categoría:** JCR Nursing = 1,353 (Q4).
7. **Ubicación:** <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12328>
8. **Otros datos de interés:** -

5.5. Estudio 4.

Título: Altered body image in stoma patients: evaluation through classification of nursing outcomes

Autores: Ana Vargas-Escudero, Noelia Moya-Muñoz, Concepción Capilla-Díaz, Inmaculada Sánchez-Crisol & César Hueso-Montoro.

Revista: *Gastrointestinal Nursing*

Factor de impacto por Scimago Journal & Country Rank (SJR): 0,162

Categoría: Nursing

Cuartil: Q3

Año publicación: 2019

Referencia: Vargas-Escudero, A., Moya-Muñoz, N., Capilla-Díaz, C., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Altered body image in stoma patients: evaluation through classification of nursing outcomes. *Gastrointestinal Nursing*, 17(Sup5), S24-S30. <https://doi.org/10.12968/gasn.2019.17.Sup5.S24>

1. **Referencia:** Vargas-Escudero, A., Moya-Muñoz, N., Capilla-Díaz, C., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Altered body image in stoma patients: evaluation through classification of nursing outcomes. *Gastrointestinal Nursing*, 17(Sup5), S24-S30.
2. **Breve resumen:** Aims: The aim of this study was to determine how satisfied ostomates were with their body image and how well they had adapted to stoma surgery. Method: A cross-sectional descriptive study recorded demographic and clinical variables using two body-image indicators from the nursing outcomes classification (NOC) taxonomy 'Body image' (1200): 'Satisfaction with body appearance' (120005) and 'Adjustment to body changes due to surgery' (120014) on a Likert scale. Results: Average satisfaction was 2.80 (SD 0.452) and average adjustment was 3.04 (SD 0.450). Relationships with the variables were not statistically significant but could be observed on a descriptive level. Higher satisfaction and/or adjustment scores were linked to female sex, age over 68 years and not belonging to an ostomy association, as well as an oncological diagnosis, stoma site marking, the postoperative period before follow-up and stoma formation in the past year. Conclusions: Despite a limited sample size of 102 patients, this study has practical implications. It provides a better understanding of the factors that influence body image in ostomates with a colostomy or ileostomy, which should guide stoma care nurses in caring for the needs of patients.
3. **Fecha de publicación:** 2019.
4. **Estado:** Publicado.
5. **Tipo de publicación:** Artículo.
6. **Categoría:** SJR Nursing = 0,162 (Q3).
7. **Ubicación:** <https://doi.org/10.12968/gasn.2019.17.Sup5.S24>
8. **Otros datos de interés:** -

5.6. Estudio 5.

Título: Efficacy of gel containing organic extra virgin olive oil for peristomal skin hygiene: A pilot randomised controlled trial.

Autores: César Hueso-Montoro, Noelia Moya-Muñoz, Josefa Martín-Cebrián, Rosa Huertas Fernández, Inmaculada Sánchez-Crisol, Francisco Peddro García-Fernández & Concepción Capilla-Díaz.

Revista: *Journal of Tissue Viability*

Factor de impacto por Journal Citation Report (JCR): 3,374

Categoría: Nursing

Cuartil: Q1

Año publicación: 2023

Referencia: Hueso-Montoro, C., Moya-Muñoz, N., Martín-Cebrián, J., Fernández, R. H., Sánchez-Crisol, I., García-Fernández, F. P., & Capilla-Díaz, C. (2023). Efficacy of gel containing organic extra virgin olive oil for peristomal skin hygiene: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Tissue Viability*, 32(1), 188-193. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.004>

1. **Referencia:** Hueso-Montoro, C., Moya-Muñoz, N., Martín-Cebrián, J., Fernández, R. H., Sánchez-Crisol, I., García-Fernández, F. P., & Capilla-Díaz, C. (2023). Efficacy of gel containing organic extra virgin olive oil for peristomal skin hygiene: A pilot randomised controlled trial. *Journal of Tissue Viability*, 32(1), 188-193.
2. **Breve resumen:** Aim: To assess the efficacy and safety of the application, during stoma hygiene, of a pH-neutral gel containing organic EVOO (oEVOO) for the maintenance of peristomal skin integrity. Method: Patients with a colostomy or ileostomy were enrolled in a pilot randomized controlled trial and assigned treatment with a pH-neutral gel made from natural products including oEVOO or usual stoma hygiene gel. The primary outcome was three domains of abnormal peristomal skin: Discolouration, Erosion and Tissue overgrowth. Secondary outcomes that were evaluated included skin moisture; oiliness; skin elasticity; water-oil balance; patients' perceptions; difficulty inserting and removing the pouching system; pain, any other chemical, infectious, mechanical, or immunological complications of concern. The intervention lasted 8 weeks. Results: Twenty-one patients were recruited for the trial and randomly assigned to either the experimental group (n = 12) or the control group (n = 9). The groups did not differ significantly in terms of patient characteristics. No significant differences between groups were identified either at baseline (p = 0.203) or at the end of the intervention (p = 0.397). In the experimental group, domains of abnormal peristomal skin improved after the intervention. The difference observed before and after the intervention was statistically significant (p = 0.031). Conclusion: The use of a gel containing oEVOO has shown similar levels of efficacy and safety to other gels commonly used for peristomal skin hygiene. It is also relevant to highlight that a significant improvement in skin condition was observed in the experimental group before and after the intervention.
3. **Fecha de publicación:** 2023.
4. **Estado:** Publicado.
5. **Tipo de publicación:** Artículo.
6. **Categoría:** JCR Nursing = 3,374 (Q1).
7. **Ubicación:** <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.02.004>
8. **Otros datos de interés:** -

Discusión

6. DISCUSIÓN

Esta tesis doctoral está formada por 5 estudios con una temática conjunta, el uso de la taxonomía enfermera NANDA, NOC, NIC en personas ostomizadas. Estos estudios han sido publicados en revistas de reconocido prestigio y ponen de manifiesto el gran valor que esta herramienta supone para la profesión enfermera de cara a la investigación.

Es difícil discutir con otras investigaciones, ya que existen pocos estudios en los que se hayan utilizado estas taxonomías en personas con estoma digestivo. Entre lo más destacado se encuentra la tesis doctoral de Pérez García (2021) y la Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado de Leonor-Rodríguez y Cobos-Serrano (2015).

Respecto a esos dos trabajos previos, se ha observado una coincidencia destacable en las tres taxonomías respecto a lo hallado en esta investigación, lo cual puede definir con más claridad qué diagnósticos, resultados e intervenciones son prevalentes en las personas ostomizadas.

En el caso de la NANDA, destacan los siguientes diagnósticos: Afrontamiento ineficaz, Desequilibrio nutricional, Desesperanza, Deterior de la interacción social, Disfunción sexual, Duelo, Incontinencia fecal, Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, Temor y Trastorno de la imagen corporal.

Para los resultados NOC hay que destacar los siguientes: Autocuidado de la ostomía, Función gastrointestinal, Imagen corporal, Afrontamiento de problemas, Salud espiritual, Implicación social, Conocimiento: cuidados de la ostomía, Integridad tisular: piel y membranas mucosas, Estado nutricional, Sueño, Autocontrol del miedo, Autoestima, Funcionamiento sexual y Resolución de la aflicción.

Por ultimo, para las NIC se destacan las siguientes: Potenciación de la seguridad, Mejora de la imagen corporal, Fomentar la implicación familiar, Cuidados de la ostomía, Manejo de la nutrición, Control intestinal, Manejo de la energía, Mejorar el sueño, Enseñanza: prequirúrgica, Disminución de la ansiedad, Asesoramiento sexual, Facilitar el duelo y Dar esperanza.

Se presenta a continuación la discusión integrada de los resultados, poniendo el foco en los tres primeros estudios que suponen el eje central de esta tesis doctoral.

6.1. Estudio sobre NANDA.

Comenzando con los resultados del estudio con diagnósticos NANDA, los hallazgos demuestran que los diagnósticos más prevalentes, presentes en todos los casos, fueron “Conocimientos Deficientes” y “Disposición para mejorar la salud”. Parece razonable que los planes de cuidados destinados a la atención del paciente ostomizado incluyan estos diagnósticos porque se trata de un proceso muy concreto y totalmente desconocido para el individuo. Las personas sufren un cambio en su estado de salud pero están dispuestas a alcanzar conocimientos para adquirir habilidades que le permitan hacer frente a su autocuidado (Ramal-Calero, 2022).

Acudir a los profesionales buscando ayuda e información está contemplado como una eficaz estrategia de afrontamiento, de modo que es importante que el profesional de enfermería desempeñe el rol de educador para apoyar el esfuerzo de adaptación del individuo. Estudios recientes confirman que si el paciente al alta tiene dudas, presentará más complicaciones a nivel de higiene, alimentación, movilidad e integración social; además, se ha demostrado que la educación preoperatoria disminuye los días de estancia hospitalaria (Palomino-Calle, 2022; Perissotto et al., 2019).

En relación con la disposición para mejorar su salud, conviene señalar que la actitud positiva constituye un factor clave en el empoderamiento o disposición frente a la adaptación. En este sentido, los sujetos agradecen la comprensión y aceptación de la nueva situación y aumentan la predisposición a comunicar las necesidades emocionales y espirituales (Santos et al., 2019).

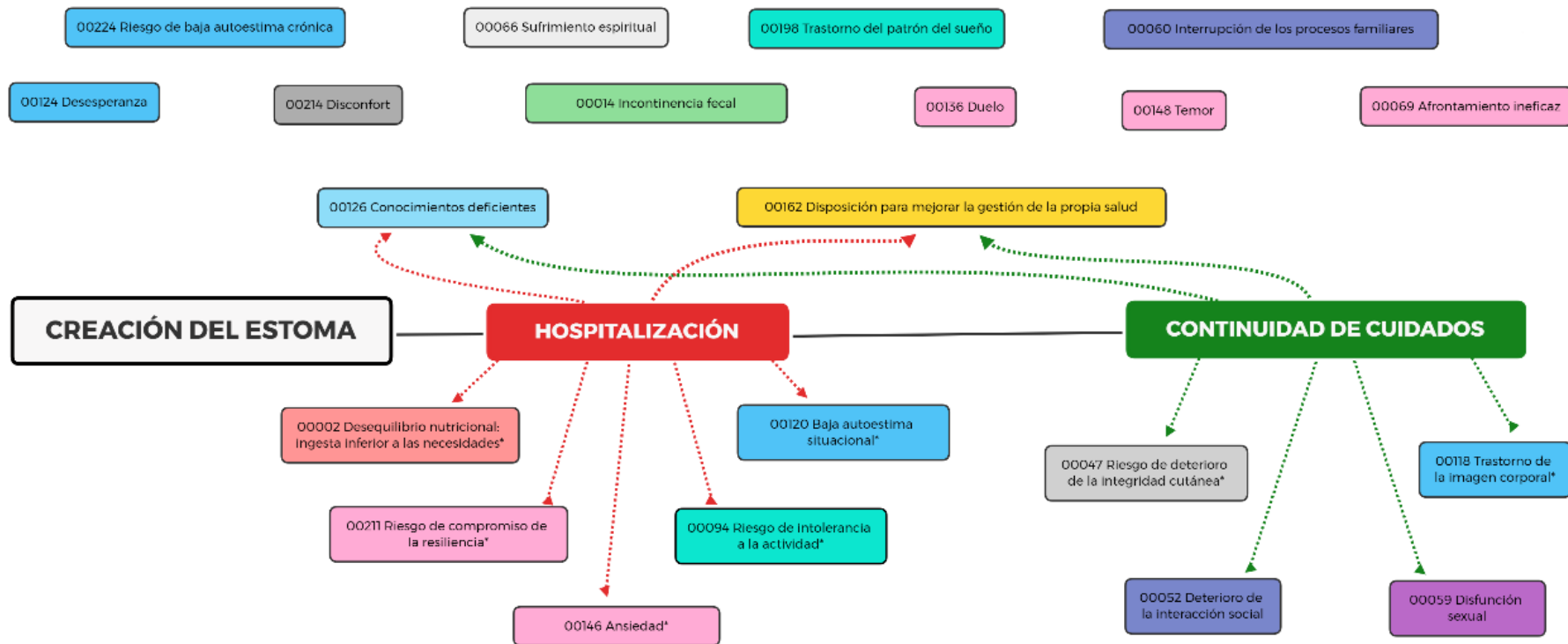
Otro diagnóstico prevalente es “Trastorno del patrón del sueño”. La población de este estudio tenía mayoritariamente un diagnóstico oncológico como origen del estoma. En este sentido, la evidencia científica asocia esta dificultad para conciliar el sueño con las características del propio proceso oncológico, habitualmente cáncer colorrectal. Se están desarrollando programas basados en la Psicología Positiva y en la terapia cognitivo-conductual que mejoran la calidad de vida y reducen el insomnio en este tipo de pacientes (Cardoso Louro et al., 2016; Santos et al., 2019). Una vez ostomizados los problemas del sueño continúan debido a la interrupción del periodo de descanso por motivos como el vaciado de la bolsa, las fugas y la preocupación de que estas se produzcan (Alenezi et al., 2021).

El cuarto de los diagnósticos con presencia en más de la mitad de los sujetos es el “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”. Cabe señalar que las heces en ocasiones son líquidas o semilíquidas y contienen enzimas digestivas ácidas que suelen irritar la piel. Retirar la bolsa a tirones, recortar mal el dispositivo permitiendo que el material fecal entre en contacto con la piel o usar materiales agresivos para lavar o secar son algunas de las malas prácticas que se deben evitar. Se suele producir inflamación irritación o incluso dermatitis de contacto. Otros estudios concluyen que este problema es más frecuente a los dos meses de la cirugía (García-Cueto, 2017 & García-Martínez), lo cual coincide con nuestro estudio que lo sitúa como un diagnóstico con más probabilidad de aparición en el periodo de continuidad de cuidados.

Respecto a los factores que se asocian con la presencia de diagnósticos enfermeros en pacientes ostomizados, los diagnósticos “Conocimientos Deficientes” y “Disposición para mejorar la salud” estaban presentes en todos los casos, por lo que ninguno de los factores analizados influye en su presencia. En el resto, se han observado asociaciones frecuentes con el estado de atención sanitaria, tiempo desde la creación del estoma y, en menor medida, con el sexo y con la pertenencia a asociaciones.

El resultado más relevante es la diferencia que aparece en la presencia de los diagnósticos enfermeros en relación a si el sujeto está en el periodo quirúrgico o en el periodo de continuidad de cuidados. De alguna manera, este factor puede marcar qué necesidades pueden estar alteradas en cada momento y esto permite guiar de manera más adecuada los planes de cuidados.

Como síntesis de lo anterior, se representa en la figura 2 un modelo de distribución de diagnósticos guiado por el estado de atención sanitaria.

Figura 2. Distribución de diagnósticos enfermeros en función del estado de atención.

Los diagnósticos del nivel inferior corresponden a aquellos que se asociaron significativamente con el estado de atención sanitaria en el modelo de regresión logística múltiple, que se ajustó por edad, sexo, diagnóstico médico y marcaje previo del estoma.

Fuente: Elaboración propia.

En un primer nivel se observan los diagnósticos que no tuvieron asociación con este factor, por lo que se deduce que la individualización de los planes de cuidados determinará la aparición de unos u otros en el momento de la valoración de los pacientes.

A continuación, se destacan los ya comentados diagnósticos “Conocimientos Deficientes” y “Disposición para mejorar la salud”, cuya presencia en todos los casos sugiere que son diagnósticos a considerar en todo el proceso. No obstante, hay cierta contradicción con el diagnóstico “Conocimientos deficientes”, ya que por un lado parece lógico pensar que en el periodo de continuidad de cuidados, si los pacientes reciben una adecuada educación en salud para promocionar su autocuidado, este diagnóstico debería desaparecer una vez que el sujeto alcanza la autonomía en su proceso. Probablemente en ninguno de los casos estudiados se haya dado esta circunstancia. Pero, por otro lado, cabría pensar en una necesidad permanente por parte de los pacientes de conocer aspectos de su proceso (nuevas técnicas, productos, etc.) que normalmente son filtrados por los profesionales y eso justifica la presencia del diagnóstico. Quizás habría que modular de alguna forma la intensidad de este diagnóstico a lo largo de todo el proceso.

Por último, se sitúan los diagnósticos que se han asociado significativamente con el estado de atención, diferenciando aquellos cuya probabilidad es mayor en el periodo quirúrgico de aquellos cuya presencia parece más probable durante la continuidad de cuidados.

En el periodo quirúrgico, uno de los diagnósticos destacados es “Ansiedad”. Se trata de una reacción normal ante la cirugía. Intervenir sobre ella en periodos tempranos es fundamental para la mejora de la calidad de vida posterior y el mejor afrontamiento de los pacientes. Un estudio comparó la calidad de vida de los pacientes tras dos años de su intervención y concluye que los factores psicosociales predicen la recuperación de la calidad de vida, estado físico y social. Además, el sentimiento de ansiedad y/o depresión causado por el estoma se ha demostrado que es menor en los pacientes que reciben atención por profesionales de enfermería especializados en el cuidado de personas ostomizadas (Perissotto et al., 2019).

La baja autoestima situacional es otro aspecto psicosocial con mayor probabilidad de aparición antes y/o durante la cirugía. Investigaciones previas lo justifican, en la línea de lo anterior, con el hecho de que el cambio físico, la alteración de la vida social y personal frente a la nueva situación genera

ansiedad, baja autoestima por el cambio en la imagen corporal, estrés y vergüenza, destacando que es importante tener en cuenta que la presencia de los dispositivos conlleva un periodo de adaptación a los sucesos que lo acompañan: malos olores, flatulencias, fugas, etc (Palomero-Rubio R, 2018).

El desequilibrio nutricional por defecto es otro de los problemas que se ha constatado como probable en el momento de la cirugía, a raíz de los resultados de este estudio. Conviene recordar que los primeros días después de la intervención aumenta el efluente fecal produciéndose alto débito, si bien disminuye tras la adaptación intestinal. Se producen grandes pérdidas de fluido que pueden desembocar en un estado de deshidratación crónica por déficit de agua, sodio, magnesio así como desnutrición y pérdida. Un problema colateral es la falta de adherencia a las pautas de nutrición perioperatoria; en esta línea, un estudio cualitativo alerta de que la principal barrera para esta adherencia fue la escasa provisión de información, de modo que la información específica e individualizada aportada por una enfermera especialista fue valorada por el paciente como un aspecto prioritario (Mitchell & Atkinson, 2020).

La presencia del diagnóstico “Riesgo de compromiso de la resiliencia” también se ha evidenciado mayor en el periodo quirúrgico. La resiliencia es la capacidad potencial del ser humano para sobreponerse a una adversidad y salir fortalecido de ella. El entorno quirúrgico por definición pone en riesgo la confianza en el propio individuo y en el entorno al tratarse de una situación estresante que limita el optimismo del proceso. Resulta importante conectar con los temores del paciente, así como con su capacidad de superación para favorecer la resiliencia en este periodo. El optimismo, el sentido del humor y la capacidad de elaborar proyectos entre otros, se han descrito como estrategias para alcanzar una vida digna en estos pacientes a largo plazo (Montero-Llundo, 2019).

Las personas recién ostomizadas sufren un déficit de energía fisiológica y psicológica que impide tolerar o completar las actividades deseadas debido a la intervención, lo que justifica el mayor riesgo de aparición de la intolerancia a la actividad. Por tanto, es importante intervenir en este ámbito invitando a la familia y amigos a formar parte del periodo de recuperación para apoyar la higiene, alimentación, deambulación, logrando completar la autonomía. Hay una tendencia hacia la inactividad también debido al desconocimiento acerca de las actividades apropiadas (Andersen et al., 2022), por lo que nuevamente aparece la información con un papel determinante en la mejora del proceso. En el periodo de continuidad de cuidados no aparece este diagnóstico, lo cual está en consonancia con otros estudios que confirman que el paciente suele ser independiente tras recuperarse físicamente.

Entrando en el periodo de continuidad de cuidados, los hallazgos de este estudio marcan diferencias significativas a favor de los diagnósticos “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” y “Trastorno de la Imagen Corporal”.

Respecto al estado de la piel, ya se ha comentado que otros estudios coinciden en señalar que es un problema a medio plazo, que puede aparecer tras dos meses desde la cirugía (García-Martínez & García-Cueto, 2017). Las irritaciones y dermatitis que aparecen son debidas a la acidez de las heces a causa de las enzimas digestivas o de los tratamientos de quimioterapia que se producen de manera postoperatoria (Reguera-Suárez, 2022).

En cuanto al trastorno de la imagen corporal, destacar que además de ser más probable en continuidad de cuidados, los datos del análisis multivariante muestran que en las mujeres la probabilidad de presencia de este diagnóstico es 2,59 veces mayor que en los hombres. Este aspecto está contrastado con la literatura consultada, que sustenta que la modificación del cuerpo debido al estoma tiene un significado mayor de adaptación a la nueva condición por parte de las mujeres (Marques et al., 2018). Esto sugiere la necesidad de desarrollar estrategias diferenciadas por sexo, destacando el papel de la información, la orientación, además del apoyo psicológico (Hueso-Montoro et al., 2016).

En este sentido, en el cuarto estudio que se presenta en esta tesis profundiza en esta cuestión. Por un lado, destacó que las personas del mayor grupo de edad tenían un mayor nivel de satisfacción, lo que es coincidente con un estudio de 2995 ostomizados permanentes en Italia e Inglaterra (Brown, 2017).

Otro de los hallazgos destacados fue que los niveles de satisfacción fueron ligeramente superiores en las mujeres en comparación con los hombres. En este sentido, un estudio que comparó la importancia de los factores que influyen en la adaptación a un estoma encontró que la imagen corporal, el apoyo social y las finanzas fueron más significativos para los hombres, mientras que el autocuidado, el tiempo transcurrido desde la cirugía y los grupos de ayuda mutua fueron más relevantes para las mujeres. (Alvarez-Escobar et al., 2021).

Las parejas desempeñan un papel importante tanto en el apoyo físico como emocional después de la cirugía, además de ser clave para mantener las relaciones sexuales (Moreira et al., 2017).

Los participantes a los que se les indicó un estoma por un diagnóstico oncológico obtuvieron puntuaciones más altas de satisfacción. Esto sugiere que es más fácil adaptarse a la vida con una ostomía

cuando la cirugía brinda la oportunidad de sobrevivir a un diagnóstico que de otro modo sería fatal (Álvarez-Escobar et al., 2021).

6.2. Estudio sobre NOC.

Entrando en el segundo trabajo de esta tesis doctoral, sobre los resultados NOC, conviene señalar que el conocimiento y el cuidado del estoma son aspectos relevantes a incluir en el plan de cuidados desde el momento de la cirugía y en el periodo de continuidad de cuidados, como aspectos clave para la monitorización de las personas. Esto implica incluir indicadores relacionados con estos dos aspectos, encontrándose aplicables en la muestra en el 100% de los casos. Por su parte, el estado nutricional y la ansiedad son aspectos a evaluar de forma inmediata tras la cirugía durante la hospitalización. La evaluación de indicadores sobre la imagen corporal, la implicación social y la integridad de los tejidos también son de especial importancia en la atención a la persona, pero deben valorarse especialmente en el período de continuidad de cuidados, una vez superada la fase aguda del proceso. El resto de resultados e indicadores analizados no han mostrado una clara asociación en un periodo u otro, lo que indica que su inclusión en el plan de cuidados debe valorarse en función de las circunstancias individuales de cada paciente.

Las puntuaciones medias de los indicadores analizados oscilaron entre 2 y 3, lo que indica un nivel moderado de afectación en el estado de los pacientes. Vale la pena señalar que la puntuación es bastante homogénea en todos los indicadores del estado biológico, psicológico y social de los pacientes.

La presencia del estoma intestinal puede afectar a la calidad de vida del individuo, influyendo tanto en el aspecto físico y psicológico como en el social. Esto es consistente con los hallazgos de esta investigación, en la que el impacto de los indicadores se extiende a los diferentes ámbitos de la salud. En cuanto al ámbito físico, una vez creado el estoma, se debe preservar la integridad de la piel para asegurar la correcta adherencia de la bolsa de ostomía al cuerpo y evitar complicaciones que pueden resultar si no se realizan buenos cuidados, como irritación, dermatitis y dolor periestomal. Es cierto que varios estudios ofrecen diferentes porcentajes de incidencia de pacientes con dolor periestomal y dependerá de las características individuales de cada paciente. La aparición de estas complicaciones se puede disminuir e incluso prevenir (Burch et al., 2021; Lacey, 2022).

En línea con lo anterior, la evidencia no es concluyente respecto a las intervenciones eficaces para prevenir o tratar las complicaciones de la piel periestomal. Este fue el punto de partida del quinto estudio

presentado en esta tesis doctoral. Al margen de que su vinculación con la tesis viene por el lado de la utilización de criterios NOC en el diseño de la investigación, este trabajo muestra indicios de que un gel con aceite de oliva virgen extra ecológico es beneficioso para mantener íntegra la piel periestomal o tratar complicaciones leves en la misma. El uso tópico de productos con aceite está poco investigado en esta piel, si bien el aceite en diferentes fórmulas ha mostrado, al usarse en otras pieles, sus propiedades reparadoras, hidratantes, cicatrizantes o antiinflamatorias (Dini, 2021; Taheri et al., 2022), algo de lo que se puede también beneficiar la piel periestomal.

La continuidad de la atención sanitaria después del alta a lo largo del tiempo reduce la aparición de complicaciones y mejora la calidad de vida. Asimismo, el marcaje del estoma según las características anatómicas de cada individuo y la información previa a la cirugía, puede conllevar una menor incidencia de complicaciones (Huang et al., 2018). Además, una de las fuertes asociaciones observadas en nuestros resultados muestra que las dificultades para conciliar el sueño son menores en personas con marcaje de estoma previo.

La realización de un estoma después de la cirugía genera un impacto negativo en las personas con estoma intestinal, influyendo en su postoperatorio y por ende en su nivel de autoestima. Para una mejor adaptación a los nuevos cambios en la fase de afrontamiento, los individuos deben aceptar su propio diagnóstico. Si se ofrecen los cuidados adecuados por parte de los profesionales de enfermería, se tendrá un impacto positivo en estas personas, que podrá promover el autocuidado una vez dado de alta, y se evitarán complicaciones relacionadas con la alimentación, la inactividad, la higiene o la interacción social (Palomino-Calle, 2022).

Es destacable la escasa presencia de indicadores relacionados con el apoyo social o familiar. La información de esta investigación muestra baja evidencia con respecto a este tema, a pesar de que el apoyo familiar es un pilar fundamental para enfrentar la presencia del estoma intestinal y la enfermedad. Los lazos familiares previos al nuevo proceso de cambio son fundamentales para generar mayor unión o separación de la red familiar ante un fenómeno desconocido. Una vez que los profesionales de salud hayan evaluado la relación entre familiar y paciente, podrán sugerir recomendaciones y consejos a ser tomados en cuenta por los familiares y por el paciente (Sujianto et al., 2020). Por lo tanto, los hallazgos sugieren la necesidad de una evaluación continua de los indicadores relacionados con la integridad familiar, el funcionamiento familiar y el afrontamiento de los problemas que pueden surgir en el entorno

familiar. Los profesionales deben poner especial interés en la evaluación de la implicación social, que puede manifestarse de forma más significativa en el período de continuidad de los cuidados.

Cabe recordar que los cuidadores son otra gran puerta de entrada al proceso de cambio, ya que ellos también deben adaptarse y afrontar el cambio, siendo el principal apoyo del paciente. Por ello, también pueden reducir su calidad de vida en el ámbito físico, psicológico y social. Los cuidadores reciben ayuda y formación, pero sólo en la fase inicial o de hospitalización, sin embargo, es más tarde cuando surge el malestar psicológico y la ansiedad por ver sufrir emocionalmente a sus familiares. Se sienten abrumados por la carga del cuidado, las preocupaciones y la dificultad para cuidar de sus propios problemas de salud, por lo que necesitan ser incluidos en la planificación del cuidado por parte de los profesionales de enfermería no solo desde el inicio sino también después durante el periodo de continuidad de cuidados. (Mohamed et al., 2021). En este sentido, los indicadores de la NOC nos podrían ayudar a valorar la percepción y la satisfacción ya no solo de los sujetos ostomizados, sino también de su pareja y/o familia a lo largo de todo el proceso.

6.3. Estudio sobre NIC.

Teniendo en cuenta la interrelación NANDA, NOC y NIC de la que partía esta investigación, es coherente observar que dos intervenciones estaban presentes en la totalidad de la muestra, por su vinculación con los NANDA y NOC correspondientes. Se trata de “Apoyo en la toma de decisiones” y “Cuidados de la Ostomía”. Parece razonable que los planes de cuidados para personas con estoma digestivo deben incluir estas intervenciones que permitan resolver los diagnósticos planteados, y para alcanzar una mejor adaptación a la nueva situación de la persona. Es fundamental para que el individuo pueda recuperar su vida diaria (Núñez et al., 2018).

La presencia de estas intervenciones se justifica desde un enfoque psicológico, social y biomédico, perspectivas que juegan un papel crucial en los planes de cuidados ya que se deben abordar todos los aspectos y no solamente el físico. Sin embargo, esta situación no es exclusiva del individuo y requiere apoyo familiar, por lo que se debe incluir y considerar también al núcleo familiar (McDonald, 2017; Silva et al., 2017).

En cuanto a la intervención “Cuidado de la ostomía”, el autocuidado es crucial y representa una necesidad esencial para este tipo de individuos, tanto durante el postoperatorio como en el periodo de continuidad de cuidados (da Silva et al., 2018). Con respecto a la “Vigilancia de la piel”, el asesoramiento

y el manejo adecuado de los dispositivos es clave para prevenir complicaciones. Como han señalado estudios previos, es de suma importancia para evitar daños en la piel y alertar de posibles signos de infección después de cada intervención que se realice sobre el estoma (O'Flynn, 2018).

El resto de las intervenciones analizadas presentan datos heterogéneos y particularmente significativas.

En relación con la NIC "Mejorar el afrontamiento", se puede decir que el proceso de colocación de un estoma digestivo se considera una situación estresante que perturba la vida diaria de los individuos. Etapa que se percibe como amenazante por la cantidad de cambios que se producen, (Brown, 2017; Hueso-Montoro et al., 2016; N. Silva et al., 2017) de ahí la importancia de intervenir en este sentido.

La información sobre el diagnóstico y el tratamiento es clave, ya que puede minimizar la intensidad de los efectos secundarios que se producen tras la cirugía. Sin embargo, para ello es necesario ser conscientes del conocimiento e información de la que se dispone acerca del tratamiento y sus consecuencias, no solo del individuo sino también de su familia (Zhang et al., 2019).

Intervenciones como "Fomentar la resiliencia" o "Manejo de la energía" también fueron relevantes en este estudio. Los pacientes experimentan sufrimiento desde el mismo momento en el que son informados de la necesidad de la cirugía y de la realización de un estoma, y los profesionales de enfermería deben actuar como educadores para apoyar en el proceso de adaptación de las personas a esta nueva situación (Hill et al., 2020).

También es importante señalar el papel de las intervenciones relacionadas con la promoción de la socialización, como elementos facilitadores que ponen énfasis en la interacción con los demás a través de grupos de ayuda mutua (Lim et al., 2019).

Otras intervenciones relevantes presentes fueron "Disminución de la Ansiedad", "Potenciación de la autoestima" (en el período postquirúrgico o de hospitalización) y "Mejora de la imagen corporal" ya que se ha visto que los individuos con estomas digestivos experimentan dificultades no solo físicas sino también psicológicas (Henbrey, 2021). De hecho, los sujetos refieren sentimientos de aislamiento, vergüenza y depresión. (Hueso-Montoro et al., 2016). En la misma línea, también hay evidencia del deterioro de la autoestima (de Lima, 2018).

Durante el período preoperatorio, intervenciones como “Disminución de la Ansiedad” y “Potenciación de la autoestima” ganaron relevancia, ya que es una fase de incertidumbre, estrés y angustia. Esto puede explicar la necesidad de reforzar los conocimientos y apoyar a los pacientes en este periodo, debido a los cambios que se producen desde que el individuo es informado de su diagnóstico oncológico (factor que favorece los sentimientos de inquietud) o no oncológico.

Sin embargo, al hilo de lo observado con NANDA, llama la atención que la intervención “Mejora de la imagen corporal” se asocia de manera significativa con la fase de seguimiento de cuidados, momento en el que aparecen los problemas de adaptación. En este aspecto y en otros, es importante resaltar el marcaje del estoma como una intervención preoperatoria que contribuye a mejorar la adaptación posterior del individuo. Consensuar la ubicación con el portador del estoma y tener en cuenta el estilo de vida y forma de vestir, consigue una adaptación óptima del dispositivo al cuerpo y reduce posibles complicaciones (Rodríguez, 2022).

Otra intervención a destacar es el “Asesoramiento sexual”. Puede ser difícil para el paciente hablar de ello, e incluso puede ser un tema tabú para la pareja. Vale la pena recordar que con escucha activa y dando al individuo el tiempo necesario para que exprese sus emociones, es posible construir una relación de confianza que permita al profesional abordar y mejorar esta área (Bird, 2019; Moreira et al., 2017).

Con respecto a la nutrición, intervenciones como “Asesoramiento Nutricional” y “Manejo de la Nutrición” son relevantes en el cuidado de la persona ostomizada. Durante la cirugía para realizar la ostomía se extirpa una parte del intestino, lo que lleva consigo una pérdida en la absorción de electrolitos y desequilibrios nutricionales. Parece razonable pensar que, con estas dos intervenciones, además de mantener el equilibrio hidroelectrolítico, se proporciona toda la información necesaria para mantener el buen funcionamiento intestinal y evitar la aparición de complicaciones como la flatulencia, diarrea o el estreñimiento (Lee, 2019; Moreno-Santamaría, 2022).

El apoyo del individuo, ya sea de la familia o de la red social es clave a lo largo del proceso. Intervenciones como “Aumentar los sistemas de apoyo” o “Fomentar la implicación familiar” no se incluyeron en ninguno de los casos analizados, lo cual no resta importancia a las mismas. La ausencia se puede atribuir a la existencia en los sujetos estudiados de un núcleo familiar sólido, a una estructura social claramente involucrada de partida, o a que la necesidad de apoyo a la familia haya sido cubierta desde el comienzo del proceso (Wieczorek et al., 2018).

6.4. Limitaciones y Futuras Líneas de Investigación.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, dado que se trata de un estudio observacional y transversal, no podemos verificar si las asociaciones encontradas reflejan la verdadera relación de causalidad entre las variables, por lo que deben tomarse como hipótesis causales que requieren comparación con estudios de seguimiento que incluyan una muestra de mayor tamaño.

En segundo lugar, los estudios se basan en una lista de diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros que se elaboró a partir de un estudio previo que se basó en una revisión exhaustiva de la literatura y en un trabajo riguroso de selección y revisión de este listado, avalado también por expertos en la materia. En cambio, puede que se hayan dejado fuera aspectos relevantes que afectan a necesidades del cuidado de estos pacientes que no se hayan reflejado en ese trabajo previo. Las coincidencias con estudios previos similares compensan en parte esta limitación, si bien se hace necesario un estudio más detallado que contemple la evaluación de planes de cuidados en tamaños muestrales grandes. La informatización de los registros y las posibilidades del análisis basado en big data e inteligencia artificial pueden suponer una línea de trabajo a desarrollar, en este sentido.

En línea con lo anterior, la evaluación de los diagnósticos, resultados e intervenciones en la muestra se ha hecho en base al juicio clínico de una sola enfermera, aunque fue supervisada por un segundo observador. A este respecto, cabe destacar que para un proceso más robusto hubiera sido necesario incluir al menos a otro experto para analizar la fiabilidad interobservador. También sería interesante en futuras investigaciones incorporar cuestionarios o escalas que miden constructos similares a los diagnósticos identificados (ansiedad, imagen corporal, entre otros) para dar validez de criterio concurrente a los resultados obtenidos.

En cuanto a los factores relacionados, se dejaron fuera algunos factores que podrían incorporarse en futuras investigaciones. Por ejemplo, la permanencia del estoma es un factor relevante que no fue explorado en este estudio. Otro aspecto destacado señalado por otros estudios es el nivel económico y educativo de los pacientes (Colwell et al., 2018).

Por último, en investigaciones posteriores se podría abarcar otros problemas asociados a la atención de la persona ostomizada, como problemas de colaboración con otros profesionales, de modo que las intervenciones puedan ser definidas a partir del lenguaje de la NIC. También sería interesante

abarcando otros periodos de atención como el preoperatorio, así como precisar la propuesta de NANDA, NOC y NIC en los periodos analizados, diferenciando el periodo inmediato, mediato y de continuidad.

6.5. Implicación para la Práctica

Los hallazgos de esta investigación pueden servir de base para orientar los planes de cuidados individualizados y estandarizados dirigidos a las personas con ostomías digestivas de eliminación, teniendo en cuenta los diferentes momentos por los que atraviesa el sujeto, de ahí que sea relevante diferenciar las necesidades inmediatas después de la cirugía de otras que se pueden abordar a medio plazo.

Esta utilidad está en consonancia con el desarrollo de los modelos de EPA en el cuidado de personas ostomizadas, en el que los planes individualizados basados en un lenguaje común supone un elemento competencial clave al reconocerse como una buena práctica dentro de la competencia de personalización de los cuidados (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2017).

También es coherente con las demandas a nivel internacional, donde destaca el valor añadido de la “carta de los derechos de los ostomizados” que incluye, entre sus líneas, el “recibir apoyo médico y cuidados de enfermería especializada tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio, durante el periodo de hospitalización y al alta hospitalaria” y “recibir ayuda e información dirigidas a su familia, cuidadores y amigos para que puedan entender qué condiciones y adaptaciones son necesarias para lograr una vida satisfactoria en convivencia con el estoma” (Ostomy Canada Society, 1997).

Por otro lado, el presente estudio pretende llenar el vacío existente en la literatura con respecto a los estudios que utilizan NANDA, NIC y NOC en un entorno de atención específico con los sujetos ostomizados en particular. Al hilo de esto, se han desarrollado una serie de recursos que complementan esta tesis y que se presentan como anexos a la misma:

- Por un lado se ofrece una propuesta de plan de cuidados con las definiciones de cada etiqueta junto a una serie de características definitorias, factores de riesgo o relacionados y características asociadas para cada diagnóstico. Así mismo, se incluyen los indicadores y actividades para resultados e intervenciones. Este plan de cuidados se encuentra actualizado según las últimas modificaciones de la NANDA, NOC, NIC.

- Por otro lado, se ofrece una interrelación de diagnósticos, resultados e intervenciones, lo que permite la creación de planes de cuidados en función de las necesidades particulares de cada sujeto según el momento de la asistencia sanitaria en el que se encuentre. Se han marcado aquellos que, según los hallazgos de esta investigación, aparecen con mayor frecuencia en el periodo postquirúrgico, aquellos que lo hacen en el periodo de continuidad de cuidados y por último los que aparecen durante todo el proceso.

Conclusiones

7. CONCLUSIONES

A partir de los hallazgos de esta investigación, se han elaborado las siguientes conclusiones:

- Los diagnósticos de la taxonomía NANDA identificados con mayor prevalencia en personas con estomas digestivo son “Disposición para mejorar la salud” y “Conocimientos deficientes”. También son destacables los diagnósticos “Trastorno del patrón del sueño” y “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea”.
- Los resultados NOC más prevalentes en los individuos con estoma digestivo son “Participación en las decisiones de atención médica” con los indicadores “Busca información confiable”, “Define las opciones disponibles” e “Identifica el apoyo disponible para lograr los resultados deseados”; y “Conocimiento: Cuidado de la ostomía” con los indicadores: “Necesidades de cuidado de la piel alrededor de la ostomía”, “Modificaciones de la dieta” y “Requerimientos de ingesta de líquidos”.
- Las intervenciones más prevalentes en personas con estoma digestivo son “Apoyo en la toma de decisiones” y “Cuidados de la Ostomía”. También son destacables las intervenciones “Mejora del sueño” y “Vigilancia de la piel”.
- El periodo de atención sanitaria dividido en periodo quirúrgico, que coincide con la hospitalización de la persona, y periodo de continuidad de cuidados, que se inicia tras el alta y se produce habitualmente en la consulta de ostomía, influye de forma significativa en los diagnósticos, resultados e intervenciones a desarrollar en el plan de cuidados dirigido a personas con ostomía.
- Los diagnósticos “Ansiedad”, “Baja autoestima situacional”, “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades”, “Riesgo de compromiso de la resiliencia” y “Riesgo de intolerancia a la actividad” aparecen con más frecuencia en el periodo quirúrgico, mientras que los diagnósticos “Riesgo de deterioro de la integridad cutánea” y “Trastorno de la imagen corporal” son más destacados en el periodo de continuidad de cuidados. La frecuencia de NOC y NIC en cada periodo está vinculado a la interrelación que se establece con NANDA.
- El uso del lenguaje enfermero a partir de la taxonomía NANDA, NOC y NIC es pertinente para investigar aspectos concretos del cuidado de personas ostomizadas, así como para determinar cuestiones metodológicas en investigaciones basadas en diferentes diseños.

Bibliografía

8. BIBLIOGRAFÍA

- Adubi, I. O., Olaogun, A. A., & Adejumo, P. O. (2018). Effect of standardized nursing language continuing education programme on nurses' documentation of care at University College Hospital, Ibadan. *Nursing Open*, 5(1), 37–44. Doi.org/10.1002/nop2.108
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. (2017). Manual de competencias profesionales para Enfermero/a de Práctica Avanzada en Cuidados a Personas con Ostomías. Recuperado el 23 de abril de 2020, de <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/Enfermero-de-Practica-Avanzada-en-Cuidados-a-Personas-con-Ostomias.pdf>
- Alenezi, A., McGrath, I., Kimpton, A., & Livesay, K. (2021). Quality of life among ostomy patients: A narrative literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(21-22), 3111-3123. Doi.org/10.1007/s00520-014-2528-1
- Alfaro-LeFevre, Rosalinda. (2012). *Applying Nursing Process: The Foundation for Clinical Reasoning*. Wolters Kluwer Health.
- Alvarez-Escobar, B., Mirabal-Requena, J. C., Naranjo-Hernández, Y., & Pérez-Concepción, I. (2021). Relación del cáncer colorrectal en el adulto mayor en la comunidad con ciencia, tecnología y sociedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(2).
- Ambe, P. C., Kurz, N. R., Nitschke, C., Odeh, S. F., Mslein, G., & Zirngibl, H. (2018). Intestinales Stomata. *Deutsches Arzteblatt International*, 115(11), 182–187. Doi.org/10.3238/arztebl.2018.0182
- Andersen, R. M., Danielsen, A.K., Vinther, A., Krogsgaard, M., Gögenur, I., & Thomsen, T. (2022). Patients' experiences of abdominal exercises after stoma surgery: a qualitative study, *Disability and Rehabilitation*, 44(5), 720–726. Doi.org/10.1080/09638288.2020.1824246
- Arranz-Alonso, S. (2015). *Modelos conceptuales, metodología, lenguaje estandarizado y su relación con el asociacionismo científico en enfermería*. [Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid].
- Asociación Española Contra el Cancer. (2018). *Cáncer de colon: Supervivencia y Esperanza de Vida* / AECC. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-colon/evolucion-cancer-colon>
- Avellaneda, N., Goncalves, S., Lasa, J., Olivera, P., Potolicchio, A., Vazquez, F., ...&, Muñoz, J. P. (2021). Calidad de vida en pacientes con enfermedad de Crohn ileocecal luego del tratamiento quirúrgico. *Marcelo Pollastri Hospital Privado de Rosario. Santa Fe, Argentina.*, 32, 70–76. Doi.org/10.46768/racp.v32i03.95
- Barreras-González, J. E, Barreras-Sepúlveda, E. J. & Cáceres-Lavernia, H. H. (2017). De la resección abdominoperineal a las técnicas conservadoras de esfínteres en la cirugía laparoscópica del cáncer de recto. *Revista Cubana de Cirugía*, 56(1), 37–49.

- Bird, A. (2019). Mentioning the unmentionable: a stoma care nurse's journey to discussing sexuality comfortably with ostomates. *Gastrointestinal Nursing*, 17(3), 24-28. Doi.org/10.12968/gasn.2019.17.3.24
- Blegen, M. A., & Tripp-Reimer, T. (1997). Implications of Nursing Taxonomies for Middle-Range Theory Development. *ANS In Advances in Nursing Science*, 19 (3), (37-49). Doi.org/10.1097/00012272-199703000-00005
- Brown, F. (2017). Psychosocial health following stoma formation: a literature review. *Gastrointestinal Nursing*, 15(3), 43-49. Doi.org/10.12968/gasn.2017.15.3.43
- Bun, M., Dreifuss, N., & Rotholtz, N. (2020). ¿Por qué hago Resección Sigmoides y Anastomosis Primaria en Peritonitis Purulenta de Origen Diverticular? *Revista Argentina de Coloproctología*, 31(3), 84-88. Doi.org/10.46768/racp.v31i3.70
- Burch, J., Boyles, A., Maltby, E., Marsden, J., Martin, N., McDermott, B., & Voegeli, D. (2021). Keep it simple: peristomal skin health, quality of life and wellbeing. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 30(Sup6), 5-24. Doi.org/10.12968/bjon.2021.30.Sup6.1
- Butcher, H.K., Bulechek, G.M., Dochterman, J.M., & Wagner, C.M. (Eds.). (2018). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (7th ed.). Mosby: ELSEVIER.
- Cabal-Escandón, V.E. (2019). Developments and Challenges in Advanced Practice Nursing. *Revista Colombiana de Enfermería*, 18(2), e007. Doi.org/10.18270/rce.v18i2.2663
- Campo, J. & Caparrós, M. R. (2006). Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*, 3(1), 189-194.
- Cáncer Colorrectal. Estadísticas. (2022). Cancer.Net. Recuperado el 3 de marzo de 2023, de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/estad%C3%ADsticas#:~:text=A%20nivel%20mundial%2C%20el%20c%C3%A1ncer,casos%20de%20c%C3%A1ncer%20de%20recto>.
- Cantero-Cunalata, M., & Collado-Boira, E. (2016). Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta. *Àgora de Salut*, 3(6), 57-66. Doi.org/10.6035/AgoraSalut.2016.3.6
- Capilla-Díaz, C., Bonill-de las Nieves, C., Hernández-Zambrano, S. M., Montoya-Juárez, R., Morales-Asencio, J. M., Pérez-Marfil, M. N., & Hueso-Montoro, C. (2019). Living With an Intestinal Stoma: A Qualitative Systematic Review. *Qualitative Health Research* (Vol. 29(9), 1255-1265. Doi.org/10.1177/1049732318820933
- Carvalho, S. O. R. M., Budó, M. L. D., Silva, M. M. da, Alberti, G. F., & Simon, B. S. (2015). "With some care, we can go on": experiences of people with ostomy. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(1), 279-287. Doi.org/10.1590/0104-07072015003710013
- Casado-Mora, I., Pérez-Fernández, A. J., Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., & Rodríguez-Gómez, S. (2018). Enfermera de Práctica Avanzada en la atención de personas con ostomías (EPA-O). *Consejería de Salud Servicio Andaluz de Salud Estrategia de Cuidados de Andalucía*.

- Chaparro, M., Garre, A., Núñez-Ortiz, A., Diz-Lois Palomares, M. T., Rodríguez, C., Riestra, S., Vela, M., Benítez, J. M., Fernández-Salgado, E., Sánchez-Rodríguez, E., Hernández, V., Ferreira-Iglesias, R., Ponferrada-Díaz, Á., Barrio, J., Huguet, J. M., Sicilia, B., Martín-Arranz, M. D., Calvet, X., Ginard, D., ... The EpidemiBD Study Group Of Geteccu. (2021). Incidence, clinical characteristics and management of inflammatory bowel disease in Spain: Large-scale epidemiological study. *Journal of Clinical Medicine*, 10(13), 2885. Doi.org/10.3390/jcm10132885
- Cobos-Serrano, J. (2018). Libro Blanco de la Ostomía en España. Recuperado el 23 de abril de 2022, de <https://www.garciablazquez.es/libro-blanco-de-la-ostomia-en-espana/>
- Colegio Oficial de Enfermería de Madrid. (2020). *Enfermeras estomaterapeutas denuncian la situación de las personas ostomizadas en la primera ola de COVID-19 y temen lo que está por venir*. Recuperado el 6 de julio de 2022, de <https://www.codem.es/actualidad/enfermeras-estomaterapeutas-denuncian-situacion-personas-ostomizadas-en-primera-ola-covid-19-y-temen-lo-que-esta-por-venir>
- Colwell, J. C., Pittman, J., Raizman, R., & Salvadalena, G. (2018). A randomized controlled trial determining variances in ostomy skin conditions and the economic impact (ADVOCATE Trial). *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(1), 37. DOI: 10.1097/WON.0000000000000389
- Confederación ACCU. (2019). *Nuevos datos de la prevalencia de la EI*. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de <https://accuesp.com/nuevos-datos-de-la-prevalencia-de-la-eii%0Ahttps://bit.ly/3bYCNi2>
- Cordero-García, E., & Serrano-Arias, B. (2020). Microtiota, epigenetics and drug response in colon cancer. *Revista Médica de La Universidad de Costa Rica*, 14(2), 81-92.
- Corella-Calatayud, J. M., Vázquez-Prado, A., Tarragón-Sayas, M. Á, Mas-Vila, T., Corella-Mas, J. M. & Corella-Mas, L. (205). Estomas, Manual para Enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).
- Silva, C., Santos, C., Brito, A., Cardoso, T., & Lopes, J. (2018). Self-care competence of patients with an intestinal stoma in the preoperative phase. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(18), 39–50. Doi.org/10.12707/RIV18026
- Campos, K. D., Bot, L. H. B., Petroianu, A., Rebelo, P. A., Souza, A. A. C. D., & Panhoca, I. (2017). The impact of colostomy on the patient's life. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 37(3), 205–210. Doi.org/10.1016/j.jcol.2017.03.004
- de Lima, J. A., de Cássia Muniz, K., Salomé, G. M., & Ferreira, L. M. (2018). Association of sociodemographic and clinical factors with self-image, self-esteem and locus of health control in patients with an intestinal stoma, *Journal of Coloproctology.*, 38(1), 56-64. DOI: 10.1016/j.jcol.2017.11.003
- de Sena, J. F., Silva, I. P. D., Lucena, S. K. P., Oliveira, A. C. S., & Costa, I. K. F. (2020). Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–9. Doi.org/10.1590/1518-8345.3179.3269

- Del Sol-Plaza, S., & Gonzalez-Sanchez, M. P. (2019). Atención integral al paciente ostomizado. Apertura de consulta de ostomía. *Enfuro*, 11–13.
- Deputy, M., Worley, G., Patel, K., Fletcher, J., Hart, A., Block, M., Øresland, T., Myrelid, P., & Faiz, O. (2021). Long-term outcome and quality of life after continent ileostomy for ulcerative colitis: A systematic review. *Colorectal Disease: The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 23(9), 2286–2299. Doi.org/10.1111/codi.15788
- Dini, I., & Laneri, S. (2021). The New Challenge of Green Cosmetics: Natural Food Ingredients for Cosmetic Formulations. *Molecules (Basel, Switzerland)*, 26(13), 3921. Doi.org/10.3390/molecules26133921
- Echevarría-Perez, P. (2020). *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros*. (2nd ed). Elsevier
- Fernández-Lasquetty, B. (2013). Introducción a la investigación en Enfermería.Paradigma.
- Figueroa, C. (2019). Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 30(4), 257–261. Doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.003
- Folguera-Arnau, M., Gutiérrez-Vilaplana, J. M., González-María, E., Moreno-Casbas, M. T., Obarrio-Fernández, S., Lorente-Granados, G., Viñoly Torres, E., Rodríguez-Soberado, M. P., & en nombre del Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados® (2020). Implementation of best practice guidelines for ostomy care and management: Care outcomes. *Enfermería clínica (English Edition)*, 30(3), 176–184. Doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.029
- Galvão-Queiroz C., Pinheiro-de Medeiros L., Medeiros-Melo M.D., Martins-Melo G.S., Fernandes-de Sena J., Fernandes-Costa I.K. (2017). Autoestima en mujeres con ostomías intestinales. *Index de enfermería*, 26(1–2), 29–33.
- Gámez-Córdoba, M. E. (2019). Actualización sobre el estoma de protección tras resección anterior baja o ultrabaja por cáncer de recto. Revisión sistemática y nuevas tendencias. *Archivos de Coloproctología*, 2(3), 43. Doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934001
- García-Díaz, F. J., Muñoz-Conde, M. & Cabello-Jaime, R. (2021). Comparación entre el coste y el cierre de heridas en una unidad de gestión clínica que incluye una enfermera de práctica avanzada en heridas crónicas complejas. *Gerokomos*, 32(3), 193-198.
- García-Hernández, A. (2007). NANDA. North American Nursing Diagnosis Association: Desde su nacimiento hasta nuestros días. *ENE, Revista de Enfermería*, 1(0), 17–36.
- García-Martínez, C., & García-Cueto, B. (2017). Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA)*, 5(4), 35–48.
- Gonzalez-Aguña, A. (2019). El conocimiento del cuidado a través del lenguaje estandarizado: Una historia de realidades construidas. *Revista Ene de Enfermería*, 13(4).

- González-Caballero, J. (2010). Aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito de la salud laboral: Ejemplos de prescripción enfermera. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 56(221), 328-346.
- González- Gómez, L. (2020). Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. *N Punto*, 3, 35–55.
- González-Lama, Y., Sanz, J., Bastida, G. , Campos, J. , Ferreiro, R. , Joven, B. , . . . & Gomollón, F. (2020). Recomendaciones del Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU) sobre el tratamiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal asociada a espondiloartritis. *Gastroenterología y Hepatología*, 43(5), 273-283.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero: Proceso y Aplicación*. Madrid: Mosby.
- Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. (7a ed.). Elsevier Health Sciences.
- Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. (2016). *Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS).
- Haughey, S., & McGroggan, G. (2017). Living well with a stoma: a descriptive evaluation. *Gastrointestinal Nursing*, 15(7), 41–48.
- Henbrey, R. (2021). Stoma formation as a palliative procedure: the role of the clinical nurse specialist in maintaining quality of life. *British Journal of Nursing*, 30(6), S4-S10. DOI: 10.12968/bjon.2021.30.6.S4
- Herrera-Justicia, S., López-Moreno, V. A., Martínez-Muñoz, M. D. C., Hermoso-Quintana, A., & Amezcua, M. (2020). Intervenciones para normalizar las actividades de la vida cotidiana en pacientes a los que se ha practicado una reciente ostomía. *Index de Enfermería*, 29(3), 176-182.
- Hill, R. E., Wakefield, C. E., Cohn, R. J., Fardell, J. E., Brierley, M. E., Kothe, E., Jacobsen, P. B., Hetherington, K., & Mercieca-Bebber, R. (2020). Survivorship Care Plans in Cancer: A Meta-Analysis and Systematic Review of Care Plan Outcomes. *The oncologist*, 25(2), e351–e372. Doi.org/10.1634/theoncologist.2019-0184
- Huang, L., Yu, H. , Sun, A. , Xu, F. , Xia, C. , Gao, D. , & Wang, D. (2018). Effects of continuing nursing on stomal complications, self-care ability and life quality after Miles' operation for colorectal carcinoma. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(2), 1021–1026.
- Huang, Q., Zhuang, Y., Ye, X., Li, M., Liu, Z., Li, J., & Pan, Z. (2021). The effect of online training-based continuous nursing care for rectal cancer-patients undergoing permanent colostomy. *American Journal of Translational Research*, 13(4), 3084–3092.
- Hueso-Montoro, C., Bonill-De-Las-Nieves, C., Celdrán-Mañas, M., Hernández-Zambrano, S. M., Amezcua-Martínez, M., & Morales-Asencio, J. M. (2016). Experiences and coping with the altered body image in digestive stoma patients. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. Doi.org/10.1590/1518-8345.1276.2840

- Ibáñez, V. & Navarro, O. (2021). *Elise Sorensen (1903-1977) Creadora de la primera bolsa de ostomía adhesiva y desechable*. En: Ibáñez, V. & Navarro, O. *Enfermeras invisibles, inventoras, invencibles, increíbles*. Penguin Random House Grupo Editorial, 46-48.
- Jiménez-Chunga, E., & Sanchez-Ortiz, D. (2020). *Efectividad de la marcación del estoma en la prevención de complicaciones en pacientes que van a ser sometidos a una ostomía*. [Tesis doctoral. Universidad Privada Norbert Wiener. Universidad Ciencias de la Salud, Lima.]
- Kimura, C. A., Guilhem, D. B., Kamada, I. , Abreu, B. S. D., & Fortes, R. C. (2017). Oncology ostomized patients' perception regarding sexual relationship as an important dimension in quality of life. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 37(3), 199–204. Doi.org/10.1016/j.jcol.2017.03.009
- Kittscha, J., Fairbrother, G., Bliokas, V., & Wilson, V. (2022). Adjustment to an Ostomy: An Integrative Literature Review. *Journal of Wound, Ostomy and Nurses Society*, 49(5), 439–448. Lippincott Williams and Wilkins. Doi.org/10.1097/WON.0000000000000895
- Lacey, V. (2022). Importance of peristomal skin protection. *Journal of Community Nursing*, 36(2).
- Lafuente-Robles, N., Fernández-Salazar, S., Rodríguez-Gómez, S., Casado-Mora, M. I., Morales-Asencio, J. M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2019). Competential development of nurses in the public health system of Andalucía. *Enfermería clínica (English Edition)*, 29(2), 83–89. Doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.12.013
- Lannes, L., Henry, J., Berenger, N., Santos, C. M., & Viana, E. R. (2018). Sexualidade De Pacientes Com Câncer Colorretal Submetidos À Colostomia Definitiva. *Biológicas & Saúde*, 8(27), 8868. Doi.org/10.25242/886882720181485
- Lawson, T. G. (2021). *Betty Neuman: systems model. Nursing Theorists and Their Work*. (10 Ed.) St Louis: Mosby.
- Lee, Y. J., Kweon, M., & Park, M. (2019). Nutritional Management of a Patient with a High-Output Stoma after Extensive Small Bowel Resection to Treat Crohn's Disease. *Clinical nutrition research*, 8(3), 247–253. Doi.org/10.7762/cnr.2019.8.3.247
- Leonor-Rodríguez, S., & Cobos-Serrano, J. L. (2015). Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado: Método, Lenguaje profesional, Planes de cuidados y Sistemas de registro que permiten individualizar y personalizar la atención al paciente ostomizado. *Coloplast Productos Médicos*.
- Lim, S. H., Chan, S. W. C., Lai, J. H., & He, H. G. (2019). A qualitative evaluation of the STOMA psychosocial intervention programme for colorectal cancer patients with stoma. *Journal of advanced nursing*, 75(1), 108–118. Doi.org/10.1111/jan.13821
- López, A., & Juárez, J. (2014). *Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado*. [Trabajo Fin de Grado. Universidad de Jaén].
- Louro, A. C., Castro, J.F., & Blasco, T. (2016). Effects of a positive emotion-based adjuvant psychological therapy in colorectal cancer patients: A pilot study. *Psicooncología investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 13(1), 113–125. Doi.org/10.5209/rev_PSIC.2016.v13.n1.52491

- Luna-Parra, E. (2018). *Proceso de Cuidado Enfermero para pacientes pediátricos con diagnósticos enfermeros derivados de un estoma de eliminación*. [Tesis Doctoral. Universidad autónoma de San Luis Potosí].
- Machado, L. G., da Silva, R. M., Mendes, V. C., Tamiozzo, J., Pretto, C. R., & Lopes, A. P. (2021). Intestinal ostomy: Adversities and care strategies after hospital discharge. *Avances En Enfermería*, 39(3), 366-375. Doi.org/10.15446/av.enferm
- Marques, A. D. B., Amorim, R. F., Landim, F. L. P., Moreira, T. M. M., Branco, J. G. O., Moraes, P. B., & Santos, Z. M. S. A. (2018). Body consciousness of people with intestinal stomach: A phenomenological study. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(2), 391–397. Doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0666
- Martínez-López, B. M., & Rugama-López, B. E. (2007). *Manejo de pacientes a los que se les realizó colostomías en el hospital escuela Oscar Danilo Rosales Argüello de la ciudad de León, Enero 2001-Diciembre 2007*. [Tesis doctoral. Universidad de León].
- Mateo, J. E. (2019). Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos*, 30(3), 142–146.
- Mateos-García, M. (2017). Metodología enfermera y sistemas estandarizados de lenguaje enfermero en la historia clínica digital. [Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla]. <https://idus.us.es/handle/11441/69103>
- McDonald, J., McKinlay, E., Keeling, S., & Levack, W. (2017). The 'wayfinding' experience of family carers who learn to manage technical health procedures at home: a grounded theory study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 850–858. Doi.org/10.1111/scs.12406
- Medeiros, L. P. de, Xavier, S. S. de M., Freitas, L. S., Silva, I. P. da, do O, L. B., Lucena, S. K. P., Silva, R. A., & Costa, I. K. F. (2022). Construction and validity the adaptation level sclae of the person with ostomy. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*. Doi.org/10.30886/estima.v20.1191_in
- Menéndez, P., Padilla, D., Villarejo, P., Menéndez, J. M., Rodríguez Montes, J. A., & Martín, J. (2010). Aspectos históricos de las enfermedades neoplásicas: El cáncer colorrectal. *Gastroenterología y Hepatología*, 33(7), 541–546. Doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.04.006
- Mitchell, A., England, C., & Atkinson, C. (2020). Provision of dietary advice for people with an ileostomy: a survey in the UK and Ireland. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 22(12), 2222–2231. Doi.org/10.1111/codi.15268
- Modegro-Aznar, M. F. (2016). Los registros enfermeros facilitan la investigación y visibilizan el cuidado. *Paraninfo Digital*, 10(24), 7.
- Mohamed, N. E., Shah, Q. N., Kata, H. E., Sfakianos, J., & Given, B. (2021). Dealing With the Unthinkable: Bladder and Colorectal Cancer Patients' and Informal Caregivers' Unmet

- Needs and Challenges in Life After Ostomies. *Seminars in oncology nursing*, 37(1), 151111. Doi.org/10.1016/j.soncn.2020.151111
- Montero-Llundo, N. A. (2019). *Dimensiones de la Personalidad y Niveles de Resiliencia en pacientes de la Unidad Oncológica SOLCA Tungurahua*. [Tesis doctoral. Pontificia Universidad Católica del Ecuador].
- Moorhead, S., Swanson, E., Swanson, E., & MaasML. (Eds.). (2018). *Nursing outcomes classification (NOC)* (6 ed.). Elsevier.
- Moreira, W. C., Vera, S. O. da, Sousa, G. N. de, Araújo, S. N. M., Damasceno, C. K. C. S., & Andrade, E. M. L. R. (2017). Sexualidade de pacientes com estomias intestinais de eliminação Sexuality of patients with bowel elimination ostomy. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(2), 495–502. Doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.495-502
- Moreno-Santa María, M., Arenas-Villafranca, J. J., Abilés, J., Faus-Felipe, V., Utrilla-Navarro, P., & Tortajada-Goitia, B. (2022). Assessment of the importance of ostomy patients' understanding of dietary and lifestyle recommendations. Evaluación de la importancia de la comprensión de las recomendaciones dietéticas y de estilo de vida en los pacientes con ostomía. *Nutricion hospitalaria*, 39(3), 610–614. Doi.org/10.20960/nh.03906
- Muñoz, D. Y. G., & Zárate, X. D. C. (2019). Necesidades de cuidado de personas con ostomias. Revisión sistemática de literatura. *Revista Salud, Historia y Sanidad*, 14(1), 41-49. Doi.org/10.5281/zenodo.4682232
- NANDA-I. (2021). *NANDA diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2021-2023)*. (12 ed.). Elsevier.
- Nieves, C. B. D. L., Díaz, C. C., Celdrán-Mañas, M., Morales-Asencio, J. M., Hernández-Zambrano, S. M., & Hueso-Montoro, C. (2017). Ostomy patients' perception of the health care received. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2961. Doi.org/10.1590/1518-8345.2059.2961
- Núñez, C., Navarro, A., Cortés, S., López, J., Aguirre-Loaiza, H., Trujillo, C. (2018). Imagen corporal (IC) y estrategias de afrontamiento (EA): Análisis de las características médico quirúrgicas en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 36, 59–69.
- O'Flynn S. K. (2018). Care of the stoma: complications and treatments. *British journal of community nursing*, 23(8), 382–387. Doi.org/10.12968/bjcn.2018.23.8.382
- Otiniano Alvarado, C. E., Ruiz Piscocoy, J. R., & Perales Santos, L. E. (2019). *Factores de Riesgo de La Dehiscencia de Anastomosis en Pacientes Adultos tras una Resección Anterior De Cáncer De Recto en el Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas en el Periodo 2009-2015*. [Tesis doctoral. Universidad Peruana Cayetano Heredia]
- Palomero-Rubio, R., Pedraz-Marcos, A., & Palmar-Santos, A. M. (2018). Approaching the experience of people through the process of a colostomy. Aproximación a la vivencia de las personas en el proceso de una colostomía. *Enfermería clinica (English Edition)*, 28(2), 81–88. Doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.12.004

- Palomino-Calle, T. (2022). *Conocimiento y prácticas del autocuidado de los pacientes ostomizados del Servicio de Cirugía del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. [Tesis doctoral. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud].
- Pérez-García S. (2021). *Diagnósticos de enfermería NANDA y evolución de resultados NOC en personas colostomizadas e ileostomizadas en seguimiento en una unidad de ostomías*. [Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid]
- Perissotto, S., Breder, J. da S. C., Zulian, L. R., Oliveira, V. X. de, Silveira, N. I. da, & Alexandre, N. M. C. (2019). Nursing actions for prevention and treatment of complications in intestinal stomies. *ESTIMA, Brazilian Journal of Enterostomal Therapy*, 16(13). https://doi.org/10.30886/estima.v17.638_in
- Pinilla-González, R. O., & Ferreira-Cristaldo, P. V. (2018). Colostomy in the Treatment of Traumatic Lesions of the Colon and the Rectum. *Revista Cubana de Cirugía*, 57(2), 1–20.
- Pires, A. U. B., Lucena, A. de F., Behenck, A., & Heldt, E. (2020). Results of the Nursing Outcomes Classification/NOC for patients with obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20180209. Doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0209
- Puente-Fernández, D., Palma-Ayllón, E., Sánchez-García, M. R., Hueso-Montoro, C., Esteban-Burgos, A. A., & Montoya-Juárez, R. (2020). Development of a Scale Based on Nursing Outcome Classification “Dignified Life Closure” (1307) to Assess End-of-Life Dignity of Patients in Care Homes for the Elderly. *International Journal of Nursing Knowledge*, 31(1), 44–49. Doi.org/10.1111/2047-3095.12264
- Vergara-Escobar, O. J., Pulido-Acuña, G. P., Montenegro-Ramirez, J. D., González-Salazar, C. A., & Ortiz Acosta, Y. J. (2018). El lenguaje estandarizado enfermero: conocimiento, historia y perspectiva para el cuidado materno-perinatal. *Investigación En Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1). Doi.org/10.11144/javeriana.ie21-1.elee
- Queiroz, C. G., Freitas, L. S., de Medeiros, L. P., Melo, M. D. M., de Andrade, R. S., & Costa, I. K. F. (2017). Characterization of patients with an ileostomy that are treated on a reference service for patients with an ostomy. *Enfermeria Global*, 16(2), 25–36. Doi.org/10.6018/eglobal.16.2.230551
- Ramal-Calero, J. (2022). *Cuidado de Enfermería y la satisfacción del usuario con colostomía en el servicio de cirugía general del Hospital Hermilio Valdizan Medrano*. [Tesis doctoral. Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de Ciencias de la Salud de Lima].
- Recasens-López, J., Villamor-Ordozgoiti, A., Sanz Díez, M., Sánchez Morillo, M., Serna Landete, R., & Asensio Rubio, Y. (2019). Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(1).
- Registered Nurses Association of Ontario. (2019). *Apoyo a adultos que esperan o viven con una ostomía. Guía de Buenas Prácticas Clínicas* (Segunda Edición). Registered Nurses Association of Ontario.
- Registered Nurses Association of Ontario. (2009). *Cuidado y manejo de la ostomía. Guías de buenas prácticas clínicas*. Registered Nurses Association of Ontario.

- Reguera-Suárez, L. (2022). Cáncer colorectal: calidad de vida y educación para la salud de los pacientes con ostomías digestivas. *Director NPunto*, 5(47), 33–51.
- Reimpreso de Ostomy Canada Society. (1997). *Charter of Ostomates Rights*. Ostomy Canada Society. Recuperado el 6 de junio de 2022, de <https://www.ostomycanada.ca/charter-of-ostomate-rights/>
- Rios-Jimenez, A. M., Artigas-Lage, M., Sancho-Gómez, M., Blanco-Aguilar, C., Acedo.Anta, M., Calvet Tort, G., Hermosilla Perez, E., Adamuz-Tomás, J., & Juvé-Udina, M. E. (2020). Standardized nursing languages and care plans. Perception of use and utility in primary healthcare. *Atencion Primaria*, 52(10), 750–758. Doi.org/10.1016/j.aprim.2019.10.005
- Rodríguez, I. G. (2022). Atención de enfermería al paciente ostomizado. *NPunto*, 5(47), 4–32.
- Romero G. (2014). *El Consejo General de Enfermería reclama la implantación de la enfermera estomaterapeuta en todo el SNS*. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de <https://www.consejogeneralenfermeria.org>
- Rosso, C., Aaron, A. A., Armandi, A., Caviglia, G. P., Vernerio, M., Saracco, G. M., Astegiano, M., Bugianesi, E., & Ribaldone, D. G. (2021). Inflammatory Bowel Disease Nurse-Practical Messages. *Nursing reports*, 11(2), 229–241. Doi.org/10.3390/nursrep11020023
- Ruíz-Cano, L. A., Gómez-Trujillo, J. N., Cuevas-Guajardo, L., & Martínez-Vega, A. L. (2018). Consistency diagnosis/nursing intervention in sheet clinical records and use of standardized language. *Revista Conamed*, 22(4), 161-165.
- Sakr, A., Sauri, F., Alessa, M., Zakarnah, E., Alawfi, H., Torky, R., Kim, H. S., Yang, S. Y., & Kim, N. K. (2020). Assessment and management of low anterior resection syndrome after sphincter preserving surgery for rectal cancer. *Chinese Medical Journal*, 133(15), 1824–1833. Doi.org/10.1097/CM9.0000000000000852
- San Martín-Rodríguez, L. (2016). Advanced practice in nursing and new organisational health-care models. *Enfermería Clínica*, 26(3), 155–157. DOI: 10.1016/j.enfcli.2016.04.007
- Santos, R. D. P., Fava, S. M. C. L., & Dázio, E. M. R. (2019). Self-care of elderly people with ostomy by colorectal cancer. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 39(1), 265–273. Doi.org/10.1590/S0080-623420150000100011
- Sariego, M. Á. (2022). Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería. *NPunto*, 5(47), 52-77.
- Silva, N. M., Santos, M. A. D., Rosado, S. R., Galvão, C. M., & Sonobe, H. M. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2950. Doi.org/10.1590/1518-8345.2231.2950
- Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. (2023). *Las cifras del cáncer en España*. Recuperado el 21 de diciembre de 2022, de https://seom.org/images/Las_cifras_del_Cancer_en_Espana_2023.pdf

- Sujianto, U., Billy, R., & Margawati, A. (2020). Family's experience: Nursing care for colorectal cancer patients with colostomy. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(1), 96–106. Doi.org/10.14710/nmjn.v10i1.28725
- Taheri, M., Amiri-Farahani, L., Haghani, S., Shokrpour, M., & Shojaii, A. (2022). The effect of olive cream on pain and healing of caesarean section wounds: a randomised controlled clinical trial. *Journal of wound care*, 31(3), 244–253. Doi.org/10.12968/jowc.2022.31.3.244
- Tapia-Burillo, E., & Gimeno-Uruen, M. (2022). *Evolución de la enfermería en el paciente ostomizado: artículo monográfico*. RSI - Revista Sanitaria de Investigación. Recuperado el 10 de marzo de 2023, de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/evolucion-de-la-enfermeria-en-el-paciente-ostomizado-articulo-monografico/>
- Nichols T. (2018). Health Utility, Social Interactivity, and Peristomal Skin Status: A Cross-Sectional Study. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 45(5), 438–443. Doi.org/10.1097/WON.0000000000000457
- Vargas-Escudero, A., Moya-Muñoz, N., Capilla-Díaz, C., Sánchez-Crisol, I., & Hueso-Montoro, C. (2019). Altered body image in stoma patients: Evaluation through classification of nursing outcomes. *Gastrointestinal Nursing*, 17(sup5), S24–S30. Doi.org/10.12968/gasn.2019.17.Sup5.S24
- Vázquez-García, M., & Poca-Prats, T. (2009). *Manual de cuidados en ostomias* (DAE, Ed.). Grupo Paradigma.
- Wieczorek, C. C., Nowak, P., Frampton, S. B., & Pelikan, J. M. (2018). Strengthening patient and family engagement in healthcare - The New Haven Recommendations. *Patient education and counseling*, 101(8), 1508–1513. Doi.org/10.1016/j.pec.2018.04.003
- World Health Organization. (2021). *WHO*. Recuperado el 10 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Zhang, Y., Xian, H., Yang, Y., Zhang, X., & Wang, X. (2019). Relationship between psychosocial adaptation and health-related quality of life of patients with stoma: A descriptive, cross-sectional study. *Journal of clinical nursing*, 28(15-16), 2880–2888. Doi.org/10.1111/jocn.14876

Anexos

9. ANEXO

Propuesta de plan de cuidados e interrelación de diagnósticos, resultados e intervenciones.

Tabla 1 Diagnósticos de Enfermería. Propuesta Plan de cuidados.

Código / Etiqueta		
Dominio 1 Promoción de la salud		
00162 Disposición para mejorar la gestión de la propia salud *Cambiado por 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud	D	<i>Patrón de gestión satisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica, que puede ser reforzado.</i>
	C / F	Expresa deseo de mejorar la aceptación del problema, expresa deseo de mejorar la implicación en el seguimiento del cuidado (CD).
Dominio 2 Nutrición		
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales	D	<i>Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.</i>
	C / F	Aporte nutricional inadecuado (FR), conocimiento inadecuado de los requisitos nutricionales (FR), síndromes de malabsorción (CA).
Dominio 3 Eliminación e Intercambio		
00014 Incontinencia fecal *Cambiado por 00319 Deterioro de la continencia intestinal	D	<i>Incapacidad para retener las heces, sentir la presencia de heces en el recto, relajar y almacenar las heces cuando no es adecuada una evacuación intestinal.</i>
	C / F	Incapacidad para retrasar la defecación (CD), incapacidad para retener ventosidades (CD), estreñimiento y diarrea (FR).
Dominio 4 Actividad/Reposo		
00198 Trastorno del patrón del sueño	D	<i>Despertarse a causa de factores externos durante un tiempo limitado.</i>
	C / F	Dificultad para conciliar el sueño, ciclo sueño-vigilia no reparador, expresa cansancio (CD).
00094 Riesgo de intolerancia a la actividad *Cambiado por 00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad	D	<i>Susceptible de experimentar resistencia insuficiente para completar las actividades requeridas de la vida diaria.</i>
	C / F	Disminución de la fuerza muscular, síntomas depresivos y temor al dolor (FR), neoplasia (CA).
Dominio 5 Percepción/Cognición		
00126 Conocimientos deficientes.	D	<i>Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.</i>
	C / F	Conocimiento inadecuado sobre los recursos y participación inadecuada en la planificación del cuidado (FR).
00120 Baja autoestima situacional.	D	<i>Cambio de una percepción positiva a una percepción negativa sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.</i>

	C / F	Síntomas depresivos y verbalización de negación de sí mismo (CD). Disminución de control del entorno y trastorno de la imagen corporal. (FR)
Dominio 6 Autopercepción		
00118 Trastorno de la imagen corporal.	D	<i>Confusión en la imagen mental del yo físico.</i>
	C / F	Evitar mirar el propio cuerpo, expresa preocupación con la parte perdida del cuerpo, rechazo a reconocer el cambio (CD).
00224 Riesgo de baja autoestima crónica.	D	<i>Susceptible de una percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo, que puede comprometer la salud.</i>
	C / F	Trastorno de la imagen corporal, resignación negativa, deterioro funcional (FR), afección física (CA).
00124 Desesperanza.	D	<i>Sentimiento de que uno mismo no experimentará emociones positivas, o una mejora en su estado.</i>
	C / F	Disminución de la iniciativa y síntomas depresivos (CD), temor (FR).
Domino 7 Rol/Relaciones		
00052 Deterioro de la interacción social.	D	Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social.
	C / F	Expresa malestar en situaciones sociales (CD), alteración del autoconcepto (FR).
00060 Interrupción de los procesos familiares.	D	Interrupción en la continuidad del funcionamiento familiar que no es capaz de mantener el bienestar de sus miembros.
	C / F	Alteración de la intimidad y Cambio en las tareas asignadas (CD), alteración de los roles familiares (FR).
Domino 8 Sexualidad		
00059 Disfunción sexual.	D	Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.
	C / F	Alteración del interés personal (CD), información errónea sobre la función sexual (FR).
Domino 9 Afrontamiento/Tolerancia al Estrés		
00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia.	D	<i>Susceptible de disminuir la capacidad para recuperarse de una situación adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede comprometer la salud.</i>
	C / F	Coexistencia de múltiples situaciones adversas (FR).
00069 Afrontamiento ineficaz.	D	<i>Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.</i>

	C/ F	Deterioro de la habilidad para satisfacer las necesidades básicas, expresa alteración del ciclo sueño–vigilia (CD).
00146 Ansiedad.	D	<i>Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.</i>
	C/ F	Expresa inseguridad, insomnio y expresa preocupación (CD).
00136 Duelo * Cambiado por 00137 Aflicción crónica.	D	<i>Patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza generalizada, experimentado (por un progenitor, cuidador, persona con una enfermedad crónica o discapacidad) en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.</i>
	FR/ CD	Expresa sentimiento que interfiere con el bienestar y Tristeza (CD), enfermedad crónica (CA).
00148 Temor.	D	<i>Respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata (American Psychological Association).</i>
	C/ F	Expresa temor y Nerviosismo (CD), personas que sufren intervención quirúrgica (PR).
Domino 10 Principios Vitales		
00066 Sufrimiento espiritual.	D	<i>Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.</i>
	C/ F	Expresa preocupación sobre el futuro y expresa pérdida de confianza (CD).
Domino 11 Seguridad/Protección		
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	D	<i>Susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud.</i>
	C/ F	Humedad, conocimiento inadecuado del cuidador(a) sobre el mantenimiento de la integridad tisular y fricción (FR).
Domino 12 Confort		
00214 Disconfort.	D	<i>Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.</i>
	C/ F	Expresa descontento con la situación y Dificultad para relajarse (CD).

D: Definición; C y F: Características y Factores; FR: Factores relacionados o Factor de Riesgo; CD: Características definitorias; CA: Característica Asociada; PR: Población en Riesgo.

*Estos diagnósticos han sido retirados de la Taxonomía NANDA-I en la edición 2021-2023 y se plantean otras alternativas similares.

Fuente: (NANDA-I, 2021)

Tabla 2 Resultados e Indicadores de enfermería. Propuesta Plan de cuidados.

Código/ Etiqueta	
Dominio 1 Salud Funcional	
0004 Sueño.	D <i>Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</i>
	I 000404 Calidad del sueño (Escala 01). 000421 Dificultad para conciliar el sueño (Escala 14).
0119 Funcionamiento sexual.	D <i>Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.</i>
	I 11901 Consigue la excitación sexual (Escala 13). 11904 Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario (Escala 13). 11907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas (Escala 13). 11908 Expresa comodidad con la manifestación sexual (Escala 13). 11909 Expresa autoestima (Escala 13). 11910 Expresa comodidad con su cuerpo (Escala 13). 11911 Expresa interés sexual (Escala 13). 11912 Expresa capacidad para intimar (Escala 13). 11913 Expresa voluntad sexual (Escala 13). 11921 Se comunica fácilmente con la pareja (Escala 13).
0006 Energía psicomotora.	D <i>Vigor y energía personal para mantener actividades de la vida diaria, nutrición y seguridad personal.</i>
	I 000608 Muestra un nivel de energía estable (Escala 13). 000609 Muestra capacidad para realizar las tareas diarias (Escala 13).
Dominio 2 Salud Fisiológica	
1004 Estado nutricional.	D <i>Grado en que los nutrientes son ingeridos y absorbidos para satisfacer las necesidades metabólicas.</i>
	I 100401 Ingestión de nutrientes (Escala 02). 100403 Energía (Escala 02). 100408 Ingesta de líquidos (Escala 02). 100411 Hidratación (Escala 02).
1015 Función gastrointestinal.	D <i>Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de desecho.</i>
	I 101501 Tolerancia alimentos/alimentación (Escala 01). 101503 Frecuencia de deposiciones (Escala 01). 101524 Apetito (Escala 01).
0501 Eliminación intestinal.	D <i>Formación y evacuación de heces.</i>
	I 050101 Patrón de eliminación
1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	D <i>Indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.</i>
	I 110102 Sensibilidad (Escala 01). 110108 Textura (Escala 01). 110113 Integridad de la piel (Escala 01). 110115 Lesiones cutáneas (Escala 14).

110121 Eritema (Escala 14).	
Dominio 3 Salud psicosocial	
1302 Afrontamiento de problemas.	D <i>Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</i> I 130201 Identifica patrones de superación eficaces (Escala 13). 130210 Adopta conductas para reducir el estrés (Escala 13). 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas (Escala 13). 130213 Evita situaciones excesivamente estresantes (Escala 13).
1201 Esperanza.	D <i>Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</i> I 120102 Expresión de confianza (Escala 13). 120112 Establecimiento de objetivos (Escala 13).
1300 Aceptación: estado de salud.	D <i>Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</i> I 130002 Renuncia al concepto previo de salud (Escala 13). 130010 Afrontamiento de la situación de salud (Escala 13).
1212 Nivel de estrés.	D <i>Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</i> I 121220 Irritabilidad (Escala 14). 121222 Ansiedad (Escala 14).
1504 Soporte social.	D <i>Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</i> I 150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas (Escala 06). 150408 Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas (Escala 06).
1309 Resiliencia personal.	D <i>Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.</i> I 130906 Muestra un estado de ánimo positivo (Escala 13). 130915 Propone soluciones prácticas, constructivas para los conflictos (Escala 13).
1402 Autocontrol de la ansiedad.	D <i>Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</i> I 140202 Elimina precursores de la ansiedad (Escala 13). 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes (Escala 13). 140206 Planifica estrategias de superación efectivas (Escala 13). 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad (Escala 13). 140210 Mantiene el desempeño del rol (Escala 13).

		140211 Conserva las relaciones sociales (Escala 13). 140214 Refiere dormir de forma adecuada (Escala 13). 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad (Escala 13). 140217 Controla la respuesta de ansiedad (Escala 13).
1404 Autocontrol del miedo.	D	<i>Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.</i>
	I	140401 Supervisa la intensidad del miedo (Escala 13). 140402 Elimina los factores precursores del miedo (Escala 13). 140404 Evita fuentes de miedo cuando es posible (Escala 13). 140405 Planea estrategias para superar las situaciones terribles (Escala 13). 140406 Utiliza estrategias de superación efectivas (Escala 13). 140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo (Escala 13). 140408 Refiere disminución de la duración de los episodios (Escala 13). 140410 Mantiene la realización del rol (Escala 13). 140411 Mantiene las relaciones sociales (Escala 13). 140414 Mantiene el funcionamiento físico (Escala 13). 140417 Controla la respuesta del miedo (Escala 13).
1205 Autoestima.	D	<i>Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</i>
	I	120501 Verbalizaciones de autoaceptación (Escala 11). 120502 Aceptación de las propias limitaciones (Escala 11).
1200 Imagen corporal.	D	<i>Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</i>
	I	120005 Satisfacción con el aspecto corporal (Escala 11). 120014 Adaptación a cambios corporales por cirugía (Escala 11).
1308 Adaptación a la discapacidad física.	D	<i>Acciones personales para adaptarse a un problema funcional importante debido a una discapacidad física.</i>
	I	130820 Refiere aumento del bienestar psicológico (Escala 13).
1304 Resolución de la aflicción.	D	<i>Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.</i>
	I	130411 Refiere disminución de la preocupación con la pérdida (Escala 13). 130414 Refiere sueño adecuado (Escala 13).
1503 Implicación social.	D	<i>Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.</i>
	I	150303 Interacciona con miembros de la familia (Escala 13). 150311 Participa en actividades de ocio (Escala 13).
Dominio 4 Conocimiento y conducta de salud		

1606 Participación en las decisiones sobre la salud.	D	<i>Implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado.</i>
	I	160601 Reivindica la responsabilidad de tomar decisiones (Escala 13). 160603 Busca información contrastada (Escala 13). 160604 Define opciones disponibles (Escala 13). 160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado (Escala 13). 160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados (Escala 13).
1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar.	D	<i>Convicciones personales de que una persona puede cambiar en una determinada conducta de salud.</i>
	I	170102 Percepción de que la conducta sobre la salud requiere un esfuerzo razonable (Escala 12). 170104 Percepción de poder realizar una conducta sobre la salud en el futuro (Escala 12). 170107 Confianza relacionada con experiencias observadas o anecdóticas de los demás (Escala 12). 170108 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud (Escala 12).
1804 Conocimiento: conservación de la energía.	D	<i>Grado de conocimiento transmitido sobre las técnicas de conservación de la energía.</i>
	I	180403 Actividades apropiadas (Escala 20). 180407 Estrategias para equilibrar la actividad y reposo (Escala 20).
1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía.	D	<i>Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.</i>
	I	182901 Funcionamiento de la ostomía (Escala 20). 182903 Cuidados de la piel de alrededor de la ostomía (Escala 20). 182904 Técnica de irrigación (Escala 20). 182905 Cómo medir un estoma (Escala 20). 182907 Complicaciones relacionadas con el estoma (Escala 20). 182908 Pauta para cambiar la bolsa de ostomía (Escala 20). 182909 Materiales necesarios para cambiar la ostomía (Escala 20). 182911 Modificaciones en la dieta (Escala 20). 182912 Necesidades para la ingesta adecuada de líquidos (Escala 20). 182913 Mecanismos de control del olor (Escala 20). 182914 Modificaciones en las actividades diarias (Escala 20). 182915 Procedimientos para cambiar la bolsa de ostomía (Escala 20).
1615 Autocuidado de la ostomía.	D	<i>Acciones personales para mantener la ostomía de eliminación.</i>
	I	161519 Expresa aceptación de la ostomía (Escala 13).

		161523 Obtiene ayuda de un profesional sanitario (Escala 13).
Dominio 5 Salud percibida		
2008 Estado de comodidad.	D	<i>Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.</i>
	I	200803 Bienestar psicológico (Escala 01). 200806 Apoyo social de la familia (Escala 01).
2001 Salud espiritual.	D	<i>Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.</i>
	I	200122 Satisfacción espiritual (Escala 01).
Dominio 6 Salud familiar		
2602 Funcionamiento de la familia.	D	<i>Capacidad de una familia para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</i>
	I	260210 Obtiene los recursos adecuados para satisfacer las necesidades de sus miembros (Escala 13). 260213 Implica a los miembros en la resolución de problemas (Escala 13).
2600 Afrontamiento de los problemas de la familia.	D	<i>Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</i>
	I	260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros (Escala 13). 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible (Escala 13).
2603 Integridad de la familia.	D	<i>Capacidad de los miembros de la familia para mantener la cohesión y los vínculos emocionales.</i>
	I	260304 Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias (Escala 13). 260306 Los miembros comparten pensamientos, sentimientos, intereses, preocupaciones (Escala 13).

D: Definición / I: Indicadores

Escala 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar: Gravemente comprometido - Sustancialmente comprometido - Moderadamente comprometido - Levemente comprometido - No comprometido

Escala 02 Grado de desviación de una norma o estándar establecido: Desviación grave del rango normal - Desviación sustancial del rango normal - Desviación moderada del rango normal - Desviación leve del rango normal - Sin desviación del rango normal

Escala 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación: Nunca positivo - Raramente positivo - A veces positivo - Frecuentemente positivo - Siempre positivo

Escala 12 Grado de intensidad: Muy débil - Débil - Moderado - Intenso - Muy intenso

Escala 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta: Nunca demostrado - Raramente demostrado - A veces demostrado - Frecuentemente demostrado - Siempre demostrado

Escala 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso: Grave - Sustancial - Moderado - Leve - Ninguno

Escala 20 Grado de información cognitiva que se comprende: Ningún conocimiento - Conocimiento escaso - Conocimiento moderado - Conocimiento sustancial - Conocimiento extenso.

Fuente: (Moorhead et al., 2018)

Tabla 3 Intervenciones y Actividades de enfermería. Propuesta Plan de Cuidados.

Código / Etiqueta		
Dominio 1 Fisiológico: Básico		
5246 Asesora-miento nutricional.	D	<i>Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</i>
	A	-Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
0430 Control intestinal.	D	<i>Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.</i>
	A	-Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda. -Monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
0480 Cuidados de la ostomía.	D	<i>Asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.</i>
	A	-Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. -Animar al paciente/allegado a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal. -Instruir al paciente cómo monitorizar la presencia de posibles complicaciones (lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección).
5612 Enseñanza: ejercicio prescrito.	D	<i>Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.</i>
	A	-Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función del estado físico. -Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. -Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio.
0180 Manejo de la energía.	D	<i>Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</i>
	A	-Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. -Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento/actividad.
1100 Manejo de la nutrición.	D	<i>Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.</i>
	A	-Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos). -Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias (p. ej., dieta absoluta, dieta con líquidos claros, dieta líquida completa, dieta blanda, o dieta que se tolere), según se precise.
1850 Mejorar el sueño.	D	<i>Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</i>

	A -Explicar la importancia de un sueño adecuado durante el embarazo, la enfermedad, las situaciones de estrés psicosocial, etc. -Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. -Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
Dominio 2 Fisiológico: complejo	
3590 Vigilancia de la piel.	D <i>Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas.</i> A -Observar si hay zonas de presión y fricción. -Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. -Documentar los cambios en la piel y las mucosas. -Instruir al familiar/cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, según corresponda
Dominio 3 Conductual	
5250 Apoyo en la toma de decisiones.	D <i>Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</i> A -Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. -Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados.
5248 Asesoramiento sexual.	D <i>Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.</i> A -Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. -Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.
5440 Aumentar los sistemas de apoyo.	D <i>Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</i> A -Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. -Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. -Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.
4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.	D <i>Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</i> A -Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. -Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta.

5330 Control del estado de ánimo.	D <i>Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</i>
	A -Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. -Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario. -Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, duelo/pérdida y problemas físicos).
5310 Dar esperanza.	D <i>Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</i>
	A -Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal. -Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
5820 Disminución de la ansiedad.	D <i>Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</i>
	A -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
5426 Facilitar el crecimiento espiritual.	D <i>Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.</i>
	A -Mostrar asistencia y consuelo pasando tiempo con el paciente, con la familia del paciente y con los allegados. -Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.
5290 Facilitar el duelo.	D <i>Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.</i>
	A -Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. -Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda.
5220 Mejora de la imagen corporal.	D <i>Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</i>
	A -Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. -Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. -Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.
5230 Mejorar el afrontamiento.	D <i>Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</i>

	A	-Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. -Proporcionar un ambiente de aceptación. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
4360 Modificación de la conducta.	D	<i>Promoción de un cambio de conducta.</i>
	A	-Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. -Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados. -Animar al paciente a participar en el seguimiento y el registro de las conductas.
5400 Potenciación de la autoestima.	D	<i>Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</i>
	A	-Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. -Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. -Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, según corresponda.
5380 Potenciación de la seguridad* Cambiado por 5270 Apoyo emocional.	D	<i>Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</i>
	A	-Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. -Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores.
5100 Potenciación de la socialización.	D	<i>Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</i>
	A	-Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. -Fomentar la participación en actividades de reminiscencia en grupo y/o individuales.
Domino 5 Familia		
7140 Apoyo a la familia.	D	<i>Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</i>
	A	-Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. -Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia.
7100 Estimulación de la integridad familiar	D	<i>Favorecer la cohesión y unidad familiar.</i>
	A	-Escuchar a los miembros de la familia. -Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreal de culpa o responsabilidad, si está justificado. -Asesorar a los miembros de la familia sobre habilidades de afrontamiento adicionales eficaces para su propio uso.
7110 Fomentar la implicación familiar	D	<i>Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</i>

	A	-Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. -Observar la implicación de los miembros de la familia en el cuidado del paciente.
8340 Fomentar la resiliencia.	D	<i>Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</i>
	A	-Fomentar el apoyo familiar. -Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.
7130 Mantenimiento de procesos familiares.	D	<i>Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</i>
	A	-Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. -Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida.
7150 Terapia familiar.	D	<i>Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo.</i>
	A	-Determinar la forma de tomar decisiones de la familia. -Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia. -Proporcionar educación e información.

D: Definición / A: Actividades

*Intervención excluida de la séptima edición de la taxonomía NIC y se ha propuesto una alternativa similar.

Fuente: ((Butcher et al., 2018)

Tabla 4. Interrelación de diagnósticos, resultados e intervenciones de Enfermería.

NANDA-I	NOC	NIC	Momento asistencia*
Dominio 1 Promoción de la salud			
00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud.	1606 Participación en las decisiones sobre la salud	5250 Apoyo en la toma de decisiones	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización/ Periodo de Continuidad de Cuidados o al Alta
	1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar		
Dominio 2 Nutrición			
00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.	1004 Estado nutricional	5246 Asesoramiento nutricional	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización
	1015 Función gastrointestinal	1100 Manejo de la nutrición	
Dominio 3 Eliminación e Intercambio			
00319 Deterioro de la continencia intestinal	0501 Eliminación intestinal	0430 Control intestinal	
	1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	0480 Cuidados de la ostomía	
	1615 Autocuidado de la ostomía		
Dominio 4 Actividad/Reposo			
00198 Trastorno del patrón del sueño.	0004 Sueño	1850 Mejorar el sueño	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización
00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad.	0006 Energía psicomotora	0180 Manejo de la energía	
	1804 Conocimiento: conservación de la energía	5612 Enseñanza: ejercicio prescrito	
Dominio 5 Percepción/Cognición			
00126 Conocimientos deficientes.	1829 Conocimiento: cuidados de la ostomía	0480 Cuidados de la ostomía	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización/ Periodo de Continuidad de Cuidados o al Alta
Dominio 6 Auto percepción			
00118 Trastorno de la imagen corporal.	1200 Imagen corporal	5220 Mejora de la imagen corporal 4360 Modificación de la conducta	Periodo de Continuidad de Cuidados o al Alta
	1308 Adaptación a la discapacidad física		
00120 Baja autoestima situacional.	1205 Autoestima	5400 Potenciación de la autoestima	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización
00224 Riesgo de baja autoestima crónica.	1205 Autoestima	4470 Ayuda en la modificación de sí mismo	
		5330 Control del estado de ánimo 5400 Potenciación de la autoestima	
00124 Desesperanza.	1201 Esperanza	5310 Dar esperanza 5230 Mejorar el afrontamiento	
	1300 Aceptación: estado de salud		
Dominio 7 Rol/Relaciones			

00052 Deterioro de la interacción social.	1503 Implicación social 2603 Integridad de la familia	5100 Potenciación de la socialización 7100 Estimulación de la integridad familiar	
00060 Interrupción de los procesos familiares.	2602 Funcionamiento de la familia	7150 Terapia familiar 7130 Mantenimiento de procesos familiares	
	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia	7140 Apoyo a la familia	
Dominio 8 Sexualidad			
00059 Disfunción sexual.	0119 Funcionamiento sexual	5248 Asesoramiento sexual	
Dominio 9 Afrontamiento/ Tolerancia al Estrés			
00211 Riesgo de compromiso de la resiliencia.	1309 Resiliencia personal	8340 Fomentar la resiliencia	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización
00069 Afrontamiento ineficaz.	1302 Afrontamiento de problemas	5230 Mejorar el afrontamiento.	
00146 Ansiedad.	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad	Periodo Quirúrgico o de Hospitalización
00137 Aflicción crónica.	1304 Resolución de la aflicción	5290 Facilitar el duelo	
00148 Temor.	1404 Autocontrol del miedo	5270 Apoyo emocional	
Dominio 10 Principios Vitales			
00066 Sufrimiento espiritual	2001 Salud espiritual	5426 Facilitar el crecimiento espiritual	
Dominio 11 Seguridad/Protección			
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	3590 Vigilancia de la piel	Periodo de Continuidad de Cuidados o al Alta
Dominio 12 Confort			
00214 Disconfort	2008 Estado de comodidad 1212 Nivel de estrés	5440 Aumentar los sistemas de apoyo	
	1504 Soporte social	7110 Fomentar la implicación familiar	

En blanco: sin asociación estadística a algún periodo.

Fuente: (Butcher et al., 2018; Moorhead et al., 2018; NANDA-I, 2021)