



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA
COLITIS ULCEROSA. ESTUDIO DE UN CASO.**

Autor/a: ANA BELÉN CALLE FRÍAS

Tutor/a: FERNANDO SASTRE CASQUERO

RESUMEN

La colitis ulcerosa es una enfermedad incapacitante socialmente. El presente trabajo desarrolla los cuidados de enfermería en un paciente afectado por dicha enfermedad y que ha sufrido distintos episodios agudos desde su aparición en el año 2000.

En primer lugar se explica en qué consiste la enfermedad, características, tratamiento... Posteriormente se aborda el caso concreto que nos ocupa desde el inicio de la enfermedad, complicaciones surgidas, distintos abordajes terapéuticos y soluciones, así como la situación actual.

Se trata el afrontamiento de la enfermedad, valorando los patrones de salud que se han visto afectados y los diagnósticos de enfermería presentes en su patología.

Por último, hacer mención de los cuidados de enfermería proporcionados y aquellos que sería conveniente reforzar dada la complejidad del proceso.

Por todo esto, se llega a la conclusión de que los cuidados enfermeros junto con el apoyo familiar y del entorno social son determinantes para la buena evolución física y psicológica del paciente.

Palabras clave: colitis ulcerosa, atención de enfermería

ÍNDICE

1.	JUSTIFICACIÓN	3
2.	OBJETIVOS	3
3.	METODOLOGÍA.....	3
4.	COLITIS ULCEROSA (2)	4
4.1	CONCEPTO	4
4.2	FISIOPATOLOGÍA	4
4.3	CLÍNICA.....	4
4.4	COMPLICACIONES	5
4.5	CARACTERÍSTICAS.....	5
4.6	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.....	6
4.7	TRATAMIENTO	6
4.8	PAPEL DE ENFERMERÍA	6
4.9	NUTRICIÓN	7
5.	CASO CLÍNICO	8
5.1	DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	8
5.2	AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	11
6.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	12
6.1	VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD SEGÚN VIRGINIA HENDERSON (5)	12
6.2	PLAN DE CUIDADOS. (6)	14
6.3	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA (9).....	19
7.	CONCLUSIONES.....	22
8.	BIBLIOGRAFÍA	23
9.	ANEXOS	25
9.1	Anexo 1: tratamientos y fármacos utilizados (14).....	25

1. JUSTIFICACIÓN

La colitis ulcerosa es una enfermedad que presenta unas complicaciones con repercusión tanto a nivel sanitario como social, que afecta a un número significativo de población (6 casos por cada 100.000 habitantes en España) (1) y que requiere de unos conocimientos más específicos por parte del personal sanitario.

Las personas que lo padecen ven afectados todos los aspectos de su vida: laboral, familiar y social, impidiendo, cuando la enfermedad se manifiesta, realizar una vida normal. Al realizar la revisión bibliográfica y el estudio del caso clínico, se llega a la conclusión de que el apoyo enfermero, así como familiar y social, es determinante.

2. OBJETIVOS

General: Definir y conocer las características de la enfermedad y sus complicaciones.

Específicos:

- Elaborar planes de cuidados de enfermería individualizados y adecuados a cada fase del proceso evolutivo de la enfermedad.
- Contribuir como profesionales sanitarios a un afrontamiento más positivo por parte del paciente.

3. METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica y sistemática en Google académico y distintas bases de datos como Pubmed, Crochrane y Cuiden. Se emplean términos decs¹ como colitis ulcerosa y atención de enfermería.

Toda la información recogida, se analiza y se emplea en la valoración de un caso clínico concreto, para la elaboración de un plan de cuidados individualizado.

¹Descriptores en ciencias de la salud.

4. COLITIS ULCEROSA (2)

Según Lemone y Burke, 2009 (3), la colitis ulcerosa es:

4.1 CONCEPTO

Forma parte del grupo de enfermedades inflamatorias intestinales crónicas, de etiología desconocida y que afecta a la mucosa y submucosa de colon y recto. La más habitual cursa de manera intermitente (brotes).

Al inicio de la enfermedad es característico que la zona más afectada sea el colon distal y solo un 15% debutan como colitis fulminantes que afectan a todo el colon. Cursan con diarrea sanguinolenta grave, dolor abdominal agudo y fiebre.

4.2 FISIOPATOLOGÍA

Suele tener su inicio en colon recto sigmoide, canal anal y evoluciona en sentido proximal, deteniéndose en la unión ileocecal. Se trata de una inflamación en las criptas de Lieberkhan, presentes en el intestino grueso distal y en el recto. Cursa con hemorragias de la mucosa y abscesos en las criptas que necrosan y presentan esfacelos en la mucosa intestinal, produciendo exudados inflamatorios, mucosa enrojecida y edematosa por congestión vascular, ulcerada y de sangrado fácil por lo que la hemorragia es frecuente. El edema crea aspecto granular lo que genera pseudopólipos, atrofia y pérdidas de las haustras del colon, lo que conlleva a un estrechamiento y acortamiento del mismo.

4.3 CLÍNICA

Se caracteriza por:

- Diarrea nocturna (la más característica).
- Heces con sangre o moco.

Manifestaciones:

- Leves:
 - * Menos de 5 deposiciones/ día.
 - * Hemorragia rectal intermitente.
 - * Escasas manifestaciones sistémicas.

- Graves:
 - * 6 – 10 deposiciones / día.
 - * Extensa afectación del colon.
 - * Anemia, hipovolemia, malnutrición, fatiga, anorexia, debilidad, tenesmo, impulso fecal.
 - * Calambres, artritis, uveítis, lesiones o manchas en la piel, tromboembolismo, colangitis esclerosante.
 - * Piedras en riñón o vesícula.

4.4 COMPLICACIONES

Las **complicaciones generales** son:

- Cutáneas: eritema nudoso, piodermitis gangrenosa.
- Articulares: espondilitis.
- Oftálmicas: uveítis.
- Hepáticas: hígado graso, fibrosis.
- Pancreáticas.
- Vasculares.

Las **complicaciones específicas** son:

- Hemorragia.
- Megacolon tóxico (parálisis motora y dilatación mayor 6 cm), que cursa con: fiebre, taquicardia, hipotensión, deshidratación, dolor, calambres abdominales y alteración en las deposiciones.
- Perforación colon (peritonitis).
- Aumento riesgo cáncer colon.

4.5 CARACTERÍSTICAS

Clínicas:

- Se desarrollan normalmente entre los 15 – 35 años y 50 – 70 años de edad.
- La forma habitual es crónica e intermitente.
- Diarrea de 5 – 30 deposiciones/día junto con sangre o moco.
- Dolor abdominal unido a calambres que se alivia con la defecación.
- Anemia, pérdida de peso e hipoalbuminemia.

- Fiebre poco frecuente.
- Afectación de otros órganos (uveítis...).

Localización:

- Comienza en el recto o sigma y avanza por todo el intestino grueso.
- Afecta a mucosa y submucosa (mucosa granular, hiperémica y con pseudopólipos).

4.6 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Las pruebas que normalmente se realizan para establecer un diagnóstico en este tipo de enfermedad intestinal inflamatoria son:

- Analítica completa de sangre
- Radiografía de abdomen
- Ecografía abdominal
- Colonoscopia/rectoscopia
- Coprocultivo y sangre en heces

4.7 TRATAMIENTO

El objetivo principal es el control de la enfermedad con el fin de evitar la aparición de brotes. Para ello, la enfermera instruirá a los pacientes sobre la alimentación a seguir y el hábito de vida a llevar una vez diagnosticada la enfermedad.

Algunos de los tratamientos y fármacos utilizados son [Anexo 1](#):

- Antiinflamatorios locales
- Corticoides
- Esteroides
- Aféresis
- Inmunosupresores

4.8 PAPEL DE ENFERMERÍA

El papel de enfermería en el tratamiento de estas enfermedades se desarrolla principalmente en dos aspectos:

- Por un lado, educacional, mediante el cual el paciente debe ser informado sobre el proceso y sus cuidados. Recibir apoyo por parte de todo el equipo sanitario,

transmitir seguridad y confianza, así como resolver las dudas que se le presenten, teniendo en cuenta la capacidad de aprendizaje y de interpretación de cada paciente.

- Por otro lado, proporcionado los cuidados necesarios y un seguimiento exhaustivo de la enfermedad, siendo conscientes de los periodos agudos de ella y de los diferentes procesos que presente, así como las complicaciones que en cada uno de ellos padezca.

Debemos ser conscientes del impacto que supone en la persona dicha enfermedad y facilitar el proceso de comunicación, para identificar miedos e inquietudes, y ofrecer de este modo una atención más integral.

4.9 NUTRICIÓN

La dieta recomendada para este tipo de pacientes es pobre en residuos.

ALIMENTOS	PERMITIDOS	A EVITAR
BEBIDAS	Café, té, zumos, bebidas carbonatadas, leche limitada a 2 vasos al día	Bebidas alcohólicas, zumo de ciruelas
PAN Y CEREALES	Productos elaborados con harinas refinadas (pan blanco, galletas de soda) o cereales refinados (copos de trigo, arroz inflado, etc)	Panes o cereales integrales, panes con semillas, frutos secos o salvado
POSTRES	Gelatinas, natillas o flanes, pudines, bizcochos y helados sin frutas ni frutos secos	Postres que contengan frutas desecadas o frutos secos, semillas, pastas y tartas
FRUTA	Zumos y batidos de fruta, manzanas asadas, manzanas, melocotones, peras, albaricoques o cerezas en conserva	Todas las frutas frescas o preparadas por otros procedimientos
CARNES/ PROTEÍNAS	Carne, tierna o picada, de ternera, cerdo, cordero o pollo, pescados, asados o a la parrilla, requesón y quesos poco curados en pequeñas cantidades	Carnes duras o condimentadas, y carnes y pescados fritos, quesos curados y frutos secos
PATATAS, ARROZ Y PASTA	Patatas cocidas, arroz blanco, la mayoría de las pastas	Patatas con piel o patatas fritas; arroces y pastas integrales
DULCES	Azúcar, miel, gelatina, caramelos duros o masticables, chocolate	Mermeladas y jaleas, dulces con semillas, frutos secos
VERDURAS	Verduras en zumo, crema o puré, verduras cocidas o en conserva	Verduras frescas o en guiso
OTROS	Sal, salsas y cremas para ensaladas y carnes	Salsas picantes, palomitas de maíz, semillas, especias, aceitunas, vinagre

5. CASO CLÍNICO

5.1 DESARROLLO Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Paciente varón, sin antecedentes médicos de interés, que en el año 2000, a la edad de 22 años, acude a urgencias con un cuadro de 15 días de evolución caracterizado por 15 deposiciones líquidas al día con sangre roja, pérdida de 20 kg peso desde el inicio y afebril. Anteriormente había acudido al servicio de urgencias en dos ocasiones siendo diagnosticado de gastroenteritis.

Ingresa a cargo del servicio de Digestivo para estudio. A la exploración física presenta abdomen blando y depresible. Se realizan pruebas complementarias: sistemático de sangre, urocultivo y coprocultivo (en los cuales no se evidencian hallazgos de bacterias ni parásitos), ecografía abdominal y colonoscopia en la que se observa una pérdida de submucosa y úlceras severas. El diagnóstico tras las pruebas complementarias, la clínica y la evolución es de COLITIS ULCEROSA.

El tratamiento durante el ingreso consiste en restricción alimentaria junto con la administración de esteroides, pero al persistir la clínica es necesario recurrir a medicación de rescate, Ciclosporina vía intravenosa 4mg/día. Debido a la restricción alimentaria e hídrica que mantiene desde el ingreso, es necesario canalizar una vía central por la que se administra sueroterapia, nutrición parenteral y medicación vía venosa, y por el índice de Hb que presenta (7.9 mg) precisa transfundir dos concentrados de hematíes.

El paciente es dado de alta a las siete semanas de ingreso con tratamiento domiciliario consistente en Azatropina (Imurel®) y Prednisona (este último se irá retirando progresivamente).

A pesar del tratamiento, el paciente sigue sufriendo periodos de diarreas, sangrado, etc. Estos serían los denominados brotes de la enfermedad, y a escasos 7 meses del alta hospitalaria, presenta un nuevo ingreso en el servicio de Digestivo.

La clínica que presenta en este caso es diarrea y rectorragia de 10 días de evolución con un número de 12 deposiciones diarias y grandes episodios de dolor. A la exploración física se observa abdomen blando y depresible, bien hidratado y perfundido. Tras la

realización de pruebas complementarias: analítica de sangre completa, coprocultivo (negativo) y rectoscopia, se confirma que se trata de un nuevo brote de la enfermedad, con diagnóstico de PANCOLITIS ULCEROSA².

Es dado de alta con el mismo tratamiento y refiere que cuándo va disminuyendo la dosis de Prednisona y alcanza 5 mg/día nota un rebrote de los síntomas. Por otra parte sufre los efectos secundarios de los corticoides, inflamación, cara de luna llena, dolores articulares...

El seguimiento se realiza en la consulta de enfermería de enfermedades inflamatorias intestinales. Durante este periodo refiere tener varios brotes de distinta intensidad que son controlados por él mismo, aumentando o disminuyendo las dosis de corticoides hasta su estabilización.

El siguiente ingreso en el servicio de Digestivo tiene lugar seis años después, con clínica de dolor abdominal tipo retortijón de 1 mes de evolución, 7- 8 deposiciones/día de aspecto sanguinolento, fiebre y pérdida de peso, sin presentar alivio del dolor con Prednisona a altas dosis.

Se realiza una nueva colonoscopia en la que se observa afectación de mucosas, edema, eritema, úlceras y pseudopólipos, que confirman que se trata de un nuevo brote de Colitis ulcerosa. En esta ocasión además, se realiza también un tránsito intestinal en el que no se observa afectación de intestino delgado. Es dado de alta ocho días después con Prednisona (Dacortin®), Azatriopina (Imurel®) y Pentasa.

Se mantiene sin apenas clínica durante 4 años y en 2011 sufre un nuevo brote agudo que cursa con anemia. Se realiza rectoscopia y se comienza con sesiones de aféresis que no son efectivas, siendo suspendidas e instaurándose tratamiento oral con Remicade® e Imurel®.

En el año 2011, a los 33 años, es ingresado de forma programada en el Servicio de Cirugía General y Digestivo, para intervención quirúrgica y la realización de panproctocolectomía (resección de colon y recto), mucossectomía rectal (resección de porciones de mucosa tras inyección de líquido en submucosa), y reservorio en J con asa

² Colitis ulcerosa cuyas lesiones afectan a todo el colon. (4)

ileal, anastomosis ileoanal e ileostomía de protección en fosa iliaca derecha y cierre en bloque.

Al tercer día presentó cuadro abdominal brusco que requirió reintervención evidenciándose sangre en hemiperitoneo que es evacuada. Se revisó el reservorio no observando presencia sangre seca o coagulada. La evolución es favorable y es dado de alta a su domicilio.

Los resultados de Anatomía Patológica tras la intervención son:

- Extensa ulceración
- Cambios regenerativos glandulares
- Afectación borde colorrectal
- Hiperplasia folicular linfoide en el borde ileal

Acude a urgencias en varias ocasiones por complicaciones del estoma (dermatitis periestomal, supuración de material purulento e irritación del mismo), es visto por la enfermera de la consulta de ostomías siendo tratado de dichas complicaciones con una evolución favorable.

Un año después ingresa de forma programada para cierre de la ileostomía. A las 24 h de la intervención debuta con dolor abdominal intenso y peritonismo. Se realiza TAC urgente y se observa moderada cantidad de líquido libre abdominal, que requiere intervención quirúrgica, poniéndose de manifiesto peritonitis serosa que parece provenir de la cara posterior del reservorio, realizando liberación de adherencias laxas y apertura de nueva ileostomía en fosa iliaca izquierda.

La evolución postoperatoria es favorable y no presentando más complicaciones es dado de alta 20 días después.

En marzo de 2014, ingresa de forma programada para cierre de ileostomía y en el momento de la inducción anestésica le aparece un importante rash³ cutáneo y el anestesista decide suspender la intervención para la realización y estudio de posibles alergias.

³ Erupción cutánea.

En el momento actual está pendiente de completar el estudio por parte del Servicio de Alergología y programar una nueva intervención para el cierre definitivo de su ileostomía.

5.2 AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Tras el diagnóstico inicial de la enfermedad, el paciente no es consciente de la magnitud de su problema y lo acepta de forma positiva. Se le informa de la evolución de la enfermedad por brotes y que pueden ser variables en el tiempo y según la persona y su patología.

A medida que la enfermedad avanza y se comprueba que los tratamientos no son efectivos, los brotes son muy agudos, poco espaciados en el tiempo y mal controlados, nuestro paciente se siente frustrado ante la situación lo que le provoca estrés e incrementa los síntomas de la enfermedad.

A la primera Intervención Quirúrgica acude con miedo pero animado por lo que la operación le ofrecía: dejar de sufrir brotes tan agudos y tan mal controlados. Aun así, la implantación de la ileostomía le supone un proceso traumático difícil de afrontar; le impide realizar su vida anterior y la utilización de la bolsa limita su vida habitual: jugar con los niños, dormir adecuadamente (vaciado de la bolsa de ileostomía varias veces por la noche), restricción de alimentos en su dieta como las legumbres, purés y leche desnatada. Además las bolsas de ileostomía le provocan irritación de la piel por fugas, olor, molestias cuándo se despega...

Actualmente y tras las complicaciones sufridas tiene miedo, pero sigue siendo optimista con respecto a lo que el siguiente acto quirúrgico ofrece, la retirada de la ileostomía, que le devolverá a su apariencia anterior y su total independencia.

Debido al largo tiempo que ha permanecido ingresado, ha tenido periodos de mayor ansiedad e incertidumbre. Sin embargo afirma que el personal médico y de enfermería tuvieron un trato ejemplar con él y su familia, pero la educación recibida referente a la ostomía y sus cuidados le resultó insuficiente al principio. Actualmente domina los cuidados de la ileostomía perfectamente y es capaz de solucionar las pequeñas complicaciones que le surgen.

El apoyo familiar ha sido decisivo durante todo su proceso, ya que tanto su esposa como otros familiares, le ayudan y colaboran en sus cuidados, existiendo muy buena relación y empatía, lo que le resulta beneficioso y evita episodios de estrés que empeoran la sintomatología de su proceso.

Uno de los aspectos más duros de afrontar que refiere el paciente ha sido la imposibilidad de poder incorporarse a su trabajo, ya que tiene concedida una incapacidad laboral temporal que en ocasiones le produce una disminución del estado de ánimo.

6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

6.1 VALORACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD SEGÚN VIRGINIA HENDERSON (5)

- Necesidad 1: Respirar normalmente. Sin alteraciones.
- Necesidad 2: Comer y beber de forma adecuada. Alterada.
 - * 0302 valoración de la alimentación.
 - * 0306 ingesta líquidos al día (ml).
 - * 0316 alteración del peso (kg).
 - * 0327 síntomas digestivos.
- Necesidad 3: Eliminar los desechos corporales. Alterada.
 - * 0508 sangre en heces.
 - * 0512 ruidos intestinales.
 - * 0522 hábitos de defecación irregulares.
 - * 0518 ostromía.
- Necesidad 4: Moverse y mantener una postura adecuada. Sin alteraciones.
- Necesidad 5: Dormir y descansar. Alterada.
 - * 1323 causa de las interrupciones del sueño.

- Necesidad 6: Elegir la ropa adecuada. Sin alteraciones.
- Necesidad 7: Mantener la temperatura corporal. Sin alteraciones.
- Necesidad 8: Mantener la higiene corporal. Alterada.
 - * 2511 alteración integridad de la piel (herida).
- Necesidad 9: Evitar los peligros del entorno. Sin alteraciones.
 - * 2907 conocimientos del problema de salud
 - * 2915 adhesión a las indicaciones terapéuticas
 - * 4502 conocimientos de conductas saludables
- Necesidad 10: Comunicarse con los otros. Sin alteraciones.
 - * 3806 apoyo familiar
- Necesidad 11: Actuar con arreglo a la propia fé. Alterada.
 - * 3524 problemas con su imagen corporal
 - * 3526 miedo al rechazo de otros
 - * 3527 sentimientos negativos de su cuerpo
 - * 1628 conflicto /preocupación enfermedad
- Necesidad 12: Trabajar para sentirse realizado. Alterada.
 - * 3827 incapacitado
- Necesidad 13: Participar en diversas formas de entretenimiento. Sin alteraciones.
- Necesidad 14: Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad. Sin alteraciones.

6.2 PLAN DE CUIDADOS. (6)

Diagnósticos de enfermería (7)	NOC ⁴ (8)	NIC ⁵ (9)
<p>Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Manifiesta deseos de manejar el tratamiento de la enfermedad</p> <p>Expresa mínimas dificultades con los tratamientos prescritos</p>	<p>Aceptación del estado de salud.</p>	<p>Apoyo en la toma de decisiones.</p>
<p>Disposición para mejorar el autocuidado (00182).</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la salud</p> <p>Expresa deseos de aumentar el autocuidado</p>	<p>Autocuidados:</p> <p>Preparación para el alta</p> <p>Vida independiente</p>	<p>Ayuda con el autocuidado: AIVD⁶</p> <p>Enseñanza individual</p> <p>Manejo del dolor</p> <p>Fomento del ejercicio</p>
<p>Trastorno de la imagen corporal (00118). Relacionado con enfermedad crónica</p> <p><i>Características definitorias:</i></p> <p>Respuesta verbal o no verbal al cambio real o percibido en la estructura o función.</p> <p>Preocupación por el cambio o pérdida</p>	<p>Autocontrol de la depresión</p> <p>Imagen corporal</p>	<p>Potenciación de la autoestima</p> <p>Mejora de la imagen corporal</p>

⁴ Resultados de enfermería.

⁵ Intervenciones de enfermería.

⁶ Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

<p>Conocimientos deficientes (00126). <i>Relacionado con:</i> mala interpretación de la información, falta de exposición e incapacidad para recordar.</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Verbalización del problema</p>	<p>Conocimientos: cuidados de la enfermedad / proceso de enfermedad/ cuidados de la ostomía</p>	<p>Enseñanza individual Asesoramiento</p> <p>Cuidados de la ostomía</p> <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Educación para la salud</p>
<p>Disposición para mejorar los conocimientos (00161).</p> <p><i>Características definitorias:</i></p> <p>Manifiesta interés en el aprendizaje</p> <p>Describe experiencias previas relacionadas con el tema</p> <p>Explica su conocimiento del tema</p>	<p>Conocimiento: fomento de la salud</p> <p>Recursos sanitarios</p>	<p>Potenciación de la disposición de aprendizaje</p> <p>Facilitar el aprendizaje</p>
<p>Riesgo de baja autoestima situacional (00153): riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.</p> <p><i>Factores de riesgo</i></p> <p>Trastorno de la imagen corporal</p> <p>Deterioro funcional</p> <p>Enfermedad física</p>	<p>Autoestima</p>	<p>Potenciación de la autoestima</p> <p>Control del estado de ánimo</p>
<p>Estrés por sobrecarga (00177). <i>Relacionado con:</i> Agentes estresantes: enfermedad crónica</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Informa de exceso de estrés situacional</p>	<p>Nivel de agitación</p> <p>Aceptación del estado de enfermedad</p>	<p>Terapia de relajación</p> <p>Ayuda para el control del enfado</p>

<p>Afrontamiento ineficaz (00069): elección inadecuada de las respuestas o incapacidad para usar los recursos disponibles.</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Alta tasa de enfermedad</p> <p><i>Relacionado con</i></p> <p>Alto grado de amenaza</p> <p>Incapacidad para conservar las energías adaptativas</p> <p>Incertidumbre</p> <p>Falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación</p> <p>Falta de oportunidad de prepararse para el agente estresante</p>	<p>Afrontamiento de problemas</p> <p>Autocontrol de impulsos</p> <p>Conocimientos: recursos sanitarios</p> <p>Modificación psicosocial</p> <p>Cambio de vida</p> <p>Toma de decisiones</p>	<p>Mejorar el afrontamiento</p> <p>Enseñanza individual</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Escucha activa</p> <p>Asesoramiento</p> <p>Modificación de la conducta</p> <p>Potenciación de las aptitudes de la vida diaria</p> <p>Establecimiento de objetivos comunes</p>
<p>Disposición para mejorar el afrontamiento (00158).</p> <p><i>Características definitorias:</i></p> <p>Define los agentes estresantes como manejables</p> <p>Busca el conocimiento de nuevas estrategias/ soporte social</p>	<p>Aceptación del estado de salud</p> <p>Afrontamiento de problemas</p> <p>Toma de decisiones</p>	<p>Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Apoyo en la toma de decisiones</p>
<p>Deterioro de la interacción social (00052): cantidad insuficiente o cualitativamente ineficaz de intercambio social</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Malestar en las situaciones sociales</p>	<p>Habilidades de interacción social</p> <p>Clima social en la familia</p>	<p>Aumentar los sistemas de apoyo</p> <p>Apoyo a la familia</p> <p>Ayuda para el control del enfado</p>

<p>Ansiedad (00146): sentimiento de aprehensión causado por la anticipación de un peligro. <i>Relacionado con</i> cambios en el estado de salud.</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> Expresión de preocupaciones debido a cambios en acontecimientos vitales Disminución de la productividad <p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> Angustia Temor Preocupación creciente 	<p>Autocontrol de la ansiedad</p> <p>Concentración</p> <p>Afrontamiento de problemas</p>	<p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Terapia de relajación</p> <p>Mejorar el afrontamiento</p>
<p>Temor (00148). <i>Relacionado con:</i> Falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales</p> <p><i>Características definitorias:</i></p> <p>Informes de reducción de la seguridad en sí mismo</p>	<p>Nivel de miedo</p>	<p>Información preparatoria</p> <p>Disminución de la ansiedad</p>
<p>Diarrea: eliminación de heces líquidas (00013). <i>Relacionado con:</i> Irritación e inflamación (factores fisiológicos)</p> <p><i>Características definitorias:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal, calambres Eliminación mínima de tres deposiciones líquidas por día Urgencia para defecar Sonidos intestinales hiperactivos 	<p>Autocuidado de la ostomía</p> <p>Continencia intestinal</p> <p>Equilibrio electrolítico y ácido base</p>	<p>Cuidados de la ostomía</p> <p>Vigilancia de la piel</p> <p>Control intestinal</p> <p>Manejo de líquidos/electrólitos</p>

<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002). <i>Relacionado con</i> incapacidad para absorber los nutrientes</p> <p><i>Características definitorias</i></p> <p>Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal</p> <p>Diarrea</p>	<p>Estado nutricional</p> <p>Determinaciones bioquímicas</p> <p>Peso: masa corporal</p>	<p>Manejo de la nutrición</p> <p>Manejo de líquidos/ electrolitos</p> <p>Manejo de la diarrea</p> <p>Manejo del peso</p>
<p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028): riesgo de sufrir deshidratación vascular, celular o intracelular.</p> <p><i>Factores de riesgo</i></p> <p>Alteraciones que afectan a la absorción de los líquidos</p> <p>Pérdidas excesivas a través de vías normales: diarrea</p>	<p>Equilibrio hídrico</p>	<p>Manejo de líquidos</p> <p>Manejo de la diarrea</p>
<p>Deterioro de integridad tisular (00044): lesión de las membranas mucosas o tejidos subcutáneos. <i>Relacionado con</i></p> <p>Déficit de líquidos</p> <p>Factores mecánicos (presión, fricción...)</p>	<p>Integridad tisular</p> <p>Autocuidado de la ostomía</p> <p>Respuesta alérgica</p>	<p>Cuidados de las heridas</p> <p>Cuidados de la ostomía</p> <p>Vigilancia de la piel</p>

- * Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
- * Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta
- * Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio
- * Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad y presentar los cambios de forma gradual
- * Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda
- * Observar si hay erupciones y abrasiones de la piel y documentar los cambios de la piel y mucosas
- * Facilitar la implicación de los allegados en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente.
- * Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico

Se desarrolla a continuación algunas de las principales actividades de enfermería programadas en este plan de cuidados son (10):

- **Cura de herida quirúrgica:** la cura de la incisión quirúrgica se realizará de forma diaria. Observaremos al retirar el apósito si hay presencia o no de contenido purulento o seroso y en caso afirmativo informaremos al médico. Una vez retirado el apósito se realiza una cura plana. En primer lugar, lavados con suero fisiológico para limpieza de la incisión, posteriormente aplicaremos povidona yodada o clorhexidina y finalmente cubrimos la zona con compresas estériles y un apósito. El material de sutura de la incisión será retirado a los 8 – 10 días tras la intervención quirúrgica.
- **Cura de drenaje:** el paciente presenta drenaje al finalizar la intervención y la cura se realizará cada 48h o con anterioridad si precisa. En primer lugar lavados con suero fisiológico en la zona de salida del drenaje, posteriormente aplicamos povidona yodada o clorhexidina y finalmente cubrimos el drenaje con compresas o gasas estériles y apósito que contribuye a su fijación. La retirada del drenaje se realizará según orden médica.

- **Cura de catéter central:** debido a los numerosos ingresos y a las complicaciones, fue necesaria la colocación de un catéter central para la administración de nutrición parenteral, sueroterapia y medicación. La cura de catéter central se realizará cada 48 – 72h, según precise, evitando curas diarias que faciliten la infección por excesiva manipulación. Se trata de un procedimiento estéril, por lo tanto, utilizaremos paño y guantes estériles, mascarilla. La retirada del apósito que presente se realiza sin técnica estéril, una vez realizado esto se emplea una técnica estéril, con una torunda y solución antimicrobiana (povidona yodada o clorhexidina) se realiza limpieza y desinfección de la zona, se comprueba el estado de la piel y la zona de inserción y por último fijaremos y cubrimos con un apósito.
- **Cuidado de estoma y zona periestomal (11):** el aspecto más importante a tener en cuenta en el cuidado del estoma es la higiene. Para ello, se realizan lavados con agua tibia y jabón neutro con una esponja suave (utilizada únicamente para limpieza del estoma), a continuación se seca la zona con una toalla limpia o papel sin frotar y a pequeños toques, y por último se coloca la bolsa de ileostomía.

No se deben aplicar cremas hidratantes ni lociones en la zona periestomal y el vello debe ser eliminado con tijeras (sin rasurar).

Como personal de enfermería debemos informar al paciente de las posibles *complicaciones* que puede presentar el estoma y proporcionar la educación necesaria para que pueda ser autónomo en sus cuidados. Las complicaciones que se pueden presentar son:

- * Dermatitis
- * Hernia
- * Retracción
- * Estenosis
- * Prolapso
- * Granulomas
- * Formación de cristales

- **Alimentación (12):** uno de los ámbitos que no debemos descuidar desde enfermería en este tipo de enfermedades es la alimentación. Cuando el paciente sufre las complicaciones propias de la enfermedad y es necesario acudir a un tratamiento quirúrgico e implantar una ileostomía temporal, la alimentación se ve muy afectada. La implantación de ileostomía modifica parcialmente la dieta de estos pacientes, debemos informar que verduras y hortalizas generan flatulencias, y contribuyen a que la bolsa se llene de aire fácilmente, los pescados ocasionan una mayor eliminación de contenido que las carnes, deben evitar la fibra pues el contenido evacuado ya es líquido, frutas preferiblemente las de menor contenido líquido, se recomienda hacer comidas frecuentes y poco copiosas... es el personal de enfermería quien debe informar de estos aspectos, ya que el paciente se encuentra en una situación nueva y desconocida para él.
- **Apoyo psicológico y moral (13):** uno de los aspectos a tratar como personal sanitario es el psicológico. Tanto la enfermedad crónica con sus brotes como la intervención quirúrgica, generan un estado de incertidumbre, pérdida de autoestima y ansiedad que debemos tener en cuenta a la hora de proporcionar los cuidados. Es importante la implicación de la familia o personas allegadas en los cuidados.

7. CONCLUSIONES

La elaboración de planes de cuidados de enfermería individualizados y su adecuada ejecución contribuye a mejorar cada fase del proceso de la enfermedad.

Como profesionales sanitarios debemos intentar que el paciente afronte de una manera positiva las distintas fases que pudieran incurrir en su proceso evolutivo.

Los cuidados enfermeros, junto con el apoyo familiar y entorno social es determinante en la buena evolución física y psicológica del paciente.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. López B, Bermúdez L. ACCU España. Confederación de asociaciones de enfermos de Chron y Colitis Ulcerosa en España. [Online].; 2013 [cited 2014 enero 28]. Available from: HYPERLINK <http://www.accuesp.com/mm/file/noticias/Nota%20Prensa%20I%20Jornada%20Nacional%20CU.pdf> .
2. Díaz Díaz JL. Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Colitis ulcerosa. Revisiones en Medicina Interna basadas en la Evidencia. 2013 Mayo; I
3. LeMone P, Burke K. Enfermería médicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia al paciente. 4th ed. Madrid: Pearson; 2009.
4. Asociación de enfermos de Chron y Colitis Ulcerosa. ACCU. [Online].; 2014 [cited 2014 Febrero 21]. Available from: HYPERLINK <http://www.accucoruna.org/index.php/las-e-i-i-c/colitis-ulcerosa> .
5. Arribas Cacha AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería Madrid: Fuden; 2006.
6. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, Dochterman JM, Maas M, Moorhead S, et al. Intervenciones Nanda, Noc y Nic. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2nd ed.: Elsevier Mosby.
7. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier; 2010.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en Salud. 5th ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6th ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 10 Perry AG, Potter PA. Técnicas y procedimientos en enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- 11 . Arias ME, Bona M, Cots IM, López E, Mañez A, Payeras M, et al. Guía para el cuidador de la persona ostomizada Barcelona: Convatec; 2012-2013.

- 12 Cabré Gelada E. Nutrición, dieta y enfermedad inflamatoria intestinal. Recomendaciones para pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2008; 1(1).
- 13 Casellas F, Ginard Vicens DRM, Alfaro Oliver N. Patients' perceptions, attitudes, and experiences about the management of mild-to-moderate ulcerative colitis. Journal of Crohn's and Colitis. 2014 Febrero; XX.
- 14 Vidal Vademecum España. Vademecum. [Online].; 2010 [cited 2014 marzo 18]. Available from: HYPERLINK "http://www.vademecum.es/" <http://www.vademecum.es/> .
- 15 Nos P, Domenech E. Tratamiento con aféresis en la enfermedad inflamatoria intestinal. Gastroenterología y hepatología. Procesos en gastroenterología. 2009 Enero; 32(7).

9. ANEXOS

9.1 Anexo 1: tratamientos y fármacos utilizados (14)

CORTICOIDES:

Siempre que se inicie tratamiento corticoide valorar la administración de suplementos de calcio y vitamina D.

- Dacortin® (Prednisona): corticoesteroides.
- Budesonida
- Hidrocortisona

INMUNOSUPRESORES:

- Imurel® (Azatriopina): enfermedad intestinal grave o moderada
- Ciclosporina

ANTIINFLAMATORIOS LOCALES:

- Remicade® (Infliximab): potente antiinflamatorio, indicado en colitis ulcerosa activa, de moderada a grave, en pacientes adultos que presentan una respuesta inadecuada a la terapia convencional (incluidos corticoesteroides o azatriopina). La respuesta clínica se alcanza dentro de las 14 semanas de tratamiento (tres dosis). Si no presenta evidencia de beneficio terapéutico, se debe reconsiderar el mantenimiento del tratamiento. Por perfusión vía intravenosa en un periodo de tiempo de dos horas.

ESTEROIDES /SALICILATOS:

- Ácido 5-aminosalicílico (5-ASA)
- Pentasa (mesalazina): utilizado en brotes de colitis ulcerosa de moderada a grave.

AFÉRESIS (15)

Los sistemas de aféresis se han utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal con la base fisiopatológica racional de la inmunomodulación que se observa tras su aplicación. La técnica utiliza un sistema de extracción, filtrado y adsorción de células de la serie blanca fundamentalmente con 2 sistemas: granulocitoaféresis y leucocitoaféresis. Habitualmente se utiliza una sesión semanal durante 5 a 10 semanas consecutivas para inducir la remisión clínica, y se puede seguir con una sesión mensual si se plantea como tratamiento de mantenimiento.

