



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA**

TÍTULO DE TESINA:

**“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS,
EGRESADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL
PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA Y SU
RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2013”**

Autoras: Paulina del Rocío Muñoz Guamán

Geoconda Fernanda Pilamunga Granizo

Tutora: MSC. Luz Lalón

RIOBAMBA - ECUADOR

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL

Certificamos que las señoras Paulina del Rocío Muñoz Guamán con C.I (0603035007) y Geoconda Fernanda Pilamunga Granizo con C.I (0603869116). Egresadas de la Universidad Nacional de Chimborazo de la carrera de Enfermería, desarrollaron el presente trabajo de investigación; por lo tanto se encuentran aptas para realizar la defensa publica de su tesina titulada: **“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS, EGRESADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2013.**

Es todo cuanto se puede certificar autorizando a las interesadas hacer uso de la presente para los trámites legales pertinentes.

MsC. María Elena Robalino

PRESIDENTA

MsC. María Urquiza

MIEMBRO 2

MsC. Luz Lalón

MIEMBRO 3

DERECHO DE AUTORIA

Nosotras, Paulina del Rocío Muñoz Guamán con C.I (0603035007) y Geoconda Fernanda Pilamunga Granizo con C.I (0603869116), somos responsables de todo el contenido de este trabajo –investigativo, otorgando los derechos de autoría única y exclusivamente a la Universidad Nacional de Chimborazo.

.....

FIRMA

.....

FIRMA

DEDICATORIA

El presente proyecto de tesis dedico a Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres, por su apoyo, consejos, comprensión y amor, en especial en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios .Gracias por darme una carrera para mi futuro y por creer en mí.

A mis hermanos, por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

A mi esposo e hijo, que llegaron para iluminar mi vida y es mi motivación, inspiración, felicidad y la razón de superación diaria.

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a DIOS quien supo guiarme, dándome fuerzas para no desmayar en los problemas que se presentaron en el camino, enseñándome a encarar las adversidades sin perder la dignidad ni fallecer en el intento.

A MIS PADRES por su apoyo incondicional por que hicieron todo en la vida para que yo pueda lograr mis sueños, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento.

A MI ESPOSO por estar siempre a mi lado dándome cariño confianza y apoyo incondicional, para poder llegar al culminar una más de mis metas gracias amor.

A MIS HIJOS, que son todo para mí, la razón de mi vida y el motor para seguir adelante pese a las adversidades, y que con amor y comprensión pude superarlos. Quiero con esto dejarles también una enseñanza que cuando se quiere alcanzar algo, no hay tiempo ni obstáculo que lo impida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de toda mi vida, y a mi familia.

Extiendo mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Chimborazo que me abrió las puertas de su excelente educación.

A mis queridos maestros que me inculcaron sus conocimientos y por medio de ellos la responsabilidad que implica nuestra carrera.

De manera muy especial a nuestra tutora MsC. Luz Lalón, que con su fuerza de voluntad y de carácter nos ayudó a culminar este trabajo investigativo y más que nuestra docente ha sido una gran amiga impulsándonos a seguir y no dejarnos vencer.

AGRADECIMIENTO

En la presente tesis primeramente me gustaría agradecer a DIOS por bendecirme para poder llegar hasta donde he llegado, por hacer realidad este sueño anhelado.

Me llena de emoción exteriorizar mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Chimborazo en especial a la Escuela de Enfermería y en ella a las distinguidas docentes quienes con su profesionalismo y ética puestos en manifiesto en las aulas, aportaron con un granito de arena en mi formación.

Debo agradecer de manera especial y sincera a mi tutora MsC. Luz Lalón quien con su experiencia ha sido un aporte invaluable no solamente en el desarrollo de la tesis, sino también como amiga, brindándonos el tiempo necesario, para que este anhelo llegue a ser culminado.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Tesina de Grado de Licenciatura de Enfermería aprobada en el nombre de la Universidad Nacional de Chimborazo, por el siguiente jurado.

A los.....días del mes de.....del 2014.

CALIFICACIONES

.....

PRESIDENTE

.....

Firma

.....

MIEMBRO 1

.....

Firma

.....

MIEMBRO 2

.....

Firma

RESUMEN

Este trabajo se realizó en el Hospital General Docente Riobamba, con la finalidad de comprobar como es la Calidad de vida de los pacientes ostomizados, egresados del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y su relación con la Atención de Enfermería en el periodo de Enero a Junio del 2013. Con la finalidad de buscar una solución al problema detectado.

Para esto se propuso una investigación de campo no experimental de carácter descriptivo. La muestra está constituida por 13 licenciadas de enfermería que laboran en el servicio de cirugía, 1 licenciada de enfermería que labora en consulta externa del Hospital General Docente Riobamba y 15 pacientes ostomizados egresados de Enero a Junio del 2013.

La recolección de la información se realizó mediante la aplicación de una encuesta dirigida al personal profesional de enfermería con la utilización de una guía de observación, también se realizó la encuesta de Montreux dirigida a los pacientes ostomizados egresados, para medir la calidad de vida de los mismos.

El principal objetivo de esta investigación fue **“Determinar la calidad de vida de los pacientes ostomizados egresados del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y su relación con la atención de enfermería”**.

La hipótesis de la investigación manifestó que la Atención de enfermería de los pacientes ostomizados egresados del área de Cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba influye en la calidad de vida de los mismos.

Una vez analizados los datos de la investigación y procesados los mismos se llegó a la conclusión que la hipótesis si se cumple.

Además ponemos a consideración un modelo de Protocolo sobre los cuidados de enfermería y calidad de vida de los pacientes ostomizados. Donde tienen como objeto complementar el conocimiento del Personal Profesional de Enfermería sobre la atención de los mismos para una pronta recuperación y una adecuada Calidad de Vida.

SUMMARY

The research topic is "Quality of life of stoma patients , graduates of the surgery of the Provincial General Hospital Faculty of Riobamba and its relationship to nursing care in the period January to June 2013 ," the same was done with the purpose of determining the quality of life of stoma patients and thus seek a solution to the problem identified .

For this non experimental research descriptive field was proposed. The sample consists of 13 licensed nurses who work in the department of surgery, one licensed nurse working in outpatient Riobamba General Teaching Hospital and 15 ostomy patients graduates from January to June 2013.

The data collection was performed by applying a survey of professional nursing staff with the use of an observation guide , the survey aimed at Montreux ostomy patients graduates are also conducted to measure the quality of life of same .

The main objective of this research was to " Determine the quality of life of ostomates graduates surgery service Provincial General Hospital Faculty of Riobamba and its relationship to nursing care ."

The research hypothesis was: The nursing care ostomy patients and the retirement plan influences the quality of life for themselves .

After analyzing the research data and processed the same was concluded that if the hypothesis is true , as the index of quality of life of patients was 45% , so it is not considered an adequate quality of life for patients .

In addition we consider a model protocol on nursing care and quality of life of stoma patients. Where are intended to supplement the knowledge of Professional Nurses about the care of them for a speedy recovery and adequate quality of life .

We recommend that the General Teaching Hospital continually train staff Riobamba surgery , so as to update their knowledge and use standardized protocols

ÍNDICE GENERAL

	PAG
Certificación.....	I
Aceptación de la tutora.....	II
Autoría.....	III
Dedicatoria.....	IV-V
Agradecimiento.....	VI-VII
Calificación del trabajo escrito.....	VIII
Resumen.....	IX
Summary.....	X
Índice general.....	
Índice de cuadros.....	xii

INDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1-2
-------------------	-----

CAPÍTULO I

1. Problematización.....	3-5
1.1. Planteamiento del problema.....	3-5
1.2. Formulación del problema.....	6
1.3. Objetivos.....	7
1.3.1. Objetivo General.....	7
1.3.2. Objetivo Especifico.....	7
1.3.3 Justificación.....	8-9

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico.....	10
2.1. Posicionamiento Teórico Personal.....	10
2.1.1. Antecedentes.....	10-11
2.1.2. Breve descripción del área de estudio.....	12
2.2. Fundamentación teórica.....	13
2.2.1. Calidad de vida de los pacientes Ostomizados.....	13-14
2.2.2. Dimensión de la calidad de vida.....	15
2.2.3. Características de la calidad de Vida.....	15
2.2.4. Medida de la calidad de vida.....	16
2.2.5. Efectos de la calidad de vida.....	16--20
2.2.6. Rol del personal de Enfermería.....	20
2.2.7. Educación sobre autocuidado.....	21
2.3. Ostomías.....	22
2.3.1. Definición.....	22
2.3.2. Clasificación de las ostomías.....	22
2.3.3. Ostomías de Nutrición.....	23
2.3.3.1. Indicaciones.....	23
2.3.3.2. Tipos de ostomías.....	24
2.3.3.3. Vía de elección.....	24
2.4. Gastrostomía.....	24
2.4.1. Definición.....	24
2.4.2. Tipo de Gastrostomía.....	25
2.4.3. Cuidados de la Gastrostomía.....	25
2.5. Yeyunostomía.....	26
2.5.1. Definición.....	26
2.5.2. Indicaciones.....	26
2.5.3. Cuidados en las Yeyunostomía.....	26-27
2.6. Ostomías de Eliminación.....	28
2.6.1. Definición.....	28

2.6.2. Clasificación.....	28
2.7. Colostomías.....	28
2.7.1. Definición.....	28
2.7.2. Causas.....	28
2.7.3 Clasificación de las Colostomías.....	29
2.8. Ileostomías.....	30
2.8.1. Definición.....	30
2.8.2. Indicaciones.....	30
2.8.3. Clasificación de las Ileostomías.....	30
2.8.4. Causas.....	31
2.9. Preparación operatoria para ostomías de eliminación.....	32
2.9.1. Pasos para preparación del intestino.....	32
2.9.2. Evaluación Clínica.....	32
2.10. Urostomías.....	33
2.10.1. Definición.....	33
2.10.2. Clasificación de las Urostomías.....	33
2.10.3. Causas.....	34
2.11. Dispositivos para el cuidado de las ostomías.....	35
2. 11.1. Sistemas Colectores.....	35
2. 11.2. Características de los Sistemas Colectores.....	35
2. 11.3. Tipos de Sistemas Colectores.....	36
2.11.4. Componentes de las bolsas.....	37
2.11.5. Accesorios y Protectores Cutáneos.....	38
2. 11.6. Criterios de elección de los dispositivos.....	38
2.12. Irrigación en las ostomías.....	39
2.12.1. Definición.....	39
2. 12.2. Objetivos.....	39
2.12.3. Mecanismo de Acción.....	39
2. 12.4. Contraindicaciones.....	40
2. 12.5. Material para la Irrigación.....	40
2. 12.6. Situaciones Especiales en la Irrigación.....	41

2. 12.7. Pasos para la Irrigación.....	42
2.13. Complicaciones de las Ostomías.....	43
2. 13.1. Complicaciones Inmediatas.....	44-46
2. 13.2. Complicaciones Tardías.....	46-49
2.14. Dieta para los Ostomizados.....	49-52
2.15. Cuidados generales del estoma.....	52
2.15.1. Cuidados después del alta.....	53
2.16. Teorías de Enfermería y Pacientes con estoma.....	54-56
2.17. Definición de Términos Básicos.....	57-63
2.18. Hipótesis y Variable.....	64
2.18.1. Hipótesis.....	64
2.18.2. Variable.....	64
2.18.2.1. Variable independiente.....	64
2.18.2.2. Variable dependiente.....	64
2.19. Operalización de las Variables.....	65-67

CAPITULO III

3. Marco Metodológico.....	68
3.1. Diseño de la Investigación.....	68
3.2. Tipo de la investigación.....	68
3.3. Población y Muestra.....	69
3.4. Técnica e Instrumento.....	69
3.5. técnicas y procedimientos para el análisis	69

CAPÍTULO IV

4. Análisis e Interpretación de resultados de la encuesta aplicada al Personal de Enfermería del área de Cirugía del HPGDR.....	70-85
4.1. Análisis e Interpretación de resultados de la encuesta aplicada a los Pacientes Ostomizados Egresados de Enero- Junio del 2013.....	86-93
4.2. Comprobación de la Hipótesis.....	94

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones.....	95
5.1. Conclusiones.....	95
5.2. Recomendaciones.....	96

CAPITULO VI

6. Lineamientos alterativos.....	97
6.1. Diseño de un protocolo que ayude a la atención de enfermería y al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes ostomizados.....	97
6.2 TEMA DEL PROTOCOLO.....	97
Bibliografía.....	98

PÁGINAS

WEB.....	98-100
----------	--------

ANEXOS

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

CUADRO N°1 Y GRAFICO N° 1	
Licenciadas(os) de Enfermería que laboran en el Área de Cirugía.....	70
CUADRO N°2 Y GRAFICO N° 2	
Definición de paciente ostomizado.....	71
CUADRO N°3 Y GRAFICO N° 3	
Conocimiento de la clasificación de las ostomías.....	72
CUADRO N°4 Y GRAFICO N° 4	
Solución que utiliza para el cuidado del estoma y de la piel periestomal	73
CUADRO N°5 Y GRAFICO N° 5	
El HPGDR le facilita el material necesario para el cuidado de las ostomías.....	74
CUADRO N°6 Y GRAFICO N° 6	
Para las colostomías transversas y descendentes las bolsas a utilizar deben ser.....	75
CUADRO N°7 Y GRAFICO N° 7	
Las acciones de enfermería, aplicadas en la atención a pacientes ostomizados egresados.....	76
CUADRO N°8 Y GRAFICO N° 8	
Un paciente ostomizado recibe, apoyo emocional, psicológico, social y educación del manejo del estoma antes y después de la cirugía.....	77
CUADRO N°9 Y GRAFICO N° 9	
Como profesional de enfermería considera educar a los pacientes ostomizados y a su familia al momento del egreso.....	78
CUADRO N°10 Y GRAFICO N° 10	
En qué aspecto se enfoca más.....	79
CUADRO N°11 Y GRAFICO N° 11	
Dispone el servicio de cirugía de material informativo para proporcionar información al paciente ostomizado antes de la cirugía, alta.....	80
CUADRO N°12 Y GRAFICO N° 12	
12: Considera importante que la institución hospitalaria debe capacitar oportunamente al personal para la atención del paciente ostomizado.....	81
CUADRO N°13 Y GRAFICO N° 13	
Considera oportuno realizar el Proceso de Atención de Enfermería (NANDA-NIC-NOC) a pacientes ostomizados al momento del egreso.....	82
CUADRO N°14 Y GRAFICO N° 14	
Cómo considera usted que se evitaría el reingreso de los pacientes ostomizados.....	83
CUADRO N°15 Y GRAFICO N° 15	
La institución lleva un registro de reingreso de pacientes ostomizados.....	84
CUADRO N°16 Y GRAFICO N° 16	
Importancia del conocimiento del sistema de referencia y contrareferencia de la enfermera de consulta externa	85
CUADRO N°17 Y GRAFICO N° 17	
Número de Pacientes Ostomizados Egresados de Enero – Junio 2013.....	86
CUADRO N°18 Y GRAFICO N° 18	
Grupo de Edades - Pacientes Ostomizados Egresados.....	87
CUADRO N°19 Y GRAFICO N° 19	
Pacientes Ostomizados Egresados- Tipo de Ostomía.....	88

CUADRO N°20 Y GRAFICO N° 20	
Sección 1: Calidad de Vida según encuesta de Montreux.....	89-90
CUADRO N°21 Y GRAFICO N° 21	
Sección 2: Autosuficiencia.....	91
CUADRO N°22 Y GRAFICO N° 22	
Sección 3: Consideraciones General.....	92
CUADRO N°23 Y GRAFICO N° 23	
Sigue asistiendo con un enfermero/a especializada en cuidados del estoma.....	93

INTRODUCCIÓN

Para el profesional de enfermería el estudio de la Calidad de Vida del individuo es de gran interés, porque le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, que incluye sus valores, creencias, percepciones, etc. Este conocimiento le permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando”¹ (Enfervalencia)

Los pacientes ostomizados presentan cambios importantes en el aspecto fisiológico, también hay cambios psicológicos, emocionales, sociales y alimenticios que influyen decisivamente en su calidad de vida

La Ostomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma), con la finalidad de permitir la eliminación de productos de desecho (heces u orina), al exterior y recogerlos en dispositivos destinados para ese fin. “La ostomía de mayor prevalencia es la colostomía, derivada principalmente del tratamiento de cáncer de colon”² (Redpacientes).

El principal objetivo de este estudio va dirigido a: “**Determinar cuál es la calidad de vida de los pacientes ostomizados, egresados del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente y su relación con la atención de enfermería**”, para lo cual se aplicó encuestas dirigidas al Personal Profesional de Enfermería y a los Pacientes Ostomizados Egresados utilizando una guía de observación.

Esta investigación se detalla en seis capítulos:

El capítulo I: Consta la fase de la problematización, conformada por: planteamiento del problema, donde se realizó un análisis estadístico, a nivel mundial, nacional, local, e institucional como es el: Hospital General Docente de Riobamba, además la formulación del problema, objetivos generales - específicos y la justificación.

1<http://www.enfervalencia.org/ei/antiores/articulos/rev54/artic04>.

2<http://redpacientes.com/social/posts/view/10452/7483>

El capítulo II: En este capítulo se explica el Marco Teórico, en el mismo que damos a conocer, los antecedentes relacionados con la investigación, una breve reseña histórica del área de estudio, la fundamentación teórica entre estos tenemos; definiciones de calidad de vida de los pacientes ostomizados, ostomías, clasificación, indicaciones, complicaciones de las ostomías, accesorios para las ostomías, y los cuidados de enfermería preoperatorios, posoperatorio y alta.

El capítulo III: Concierno al diseño metodológico, aquí explicamos el tipo de investigación, diseño, población y muestra, así como también procedimientos de recolección y análisis de datos.

El capítulo IV: Se presenta los resultados de la investigación, como respuesta a las encuestas tanto al personal de enfermería que laboran en el Hospital General Docente Riobamba, y a los pacientes que egresaron en el periodo de estudio, mediante el cuestionario de Montreux, se realiza el análisis de las tablas y gráficos.

El capítulo V: Se expone las conclusiones y recomendaciones, a las que llegamos al finalizar el estudio cada uno de ellos relacionados con los objetivos e hipótesis propuestos al inicio de la investigación.

El capítulo VI: Se expone una breve descripción del protocolo, para mejorar la calidad de vida de los pacientes ostomizados mediante los cuidados de enfermería, por último se exhibe la biografía revisada y los anexos.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida del paciente ostomizado, es de gran importancia, ya que valoramos desde una perspectiva más holística, incluyendo valores, creencias y percepciones del individuo, además nos permite conocer como el paciente se siente, con su estoma, en el aspecto físico, psicológico, emocional y social.

La Ostomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma), con la finalidad de permitir la eliminación de productos de desecho (heces u orina) al exterior y recogerlos en dispositivos destinados para ese fin.

“Las causas por las que se realiza son muy diversas: Algunos pacientes están diagnosticados previamente de cáncer, otros son diagnosticados de cáncer en el acto quirúrgico, otras por enfermedades inflamatorias, gastrointestinales, accidentes de tránsito, accidentes domésticos, heridas por asta de toro, enfermedades congénitas, oclusiones.”³ (Manejo-colostomías/2010)

A nivel mundial, se considera según estudios realizados que las condiciones y/o estilos de vida no saludables, el sedentarismo y el estrés han convertido que el cáncer de colon se haya incrementado; afectando tanto a hombres como mujeres predominando en la edad adulta como adulta mayor. Aumentando de esta manera las tasas de morbimortalidad, siendo uno de los tratamientos la realización de la ostomía, para que las personas puedan eliminar los productos de desecho del organismo, predominando las colostomías.

“En América latina la incidencia de las ostomías, según reportes de la asociación de Colombia de ostomizados para el año 2008, muestran un total de 421 ostomizados reportados, que portan una colostomía, ileostomía, o urostomía, el 85% han sido construidas por un cáncer de colon o cáncer de recto ,5% por cáncer de vejiga,3% por problemas congénitos ,2% por secuelas de quimioterapia o radioterapia de tratamiento de otro tipo de cáncer (útero, cérvix) 2%, por otras

³ <http://coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/2010>

causas entre ellas, resultados de violencia, trauma, entre otras, en cuanto al sexo se presenta con mayor incidencia en mujeres”⁴.([tesis/enfermería/2009](#))

“En el Ecuador en un estudio realizado en Quito por la Universidad Central en el 2006 reporta que el trauma abdominal y el abdomen agudo obstructivo constituyeron las principales indicaciones para realizar colostomía e ileostomía respectivamente, en los tres hospitales de estudio (Enrique Garcés, Eugenio Espejo y Pablo Arturo Suárez). El 88% de las colostomías fueron tipo Hartman y 99% de ileostomías tipo Brooke. El 61% de los pacientes fueron restituidos el tránsito intestinal en un lapso promedio de 5 meses; las complicaciones estuvieron entre el 11 y 48%. La mortalidad se presentó en 19.8%, el 50% correspondió al grupo etario de mayores de 65 años, todos los pacientes fallecidos presentaron al menos una enfermedad asociada.”⁴([Estudios comparativos de indicaciones](#))

“En la ciudad de Riobamba, actualmente en el HPGDR en el servicio de cirugía al aplicar una encuesta, observamos que de tres, dos pacientes reingresan a la institución con cuadros complicados por causas desconocidas, evidenciando que las principales ostomías son las colostomías con 87% e ileostomías, con 13% y que la mayoría de personas son de la tercera edad, en un 40%, las mismas que pertenecen al sector rural, un 80% y mantienen un nivel socio económico bajo.”(Estadísticas del HPGDR)

Mediante nuestra pasantía en el HPGDR , como internas rotativas de enfermería en el área de cirugía, observamos que, para el paciente ostomizado, no hay protocolos, ni un plan de enfermería estandarizado, que guíe el manejo de las ostomías, tampoco existe un plan de egreso para educar al paciente sobre los cuidados de su ostomía al momento del egreso, en muchas ocasiones por la demanda de pacientes de otras patologías, se limita a dar ciertos cuidados a los pacientes ostomizados, por lo que concluiríamos diciendo que los pacientes ostomizados no podrán tener una adecuada calidad de vida.

Los pocos estudios realizados sobre ostomías en nuestro país, nos permite evidenciar que no existe datos estadísticos, para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, pero es indudable que el impacto social de esta discapacidad temporal va en aumento, por lo que tampoco existen políticas de estado que garanticen un seguimiento a este tipo de pacientes.

⁴ <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>

⁵ <http://www.buenastareas.com/ensayos/Estudio-Comparativo-De-Indicaciones-Manejo-y/1280095.html>

Este aumento de ostomías, trae consigo la necesidad de contar con personal capacitado para poder realizar un proceso de enfermería estandarizado y de esa manera poder ayudar a la reintegración a su vida social, familiar y laboral.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿CUÁL ES LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS, EGRESADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA Y SU RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO DE ENERO A JUNIO DEL 2013?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de los pacientes ostomizados egresados del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y su relación con la atención de enfermería en el periodo de enero a junio del 2013

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Investigar las acciones de enfermería que se aplica en la atención de pacientes ostomizados mediante la aplicación del proceso de enfermería y el plan de egreso.
- ❖ Identificar la percepción de la calidad de vida de los pacientes ostomizados a través del cuestionario de Montreux.
- ❖ Diseñar un protocolo de intervención de enfermería en pacientes ostomizados egresados del hospital

1.3. 3.JUSTIFICACION

“A nivel mundial la profesión de enfermería está tomando conciencia de la importancia de adquirir conocimientos sobre las ostomías, siendo así que actualmente, existe enfermeras especializadas en ostomías en España, existiendo una Sociedad Española de Estoma terapia reuniendo a más de cien profesionales de todas las comunidades, una especialidad que se comenzó a impartir en 1987 y que, actualmente, se imparte únicamente en la Universidad Europea de Madrid (UEM)”⁶(Estomaterapeutas reclaman consultas especializadas a pacientes ostomizados – [2008](#))

Las/os profesionales de enfermería, deben tener una formación integral en cada una de las patologías para poder brindar una atención integral y poder ayudar a que el paciente tenga una adecuada calidad de vida.

Se realiza esta investigación en vista que no existe una adecuada calidad de vida de los pacientes ostomizados egresados del H.P.G.D.R, por lo que es importante y necesario investigar acerca de los conocimientos de las ostomías y paciente ostomizado, ya que somos las encargadas de brindar cuidado directo e íntegro a este tipo de pacientes. Esta información permitirá planificar la intervención de enfermería a través del proceso enfermero en el área asistencial y preventiva, ofreciendo con esto un cambio sustancial en la calidad de vida de los ostomizados.

Es importante evaluar el nivel de conocimiento de enfermería y aplicación de los cuidados con la finalidad de en caso de encontrar deficiencias e irregularidades, se pueda aportar posibles soluciones para el logro de los objetivos.

Los beneficiarios de esta investigación son: El H.P.G.D.R, especialmente para el equipo de salud del área de cirugía, ya que contarán con un protocolo de cuidados para pacientes ostomizados, plan de egreso y el PAE, para dar una adecuada calidad de vida de los pacientes y disminuir así los reingreso a la unidad hospitalaria.

6.<http://ecodiario.economista.es/salud/noticias/903556/12/08/Los-pacientes-con-ostomia-y-los-estomaterapeutas-reclaman-mas-consultas-especializadas-dentro-del-SNS.html>.)

Para la institución educativa, siendo beneficiaria la UNACH, especialmente para la Escuela de Enfermería, ya que contarán con una guía de cuidados para pacientes ostomizados y así reafirmar sus conocimientos y aplicarlos en el área de práctica.

Para nosotras fue un aporte de gran importancia ya que nos permitió conocer la calidad de vida de los pacientes ostomizados y la influencia que tiene la atención de enfermería para dicha calidad.

Por lo tanto, este estudio fue factible porque se cuenta, con la documentación bibliográfica necesaria para sustentar la parte científica del estudio, con esta intervención se quiere aportar información basada en el método científico que sean reales y útiles para el lector siendo la principal finalidad determinar la calidad de vida de los pacientes ostomizados y su relación con los cuidados de enfermería mediante la entrega de un protocolo y el proceso enfermero estandarizado sobre los cuidados para pacientes ostomizados y su evaluación en la calidad de vida.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

Luego de haber revisado y analizado hemos determinado que nuestro trabajo pertenece a una investigación descriptiva

La información hemos recaudado del área de estadística, los pacientes egresados ostomizados y del personal de enfermería.

2.1.1. ANTECEDENTES

No se ha identificado estudios similares en la Biblioteca de la Universidad Nacional de Chimborazo, a nivel nacional tampoco se conoce de estudios similares al nuestro o por lo menos no se han publicado, sin embargo a nivel internacional se encontraron temas similares aunque estos estudios no se relacionan en su totalidad, en los cuales solo estudian la calidad de vida de los pacientes ostomizados mas no lo relacionan con las acciones de enfermería.

“Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado permanente que asiste a la asociación Colombiana de ostomizados”Se ha realizado esta investigación en la ciudad de Bogotá en la Asociación Colombiana teniendo como objetivo identificar la calidad de vida, percibida por los pacientes con colostomías permanente, que asisten a la Asociación Colombiana en Bogotá entre Agosto a Noviembre 2009.”⁸ (Asociación Colombiana -2009)

8.- <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>

“Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliti Martins noviembre 2002” Este estudio se realizó en Lima- Perú en el Hospital Rebagliti Martins porque existe un programa de atención integral a pacientes colostomizados y está dedicado a brindar atención asistencial, psicológico, social y educativo, este estudio tuvo como objetivo generar información para que el profesional de enfermería que labora en el programa de atención integral a pacientes colostomizados innove la metodología educativa para fortalecer los conocimientos.⁹ (Universidad Mayor San Marcos Lima- Perú 2003).

“Atención integral del paciente ostomizado ” Este estudio se realizó en la Universidad de Zaragoza en España en el año 2012 con objetivo de lograr que tras realizar un correcto plan de intervención de enfermería a nivel bio – psico - social, se consiga una mejoría en la calidad de vida del paciente portador de una ileostomía.¹⁰ (Universidad de Zaragoza- 2012).

“Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del instituto nacional de enfermedades neoplásicas 2006” El estudio se realizó en Lima Perú – 2006 tuvo como objetivo general determinar la Calidad de Vida, en ámbito biológico, psicológico y social, del paciente colostomizado que asiste a la consulta del profesional de enfermería de mencionada institución.¹¹ ([Cybertesis Perú](#) 2006)

9 http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/espinoza_hm/enpdf/t_completo.pdf

10 <http://zaguan.unizar.es/TAZ/EUCS/2012/7321/TAZ-TFG-2012-153.pdf>

11 http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/calidad-vida-paciente-ostomizado-asiste-consulta-enfermeria-instituto-nacional-enfermedades/id/34695525.html

2.1.2. BREVE DESCRIPCION DEL ÁREA DE ESTUDIO

El Hospital General Docente Riobamba se localiza en la Provincia de Chimborazo, cantón Riobamba, parroquia Veloz, en las calles Juan Félix Proaño S/N y Chile.

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, es la unidad de Salud de mayor complejidad en la provincia dentro del sistema de salud del Ministerio de Salud Pública, destinada a brindar atención especializada, preventiva, de recuperación y rehabilitación a los usuarios de las diferentes especialidades médicas; la atención está dirigida a usuarios con patologías agudas y crónicas a toda la población del país, a través de la referencia y contra referencia.

Desarrolla actividades de docencia e investigación en salud y fundamentalmente en las especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Pediatría; corresponde al segundo nivel de prestaciones de servicio.

El Hospital Provincial General Docente Riobamba, cuenta con personal Médico profesional y experimentado, así como personal Administrativo, Trabajadores y Técnicos con experiencia, lo que permite satisfacer las necesidades de la población.

El Hospital General es hoy una institución de derecho público que presta servicios de asistencia ambulatoria especializada y hospitalaria y es centro desde el que se dirige toda la actividad asistencial, tanto primaria como especializada. Es uno de los hospitales más prestigiosos por su avanzada tecnología, su trato humano y su cartera de servicios, que recoge un gran número de unidades de referencia para distintas especialidades médicas.¹² (H.P.G.D. Riobamba)

¹² <http://hospitalriobamba.gob.ec/quienes-somos>

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La calidad de vida de los pacientes egresados del servicio de Cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y su relación con la Atención de Enfermería, hemos realizado con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes egresados, explicando y diseñando un protocolo de intervención de enfermería en pacientes ostomizados con la finalidad de dar una atención oportuna y de esta manera mejorando la calidad de vida de estos pacientes.

Por medio de este trabajo de investigación se puede detectar las deficiencias del área de cirugía y de esta manera proponer cambios en la atención y cuidados de enfermería que sirvan de soporte y apoyo a esta área para el mejor desarrollo de sus cuidados.

2.2.1. CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS

“El concepto calidad de vida ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se ha tratado de ampliaciones de la definición del concepto primero el termino se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene publica, se extendió a los derechos humanos, laborables y ciudadanos, continuo sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud.”

DEFINICIONES DE CALIDAD DE VIDA	
AUTORES	DEFINICIÓN
Andrews y Whitney 1976	Sostienen que la calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de las evaluaciones de estas por parte del individuo. Según esté enfoque, la calidad de vida puede entenderse como el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.
Levi y Anderson 1980	Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, y derechos humanos, además puede ser definido en términos generales como una medida compuesta de bienestar físico, mental,

	psicológico tal como lo percibe cada persona y cada grupo.
Lawton, Moss, Fulconer y 1982	Desde el campo de la psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuestas individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de este bienestar objetivo

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

2.2.2. Dimensiones de la calidad de vida:

Las tres dimensiones de la calidad de vida son:

- ❖ Dimensión física: Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- ❖ Dimensión psicológica: Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- ❖ Dimensión social: Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

2.2.3. Características de la calidad de vida:

- ❖ Concepto subjetivo: Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.
- ❖ Concepto universal: Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.
- ❖ Concepto holístico: La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida
- ❖ Concepto dinámico: Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.
- ❖ Interdependencia: Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

2.2.4. Medida de la calidad de vida:

Medidas de Bienestar Psicológico y Salud Mental:

- ❖ Cuestionario de Salud General.
- ❖ Índice de Bienestar Psicológico.
- ❖ Escala de Calidad de Vida para Depresión.
- ❖ Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida.

Medidas de Salud Social:

- ❖ Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNK.
- ❖ Índice de Ajuste Psicosocial.
- ❖ Cuestionario de Función Familiar Apgar-Familiar.
- ❖ Entrevista Manheim de Apoyo Social

2.2.5. EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS OSTOMIZADOS

❖ EFECTOS PSICOLÓGICOS

El temor a la recidiva y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía. Que la ostomía sea temporal o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente; el concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio el paciente experimentará primero un período de shock o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse.

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un período de depresión reactiva; quien lo cuidará puede ayudar aceptando y reconociendo la normalidad de estos sentimientos.

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía.

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.

Se considera que el ser humano es un ser holístico que debe procurar mantener un equilibrio entre sus esferas mentales, ya que uno de los factores que afecta sustancialmente la vida de la mujer es su autoimagen y por ende sus emociones.

Desde esta perspectiva se hace necesario que el personal de enfermería valore la percepción de la imagen corporal que las pacientes tienen sobre sí mismas.

La valoración de los patrones de M. Gordon con la pregunta ¿le preocupan los cambios funcionales /corporales?, y la escala de Goldberg que mide ansiedad- depresión y se realiza 7- 10 días después de la intervención, con preguntas como ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?, ¿Ha estado muy preocupado por algo?, ¿Se ha sentido muy irritable?, ¿Se ha sentido con poca energía?, ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?, ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?

❖ **SEXUALIDAD**

Las relaciones con la pareja dependerá tanto de la efectividad y relaciones previas a la intervención, como de la repercusión de esta sobre la esfera sexual, aunque variará según el concepto de sexualidad que tenga el individuo y su pareja. Entre los trastornos desde este punto de vista se citan la abstinencia sexual, la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer.

En pacientes con amputación rectal, la impotencia puede ser de carácter psicológico y orgánico.

También se asocia con esta situación, raíces éticas, o ser fruto del pudor o la vergüenza por su

ostomía, esto puede ser mitigado con una terapia psicológica adecuada. Esta problemática importante en el hombre, se acentúa mucho más en la mujer.

La sexualidad es mucho más que relaciones sexuales y forma parte integral de la personalidad de las personas. La actividad sexual es un componente importante que puede verse afectada significativamente después de una cirugía en la calidad de vida de un paciente ostomizado. En los últimos años, se ha evidenciado un incremento en el número de estudios que informan que los pacientes sometidos a tratamiento e intervenciones quirúrgicas de cáncer rectal han presentado disfunción sexual como consecuencia del procedimiento sin embargo se presentan otros inconvenientes como lo es analizar la veracidad de la información, ausencia de datos de referencia, escasa literatura, muestras pequeñas y heterogéneas en el uso de instrumentos que no reflejan la funcionalidad fisiológica de los pacientes.

INTERVENCIONES INTEGRALES PARA PROBLEMAS SEXUALES

INTERVENCIONES INTEGRALES PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN	SUGERENCIAS
La evaluación de la sexualidad y el estado físico.	1. Reducir las preocupaciones acerca de la actividad sexual a través de la preparación.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vacíe o cambie la bolsa antes de la actividad sexual. ❖ Asegúrese que el sistema de la bolsa este ajustado para evitar el olor, utilice perfume o desodorante con moderación, evite los alimentos que causan mal olor. ❖ Use la bolsa opaca o utilice la cubierta de la bolsa con un diseño atractivo. ❖ Considerar el uso de ropa interior sin entre pierna o "peluches" para cubrir bolsa. ❖ Si hay fugas de bolsa, sigan intimidad en la ducha.
Proporcionar orientación sobre el desarrollo sexual.	2. Reducir la tensión construyendo el estado de ánimo y el medio ambiente adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Disponga de tiempo para el descanso antes y después de la intimidad. ❖ Ponga música para que los dos se relajen. ❖ Hable acerca de los miedos con su pareja abiertamente.

Validación de la normalidad y la sexualidad.	3. Reducir el malestar al considerarla posición y el tipo de cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Experimente con posiciones de entrada. ❖ Use almohadas para apoyar el peso corporal. ❖ Explore formas alternativas de expresarla intimidad física. ❖ Hable de la necesidad de lubricación adicional.
Educar sobre la función sexual y los procesos de enfermedad.		

❖ ASPECTO FÍSICO

Relacionada con la evacuación incontrolable de heces por el estoma y la dependencia de un dispositivo. La adherencia permanente de éste a la piel y las posibles filtraciones de heces son causantes de lesiones dermatológicas periestomales y del estoma. Existe un riesgo de alteraciones nutricionales y de hidratación como consecuencia de la resección del colón.

❖ MANEJO TÉCNICO

Relacionado con la necesidad de aprender nuevos hábitos de: autocuidado, de higiene, cuidados del estoma y piel periestomal, así como la necesidad de desarrollar habilidades en el cambio de dispositivo.

❖ EMOCIONAL

La construcción de un orificio abdominal para la eliminación de heces, constituye una modificación de la imagen corporal y la consiguiente alteración de su autoestima.

❖ SOCIOFAMILIAR

Los roles, relaciones y convivencia familiar pueden verse alterados, desencadenando respuestas de rechazo o de protección familiar. Por otro lado, se ha visto que la persona ostomizada deja de realizar actividades recreativas, laborales y sociales habituales.

❖ **ASESORAMIENTO**

Tanto el paciente como su familia temen a la cirugía con ostomía. Deben responderse las preguntas sobre las posibilidades de vida, pronóstico y existencia con ostomía. La rehabilitación comenzará para los pacientes y sus familiares con el asesoramiento preoperatorio. Algunos beneficios documentados y asociados con el resultado del asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadías más cortas en el hospital.

Durante el período preoperatorio, la mayor necesidad es la de atender la cirugía inminente. El cirujano debe explicar con palabras simples qué está mal, qué procedimiento quirúrgico se utilizará y qué puede esperarse después de la cirugía y el hecho de que la operación creará una abertura en la pared abdominal por donde saldrán las heces fecales y los gases provenientes del intestino.

2.2.6. ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

El rol del profesional de enfermería en la atención a los pacientes ostomizados, consiste en:

- ❖ Educar al paciente ostomizado a demanda de sus necesidades, transmitirle tranquilidad y soporte emocional.
- ❖ Proporcionar la información clara y repetida, referida a auto cuidado, tratamiento, alimentación, vestido, higiene, actividad sexual, etc.
- ❖ Incluir a la familia y los amigos como elemento de apoyo.
- ❖ Mantener una actitud empática para facilitar la intercomunicación, con la finalidad de que la persona ostomizada sea sujeto activo en el proceso de adaptación-aceptación.

2.2.7. EDUCACIÓN SOBRE AUTOCUIDADO

Iniciar la educación del paciente lo antes posible, valorando su estado físico y emocional.

Comprenderá los siguientes apartados:

- ❖ Concepto de ostomía
- ❖ Higiene del estoma
- ❖ Cuidado de la piel periestomal
- ❖ Tipos de dispositivos
- ❖ Aplicación del dispositivo elegido
- ❖ Alimentación
- ❖ Información sobre posibles complicaciones
- ❖ Informar sobre el centro de referencia
- ❖ Estimulación de la comunicación: Hay que estimular la comunicación paciente/familiar para facilitar la expresión de sentimientos, temores, etc.
- ❖ Comprobar la correcta asimilación de la información recibida: Antes del alta, verificar si el paciente es capaz de realizar los autocuidados de su ostomía y el manejo de dispositivos sin ayuda.

Las principales complicaciones en la vida diaria que debe aprender a manejar un ostomizados son las siguientes:

- ❖ Aprender a cambiar sus dispositivos y a realizar su autocuidado
- ❖ Elegir un método seguro para contener los efluentes y conocer el impacto en la rutina diaria.
- ❖ Reconocer los trastornos digestivos (diarrea y/o constipación) y saber qué hacer en cada caso.
- ❖ Saber que complicaciones podría tener para moverse, cambiar de posición y escoger prendas de vestir
- ❖ Debe conocer que es necesario acudir a controles regulares por enfermera especialista en centro de atención en salud
- ❖ Cuidar higiene y secado de la piel circundante del estoma.

- ❖ Cuidados en la alimentación: evitar condimentos, tamaño de porciones, frecuencia de comidas, evitar consumo de alcohol y mantenerse hidratado para evitar cuadros de deshidratación.

2.3. OSTOMÍAS

2.3.1. DEFINICIÓN

La palabra ostomía se deriva del griego estoma que significa boca.

Las ostomías son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal, mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica.

De acuerdo con la situación clínica, un estoma puede ser temporal o permanente. Sin embargo, sin importar la indicación para un estoma, son de suma importancia, la colocación y su construcción para su funcionamiento. Un estoma debe localizarse dentro del musculo recto para reducir al mínimo el riesgo de una hernia paraestomal posoperatoria. También debe colocarse en donde el paciente pueda ver y manipular con facilidad el dispositivo. El tejido blando abdominal circundante debe ser tan plano como sea posible para asegurar un sello hermético y evitar escapes. La valoración preoperatoria por una enfermera terapeuta enteroestomal es de gran importancia para identificar el sitio ideal para el estoma y asesorar y enseñar al paciente.

2.3.2. CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS

SEGÚN SU FUNCIÓN

- **Nutrición.**-Son una vía abierta de alimentación, mediante una sonda en el aparato digestivo.
- **Drenaje.**- Son una vía abierta, mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
- **Eliminación.**- Su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.

SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA SERÁN

- **Temporales.-** Si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado.
- **Definitivas.-** Si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo.

SEGÚN EL ÓRGANO IMPLICADO

- Colostomía
- Ileostomía
- Urostomía

2.3.3. OSTOMÍAS DE NUTRICIÓN

Es un procedimiento quirúrgico, radiológico o endoscópico, mediante el cual se coloca una sonda, normalmente en el estómago o yeyuno, que se exterioriza a través del abdomen, para utilizarla como vía de alimentación en los pacientes en que así esté indicado.

2.3.3.1. INDICACIONES

Son muy variadas, hay que revisar cada caso de forma individual, para valorar el tipo de vía más adecuada en cada paciente y adaptarla a cada circunstancia.

Está indicada en pacientes muy diversos, como:

- ❖ Pacientes neurológicos (ELA, ACV, demencias degenerativas, Parkinson avanzado, etc.).
- ❖ Broncoaspiraciones recurrentes (paso de los alimentos al árbol bronquial).
- ❖ Fístulas traqueo-esofágicas o esófago-cutáneas.
- ❖ Quemaduras extensas.
- ❖ Dermatomiosítis.
- ❖ SIDA avanzado.

- ❖ Enterítis por radiación.
- ❖ Fístulas entéricas altas (yeyunostomía).

2.3.3.2. TIPOS DE OSTOMÍAS DE NUTRICIÓN

Dependiendo de su localización:

- ❖ Gastrostomía
- ❖ Yeyunostomía

Dependiendo del procedimiento utilizado:

- ❖ Gastrostomía/yeyunostomía endoscópica percutánea, se realiza mediante técnica endoscópica.
- ❖ Gastrostomía radiológica o fluoroscópica, se realiza mediante técnica radiológica.
- ❖ Gastrostomía/yeyunostomía quirúrgica, se precisa de una intervención quirúrgica para su colocación.

2.3.3.3. VÍA DE ELECCIÓN

Se ha de tener en cuenta la situación del paciente, la enfermedad de base que crea la necesidad y las patologías concomitantes que pueden interferir en el proceso. Previamente a la valoración de una ostomía, puede considerarse la posibilidad de colocar una sonda de alimentación, bien sea nasogástrica (a nivel de estómago) o transpilórica (a nivel de duodeno o yeyuno). Las ostomías también se utilizan para la administración de medicamentos por vía digestiva.

2.4. GASTROSTOMÍA

2.4.1. DEFINICIÓN: Es la intervención quirúrgica que consiste en la apertura de un orificio en la pared anterior del abdomen para introducir una sonda de alimentación al estómago, la cual es de material flexible, está graduada en su parte externa, sobresale unos 20 cm de la piel y puede tener distintos calibres. Tiene una placa de fijación interna y otra externa para evitar su salida accidental, se recambia cada 8-12 meses.

2.4.2. TIPOS DE GASTROSTOMÍAS

GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA (PEG): Es un procedimiento que consiste en la colocación de una sonda en el estómago, a través de la cavidad abdominal, con punción percutánea, utilizando para ello una técnica endoscópica (gastroscopia).

GASTROSTOMÍA RADIOLÓGICA PERCUTÁNEA (GRP): Se realiza mediante ayuda radiológica.

GASTROSTOMÍA QUIRÚRGICA: Es un procedimiento más complejo. Se realiza en quirófano y bajo anestesia general. Por ello es recomendable, siempre que sea posible, la realización de las técnicas previamente descritas.

2.4.3. CUIDADOS DE LA GASTROSTOMÍA

- ❖ Limpiar diariamente la porción externa de la sonda y conexión de la misma, con agua y jabón. Aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.
- ❖ Comprobar que la zona del estoma no sea dolorosa ni presente irritación cutánea ni exudado.
- ❖ Curar el estoma con antiséptico los 15 primeros días, tapando posteriormente el estoma con una gasa estéril; una vez transcurrido ese tiempo se limpiará con agua jabonosa, aclarando bien para que no queden restos. El estoma ha de limpiarse con movimientos circulares y suaves, insistiendo en la zona que está por debajo de la placa de fijación, sin tirar de ella para evitar el desplazamiento de la sonda, y sin hacer presión sobre el estoma.
- ❖ Observar que la sonda no se haya desplazado, antes de administrar la dieta, revisando la graduación externa de la sonda.
- ❖ Girar diariamente la sonda para evitar que se adhiera a la piel periestomal.
- ❖ Mantener cerrados los tapones, excepto cuando sea necesario para administrar la dieta o los medicamentos.
- ❖ En las sondas de sustitución se comprobará el agua del balón de fijación cada 15-20 días.
- ❖ La sonda ha de ser cambiada cada 8-12 meses.

2.5.YEYUNOSTOMÍA

2.5.1. DEFINICIÓN: Consiste en la colocación de una sonda en el yeyuno que se exterioriza a través de la cavidad abdominal. Se utilizan en menor medida que las gastrostomías, ya que se relacionan con mayor número de complicaciones y delicado manejo.

Básicamente existen dos tipos, según el procedimiento que se utilice: la endoscópica y la quirúrgica.

2.5.2. INDICACIONES

Está indicada de forma específica en aquellos pacientes con nutrición por sonda a largo plazo, que presenten elevado riesgo de aspiración de alimentos al árbol bronquial o con problemas en el tracto gastrointestinal que se encuentra por encima del yeyuno.

2.5.3. CUIDADOS EN LAS YEYUNOSTOMÍAS

- ❖ Limpiar diariamente la porción externa de la sonda y conexión de la misma, con agua y jabón. Aclarar y secar bien para que no queden restos de jabón.
- ❖ Curar el estoma con antiséptico los 15 primeros días; posteriormente se limpiará el estoma con agua jabonosa, aclarando bien para que no queden restos.
- ❖ Observar que la sonda no se haya desplazado, antes de administrar la dieta, revisando la graduación externa de la sonda.
- ❖ Mantener cerrados los tapones, excepto cuando sea necesario para administrar la dieta o los medicamentos.
- ❖ Se utilizan los preparados para nutrición enteral. Administrar en los volúmenes predeterminados, conseguiremos el aporte calórico y proteico necesario para conformar una dieta equilibrada.

Para minimizar el riesgo de complicaciones:

- ❖ Comprobar la fecha de caducidad de la fórmula.
- ❖ Agitar el envase para homogeneizar su contenido.
- ❖ Administrar a temperatura ambiente. Si no se utiliza todo el envase se puede reservar el sobrante en nevera, sacándolo un rato antes de la siguiente toma para que atempere. Nunca se ha de utilizar un envase abierto de más de 24 horas.
- ❖ Ha de desecharse cualquier producto en el que se observe la presencia de grietas o suciedad en el envase.
- ❖ El paciente ha de estar sentado o con la cabecera incorporada durante la administración y durante una hora más tras la misma para evitar el reflujo.
- ❖ Lavarse las manos, con agua y jabón antes de proceder a la administración de la dieta.
- ❖ Comprobar el residuo gástrico, antes de la administración de cada toma; para ello se conectará una jeringa de 50 o 100 ml, al conector de la sonda y se aspirará suavemente. Esta técnica nos permitirá conocer el grado de tolerancia del paciente a la nutrición enteral. Si se aspira más de 200 ml se retrasará una hora la administración de la siguiente toma.
- ❖ En las sondas de yeyunostomía no se comprobará el residuo gástrico, posteriormente se procederá a administrar la dieta, según las indicaciones prescritas.
- ❖ Tras la administración de la nutrición enteral y/o la medicación hemos de introducir agua a través de la sonda, para retirar los restos que hayan quedado en su luz y evitar la obstrucción de la misma.
- ❖ Lavar el material que se haya utilizado.

2.6. OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN

2.6.1. DEFINICIÓN: Son aquellas aberturas quirúrgicas del intestino delgado o grueso hacia la pared abdominal, desembocando a la piel en un orificio, denominado estoma como tal, y que cumple funciones del ano (ano contranatural).

2.6.2. CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN

POR EL TIPO DE EVACUACIÓN

- Cerrado.-Termosellados y es necesario una bolsa para cada utilización
- Abierto.- El extremo inferior está abierto para vaciar la bolsa, se cierra mediante una pinza y en las urostomías mediante válvulas de vaciado

POR EL SISTEMA DE SUJECCIÓN

- **Único.-** Adhesivo y bolsa forman una sola pieza y se colocan sobre la piel
- **Doble.-**Compuesto por disco adhesivo y bolsa colectora que se presenta por separado. El disco se adapta a la piel y la bolsa se encaja en el disco adhesivo

2.7. COLOSTOMÍA

2.7.1. DEFINICIÓN:Procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar un extremo del intestino grueso y exponerlo a través de una abertura de la pared abdominal anterior, por la cual se producirá la eliminación de la materia fecal. Se utiliza en distintas enfermedades que afectan el tránsito intestinal normal, pudiendo ser transitoria (cuando en una segunda operación, se vuelve a insertar el extremo del colon al recto), o definitiva.

2.7.2. CAUSAS

Las más frecuentes son las siguientes:

- ❖ Cáncer de colon, recto y ano
- ❖ Oclusión y obstrucción intestinal
- ❖ Poliposis familiar
- ❖ Diverticulitis
- ❖ Causas congénitas
- ❖ Traumatismos ano rectales

- ❖ Otras: infección perianal, fistulas

2.7.3. CLASIFICACIÓN DE LAS COLOSTOMÍAS

SEGÚN SU PERMANENCIA

- ❖ **TEMPORALES:** Significa que luego serán cerradas, se realizan en urgencias de colon. Están indicadas en caso de perforación cólica traumática, absceso cólico y pericólico, oclusión aguda del colon, estrangulación con compromiso vascular como el vólvulo de sigma, o la hernia con necrosis colónica.
- ❖ **DEFINITIVAS:** Indicada en dos circunstancias, vinculadas siempre a procesos cancerosos: cuando se utiliza como intervenciones paliativas en cáncer de colon, cuando existe un cuadro oclusivo o suboclusivo consecuencia de un tumor que, quirúrgica y biológicamente, es inextirpable. En la cirugía de exéresis del cáncer de recto y ano, en la cual se practica una amputación abdominoperineal.

POR SU LOCALIZACIÓN

- ❖ **COLOSTOMÍA TRANSVERSA:** Realizada sobre el ángulo derecho del colon transversal.
- ❖ **COLOSTOMÍA ILIACA:** Realizada sobre el sigmoide o colon descendente, resultando una colostomía a nivel de la fosa iliaca derecha.
- ❖ **COLOSTOMÍA PERINEAL:** Realizada en raras ocasiones y como consecuencia de una amputación abdominoperineal del recto, dejando una colostomía a nivel del periné posterior.

SEGÚN LA TÉCNICA

- ❖ **HARTMANN:** Se realiza en situaciones en las que se considera necesario extirpar una parte del colon (descendente o sigma) y no practicar la anastomosis en la misma intervención

2.8. ILEOSTOMÍA

2.8.1. DEFINICIÓN:

Es una apertura artificial del intestino delgado a la pared abdominal, desembocando en un estoma o ano artificial. La elección del sitio donde efectuarla es de vital importancia en general en el cuadrante inferior derecho del abdomen, por debajo del ombligo a través del musculo recto abdominal, alejado de prominencias óseas, de pliegues de la piel y cicatrices.

Esta cirugía es permanente. Deberá usarse bolsa las 24 horas del día.

2.8.2. INDICACIONES

Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, poliposis o cólico familiar, cáncer de colon o recto, amebiasis fulminante.

2.8.3. CLASIFICACIÓN DE LAS ILEOSTOMÍAS

SEGÚN SU PERMANENCIA

- ❖ **DEFINITIVAS:** Es el resultado de una amputación total de colon y recto, abocado a piel el extremo del íleon que esté libre de enfermedad. Esta exteriorización se realiza mediante la eversión de la pared intestinal, quedando un pezón o un tetón (técnica de brooke) con el fin de evitar el contacto de las heces con la piel circundante al estoma.
- ❖ **TEMPORAL:** Por lo regular se recurre a una ileostomía temporal para “proteger” una anastomosis con riesgo de escape (posición baja en el recto, en un campo radiado, un paciente inmunocomprometido o desnutrido y en algunas operaciones urgentes), en este caso, el estoma se construye como una ileostomía en asa. Al igual que en las colostomías, existen dos alternativas: ileostomía en asa con tutor o en cañón de escopeta. Se suelen realizar en cirugía programada como prevención a la anastomosis ileoanal con reservorio,

para disminuir el riesgo de infecciones y dehiscencia de suturas empleadas para realizar el reservorio

- ❖ **ANASTOMOSIS ILEOANAL CON RESERVORIO:** que consiste en la creación de una bolsa o reservorio con el íleon terminal que permita desempeñar la función de almacenamiento de las heces.

SEGÚN LA TÉCNICA:

- ❖ **TIPO BROOKE:** La ileostomía estándar es el tipo más común de ileostomía que se hace. El extremo del íleon (parte del intestino delgado) se anastomosisa a través de la pared de su abdomen. Luego, se sutura a la piel. Es normal que la ileostomía sobresalga una pulgada (2.5 centímetros) más o menos. Esto hace que la ileostomía sea como una boca y protege la piel de la irritación de las heces.

2.8.4. CAUSAS

Las causas más frecuentes de ileostomía son las siguientes:

- ❖ Colitis ulcerosa
- ❖ Poliposis cólica familiar
- ❖ Enfermedad de Crohn
- ❖ Cáncer de colon y recto
- ❖ Enterocolitis
- ❖ Amebiasis

2.9. PREPARACIONES OPERATORIAS PARA OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN

Se prepara el intestino porque la disminución de la carga bacteriana en el colon y el recto reduce la incidencia de infección posoperatoria.

2.9.1. PASOS PARA PREPARAR EL INTESTINO

- ❖ La noche anterior a la operación se realiza la preparación mecánica del intestino con catárticos para eliminar las heces sólidos del colon.
- ❖ También se recomienda profilaxis con antibióticos. se piensa que la adición de antibióticos orales a la preparación mecánica del intestino, disminuye las infecciones posoperatorias al atenuar de forma adicional la carga bacteriana del colon.
- ❖ Justo antes de la incisión de la piel debe administrarse un antibiótico parenteral de amplio espectro.

2.9.2. EVALUACIÓN CLÍNICA

VALORACIÓN CLÍNICA

Los puntos iniciales de la valoración de pacientes con sospecha de una afección de colon y recto incluye:

- ❖ Interrogatorio
- ❖ Exploración física completos
- ❖ Antecedentes médicos y quirúrgicos del paciente
- ❖ Antes de recomendar una intervención quirúrgica debe determinarse la propiedad del tratamiento médico. Además del examen del abdomen son esenciales la inspección del ano, perineo y un tacto rectal cuidadoso.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- ❖ Endoscopias (anoscopia, proctoscopia, sigmoidoscopia y colonoscopia flexible, capsula endoscópica).
- ❖ Imágenes (radiografías simples, estudios con medio de contraste, tomografía computarizada, coloscopia virtual por tomografía computarizada, imágenes por resonancia magnética, ecografía endorrectal).

- ❖ Estudios de evacuación rectal (valora la capacitación de un paciente para expulsar un globo interrectal).

EXAMENES DE LABORATORIO

- ❖ Prueba de sangre oculta en heces
- ❖ Estudios de heces
- ❖ Pruebas séricas
- ❖ Pruebas tumorales

2.10. UROSTOMÍA

2.10.1. DEFINICIÓN: Implica la cistectomía y el desvío del curso de la orina a la piel o a la luz intestinal

2.10.2. CLASIFICACIÓN DE LAS UROSTOMÍAS

POR SU PERMANENCIA:

- ❖ **TEMPORALES:** Son aquellas en las que se puede restablecer posteriormente la continuidad del trayecto normal de la orina.
- ❖ **DEFINITIVAS:** Se hacen con la intención de mantenerlas por tiempo indefinido, no siendo posible restablecer la continuidad.
- ❖ **Internas:** de uréteres a intestino en continuidad, Urétero-sigmoideostomía, Vejiga rectal
- ❖ **Externas:** Directamente de pelvis o riñón a piel:
 - Pielostomías: cuando la parte derivada es pelvis renal.
 - Nefrostomías: en este caso la parte derivada es el parénquima renal.
 - Nefrostomías en raqueta.

Directamente de uréter a piel:

- Ureterostomía unilateral: si se deriva un único uréter.
- Ureterostomía bilateral: si se derivan ambos uréteres.
- Ureterostomía en cañón de escopeta: cuando los dos uréteres, abocan a la piel y se localizan juntos.
- Transuretero-ureterostomía en Y: cuando se realiza una derivación de un uréter a otro y éste se aboca a la piel.

Con tramo de intestino interpuesto entre uréter y piel:

- Con intestino grueso
- Con intestino delgado (técnica de Bricker): Se aísla un segmento de íleon que se abre en un estoma. El estoma se realiza evertiendo el segmento intestinal, como si se tratara de una ileostomía.

2.10.3.CAUSAS

Las causas más frecuentes de urostomía son las siguientes:

- ❖ Neoplasias urológicas y extraurológicas
- ❖ Vejiga neurógena
- ❖ Malformaciones congénitas
- ❖ Extrofía vesical
- ❖ Uropatías obstructivas
- ❖ Traumatismos

2.11. DISPOSITIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

Los dispositivos pueden ser:

- Colectores
- Continentes
- Accesorios y protectores cutáneos

2.11.1. SISTEMAS COLECTORES

Se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.

2.11.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS COLECTORES

PRINCIPALES

- ❖ Seguridad de sujeción: deben tener un poder de fijación suficiente, que asegure la independencia del individuo portador.
- ❖ Protección de la piel: los materiales que forman parte del adhesivo deben prevenir la irritación de la piel periestomal.

SECUNDARIAS

- ❖ Eficacia: deben recoger óptimamente los residuos y facilitar la eliminación de gases.
- ❖ Manejabilidad: tanto la aplicación como la retirada del dispositivo debe ser fácil para la persona ostomizada.
- ❖ Discreción: deben ser discretos y no hacer ruido.
- ❖ Filtración: deben filtrar los malos olores.

2.11.3. TIPOS DE SISTEMAS COLECTORES

Dependiendo del tipo de evacuación:

- ❖ Cerrados: Están termo selladas y es necesaria una bolsa para cada utilización.
- ❖ Abiertos: El extremo inferior está abierto con lo que la bolsa se puede vaciar.

Existen 2 tipos:

- Abiertas: se cierran mediante una pinza.
- De Urostomía: se cierran mediante una válvula de vaciado.

Dependiendo del sistema de sujeción:

- ❖ Único: El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.
- ❖ Múltiple: El disco adhesivo y la bolsa son dos elementos que se presentan por separada. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico. Se dio que son 2 piezas cuando el disco y la bolsa engranan directamente. Los sistemas más modernos se denominan de 3 piezas, ya que además existe un tercer elemento, el cierre de seguridad (clipper) que garantiza la unión de la bolsa al disco.

Atendiendo al color:

- ❖ Transparentes: Permiten observar el estoma y ver el contenido. Son el más idóneo en el hospital.
- ❖ Opacas: Son de color beige, más discretas

2.11.3.1. COMPONENTES DE LAS BOLSAS:

- ❖ Filtros: los llevan todas las bolsas cerradas. Están constituidos por un disco de carbón activado que permite el paso del aire, pero retiene el olor. En los dispositivos más modernos los filtros son muy eficaces.
- ❖ Plásticos: en la actualidad se usan plásticos muy avanzados que mantienen los olores dentro de la bolsa y a la vez hacen muy poco ruido.
- ❖ Tela sin tejer: transpirable en la cara interna que evita el contacto de la piel con el plástico.
- ❖ Válvula de vaciado y válvula antirreflujo: en las bolsas de urostomía

- ❖ Obturador: Es una prótesis externa con forma de tapón, que asegura una colostomía. Está compuesto por una espuma de poliuretano, que se presenta comprimida a la mitad de su volumen y envuelta en una película de alcohol polivinilo.

Existen 2 versiones:

- ❖ Obturador de 1 pieza: el adhesivo y el tapón forman un solo elemento. Está precortado y listo para su uso.
- ❖ Obturador de 2 piezas: compuesto por un disco adhesivo y un obturador. El disco es recortable.

Hay que remarcar el hecho de que el obturador se puede adoptar como método de continencia, para realizar todas aquellas actividades donde el colostomizado prefiera sentirse continente llevando un dispositivo más higiénico discreto.

La técnica de la irrigación y el uso del obturador son compatibles, puesto que se complementan. La irrigación permite el control de las descargas fecales, pero no garantiza la salida imprevista de gases y, por lo tanto, la existencia de ruidos y olores. El obturador asegura la continencia «durante su utilización» eliminando los ruidos y olores.

Los flatos se eliminan y el mal olor queda retenido en un filtro que va en cubierta. Así se consigue una continencia fecal, sin ruidos, ni olores.

2.11.4. ACCESORIOS Y PROTECTORES CUTÁNEOS

- ❖ Placas autoadhesivas: con una elevada proporción de hidrocoloides, son altamente absorbentes y protectoras. Muy indicadas para irritaciones de la zona periestomal.
- ❖ Pasta niveladora: se utiliza como pasta de relleno en pliegues cutáneos; desniveles, para favorecer la adaptación de los dispositivos y evitar fugas. Tiene propiedades regenerativas para la piel.

- ❖ Desodorante: polvos que eliminan el mal olor. Se aplican dentro de las bolsas antes de su colocación.
- ❖ Filtros sueltos: se pegan en la parte superior de las bolsas y luego se perforan con un alfiler. Se utilizan en bolsas que no llevan filtros.
- ❖ Crema barrera: garantiza el equilibrio del pH cutáneo y actúa como barrera frente a la humedad, reduciendo los efectos irritantes de la orina y heces. Indicada en irritaciones de la zona periestomal.
- ❖ Película protectora: forma como una «segunda piel» que protege la piel contra los productos de desecho, sin impedir su transpiración. Se utiliza para prevenir posibles irritaciones (no para tratamiento).
- ❖ Toallitas y loción limpiadora: para limpiar la zona periestomal. Útiles para viajes.

2.11.5. CRITERIOS DE ELECCIÓN DE LOS DISPOSITIVOS

La elección del dispositivo adecuado va a depender fundamentalmente del tipo de ostomía, de la consistencia de las heces y la sensibilidad de la piel periestomal.

COLOSTOMÍA ASCENDENTE Y TRANSVERSA

- ❖ Bolsa abierta si las heces son muy líquidas o bolsa cerrada si éstas son pastosas. Posible elección de 1 ó 3 piezas.

COLOSTOMÍA DESCENDENTE Y SIGMOIDE

- ❖ Bolsas cerradas: Es posible elegir 1 ó 3 piezas.
- ❖ Posible utilización de métodos continentales como irrigación, obturador o ambos.
- ❖ Bolsa abierta que se cierra mediante pinza. Es posible elegir 1 ó 3 piezas.

UROSTOMÍA

- ❖ Bolsa de urostomía (con válvula de vaciado y válvula antirreflujo). Es posible elegir 1 ó 3 piezas.

2.12. IRRIGACIÓN EN LAS OSTOMÍAS

2.12.1. DEFINICIÓN: Es un lavado intestinal, mediante la introducción de agua (de 500 cc a 1.500 cc) en el colon distal, a través del estoma, a temperatura corporal.

2.12.2. OBJETIVO: Es mantener la colostomía en reposo hasta la siguiente irrigación, es decir, sin que salgan heces por ella.

2.12.3. MECANISMO DE ACCIÓN:

- La colostomía sólo funcionará como respuesta a un estímulo mecánico como la introducción regular de agua.
- Como consecuencia de la distensión del colon, se producen contracciones que provocan la expulsión del contenido intestinal.
- La evacuación completa del colon deja el intestino vacío y es capaz de retener todo material fecal formado, hasta la siguiente irrigación.
- A pesar de la limpieza de heces del colon, no puede eliminarse la existencia ocasional de gases, por lo tanto, el ruido.
- No se debe realizar la irrigación en caso de diarrea, ni si se está bajo tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

2.12.4. CONTRAINDICACIONES

- Colostomías ascendentes
- Colostomías transversas

- Ileostomías
- Urostomías
- En afectaciones de diarrea
- Con heces de consistencia pastosa

2.12.5. MATERIALES PARA LA IRRIGACIÓN

Normalmente, todos estos materiales forman parte de un kit de irrigación que incluye todo lo necesario.

- ❖ Bolsa contenedora de agua.-Es la bolsa que llenaremos de agua para realizar la irrigación. Tiene una abertura en la parte superior para el llenado y un termómetro que indica la temperatura del agua.
- ❖ Tubuladura de conexión.-Es un tubo transparente que conduce el agua desde la bolsa hasta el cono y dispone de un sistema que permite visualizar el flujo de agua. De este modo podemos modular la velocidad de entrada del agua hacia el interior del intestino.
- ❖ Cono de irrigación.-Es un cono de material plástico suave que se introduce en el estoma para vehicular el agua de la irrigación hacia el intestino.
- ❖ Cinturón y base.-En algunos modelos, el cinturón sostiene una base para sujetar las mangas durante la irrigación. El cinturón siempre es adaptable al perímetro de la persona y la base tiene un diámetro que compatible con la mayoría de estomas.
- ❖ Mangas de recogida de heces.-Se trata de bolsas con dos aberturas, una en la parte superior y otra en la inferior- que permiten la recogida de las heces durante irrigación.
- ❖ Bolsa mini u obturador.-Después de la irrigación se pueden utilizar sistemas de continencia como un obturador que no permite la salida de heces durante un periodo de tiempo. Para el mismo propósito, también se pueden usar mini- bolsas que permiten la recogida de heces en el caso de que pudiera salir algún resto.

2.12.6. SITUACIONES ESPECIALES EN LA IRRIGACIÓN

SI PRESENTA DIARREA

- No llevar a cabo la irrigación. Es mejor utilizar el dispositivo recolector normal, la bolsa.
- La diarrea puede ser debida a varias causas. Prueba a determinar cuál es con el fin de facilitar el tratamiento.
- Tener en cuenta los consejos alimenticios habituales para estas situaciones.

SE PUEDE INTERRUMPIR LA IRRIGACIÓN

- La irrigación puede interrumpirse siempre que sea preciso. Por enfermedad o por vacaciones, en lugares poco propicios para llevarla a cabo. En este último caso, es mejor detener la irrigación dos o tres días antes de la salida, con el fin de verificar que se reinicia de forma espontánea y correcta, el tránsito intestinal.
- Cuando reinicies la irrigación después de una interrupción, debes tener en cuenta que tu intestino precisa de algunos días para volver a habituarse de nuevo.

Y SI APARECE UN DOLOR DEL TIPO CÓLICO DURANTE LA IRRIGACIÓN

- Detener la entrada del agua.
- Respira profundamente y con amplitud varias veces, a modo de relajación.
- Revisa la temperatura del agua: si está demasiado fría puede provocar, en alguna ocasión, dolor cólico.
- Hacer un masaje suave en el abdomen
- Empieza de nuevo, lentamente, la introducción de agua.

2.12.7. PASOS PARA LA IRRIGACIÓN

1.-Prepara todo el material que vas a necesitar para la irrigación y prepárate un lugar cómodo.

- 2.- Cierra la llave de paso antes de llenar el depósito de agua.
- 3.- Llena el depósito de agua (de 500cc a 1.500cc), según tu peso y tu talla o la tolerancia). El agua debe estar a temperatura ambiente (aprox. 30-37°C). Si está muy fría puede producir dolor cólico, nunca debes utilizar agua caliente.
- 4.-Cuelga el contenedor de un gancho, de forma que su extremo inferior quede a la altura del hombro, mientras entra el agua, tanto si llevas a cabo la irrigación sentado como de pie.
- 5.- Conecta el cono al tubo transparente del depósito de agua y deja salir agua por el sistema para evitar la entrada de aire al intestino. Retira el dispositivo que estés utilizando, ya sea una bolsa o un obturador y limpia la zona alrededor del estoma.
- 6.-Retira el protector del adhesivo de la manga de irrigación.
- 7.- Adhiere la manga de irrigación al abdomen. Puedes hacerlo:
 - a: Directamente sobre la piel del abdomen.
 - b: Sobre la base incluida en el kit de irrigación
 - c: Sobre la base de la bolsa de 2 piezas.
- 8.- Colócate sobre el WC con la manga introducida en el interior del mismo.
- 9.- Lubrica la parte del cono que entra por el estoma. Introduce el cono por la parte superior de la manga, llévalo hasta el estoma e introdúcelo en él, en la misma dirección que toma el intestino.
- 10.-Sujeta suavemente el cono con los dedos de la mano, para asegurarte de que no salga durante la entrada de agua.
- 11.-Abre la válvula reguladora de flujo para permitir la entrada de agua a través del estoma, durante unos diez minutos. Recuerda que puedes llevar a cabo la irrigación de pie o sentado, como más cómodo te encuentres. De hacerlo sentado, la parte inferior de la manga puede

introducirse directamente dentro del W.C. Mientras entra el agua a través del estoma, la apertura de la parte inferior de la bolsa puede mantenerse cerrada, con una pinza o con el sistema de auto cierre.

12.-Cuando ha entrado toda el agua, cierra la válvula de control y mantén el cono un par de minutos, para evitar un reflujo demasiado rápido. A continuación retira el cono y cierra la apertura superior de la bolsa para evitar salpicaduras. El peristaltismo comienza y el intestino empieza a vaciarse de forma intermitente. Este proceso varía según las personas pero con cierta frecuencia se necesita de 40 a 50 minutos. Cuando la descarga es abundante, la parte inferior de la manga puede colocarse directamente dentro del inodoro.

13.-Limpia el estoma y la zona a su alrededor. Seca suavemente la piel pero asegúrate de que quede bien seca.

14.-Limpia el cono y el resto del material y guárdalo hasta la siguiente irrigación.

15.-Después de la irrigación puedes usar un obturador o una bolsa mini de recogida.

2.13. COMPLICACIONES DE LAS OSTOMIAS

Las ostomías pueden provocar complicaciones de aparición inmediata o tardía, las cuales inciden de manera importante en la calidad de vida del paciente.

2.13.1. COMPLICACIONES INMEDIATAS

Son las que aparecen en los primeros días después de la intervención. La actuación de enfermería incluye la prevención, detección y cura/cuidado de las complicaciones.

- ❖ **NECROSIS.**-Está relacionada siempre con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. Se identifica por el cambio progresivo de color del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Es importante establecer la extensión de la isquemia y la afección

total o parcial de la circunferencia del estoma, así como la profundidad del colon afectado.

Intervenciones de enfermería.-Hay que controlar el color y aspecto del estoma en su totalidad, valorando la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma. Utilizaremos un dispositivo transparente y de dos piezas para facilitar la visualización permanente del estoma.

- ❖ HEMORRAGIA.- Aparece en las primeras horas del post-operatorio y la causa principal, es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal.

Intervenciones de enfermería: Valoraremos la cantidad de la pérdida, el origen venoso o arterial de la misma y el estado hemodinámico del paciente. Si la hemorragia es entero-cutánea realizaremos hemostasia local o compresión manual. La utilización de un dispositivo transparente y de dos piezas nos facilitará la visualización permanente del estoma.

- ❖ DEHISCENCIA.- Es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal, que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal. Las causas más frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del orificio cutáneo demasiado grande en relación al tamaño del intestino.

Intervenciones de enfermería. Valoraremos la extensión y la localización de la dehiscencia con la técnica de las agujas horarias para un mejor control evolutivo. Procederemos a curar de la dehiscencia como cualquier herida quirúrgica, aplicando después una crema barrera para evitar la filtración del efluente y facilitar la cicatrización por segunda intención. El dispositivo que se utilice será de dos piezas para evitar Intervenciones innecesarias.

- ❖ EDEMA.- Es la inflamación fisiológica y el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa intestinal como consecuencia de la movilización y manipulación propia del acto quirúrgico.

Intervenciones de enfermería. Valoramos el aspecto y coloración de la mucosa, así como la funcionalidad de la ostomía. Posteriormente aplicamos suero hipertónico frío sobre el estoma. No se debe utilizar nunca hielo directo por el riesgo de quemadura por frío en la mucosa.

- ❖ INFECCIONES PERIOSTOMALES.-Es una complicación poco frecuente causada por la contaminación, precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar una celulitis o un absceso y provocar otras complicaciones como la dehiscencia parcial o total del estoma.

Intervenciones de enfermería. Debemos extremar las medidas de asepsia en la cura del estoma e identificar precozmente los signos de infección. Cuando para tratar la infección se utiliza un drenaje, hay que intentar que el exudado no condicione la adhesión del dispositivo.

- ❖ OCLUSIÓN.- Es la reducción o la pérdida de luz del intestino a causa de la aparición de un vólvulo o de bridas que obstaculicen el orificio parietal. Un edema de la mucosa intestinal puede comprometer también la luz intestinal.

Intervenciones de enfermería. Realizamos una valoración de la funcionalidad del estoma y el control del estado general del paciente: dolor, distensión abdominal, fiebre, hipotensión arterial, etc. Intentaremos pasar una sonda empezando por un calibre pequeño que iremos aumentando progresivamente.

- ❖ PERFORACIÓN y/ó FISTULIZACIÓN.- Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por yatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados.

Intervenciones de enfermería. Hay que valorar toda la mucosa ostomal al hacer la cura, ya que la fístula puede aparecer en la zona inferior y estar cubierta por el propio estoma. Debe evitarse la fricción de los bordes de los dispositivos utilizando crema, barrera o apósitos hidrocoloides. Es muy importante la detección precoz de signos de infección alrededor del estoma y la valoración

de la cantidad y características del exudado: fecaloide, purulento, etc. Se realizará un cultivo bacteriológico del exudado.

- ❖ **EVISCERACIÓN.-** Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal, alrededor del estoma. Se produce cuando el orificio muscular es excesivamente grande, en relación al tamaño del intestino abocado, hay hipertensión abdominal, la pared abdominal presenta una hipoplasia o la implantación del estoma se realiza muy próxima a la herida laparotómica.

Intervenciones de enfermería. Aislaremos la zona con un campo estéril, protegiendo el tramo eviscerado con gasas estériles humedecidas con suero fisiológico tibio, para evitar la contaminación y el secado del intestino.

2.13.2. COMPLICACIONES TARDÍAS

Suelen aparecer cuando, ya está dado de alta, por lo que los conocimientos para la detección de estas complicaciones es un tema prioritario en la educación pre-alta.

- ❖ **PROLAPSO.-** Es la Protusión de una asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. Técnicamente puede estar causado por un colon móvil proximal al estoma excesivamente larga o por un orificio muscular demasiado ancho. Otra causa sería la hipertensión abdominal, por la tos o el llanto. Es más frecuente en ileostomías que en colostomías. Si el prolapso afecta la calidad de vida del paciente hay que valorar la reparación quirúrgica.

Intervenciones de enfermería. Hay que valorar el grado de prolapso y la funcionalidad del estoma. Realizamos maniobras de reducción colocando al paciente en decúbito supino y presionando con movimientos circulares suaves, el extremo del estoma hacia el interior del orificio abdominal. Si es necesario, modificaremos la dieta del paciente para prevenir el estreñimiento.

- ❖ **ESTENOSIS.**-Es la disminución progresiva de la luz del estoma, una deficiencia en la irrigación del intestino. La clínica se manifiesta por la dificultad de la evacuación.

Intervenciones de enfermería. Valoramos el grado de estenosis según el paso de una sonda, empezando por un calibre pequeño que iremos aumentando progresivamente. Las dilataciones con sonda deben realizarse siempre bajo supervisión del cirujano, puesto que es el que sabe la orientación que sigue el intestino. Hay que valorar la necesidad de irrigaciones con suero fisiológico tibio para evitar la formación de fecalomas.

- ❖ **GRANULOMA.**- Es una protuberancia epidérmica periestomal formada por pequeñas masas carnosas, que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periestomal.

Intervenciones de enfermería. Controlar la retirada de los puntos o del estado de la sutura en caso de puntos reabsorbibles. Debemos aplicar el dispositivo correcto para evitar fugas de efluente y utilizar cremas barreras o niveladoras para conseguir una buena adaptación entre la piel periestomal y el dispositivo. El crecimiento del granuloma se puede controlar con la aplicación de nitrato de plata.

- ❖ **RETRACCIÓN.**- Es el hundimiento del intestino hacia el interior del abdomen a causa de una tensión excesiva del intestino, debida generalmente al aumento ponderal. Se puede acompañar de una dehiscencia.

Intervenciones de enfermería. Colocamos un dispositivo adecuado que facilite la salida cutánea del estoma y aplicamos pasta niveladora en la zona desinsertada para conseguir un buen ajuste del dispositivo y evitar fugas hacia el interior del abdomen.

- ❖ **HIPERPLASIA EPITELIAL.**- Consiste en la incrustación de depósitos fosfáticos, que cubren total o parcialmente el epitelio del estoma y la zona periférica. Se asocia a las infecciones urinarias por gérmenes ureolíticos y ph alcalinos.

Intervenciones de enfermería. Hay que insistir al paciente y a la familia en la importancia de la higiene al realizar el cambio de dispositivo, así como en la importancia de evitar las fugas de orina utilizando los dispositivos y accesorios adecuados. Recomendaremos la ingesta abundante de agua y zumos de fruta y le enseñaremos a reconocer la correcta permeabilidad y funcionalidad de la urostomía y los signos precoces de infección urinaria.

- ❖ LESIONES YATROGÉNICAS.- Suelen ser ulceraciones y lesiones por decúbito provocadas por materiales inadecuados, inespecíficos o mal utilizados.

Intervenciones de enfermería. Hay que utilizar siempre el dispositivo adecuado a cada caso y situación. Cuando realicemos alguna exploración a través de la ostomía, intentaremos reconocer antes el trayecto del intestino con un tacto digital si es posible. Debemos detectar precozmente los signos de decúbito durante la utilización de varillas o dispositivos rígidos y si la piel periestomal está afectada, aplicar productos específicos para el tipo de lesión.

TIPOS DE DERMATITIS.

- ❖ DERMATITIS PERIOSTOMAL.- Las dermatitis periestomales son frecuentes y repercuten en el bienestar y calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante mantener la integridad de la piel, para evitar problemas dermatológicos.

La pérdida de la integridad cutánea de la zona está condicionada por varios factores: el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad del efluente según sea colostomía o ileostomía, el estado nutricional y general del paciente, la higiene general y de la zona, la disponibilidad del material adecuado y, sobre todo la habilidad de los cuidadores.

- ❖ DERMATITIS QUÍMICA POR CONTAMINACIÓN DEL EFLUENTE.-Es el problema dermatológico más frecuente, principalmente en las ileostomías. Es una irritación química producida, por el contacto de la piel con las heces, debido a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma a causa de una mala colocación de los dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.

- ❖ **DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO.**- La causa es la alergia al adhesivo del dispositivo, que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo, que no responde a las medidas habituales de prevención y cura, que provoca una cronificación de la dermatitis.

- ❖ **DERMATITIS FÍSICA o TRAUMÁTICA.**-Puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente del dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados y el uso de material inadecuado o no específico.

2.14. DIETA PARA OSTOMIZADOS

Esta no es estricta pero los alimentos tienen que ser bien masticados. Con el desarrollo de materiales para bolsas a prueba de olores, filtros de gas y desodorantes de bolsas y heces, las personas con ostomías pueden disfrutar de mayor libertad y confianza acerca de las comidas que elijan. No obstante, el paciente debe estar alerta para reconocer alimentos que producen efectos indeseables, como por ejemplo, mayor cantidad de heces. Algunos alimentos como cebollas, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos. Si el olor constituye un problema, incluso cuando se usan filtros de carbón para gases deben evitarse esos alimentos

GRUPOS BÁSICOS DE ALIMENTOS

TABLA DE GRUPOS BÁSICOS DE ALIMENTOS		
Las metas nutricionales para los pacientes ostomizados requieren de información dietética		
ALIMENTOS	PORCIÓN	RECOMENDACIONES
Carbohidratos complejos (pan blanco, galletas, avena ,arroz blanco)	6 a 11 al día	Durante las primeras 6 o 8 semanas, después de la cirugía, límite los alimentos que tengan fibra insoluble, ejemplo: trigo, salvo, maíz y nuez, luego, agregar gradualmente para comprobar tolerancia.
Vegetales (vainitas	3 a 5	Limite el apio, champiñones, ají,vegetales

verdes, blanco, cocidos, zanahorias, calabaza y tomates cocidos, papas cocidas sin cascara)	porciones al día	crudos, alimentos con semillas.
Frutas (manzana, plátanos, fruta enlatada con agua o jugo, jugos cítricos no endulzados)	2 ^a 4 porciones por día	Preparar como puré, evite el coco, piña y pasas, evite frutas secas

DIGESTIÓN DE ALIMENTOS

La Asociación Americana de Dietología, recomienda las siguientes categorías de alimentos y porciones. Considera las siguientes recomendaciones para una dieta saludable para ostomizados.

Alimento	Porción	Recomendaciones
Leche, queso ,yogur	2 a 3 porciones por día	Agregar los productos lácteos lentamente, si presenta diarrea o gas excesivo, elimínalo por un tiempo y luego insértalo nuevamente lentamente a la dieta.
Carne y proteínas (carne roja, pescado, pollo, frijoles secos, nueces y huevos)	3 porciones al día	Puede asar, cocer o freír en poca grasa, se recomienda preparar en su jugo natural envés de usar salsas.
Grasa, aceites y dulces	Utilice escasamente	Siempre escoger productos bajos de grasa

FUENTES DE VITAMINAS

DESCRIPCIÓN	EFFECTOS SOBRE LA SALUD	FUENTES ALIMENTICIAS
Vitamina C (antioxidante)	Protege contra algunos canceres y enfermedades cardiovascular	Ají rojo o verde, naranja, toronja, fresa, y vegetales

Vitamina B6	Ayuda al sistema inmune y previene enfermedades cardiovasculares.	Papas, plátanos, pescado, pollo, puerco, res, aguacate.
Potasio (mineral)	Ayuda a bajar la presión arterial, disminuye el riesgo de una embolia, y ayuda a regular el equilibrio de sal y líquidos.	Betabel, verduras, frijoles, aguacate, yogur, pescado, y plátanos.
Beta caroteno (anti-oxidante)	Ayuda en el crecimiento óseo y asiste al sistema inmune	Frutas, vegetales verdes y amarillos
Selenio (mineral)	Puede proteger contra el cáncer de próstata	Nueces, atún, ostras, pescado, pollo, germen de trigo, avena y huevos.
Zinc (mineral)	Ayuda a la cicatrización de las heridas y beneficia al sistema inmune.	Ostras, cangrejo, res, pollo, puerco, productos lácteos y frijoles.
Calcio (mineral)	Construye huesos y dientes fuertes regula la frecuencia cardiaca y las contracciones musculares	Productos lácteos, sardinas, salmón, brócoli, frijoles, nueces y semillas.
Magnesio (mineral)	Reduce el riesgo de enfermedad cardiaca y fortalece los huesos	Almendras, espinacas, semillas de girasol, pescado, arroz integral, aguacate y frijoles.
Vitamina B	Disminuye el riesgo de defectos congénitos y protege al cáncer y las enfermedades cardiovascular	Frijoles, espinacas, avena, maíz, espárragos, aguacates, brócoli, col.

REFERENCIA DE ALIMENTOS OSTOMIZADOS

Tabla de referencia de alimentos para ostomizados	
Es importante conocer los efectos, que producen algunos alimentos entre estos tenemos:	
Producen gases	Bebidas alcohólicas, frijoles, soya, bebidas gaseosas, coliflor, pepino, productos lácteos, goma de mascar, cebolla, rábano.
Producen olor	Espárragos, frijoles cocidos, brócoli, huevos, mantequilla de

	maní, queso fuerte, ajo
Aumentan las evacuaciones	Bebidas alcohólicas, granos enteros, leche, vegetales crudos, verduras, ciruela pasa.
Obstruyen el estoma	Cascara de manzana, apio vegetales, granos enteros, frutas secas, champiñones, piña,
Cambios de color	Espárragos, colorantes de alimentos, tabletas de hierro, gelatina roja, salsa de tomate, fresa.
Control de olor	Jugo de naranja, jugo de arándano, perejil, jugo de tomate y yogur.
Alivian el estreñimiento	Café tibio o caliente, frutas frescas y cocidas, vegetales cocidos, agua. Cualquier líquido tiene que ser tibio o caliente.
Control de la diarrea	Puré de manzana o plátano, arroz hervido, suplementos de fibra tapioca, pan tostado.

2.15. CUIDADOS GENERALES DEL ESTOMA

HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

Si hubiera heces, retirarlas con papel higiénico y, a continuación, limpiar la, piel del estoma con jabón neutro, esponja suave y agua tibia. Hacerlo con movimientos circulares de fuera adentro. Secar suavemente con toalla o pañuelos de papel. Si existe vello alrededor del estoma se debe cortar.

- ❖ Realizar un tacto al estoma para detectar posibles modificaciones del mismo.
- ❖ Medir el diámetro del estoma con ayuda de un medidor ,el dispositivo se deberá ajustar lo máximo posible al diámetro del estoma para prevenir irritaciones cutáneas.

BAÑO

Pueden bañarse o ducharse tan frecuente como lo deseen. Está permitido hacerlo sin la bolsa; si el paciente prefiere conservar la bolsa mientras se baña, puede usar papel o cinta a prueba de agua para cubrir los bordes de la barrera cutánea.

DEPORTES Y EJERCICIOS

En general los pacientes con ostomía no ven limitadas sus actividades y ejercicios. Al practicar ejercicios, pueden utilizar pequeñas bolsas por comodidad y apariencia. Los deportes de contacto que pueden traumatizar al estoma, como el fútbol, judo, lucha deben ser desalentados.

VIAJES

Al viajar siempre deben llevarse elementos de reserva para ostomía. Si se hacen irrigaciones, deben usarse agua destilada o embotellada.

2.15.1. CONSEJOS DESPUÉS DEL ALTA

Después de la cirugía de ostomía, muchas personas se preocupan que la bolsa sea visible bajo la ropa. Algunas personas piensan que no podrán usar ropa “normal”, o que tendrán que usar ropa que es muy grande para ellas. Usted podrá usar el mismo tipo de ropa que usaba antes de la cirugía. De hecho, las bolsas actuales no sobresalen y se ajustan tan bien al cuerpo, que lo más probable es que nadie sabrá que usted está usando una bolsa a menos que usted les diga.

La bolsa se puede usar adentro o afuera de su ropa interior, lo que sea más cómodo para usted. Las mujeres pueden usar pantimedias o fajas siempre y cuando no sean muy ajustadas. Escoja un traje de baño con diseño en lugar de uno de un solo color.

Es fundamental mantener la piel en buen estado para el bienestar del ostomizado. Para ello deberá estar siempre limpia y seca.

Hay que tener en cuenta que el estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención, por lo que habrá que medirlo asiduamente para adecuar el tamaño del dispositivo. Colocación del dispositivo Una vez pasado el post-operatorio inmediato es importante elegir el dispositivo más adecuado.

2.16. TEORÍAS DE ENFERMERÍA Y PACIENTE CON ESTOMA.

La profesión requiere de una metodología ordenada para establecerse, y para poner en práctica nuestros conocimientos, haciéndolo a través de modelos. En nuestro estudio, con la de Dorothea Orem (1994), podemos describir el autocuidado de los pacientes con ostomías, explicar por qué y cómo enfermería puede aportar en los cuidados de estas personas según el déficit de autocuidado a través de los sistemas de enfermería, junto con los lazos que se deben establecer para trabajar ordenadamente y con resultados positivos.

En la valoración de enfermería se puede detectar en qué fase de la adaptación se puede encontrar e intervenir adecuadamente de acuerdo a las necesidades que se manifiesten.

Haciendo hincapié en el primer párrafo, Orem explica el autocuidado de tal modo que podemos decir que una persona con ostomía aprende sobre las actividades para su cuidado con un objetivo, el cual se traduce en manejar adecuadamente su ostomía y adaptarse de modo integral a ella dentro de su medio.

Estos se van desglosando, primero, en los requisitos universales del autocuidado, los cuales debiendo ser comunes para todos, en estos pacientes cambia, ya que la eliminación es un patrón que se ve alterado por una intervención quirúrgica en donde sus heces en vez de salir por el tránsito normal salen por el abdomen.

Respecto a los requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud, Orem los define como las acciones que se generan luego de vivir un proceso de enfermedad siendo capaces de utilizar un sistema de autocuidado, si aplican los conocimientos necesarios para ello. En este caso, son

las actitudes y adaptación ante su vida con un estoma, llevando cuidado de ello para sentir normalidad después de un gran cambio.

Dentro de este marco debemos encontrar cual es el sistema de enfermería que calza para cada persona que vive con una enterostomía, ya que cada uno lo vive de una manera distinta y requiere de un sistema de enfermería acorde a sus necesidades y acciones, descartando el sistema de enfermería totalmente compensador, ya que involucra sólo a personas con incapacidad total.

De acuerdo a los sistemas de enfermería del modelo de Orem, debemos actuar en conjunto con los pacientes para dar satisfacción a las necesidades de autocuidado siendo ellos capaces de cuidar y asistir su ostomía como algo que es parte de su cotidianidad.

Los objetivos en el apoyo psicosocial son:

- ❖ Ayudar a la persona a integrar la realidad, la vivencia, identificando la pérdida y reconociendo los sentimientos que se asocian a ella.
- ❖ Ser facilitadores en la búsqueda de alternativas frente al duelo, ayudando a la persona a caminar hacia la aceptación.
- ❖ Apoyar la búsqueda de nuevas formas adaptativas” (Martí, J., 1999).

El personal de enfermería debe detectar la ansiedad familiar y la crisis que padecerán en la vivencia de su enfermo, lo cual puede rescatarse la importancia de un equipo multidisciplinario para abordar las necesidades de la persona completamente.

Una ostomía es un tratamiento quirúrgico que se realiza con el objetivo de crear una comunicación, entre dos órganos con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal para evacuar heces u orina. Sin embargo, la aparición de una ostomía puede alterar y ocasionar cambios en el ser biopsicosocial del paciente y todo depende de la adaptación y la forma en que la persona se ajuste a su nuevo estilo de vida.

La calidad de vida de un paciente ostomizado va ligada a su capacidad para enfrentar diversas etapas de acondicionamiento, pasando por un proceso de rehabilitación que le va a permitir establecer relaciones personales, sociales, culturales, laborales, sexuales de manera que no afecten su percepción de la vida; por lo tanto, la redefinición de su salud es de naturaleza

dinámica y multidimensional. Esta evolución puede ser más efectiva con la preparación de la información específica a través de la intervención de las enfermeras y de las sugerencias y recomendaciones provistas por el equipo multidisciplinario antes, durante y después de la cirugía. Las enfermeras son claves en la optimización de los resultados que se esperan de los pacientes ostomizados; ya que el apoyo y la educación brindada sobre cuidados específicos y nutrición son fundamentales para mejorar su calidad de vida.

AUTO CONCEPTO – AUTO PERCEPCIÓN

Estos conceptos hacen parte de los patrones funcionales de salud, según la North American Nursing Diagnosis Association NANDA, Clasificación de intervenciones de enfermería NIC y los Resultados de enfermería NOC; definen autopercepción auto concepto como la percepción sobre uno mismo y del concepto de uno mismo (p. ej., bienestar corporal, imagen corporal y estado afectivo). El autoestima juega un papel importante ya que puede hacer que las pacientes se aíslen por la inseguridad, temor, ansiedad y tristeza que llegan a experimentar, cuando una paciente debe enfrentarse a tener en su cuerpo un estoma, se encara a muchos cambios perspectivas, en los cuales se pueden resaltar cambios físicos y psicológicos, así como la adaptación a la vida diaria.

Se concluye que una patología que genere un cambio importante que afecte la imagen corporal, desencadena en cualquier persona, un proceso depresivo y de bajo auto concepto, donde se evidencia claramente que dicha distorsión afecta en su mayoría a las mujeres en comparación a los hombres.

2.18. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- ❖ **ABSCESOS-INFECCIÓN PERIESTOMAL.**-Cuadro típico inflamatorio con calor, rubor, dolor y supuración alrededor del estoma.
- ❖ **ANASTOMOSIS.**- La unión de una estructura con la otra. Una “conexión” del intestino, uréter, arteria, vena, etc., después de remover una sección.

- ❖ **ANASTOMOSIS ILEORECTAL.-** Unir el íleon al recto tras haber removido el colon.
- ❖ **ANO.-** Extremo terminal del tubo digestivo, constituido por el esfínter recubierto de mucosa, a través del ano se expulsan los materiales de desecho (heces).
- ❖ **BARRERA DE PIEL.-** Cualquiera de varias sustancias utilizadas para cubrir la piel alrededor de la ostomía y protegerla de las heces u orina.
- ❖ **BOLSA O DISPOSITIVO COLECTOR.-** Sirven para la recogida de heces u orina que se expulsa por el estoma.
- ❖ **CALIDAD DE VIDA.-**El concepto de "Calidad de vida"Para Blanco (1985:pág. 35), “la calidad de vida es un constructo del que forman parte diferentes dimensiones, por ello su definición operacional es difícil. La calidad de vida se ha descrito, por un lado, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal. Pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con (cuando no causado por) determinados indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, conductuales y sociales”.
- ❖ **CISTECTOMÍA.-** Es la extirpación quirúrgica de la vejiga, haciendo necesaria algún tipo de desviación vesical.
- ❖ **CISTITIS INTERSTICIAL .-** Inflamación de la pared vesical de causa desconocida
- ❖ **CITOLOGÍA DE LA ORINA.-** Orina examinada bajo el microscopio para buscar células cancerosas y precancerosas.
- ❖ **COLECTOMÍA.-** extirpación quirúrgica del colon.
- ❖ **COLECTOMÍA ABDOMINAL TOTAL.-** Es la extirpación del intestino grueso a partir del íleon (la parte más baja del intestino delgado) hasta el recto. Después de extirparlo, se sutura el extremo del intestino delgado al recto.
- ❖ **COLECTOMÍA TOTAL CON RESERVORIO ILEOANAL (EN J).-** Esta es la remoción completa del intestino grueso. Este procedimiento preserva todos los nervios y músculos necesarios para el control y mantenimiento de la continencia; es una cura para

la colitis ulcerosa y la poliposis familiar intestinal. Se utiliza la última porción del intestino delgado para construir una bolsa interna. Esta bolsa tiene un pequeño tubo que se lleva a través de la bocamanga rectal y se une al ano.

- ❖ **COLITIS INDETERMINADA.-** Incluye a aquellos pacientes con afectación del colon en los que las características clínicas, endoscópicas, radiológicas y anatomopatológicas (estudio de las biopsias del tubo digestivo) no permiten diferenciar con certeza si se trata de una colitis ulcerosa o una enfermedad de Crohn.
- ❖ **COLITIS ULCEROSA (CU).-** Enfermedad inflamatoria intestinal del colon y recto en la cual se forman úlceras en el revestimiento intestinal. Los síntomas principales de esta enfermedad son diarrea, cólicos y sangrado.
- ❖ **COLOSTOMÍA.-** Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal
- ❖ **CONTINENCIA.-** La habilidad de contener las heces, gas u orina dentro del cuerpo en forma voluntaria. Crohn, Enfermedad de (EC).- enfermedad intestinal inflamatoria que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo.
- ❖ **CUESTIONARIO SF-36.-** es un cuestionario de salud, utilizado en investigaciones médicas, de salud mental y, en general, en investigaciones relacionadas con la salud. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar, a la vez que también es sencillo de evaluar, y permite valorar numéricamente diferentes aspectos de la salud de la persona, se convierte en una herramienta excelente para cualquier investigación relacionada con la salud).
- ❖ **CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA A PACIENTES OSTOMIZADOS, DENOMINADO ESTUDIO DE MONTREUX** Este cuestionario se basa en una escala de Likert de 5 valores (1-5) y recoge información de una serie, dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones:

- Sección 1: Autosuficiencia , relacionada con los cuidados higiénicos del estoma
 - Sección 2: Calidad de vida; bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos.
 - Sección 3: Cuestiones generales, en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares.
-
- ❖ **DEHISCENCIA.**-Separación mucocutánea que afecta a una parte o a toda la circunferencia del estoma
 - ❖ **DERMATITIS IRRITATIVA.**- Alteración de la integridad de la piel periestomal, producida por el contacto entre el efluente y la piel periestomal.
 - ❖ **DISPOSITIVOS ABIERTOS.**- Son aquellos que están abiertos por la parte inferior, de esta forma cuando la bolsa está llena puede vaciarse.
 - ❖ **DISPOSITIVOS CERRADOS.**- Es cuando todo el contorno de la bolsa aparece sellado, sin que exista una abertura o válvula por la cual se pueda vaciar el contenido.
 - ❖ **DISPOSITIVOS DE UNA PIEZA.**- Son aquellos en los que la lámina adhesiva va unida a la bolsa recolectora formando una sola unidad.
 - ❖ **DISPOSITIVOS DE DOS PIEZAS.**- Están compuestos por dos elementos separados: una placa adhesiva que se adhiere a la piel por un lado; y una bolsa de recogida que se acopla después a la placa.
 - ❖ **DIVERTÍCULITIS.**- Inflamación de los divertículos (pequeñas bolsas en el colon); pueden causar un absceso, cicatrización con constricción o perforación del colon con peritonitis en casos severos.
 - ❖ **DIVERTICULOSIS.**- Presencia de divertículos (pequeñas bolsas en el colon).

- ❖ **ESTOMA (ABERTURA).**-Palabra griega que significa boca o abertura hacia el exterior.
- ❖ **EDEMA.**- Aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa del estoma.
- ❖ **EDUCACION A PACIENTES OSTOMIZADOS.**-Para educar a la persona ostomizada en el autocuidado, el personal de salud en general y de enfermería en particular debe tener la formación necesaria, es decir, debe haber adquirido la competencia para entregar esta educación; y además debe existir cultura de autocuidado del paciente ostomizado, es decir, se debe programar el tiempo necesario para que una enfermera le enseñe los contenidos correspondientes y le entregue una atención especializada. Para la realización del autocuidado lo más importante es que la educación sea efectuada por especialistas, según lo estableció como derecho la International Ostomy Association en el año 1993, en un proceso individual, gradual, con participación del paciente, demostrado y corregido. Sólo de esta forma el paciente se sentirá motivado, confiado, comprometido y colaborador.
- ❖ **ELECTROLITOS.**- Sales y minerales corporales necesarios para la salud.
- ❖ **ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA (EII).**- Término general para colitis ulcerosa
- ❖ **ENFERMEDAD DE CROHN.** Es una afección crónica que causa inflamación e hinchazón en el tubo digestivo o la pared intestinal.
- ❖ **ESTENOSIS.**- Estrechamiento (constricción) de un conducto o canal.
- ❖ **ESTOMA (ABERTURA).**- Palabra Griega que significa boca o abertura hacia el exterior.
- ❖ **EXTROFIA DE LA VEJIGA.**- Defecto del nacimiento que puede requerir una cirugía de desviación urinaria; la vejiga ha girado de adentro a fuera.

- ❖ **FÍSTULA.-** Es un acceso, abertura o conexión anormal entre 2 órganos internos o desde un órgano interno hasta la superficie del cuerpo; la enfermedad intestinal inflamatoria, la enfermedad de Crohn, es un ejemplo de una enfermedad que conduce a la formación de fístulas entre dos asas intestinales (fístula entero entérica) o entre el intestino y la piel(fístula entero cutánea)

- ❖ **GRANULOMAS.-** Crecimiento de pequeñas masas carnosas que puede aparecer en la piel, alrededor del estoma.

- ❖ **ILEOSTOMÍA.-**Es la exteriorización del Íleon (última porción del intestino delgado) ala pared abdominal. El intestino delgado sigue conservando la mayor parte de su capacidad digestiva y de absorción de nutrientes. Las heces producidas en este caso son fluidas, continuas y muy irritantes.

- ❖ **NECROSIS.-** Condición que se establece por un aporte insuficiente de sangre al estoma.

- ❖ **OSTOMÍA.-**Es el término con el que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificialmente dos órganos, o entre una víscera y la pared abdominal para eliminar al exterior los productos de desecho del organismo. La nueva abertura se llama estoma.

- ❖ **OSTOMÍA INTESTINAL O ENTEROSTOMÍA.-** Es la exteriorización del intestino a través de la pared abdominal a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal.

- ❖ **OSTOMIZADO.-**Es aquella persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural de excreción, conllevándole alteraciones. Estas alteraciones le pueden afectar desde el punto de vista físico, psíquico y social.

- ❖ **PROCESO DE ENFERMERÍA.-** Es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería. Se desarrollan actividades utilizando la metodología enfermera a través del plan individualizado, empleando para ello las herramientas NANDA, NIC Y NOC. La provisión de cuidados integrales al paciente y/o familia se realizará a través del proceso de enfermería por la enfermera referente, así como el seguimiento y valoración del paciente con contactos periódicos según sus necesidades asistenciales en el equipo de salud mental, hospital o en su propio domicilio.

- ❖ **PROLAPSO.-** Protusión del asa intestinal por encima del plano cutáneo abdominal.

- ❖ **RETRACCIÓN.-**Hundimiento del estoma

- ❖ **VISITA DOMICILIARIA DE ENFERMERÍA.-** Es una consulta de enfermería realizada en el domicilio del paciente. Además de recoger todos los datos descritos para una consulta de enfermería, se debe hacer una valoración sobre el tipo de vivienda, recursos, persona cuidadora, accesibilidad, etc.

La visita domiciliar puede ser a demanda de la población con el fin de solucionar un problema puntual, o programada por el profesional de enfermería para realizar todas las actividades de enfermería de los programas de salud puestos en marcha en el centro de salud

La atención domiciliar es personalizada y aplicada en especial a pacientes inmovilizados, terminales y en tratamientos que requieran especial supervisión

2.19. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.19.1 HIPÓTESIS

¿La atención de enfermería a los pacientes ostomizados y el plan de egreso, influye en la calidad de vida de los mismos?

2.19.2 VARIABLES

2.19.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

La atención de Enfermería a los pacientes ostomizados y el plan de egreso.

2.19.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de Vida de los pacientes ostomizados egresados.

2.20. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

La atención de enfermería a los pacientes ostomizados y el plan de egreso influye en la calidad de vida de los mismos.

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>La Atención de Enfermería de pacientes ostomizados y el plan de egreso</p>	<p>Para dar una calidad de atención de enfermería a todo paciente ostomizado, las acciones de enfermería estarán encaminadas a proporcionarles un mayor bienestar físico, psíquico así como una buena recuperación, mediante un seguimiento frecuente del enfermero, estableciendo un plan de cuidados.</p> <p>(Manual para el diplomado de enfermería editorial MAD, España, pag.516)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etapas del proceso de atención de enfermería • Plan de Atención de Enfermería al momento del egreso 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración • Diagnóstico de Enfermería • Planificación • Ejecución • Evaluación <p>Taxonomía</p> <p>Nanda – NIC-NOC</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Encuesta • Plan de Cuidados de Enfermería

<p style="text-align: center;">VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Calidad de vida</p>	<p>El concepto de "Calidad de vida" es un constructo del que forman parte diversas dimensiones (Blanco, 1985; Haes, J. C. J. M. De, 1988; Chibnall y Tait, 1990), y por ello su definición operacional es difícil. La calidad de vida se ha descrito, por un lado, como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad unido a un sentimiento de bienestar/malestar personal. Pero, además, este juicio subjetivo se considera estrechamente conectado con (cuando no causado por)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de calidad de vida a pacientes ostomizados <p>(Estudio de Montreux)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sección 1: Calidad de Vida Bienestar Psicológico Bienestar Físico Imagen Corporal Dolor Actividad Sexual Nutrición Preocupación social Manejo • Sección 2: Autosuficiencia Autosuficiencia Ayuda y Consejo • Sección 3: Cuestiones Generales 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista • Encuesta • Visita domiciliaria
---	---	--	---	---

	determinados indicadores "objetivos" biológicos, psicológicos, conductuales y sociales (Diener, 1984).		Adaptación Positiva Adaptación Negativa Ayuda	
--	--	--	---	--

CÁPITULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 MÉTODO CIENTÍFICO

El método que utilizamos para esta investigación fue el MÉTODO CIENTÍFICO, puesto que se realizó una evaluación de la información de una manera ordenada y lógica para determinar de manera objetiva, la calidad de vida del paciente ostomizado egresado y su relación con la atención de enfermería, de esta manera se pudo alcanzar los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis

EL MÉTODO ANALÍTICO SINTÉTICO: Nos permitió identificar como fue la educación de enfermería a los pacientes ostomizados y cuáles fueron los efectos que causaron en la calidad de vida de estos pacientes.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVA.- Porque definió el fenómeno, en que se presentó el problema, es decir se obtuvo información sobre la calidad de vida del paciente ostomizado a nivel físico, psicológico y de relación con la familia y sociedad, en un tiempo y espacio determinado, también se incluye la atención del personal de enfermería a los pacientes ostomizados y los cuidados específicos de enfermería en el momento del alta hospitalaria.

DOCUMENTAL.- A razón que la información recopilada para plantear la fundamentación teórica fue recabada de libros y páginas web, lo que nos permitió conocer sobre el tema.

3.2 TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

ES DE CAMPO.- Pues la investigación se realizó donde acontecieron los hechos.

NO EXPERIMENTAL.- Pues no se realizó ningún experimento.

TRANSVERSAL.- Porque la investigación se realizó durante un periodo de tiempo determinado, es decir tiene una fecha de inicio y una de finalización así esta investigación fue de 6 meses durante el periodo Enero- Junio 2013

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 UNIVERSO

Se contó 14 Licenciadas de Enfermería del Servicio de Cirugía
15 Pacientes Ostomizados Egresados, dando así un total de 28 personas en estudio.

3.4 TECNICAS E INSTRUMENTOS

Entre las técnicas e instrumentos utilizados a fin de llevar a cabo esta presente investigación, tenemos las siguientes:

- ❖ Observación Directa
- ❖ Guía de Observación
- ❖ Encuestas

TÉCNICA: Encuesta dirigida al Personal de Enfermeras que laboran en el Servicio de Cirugía del HPGD Encuesta de Montreux dirigida a los Pacientes Ostomizados Egresados de Enero – Junio del 2013

INSTRUMENTOS: Formato de Encuestas, Guía de Observación.

3.5 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS

Se realizara el análisis mediante la elaboración de cuadros estadísticos y gráficos de barras o pastel en el programa Excel.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA AL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL AREA DE CIRUGÍA.

ESCALA: Personal de Enfermeras

1.- Definición de paciente ostomizado:

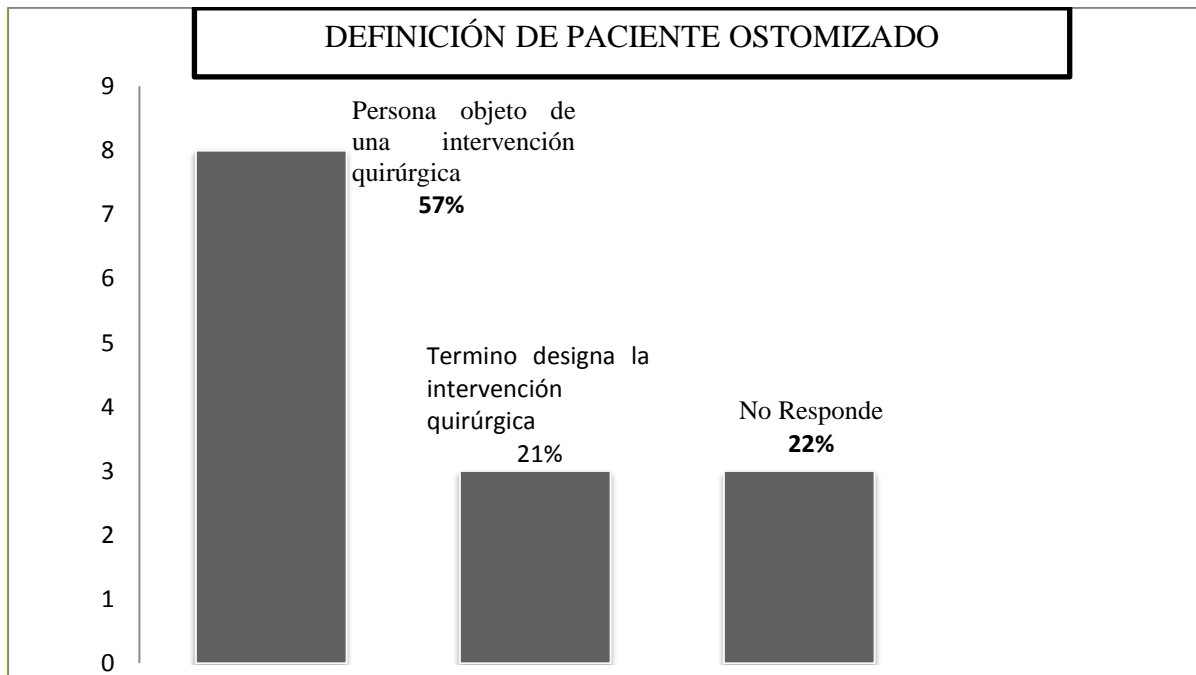
CUADRO N°1

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica	8	57
Término con que se designa la intervención quirúrgica	3	21
No Responde	3	22
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz – Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°1



Fuente: Cuadro N°1

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para realizar actividades de cuidado directo, primero debemos conocer acerca de la patología, es por eso que planteamos esta pregunta, obteniendo como resultado que: El 57% de las enfermeras conocen la definición de paciente ostomizado, un 21% responden erróneamente y el resto de porcentaje no responde por desconocimiento, debido a que, no existe un plan de egreso, PAE, ni protocolos que guíe sus cuidados, además el personal solo relacionan con el paciente que porta una ileostomía, o colostomía y no la persona que sufre alteraciones físicas, psicológicas y sociales.

2.-Conocimiento de la clasificación de las ostomías

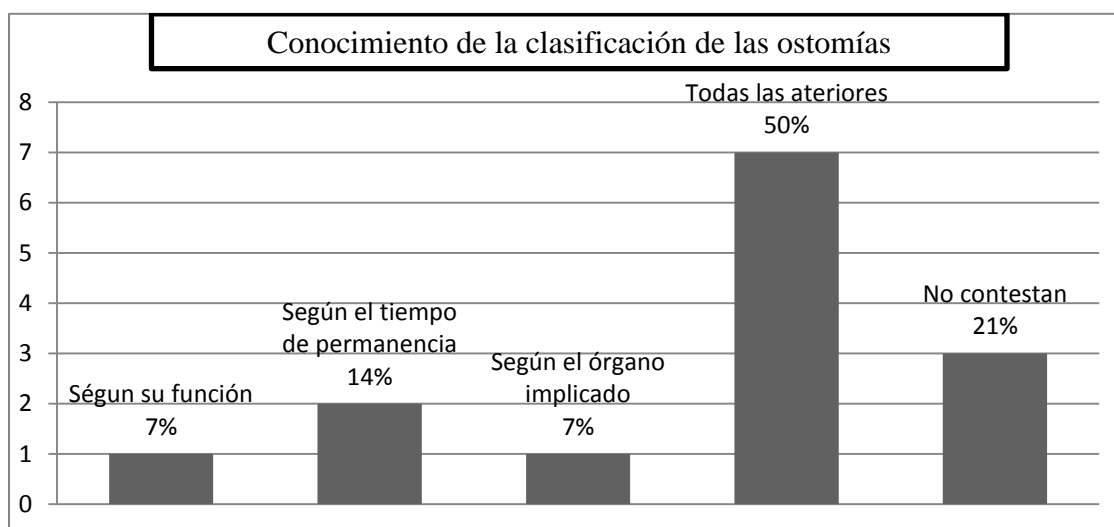
CUADRO N°2

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Según su función	1	7
Según el tiempo de permanencia	2	14
Según el órgano implicado	1	7
Todas las anteriores	7	50
No contestan	3	21
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°2



Fuente: Cuadro N°2

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Según los datos obtenidos con el cuadro anterior comparamos que la definición y clasificación van a la par en porcentajes, dándonos un indicio que el 50%, responde correctamente, un 21% no contesta, porque en el hospital se denomina ostomías, solo a la clasificación del órgano implicado, que concierne a la colostomía, ileostomía y urostomía y no a las demás clasificaciones

3.-Para el cuidado del estoma y de la piel periestomal de un paciente ostomizado que solución utiliza

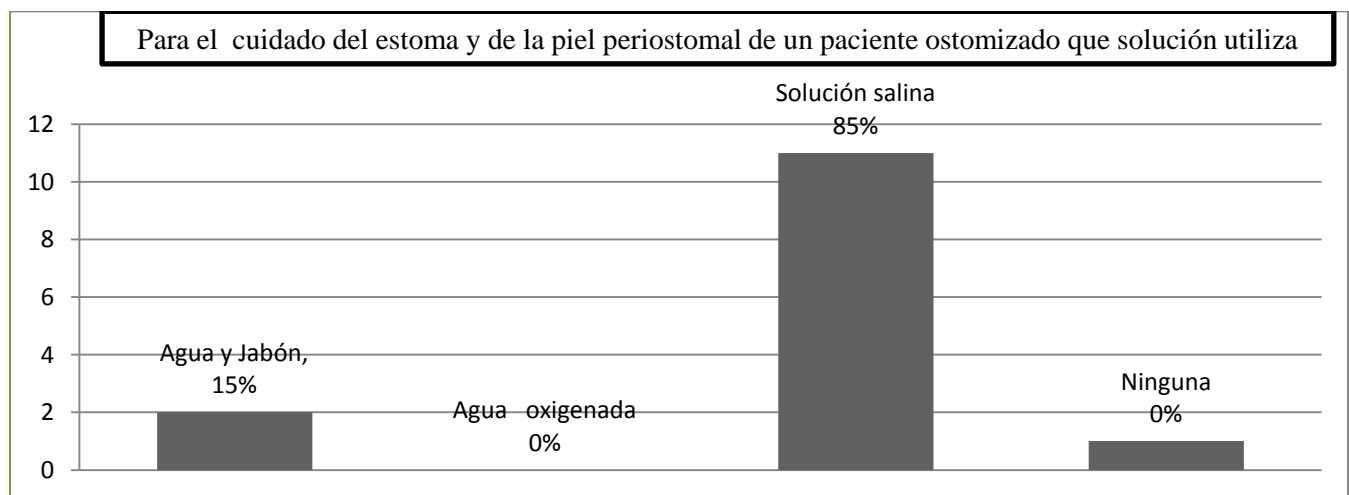
CUADRO N°3

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Agua y jabón	2	15
Agua oxigenada	0	0
Solución Salina	11	85
Ninguna	1	0
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz – Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°3



Fuente: cuadro N°3

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Una vez analizado los datos consideramos que: un 85% utilizan solución salina para realizar el cuidado de la piel, pero decimos que la respuesta es errónea, porque en el respaldo bibliográfico explica que la limpieza debe realizarse con agua y jabón neutro para prevenir laceraciones en la piel, este conocimiento permite al personal de enfermería poder educar correctamente al momento del alta, debido a que el paciente podrá realizar su cuidado, sin dificultad y con los implementos de limpieza al alcance de su economía.

4.- El HPGDR le facilita el material necesario para el cuidado de las ostomías

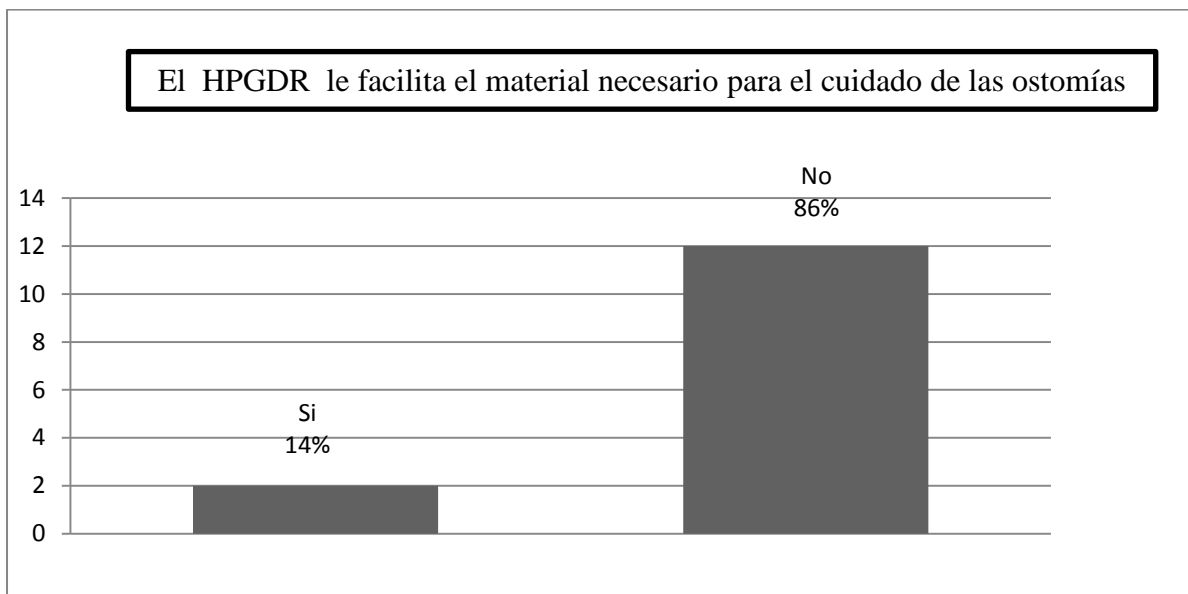
CUADRO N°4

ALTERNATIVA	FRECUENCIA	%
Si	2	14
No	12	86
Total	14	100 %

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°4



Fuente: Cuadro N°4

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El personal indica en un 86%, que el hospital, no cuenta con el material, ni recursos necesario para el cuidado de los pacientes ostomizados, porque no existen estudios realizados que evidencien la problemática que se está presentando en nuestro país acerca de las ostomías, ni tampoco existen políticas de estado que beneficien a los pacientes ostomizados, para de esta manera poder obtener una adecuada calidad de vida

5.- Para las colostomías transversas y descendentes las bolsas a utilizar deben ser:

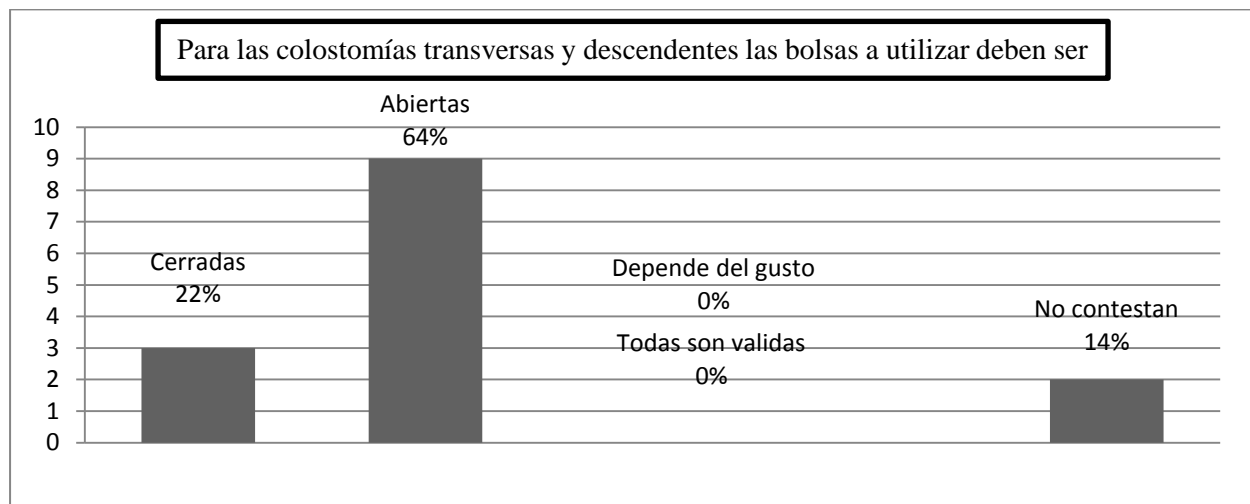
CUADRO N°5

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Cerradas	3	22
Abiertas	9	64
Depende del gusto	0	0
Todas son validas	0	0
No contestan	2	14
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

Grafico N°5



Fuente: Cuadro N°5

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 64% tienen el conocimiento científico, acerca de la utilización de la bolsa, porque en colostomías transversas y descendentes se utiliza las bolsas abiertas, para facilitar la evacuación de las heces, este conocimiento es de mucha importancia porque la enfermera debe conocer el sin número de dispositivo que existen y poder ayudar al paciente a tener el adecuado.

6.-Que acciones de enfermería, aplica en la atención a pacientes ostomizados egresados

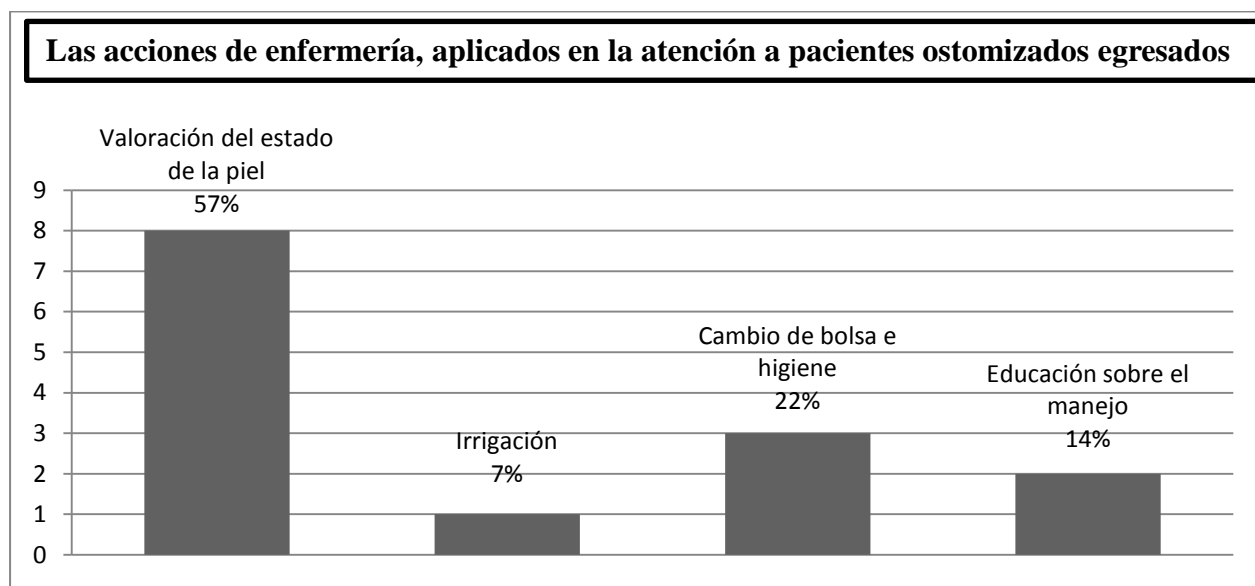
CUADRO N° 6

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Valoración del estado de la piel y estoma	8	57
Irrigación	1	7
Cambio de bolsa e higiene	3	22
Educación sobre el manejo de la bolsa	2	14
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°6



Fuente: Cuadro N°6

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Mediante la presente pregunta queremos cumplir con el objetivo planteado que es: Indagar sobre las acciones de enfermería obteniendo que: el 57%, valora el estado de la piel y estoma, un 14% educa sobre el manejo de la bolsa, pero no lo realizan eficazmente por lo que todos los ítems colocados son de importancia para evitar complicaciones y reingresos y así mantener una adecuada calidad de vida del paciente.

7.- Un paciente ostomizado recibe, apoyo emocional, psicológico, social y educación del manejo del estoma antes y después de la cirugía

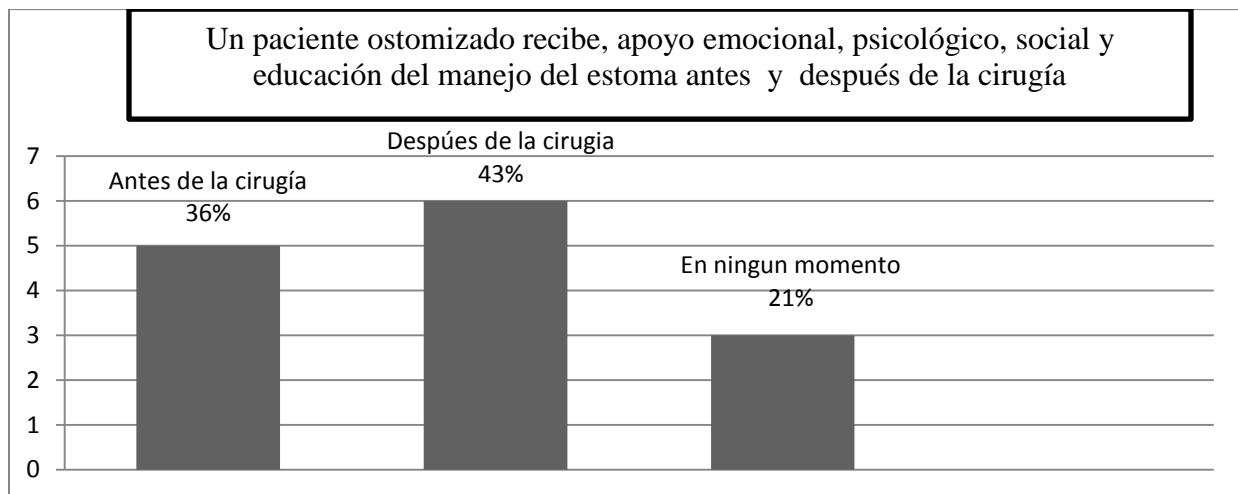
CUADRO N°7

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Antes de la cirugía	5	36
Después de la cirugía	6	43
En ningún momento	3	21
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°7



Fuente: Cuadro N°7

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Ante la pregunta planteada obtuvimos que: el 43% brinda educación después de la cirugía y un 36% antes de la misma, pero al analizar, decimos que la respuesta es errónea fundamentándonos en que durante nuestra pasantía como internas observamos que no educan antes, algunas tal vez después de la cirugía y está, es de manera superficial, provocando así un nivel de ansiedad en el aspecto físico y psicológico del paciente.

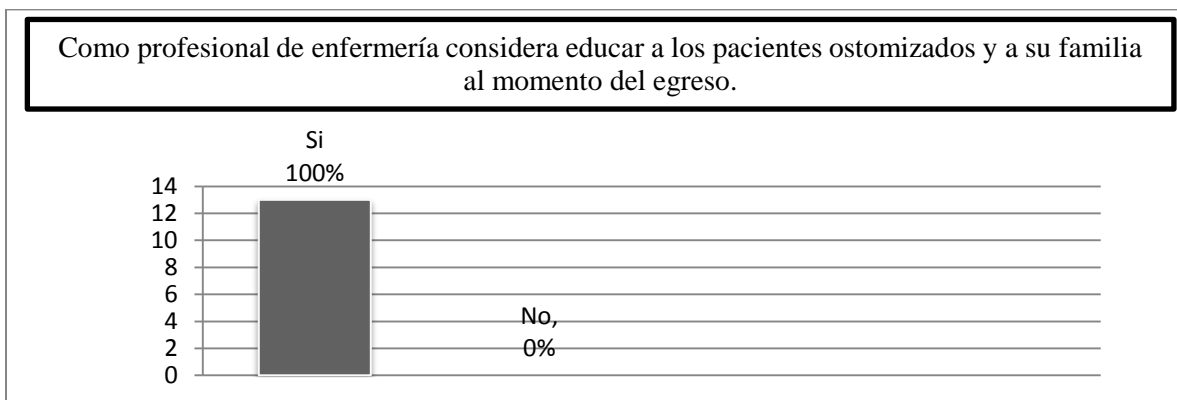
8.- Como profesional de enfermería considera educar a los pacientes ostomizados y a su familia al momento del egreso.

CUADRO N°8

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	14	100
No	0	0
Total	14	100

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR
Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°8



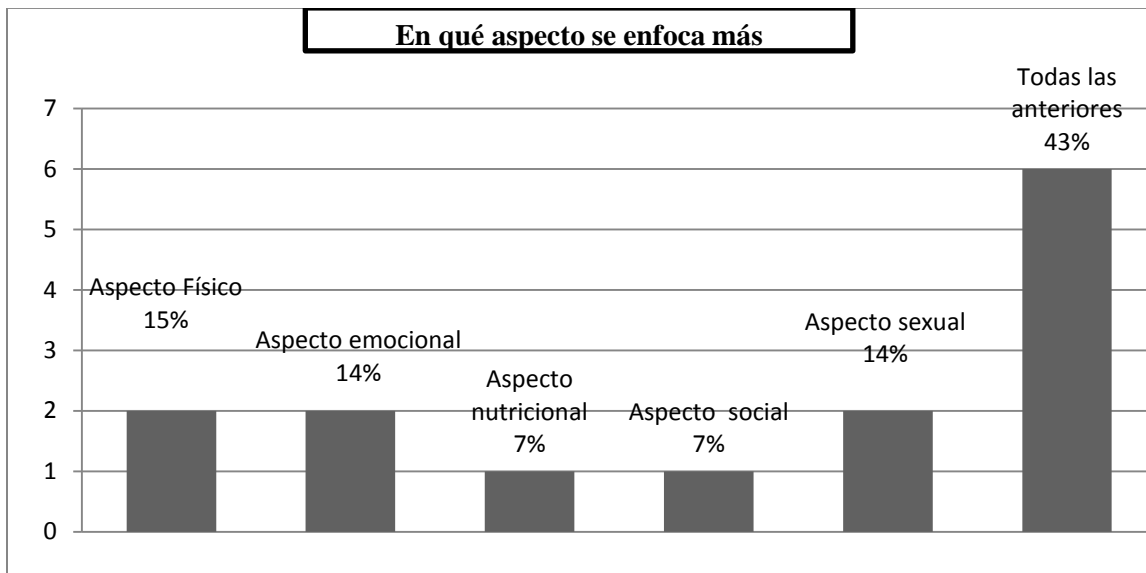
Fuente: Cuadro N°8
Elaborado por: Autoras

CUADRO N° 9: En qué aspecto se enfoca más

Alternativas	Frecuencias	%
Aspecto Físico	2	15
Aspecto Emocional	2	14
Aspecto Nutricional	1	7
Aspecto Social	1	7
Aspecto Sexual	2	14
Todas las Anteriores	6	43
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR
Elaborado por: Paulina Muñoz-Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°9



Fuente: Cuadro N° 9
Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 100% del personal entrevistado considera que se debe educar a los pacientes ostomizados y a su familia al momento del egreso, debido a que el conocimiento que el personal de enfermería provee es fundamental para los pacientes ostomizados, para evitar complicaciones y ayudar a su rehabilitación, recuperación de su salud, y que a quienes no se les proporcione esta enseñanza difícilmente podrá integrarse a su vida cotidiana. Pero al realizar el análisis del GRÁFICO N°10 nos damos cuenta que el personal de enfermería no da un cuidado integral, solo el 15% se enfoca a los aspectos físico, 14% emocional, sexual, 7% nutricional y en lo social.

10.-Dispone el servicio de cirugía de material informativo para proporcionar información al paciente ostomizado antes de la cirugía, y al momento del egreso.

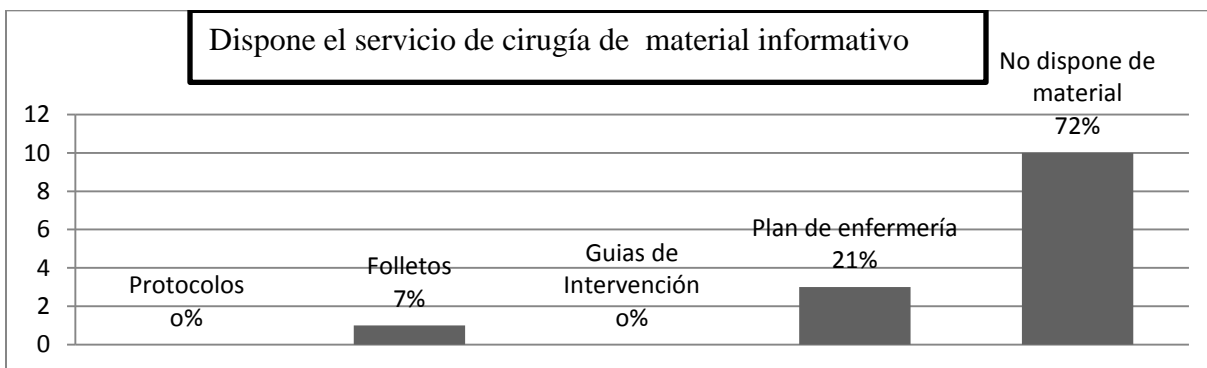
CUADRO N°10

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Protocolos	0	0
Folletos	1	7
Guías de intervención	0	0
Plan de enfermería	3	21
No dispone de material	10	72
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°10



Fuente: Cuadro N°10

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 72% del personal informa que, no dispone el servicio de material informativo de ninguna clase, para planificar y efectivizar la enseñanza al momento del egreso del paciente, por lo que uno de los objetivos que nos propusimos es elaborar y proporcionar un protocolo y un plan de enfermería que tenga como propósito ayudar al personal de enfermería a brindar una mejor atención y ayudar al paciente a tener una adecuada calidad de vida.

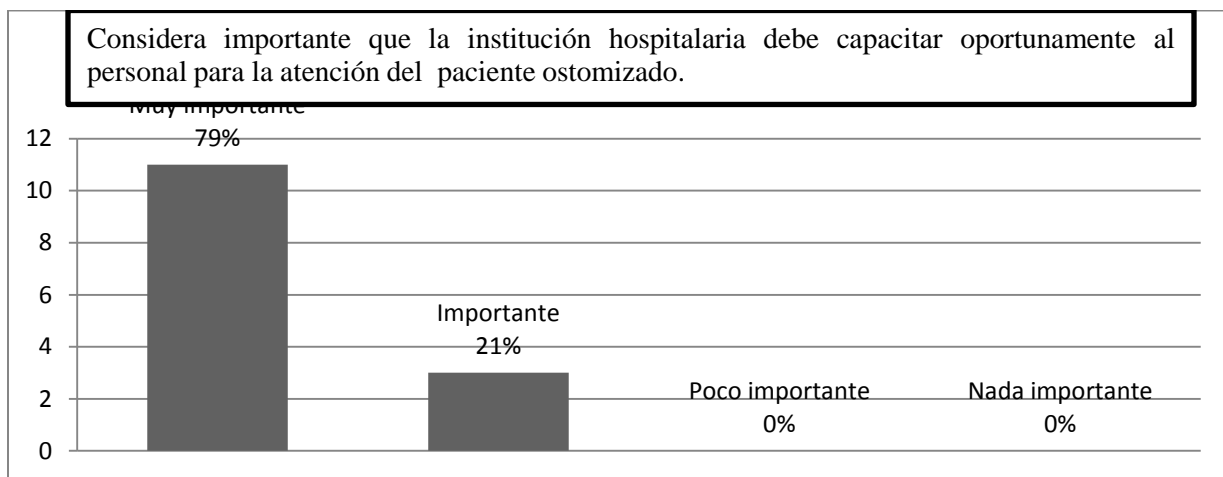
11.-Considera importante que la institución hospitalaria debe capacitar oportunamente al personal para la atención del paciente ostomizado.

CUADRO N° 11

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Muy importante	11	79
Importante	3	21
Poco importante	0	0
Nada importante	0	0
Total	14	100

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR
Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°11



Fuente: Cuadro N° 11

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Al analizar esta pregunta obtuvimos que hay un 72% del personal entrevistado, que considera muy importante que la institución capacite sobre las ostomías, permitiéndonos conocer que el personal de enfermería esta consiente de la importancia de las capacitaciones que pueda brindar la institución, manteniéndolas actualizadas y de esta manera mejorar en la atención y ayudar en su calidad de vida a los pacientes.

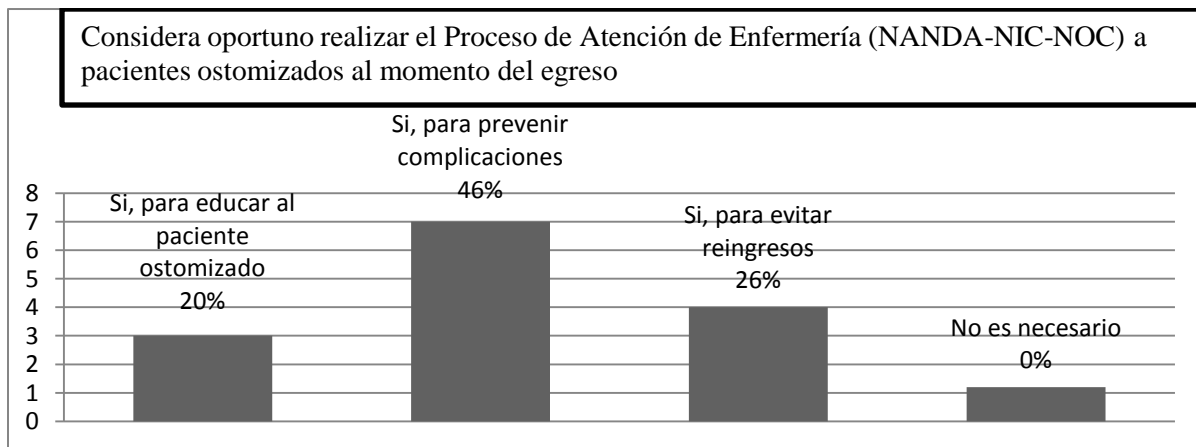
12.- Considera oportuno realizar el Proceso de Atención de Enfermería (NANDA-NIC-NOC) a pacientes ostomizados al momento del egreso.

CUADRO N°12

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si, para educar al paciente ostomizado	3	20
Si, para prevenir complicaciones	7	46
Si, para evitar reingresos	4	26
No es necesario	0	0
Total	14	100%

Fuente: Datos tomados de encuesta aplicada al personal de enfermería del servicio de Cirugía HPGDR
Elaborado por: Autoras

GRÁFICO N° 12



Fuente: Cuadro N°12
Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Analizamos que el 46% de las enfermeras, consideran importante la elaboración de un plan de enfermería, ya que de esta manera priorizaríamos actividades y valoraríamos de mejor manera la calidad de vida del paciente, por lo que ponemos a disposición un plan de enfermería que les ayude a dar una mejor atención.

13.- Cómo considera usted que se evitaría el reingreso de los pacientes ostomizados

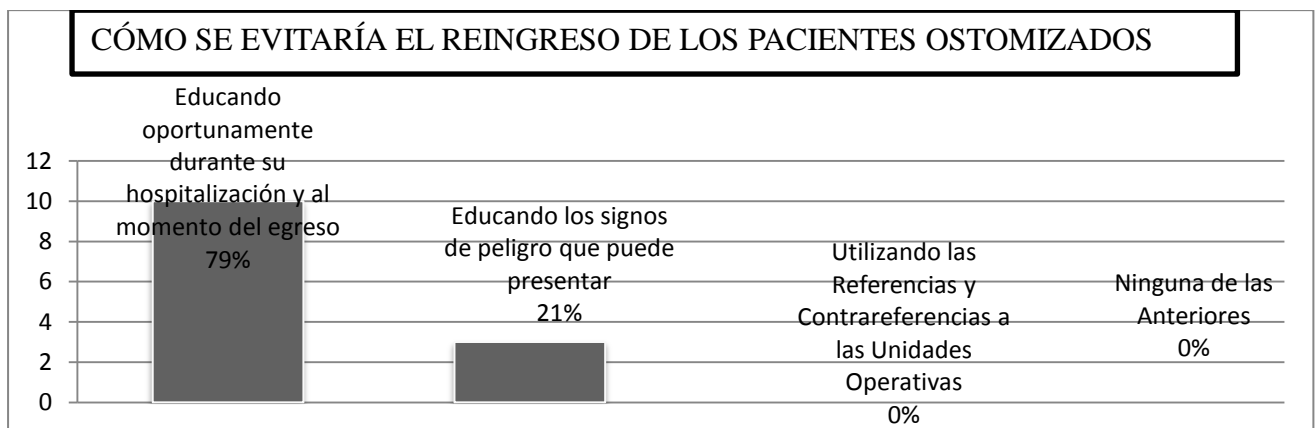
CUADRO N°13

Alternativas	Frecuencia	%
Educando oportunamente durante su hospitalización y al momento del egreso	11	79
Educando los signos de peligro que puede presentar	3	21
Utilizando las Referencias y Contrareferencias a las Unidades Operativas	0	0
Ninguna de las Anteriores	0	0
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Autoras

GRAFICO N°13



Fuente: Cuadro N°13

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

El 79% considera oportuno educar al paciente durante la hospitalización y al momento del egreso, y un 21% educar sobre los signos de peligro que puedan presentar, pero gracias a esto nos podemos dar cuenta que las enfermeras no manejan el sistema de salud, un ítems de importancia aparte de los señalados es educar acerca de las referencias y contra referencia a las distintas Unidades Operativas por lo que de esta manera también podemos evitar complicaciones ya que estas tienen el deber de realizar un seguimiento, para que el paciente tenga una mejor calidad de vida .

14.-La institución lleva un registro de reingreso de pacientes ostomizados

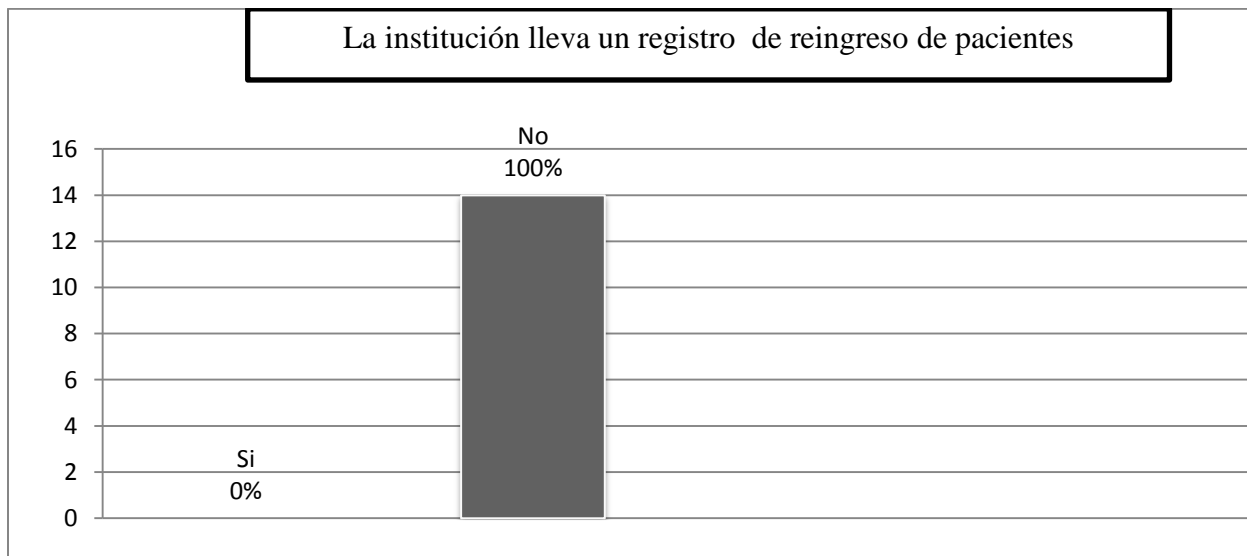
CUADRO N° 14

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Si	0%	0%
No	14	100%
Total	14	100%

Fuente: Encuesta aplicada al Personal de Enfermería del Servicio de Cirugía HPGDR

Elaborado por: Autoras

GRAFICO N°14



Fuente: Cuadro N°14

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Nuestra hipótesis planteada es conocer si influye la atención de enfermería en la calidad de vida del paciente ostomizado egresado ,por lo que decimos que una de las falencias que encontramos para poder realizar nuestro estudio fue la mínima información, debido a que no existen registros de pacientes ostomizados, ni las causas, por lo que diríamos que no hay concientización del

personal de enfermería, tampoco de las autoridades hospitalarias sobre esta problemática ya que existen los reingresos por complicaciones.

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS DE LA ENCUESTA APLICADA A LOS PACIENTES OSTOMIZADOS SEGÚN LA ENCUESTA DE MONTREUX

ESCALA: Pacientes Ostomizados Egresados

15.-Número de Pacientes Ostomizados Egresados de Enero – Junio 2013

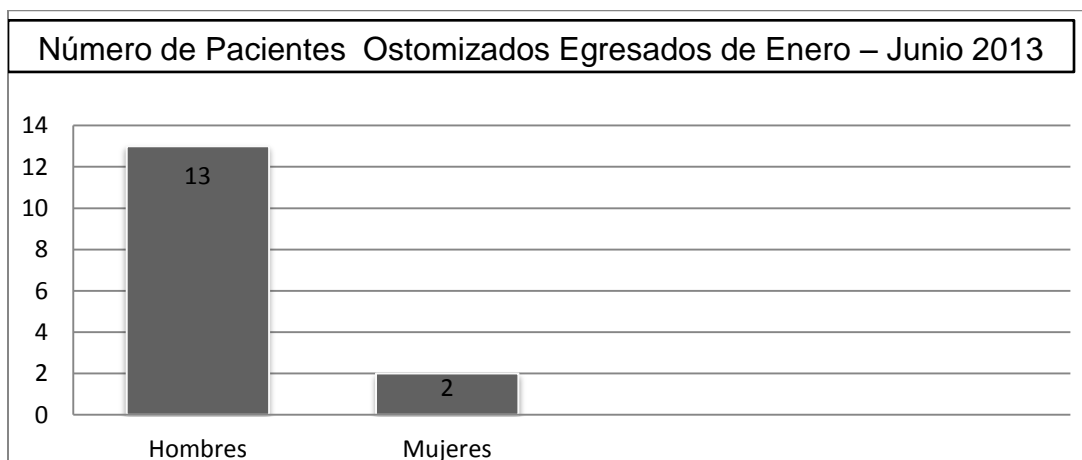
CUADRO N°15

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	%
Hombres	13	87
Mujeres	2	13
Total	15	100 %

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz – Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°15



Fuente: Cuadro N°15

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Después de recopilar y analizar los datos obtenidos fueron: Hay un 87% de hombres antes que mujeres de pacientes ostomizados egresados en el periodo en estudio.

16.- Grupo de Edades - Pacientes Ostomizados Egresados

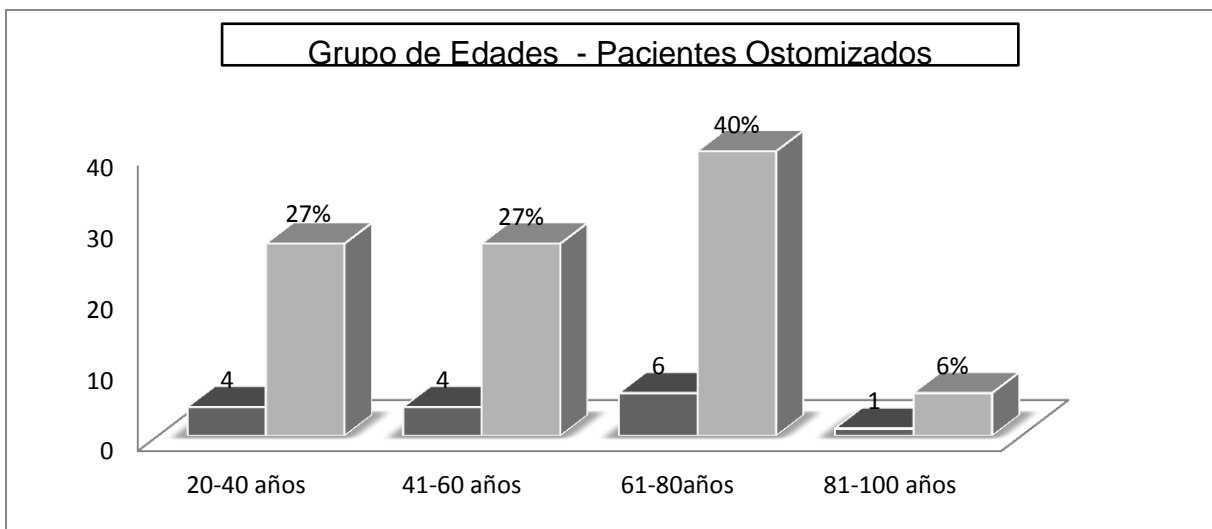
CUADRO N°16

ALTERNATIVAS	FRECUENCIAS	%
20-40 AÑOS	4	27
41-60 AÑOS	4	27
61-80 AÑOS	6	40
81-100 AÑOS	1	6
Total	15	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°16



Fuente: Cuadro N°16

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Existe un 40% en pacientes de 61 a 80 años de pacientes egresados con una ostomía, es decir son pacientes adultos mayores y por su edad no puede cuidar de su ostomía por si solos.

17.- Pacientes Ostomizados Egresados- Tipo de Ostomía

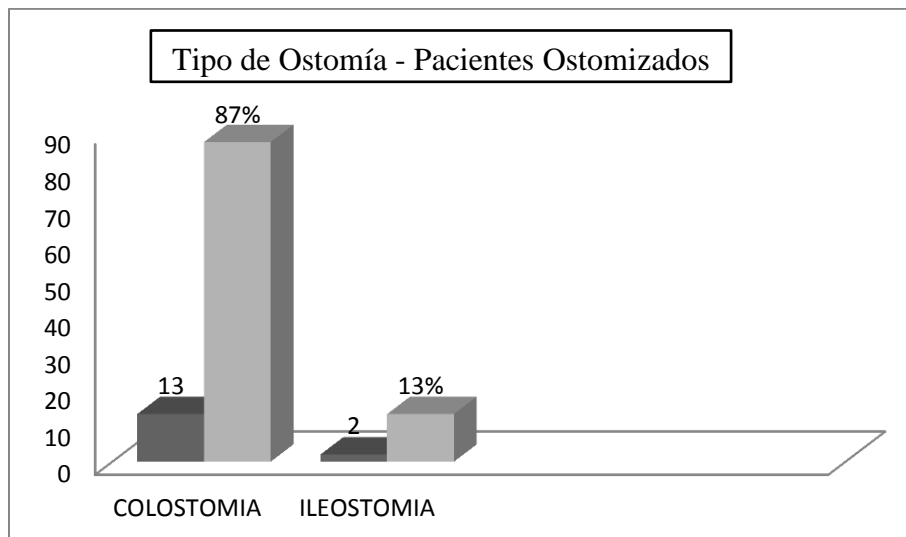
CUADRO N°17

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
Colostomías	13	87
Ileostomías	2	13
Total	15	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°17



Fuente: Cuadro N°17

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los pacientes egresados se les realizó una colostomía en un 87%, mientras que un 13% fueron ileostomías lo que nos indica que tuvieron daño a nivel del colon.

18.-Sección 1: Calidad de Vida según encuesta de Montreux

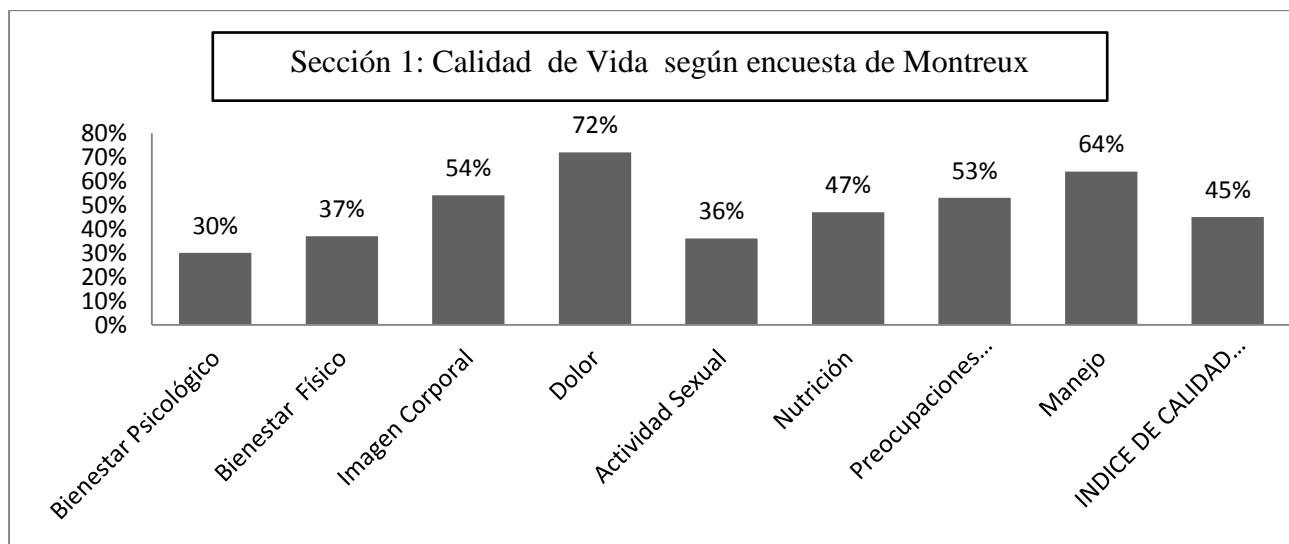
CUADRO N°18

ALTERNATIVAS	%
Bienestar Psicológico	30%
Bienestar Físico	37%
Imagen Corporal	54%
Dolor	72%
Actividad Sexual	36%
Nutrición	47%
Preocupaciones Sociales	53%
Manejo	64%
INDICE DE CALIDAD DE VIDA	45%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz-Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°18



Fuente: Cuadro N°18

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para valorar el índice de calidad de vida de los pacientes ostomizados, analizamos de acuerdo a la suma de los ítems de bienestar psicológico, bienestar físico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales, manejo de la ostomía por un número predeterminado (0.87), por ende el resultado es un 45% lo que nos indica que no hay una adecuada calidad de vida de los pacientes en estudio, ya que de acuerdo a su edad presentan otras patologías asociadas.

19.- Sección 2: Autosuficiencia

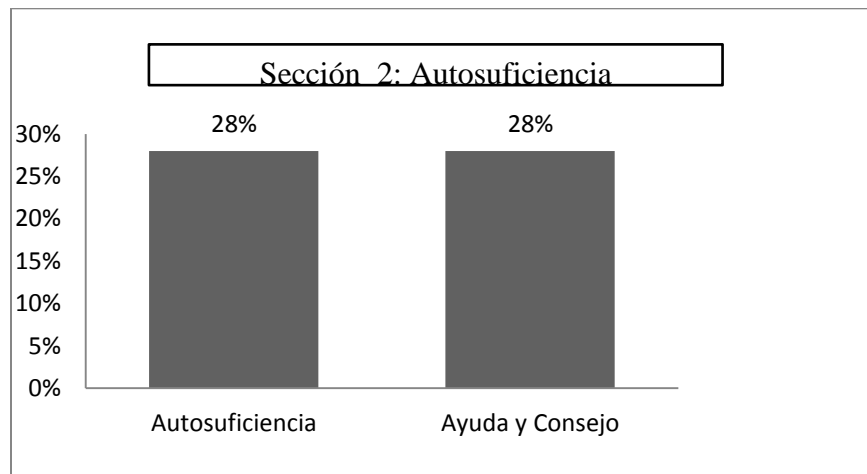
CUADRO N°19

ALTERNATIVAS	%
Autosuficiencia	28%
Ayuda y consejo	28%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz – Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°19



Fuente: Cuadro N°19

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Para analizar la autosuficiencia de los pacientes ostomizados sumamos el ítem de autosuficiencia, ayuda y control el mismo que nos dio como resultado un 28% que verifica que el paciente no es autosuficiente para manejar por si solo su patología.

20.- Sección 3: Consideraciones General

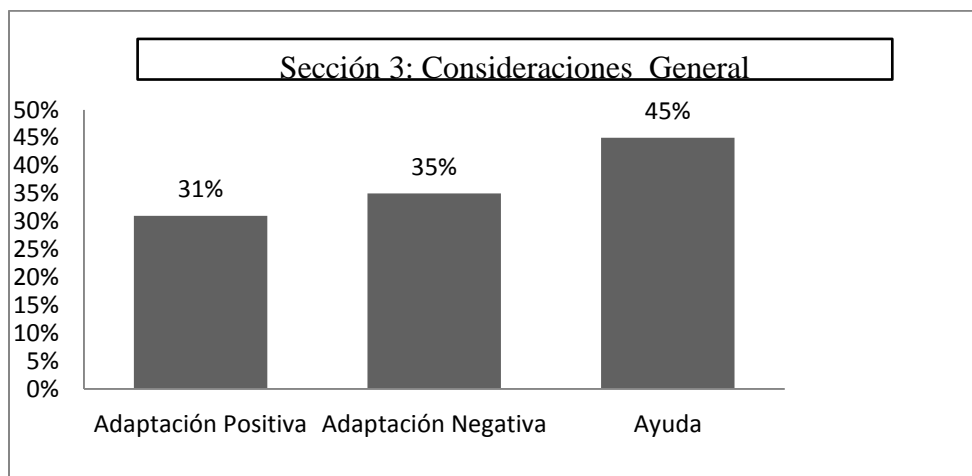
CUADRO N°20

ALTERNATIVAS	%
Adaptación Positiva	31%
Adaptación Negativa	35%
Ayuda	45%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°20



Fuente: Cuadro N°20

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los pacientes tienen, un 31% de aceptación hacia su estoma, con un 45% de ayuda de parte de sus familiares o seres cercanos, porque no pueden realizarlo solos por su condición física.

21.- Sigue asistiendo con un enfermero/a especializada en cuidados del estoma

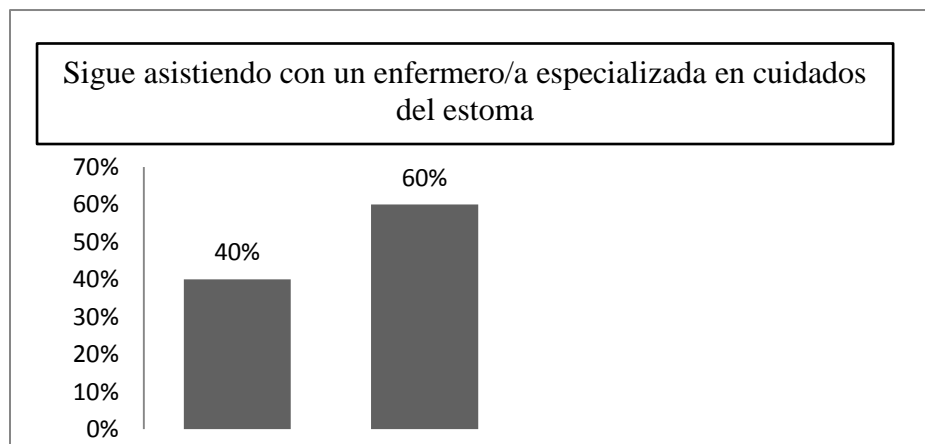
CUADRO N° 21

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	%
SI	6	40
NO	9	60
TOTAL	15	100%

Fuente: Encuesta aplicada a los Pacientes ostomizados Egresados Enero – Junio 2013

Elaborado por: Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

GRÁFICO N°21



Fuente: Cuadro N°21

Elaborado por: Autoras

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La calidad de vida de los pacientes tiene relación con la atención de enfermería ya que si no hay una educación adecuada y un seguimiento oportuno no podemos verificar cómo evoluciona su ostomía y su adaptación a la misma.

4.2. COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

De acuerdo a los resultados de la investigación obtuvimos: que el índice de calidad de vida fue del 45%; puesto que hay mayor incidencia de colostomías, en hombres antes que en mujeres, los mismos que son adultos mayores, que pertenecen al sector rural y presentan otras enfermedades asociadas.

Mientras que el personal de enfermería entrevistado del área de cirugía, indican que no hay un área específica, material necesario, tampoco protocolos para guiarse, no se realiza el plan estandarizado al momento del egreso, no hay capacitación por parte de la institución sobre el cuidado integral del paciente ostomizado, por lo tanto se confirma la hipótesis: “La atención de enfermería de los pacientes ostomizados y el plan de egreso influye en la calidad de vida de los mismos”.

Debido a que el personal, no se enfoca a la educación del individuo y la familia al momento del egreso, tanto en el aspecto físico, emocional, sexual, nutricional y social, sino solo al cuidado directo hospitalario.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- ❖ Mediante la encuesta aplicada al personal de enfermería concluimos que hay un 21% de desconocimiento de la patología y por ende de sus cuidados y educación al momento del egreso, por lo que se presentan las complicaciones y su baja autoestima.
- ❖ No existe material de apoyo a pesar de que el personal de enfermería trabaja sobre protocolos pero no específicos. La implementación de protocolos o guías de intervención mejoraría en gran parte la atención al paciente ostomizado.
- ❖ Según el análisis de los resultados de los cuestionarios de Montreux aplicado, la calidad de vida de la población estudiada fue del 45% es decir no es la adecuada, de acuerdo con el estándar de la calidad de vida. El hecho de ser del sector rural, de la tercera edad y de tener que un familiar le traduzca por el idioma, implican la disminución en el índice de la calidad de vida.
- ❖ En el área de estadística no hay datos o registros sobre los reingresos de pacientes ostomizados y sus causas, esto nos trae como consecuencia la no concientización del personal de enfermería sobre la educación oportuna a los pacientes y de esta manera poder brindarle una mejor calidad de vida.
- ❖ También concluimos diciendo que un 86 % de profesionales de enfermería considera importante la referencias y contra referencias porque estas tienen un enfoque en la atención primaria en salud y permite mejorar la atención al usuario y direccionar adecuadamente para ofrecer una atención de acuerdo a las necesidades de salud.

5.2. RECOMENDACIONES

- ❖ Recomendar al H.P.G.D.R la importancia de implementar programas de capacitaciones y charlas educativas sobre el manejo de pacientes ostomizados que ayuden a mejorar su calidad de vida.
- ❖ Se recomienda al personal de enfermería que aplique los conocimientos obtenidos durante su formación académica para brindar una atención de calidad.
- ❖ Se recomienda a los profesionales de enfermería del HPGDR tomar iniciativas de autoeducación para elevar su conocimiento en cuidado de pacientes ostomizados y así alcanzar una adecuada atención de enfermería.
- ❖ Se recomienda que durante la valoración de estos pacientes, no se deje a un lado su parte psicológica EMOCIONAL sexual y social, pues de ello depende su calidad de vida.
- ❖ Involucrar a la familia en la participación de la situación del paciente, pues este es el núcleo primario de la sociedad en la cual todos necesitamos apoyo.
- ❖ Se recomienda hacer uso del protocolo y el plan de enfermería según la taxonomía Nanda NIC- NOC, diseñado exclusivamente para el personal de enfermería con el fin de mejorar la atención y brindar una mejor calidad de atención y por ende evitar reingresos y mejorar la calidad de vida de los mismos.

CAPÍTULO VI

6.- LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

6.1. Diseño de un protocolo que les facilite la atención durante la hospitalización y una mejor educación al paciente durante el alta, para obtener una mejor calidad de vida de los pacientes ostomizados.

6.2. TEMA

“PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS “

BIBLIOGRAFIA

Andalusia, J. d. (s.f.).

http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cancer_colorrectal/Guias_Informativas/Vivir_con_una_ostomia. Obtenido de http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cancer_colorrectal/Guias_Informativas/Vivir_con_una_ostomia: http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx?stk=Aulas/Cancer_colorrectal/Guias_Informativas/Vivir_con_una_ostomia

Belda, d. (s.f.). <http://coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/>. Recuperado el 10 de 01 de 2014, de <http://coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/>: <http://coloprocto.wordpress.com/manejo-colostomias/>

Bodega Urruticoechea, C., Marrero González, C. M., & Muñiz Toyos, N. (s.f.). http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9. Recuperado el 10 de 01 de 2014, de http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9

Chile, u. c. (s.f.). http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.html. Recuperado el 10 de 01 de 2014, de http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.html: http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.html

Cientifico, A. (s.f.).

Cientifico, A. (s.f.). <http://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa>. Obtenido de <http://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa>: <http://es.wikipedia.org/wiki/Ostom%C3%ADa>

Cuidados, M. d. (s.f.). <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>. Obtenido de <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>: <http://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/ostomias.pdf>

Ecured. (s.f.). <http://www.ecured.cu/index.php/Ostom%C3%ADas>. Obtenido de <http://www.ecured.cu/index.php/Ostom%C3%ADas>: <http://www.ecured.cu/index.php/Ostom%C3%ADas>

Gladys Carvajal, M. L. (s.f.). <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.pdf>. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.pdf>: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.pdf>

Luis Silva, J. A. (05 de 2006).

http://books.google.com.ec/books?id=4jmSlydctt8C&pg=PA103&dq=OSTOMIAS&hl=es&sa=X&ei=0W_QUuqiGa_gsAS2h4KoDQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=OSTOMIAS&f=false. Obtenido de http://books.google.com.ec/books?id=4jmSlydctt8C&pg=PA103&dq=OSTOMIAS&hl=es&sa=X&ei=0W_QUuqiGa_gsAS2h4KoDQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=OSTOMIAS&f=false

=0W_QUuqiGa_gsAS2h4KoDQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=OSTOMIAS&f=false:
http://books.google.com.ec/books?id=4jmSlydctt8C&pg=PA103&dq=OSTOMIAS&hl=es&sa=X&ei=0W_QUuqiGa_gsAS2h4KoDQ&ved=0CCwQ6AEwAA#v=onepage&q=OSTOMIAS&f=false

Madrid, C. (s.f.).

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427572219&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal. Obtenido de
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427572219&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142427572219&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal

Madrid, C. M. (s.f.). http://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html.
Obtenido de http://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html:
http://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html

Manuel Ales, C. J. (2006). *Servicio Navarro de Salud*. España: MAD,S.L.

Medlineplus. (10 de 8 de 2013).

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000204.htm>. Obtenido de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000204.htm>:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000204.htm>

Monografias. (s.f.). <http://www.monografias.com/trabajos94/medico-quirurgico-ii-ostomias/medico-quirurgico-ii-ostomias.shtml>. Obtenido de <http://www.monografias.com/trabajos94/medico-quirurgico-ii-ostomias/medico-quirurgico-ii-ostomias.shtml>:
<http://www.monografias.com/trabajos94/medico-quirurgico-ii-ostomias/medico-quirurgico-ii-ostomias.shtml>

Najera, J. D. (s.f.). <http://www.slideshare.net/benedictomd/ostomias>. Obtenido de <http://www.slideshare.net/benedictomd/ostomias>:
<http://www.slideshare.net/benedictomd/ostomias>

Ostomias, S. p. (s.f.). <http://santiagopg-ostomia.blogspot.com/2008/08/necesidad-de-un-modelo-de-cuidados.html>. Obtenido de <http://santiagopg-ostomia.blogspot.com/2008/08/necesidad-de-un-modelo-de-cuidados.html>: <http://santiagopg-ostomia.blogspot.com/2008/08/necesidad-de-un-modelo-de-cuidados.html>

Pinzon, A. (2009). <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>. Obtenido de <http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>:
<http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>

Proteccion, c. y. (s.f.). <http://www.ostomed.com.mx/ostomia.html>. Recuperado el 10 de 01 de 2014, de <http://www.ostomed.com.mx/ostomia.html>: <http://www.ostomed.com.mx/ostomia.html>

Recomendaciones, G. d. (s.f.).

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=25ostomias.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=Mun>. Obtenido de <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename=25ostomias.pdf&blobheadervalue2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=Mun>

Salinas, N. d. (2008). <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fms718p/doc/fms718p.pdf>. Obtenido de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fms718p/doc/fms718p.pdf>: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fms718p/doc/fms718p.pdf>

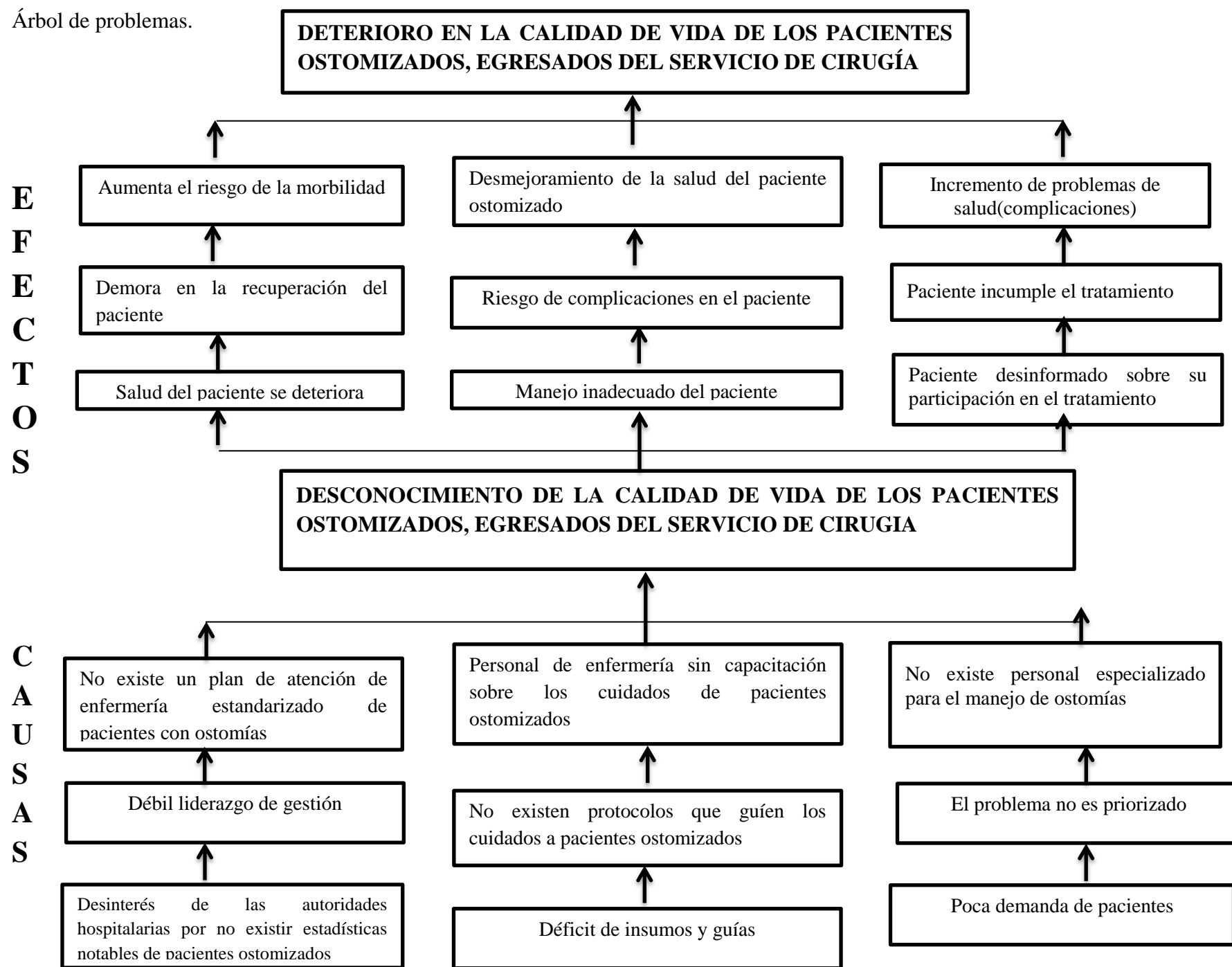
Tarrazo, R. (s.f.). <http://www.ayudate.es/pdf/guia3.pdf>. Obtenido de <http://www.ayudate.es/pdf/guia3.pdf>: <http://www.ayudate.es/pdf/guia3.pdf>

Varios. (2006). *Manual para Diplomado en Enfermería*. España: MAD,S.L.

Varios. (2007). *Tratado de enfermería paliativa*. España: Medica Panamericana.

ANEXOS

Árbol de problemas.





UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA DE MONTREUX

El objetivo de esta encuesta es demostrar la opinión del paciente ostomizado egresado del HPGDR y por ende valorar la calidad de vida del paciente.

Sírvase contestar con veracidad cada una de las preguntas ya que con esto contribuirá al logro de los objetivos planteados para nuestra investigación con el fin de obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

Los resultados son anónimos.

Sección 1: Calidad de vida

1. ¿Hasta que punto se encuentra fuerte?

Nada Muchísimo

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada Muchísimo

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada Muchísimo

5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada Muchísimo

6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo Excelente

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada fácil Muy fácil

9. ¿Hasta que punto se lo pasa usted bien (aficiones, entretenimientos, vida social)?

Nada Muchísimo

10. ¿Come a gusto?

Nada Muchísimo

11. ¿Hasta que punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?

Nada Mucho

12. ¿Come Vd. lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Totalmente suficiente

13. ¿Hasta que punto se siente útil?

Nada Extremadamente útil

14. ¿Hasta qué punto se siente Vd. feliz?

Nada Muchísimo

15. ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada Extremadamente satisfactoria

16. ¿Hasta qué punto nota Vd. dolor?

Nada Insoportable

17. ¿Con qué frecuencia nota Vd. dolor?

Nunca Continuamente

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy mala Excelente

19. ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada Muchísimo miedo

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente insuficiente Del todo suficiente

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada Muchísimo

22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada Muchísimo

23. A pesar de mi ostomía, creo que llevo una vida normal

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

Sección 2: Autosuficiencia

Hasta qué punto se siente seguro para:

30. Limpiarse el estoma

Nada Totalmente

31. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada Totalmente

32. Tirar su bolsa

Nada Totalmente

33. Obtener sus bolsas de recambio

Nada Totalmente

34. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada Totalmente

Sección 3: Cuestiones generales

35. Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma

Nunca Siempre

36. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente de acuerdo Totalmente en desacuerdo

37. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de acuerdo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Totalmente en desacuerdo

38. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | Siempre

39. Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre

40. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme

Nunca | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Siempre

41. ¿Sigue Ud. viendo a una enfermera/a especializada en cuidados del estoma?

Sí No

ANEXO 2: Cálculo del Índice de calidad de vida y de las puntuaciones obtenidas en las secciones de Calidad de vida, Cuestiones generales y Autosuficiencia

	Suma las Puntuaciones de los siguientes ítems	Anote aquí el resultado	Multiplique por este factor	Anote aquí los totales
SECCIÓN 1 : CALIDAD DE VIDA				
Bienestar Psicológico	9+13+14+15+18	=	× 4 =	.....
Bienestar Físico	1+2+3+7+11	=	× 4 =	.....
Imagen corporal	5+8+19+22	=	× 5 =	.....
Dolor	16+17	=	× 10 =	.....
Actividad sexual	6	=	× 20 =	.....
Nutrición	4+10+12	=	× 6.7 =	.....
Preocupaciones Sociales	20+21	=	× 10 =	.....
Manejo	23	=	× 20 =	.....
Índice de Calidad de Vida	(añadir los resultados de los artículos anteriores)	=	× 0.87 =	.....
SECCIÓN 3: AUTOSUFICIENCIA				
Autosuficiencia	30+31+32+33	=	× 5 =	.....
Ayuda y consejo	34	=	× 20 =	.....
SECCIÓN 4: CUESTIONES GENERALES				
Adaptación positiva	35+36	=	× 10 =	.....
Adaptación negativa	37+38	=	× 10 =	.....
Ayuda	39+40	=	× 10 =	.....

LINCOGRAFÍA:

www.fuden.es/originales_obj.cfm?id_original=70&paginacion=4



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
ENCUESTA

El presente cuestionario tiene por objetivo, obtener información sobre las acciones de Enfermería, que se aplica en los pacientes ostomizados egresados del servicio de cirugía.

Sírvase contestar con veracidad cada una de las preguntas, ya que con la misma contribuirá al mejor manejo del personal de Enfermería y a través de ello al logro de los objetivos planteados para nuestra investigación con el fin de obtener el título de licenciadas en Enfermería.

Los resultados son anónimos, de carácter confidencial con fines de investigación.

CUESTIONARIO

SEÑALA CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA

1.- ¿Qué es “Paciente ostomizado”?

Persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica, para obtener una derivación fisiológica, que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole a alteraciones físicas, biológicas, psicológicas y sociales. ()

Es el término con que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal. ()

2.-¿Cuál es la clasificación de las ostomías?

Según su función (Estomas de nutrición, Estomas de drenaje, Estomas de eliminación). ()

Según el tiempo de permanencia (Temporales, Definitivas). ()

Según el órgano implicado (Colostomía, Ileostomía, Urostomía). ()

Todas las Anteriores ()

3.-¿Cuándo usted realiza el cuidado del estoma y la piel periestomal de un paciente ostomizado que solución utiliza?

Agua y jabón ()

Agua oxigenada ()

Solución salina ()

Ninguna ()

4.- ¿La institución donde labora le facilita el material necesario para el cuidado de las ostomías?

Si ()

No ()

Si la respuesta es positiva indique las que le facilite:

Sistemas colectores de evacuación cerrados y abiertos ()

Sistemas colectores de evacuación únicos o dobles ()

Sistema de irrigación, pinzas ()

Lociones limpiadoras, desodorantes ()

Placas autoadhesivas, cremas de barreras ()

Todas las anteriores ()

5.-Para las colostomías transversas y descendentes las bolsas a utilizar deben ser:

Cerradas ()

Abiertas ()

Depende del gusto del paciente ()

Todas son válidas ()

6.- ¿Cuál de las acciones de enfermería, aplica en la atención a pacientes ostomizados hospitalizados?

Valoración del estado de la piel y del estoma ()

Irrigación ()

Cambio de bolsa e higiene ()

Educación al paciente sobre el manejo de la bolsa ()

7.-Un paciente ostomizado recibe, apoyo emocional, psicológico, social y educación del manejo del estoma antes y después de la cirugía.

Antes de la Cirugía ()

Después de la Cirugía ()

En ningún momento ()

8.-Considera como profesional de enfermería, educar a los pacientes ostomizados y a su familia al momento del egreso.

SI ()

NO ()

Si su respuesta es positiva en que aspecto se enfoca más:

Aspecto Físico ()

Aspecto Emocional ()

Aspecto Nutricional ()

Aspecto Social ()

Aspecto Sexual ()

Todas las Anteriores ()

9.-Dispone el servicio de cirugía de material informativo para proporcionar información al paciente ostomizado antes de la cirugía, durante la cirugía y al momento del egreso.

Protocolos ()

Folletos ()

Guías de intervención ()

Plan de enfermería estandarizado ()

No dispone de material ()

10.-CONSIDERA IMPORTANTE QUE LA INSTITUCIÓN HOSPITALARIA DEBE CAPACITAR OPORTUNAMENTE AL PERSONAL PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

Muy importante ()

Importante ()

Poco importante ()

Nada importante ()

11.-Considera oportuno realizar el Proceso de Atención de Enfermería (NANDA-NIC-NOC) a pacientes ostomizados al momento del egreso.

Si, para educar al paciente ostomizado ()

Si, para prevenir complicaciones ()

Si, para evitar reingresos ()

No es necesario ()

12.-¿CÓMO CONSIDERA USTED QUE SE EVITARÍA EL REINGRESO DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS?

Educando oportunamente durante su hospitalización y al momento del egreso ()

Educando los signos de peligro que puede presentar ()

Utilizando las Referencias y Contrareferencias a las Unidades Operativas ()

Ninguna de las Anteriores ()

13.-LA INSTITUCIÓN LLEVA UN REGISTRO DE REINGRESO DE PACIENTES OSTOMIZADOS

SI ()

NO ()

14.- IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE LA ENFERMERA DE CONSULTA EXTERNA

MUY IMPORTANTE ()

IMPORTANTE ()

POCO IMPORTANTE ()

NADA IMPORTANTE ()

Elaborado por: Paulina Muñoz – Fernanda Pilamung

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS											
TERCERO	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)											
Dominio 5: Percepción/ cognición Clase 4: Cognición CÓDIGO DE DX: (00126)			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA								
Conocimientos deficientes Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico. R/C Falta de exposición.M7P Realización inadecuada de las pruebas.			Dominio: Conocimiento y conducta de salud (IV) Clase Conocimiento sobre salud (5) RESULTADO: Conocimiento: cuidados de la ostomía (1829)	182903 Descripción de los cuidados de la piel alrededor de la ostomía 182906 Descripción del procedimiento para cambiar / vaciar la bolsa de la ostomía 182907 Descripción de las complicaciones relacionadas con el estoma / piel	Ninguno hasta Extenso (i) Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extremo (5)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MANTENER</th> <th>AUMENTAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	MANTENER	AUMENTAR	1	5	1	5	1	5
MANTENER	AUMENTAR													
1	5													
1	5													
1	5													
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)														
Clase:	B Control de la eliminación Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas	Campo:	1.Fisiológico Básico	Clase:	S Educación de los pacientes Intervenciones para facilitar el aprendizaje	Campo:	3. conductual							
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE 0480 Cuidados de la ostomía L				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 5618 Enseñanza procedimiento I tratamiento										

ACTIVIDADES	ACTIVIDADES
<p>Instruir al paciente/ cuidador en la utilización del equipo de la ostomía cuidados.</p> <p>Disponer la demostración de uso del equipo al paciente/ cuidador.</p> <p>Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario.</p> <p>Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario.</p> <p>Observar la curación de la incisión / estoma.</p> <p>Vigilar posibles complicaciones postoperatorias, como la obstrucción intestinal, el íleo paralítico, Fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.</p> <p>Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía.</p> <p>Cambiar / vaciar la bolsa de ostomía, si procede.</p> <p>Irrigar la ostomía, si procede.</p> <p>Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.</p> <p>Animar al paciente/ cuidador a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.</p> <p>Examinar los cuidados de la ostomía del paciente.</p> <p>Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.</p> <p>Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados.</p> <p>Instruir al paciente para vigilar la presencia de posibles complicaciones (rotura mecánica, rotura química, exantema, fugas, deshidratación, infección).</p> <p>Controlar las pautas de eliminación.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los factores que afectan a la pauta de eliminación.</p> <p>Instruir al paciente I cuidador acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de eliminación.</p> <p>Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma /tejido circundante.</p> <p>Enseñar al paciente a masticar concienzudamente, a evitar alimentos que antes le hubiesen causado trastornos digestivos, a añadir un alimento nuevo cada vez y a beber líquidos en abundancia.</p> <p>Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual.</p> <p>Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo estado.</p> <p>Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.</p> <p>Fomentar la participación en grupos de apoyo de ostomía después del alta hospitalaria.</p>	<p>Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/ tratamiento.</p> <p>Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado, si es el caso.</p> <p>Explicar el propósito del procedimiento / tratamiento.</p> <p>Describir las actividades del procedimiento / tratamiento.</p> <p>Explicar el procedimiento / tratamiento.</p> <p>Obtener / ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/ tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede.</p> <p>Enseñar al paciente cómo cooperar / participar durante el procedimiento I tratamiento, si procede.</p> <p>Discutir la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento / tratamiento, si procede.</p> <p>Proporcionar información acerca de lo que se oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento! tratamiento.</p> <p>Describir las valoraciones actividades posteriores al procedimiento/tratamiento y el fundamento de las mismas.</p> <p>Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación.</p> <p>Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo d e cuidados, según corresponda.</p> <p>Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán.</p> <p>Enseñar al paciente a utilizar técnicas de resolución de problemas dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imaginación), si procede.</p> <p>Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p> <p>Incluir a la familia/ ser querido, si resulta oportuno.</p>
Elaborado	Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS				
TERCERO	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Dominio 6: Autopercepción Clase 3: Imagen corporal CÓDIGO DE DX 00118			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA	
Trastorno de la imagen corporal Confusión en la imagen mental del yo físico. R/C Cirugía. M/P Verbalización de cambio en el estilo de vida., por mirar una parte del cuerpo. No tocar una parte del cuerpo			Dominio: Salud psicosocial (/ti) Clase: Bienestar psicológico (M) Resultado Autoestima (1205)	120S15 Voluntad para enfrentarse a los demás 120S01 Verbalizaciones de auto aceptación 120S02 Aceptación de las propias limitaciones	Nunca positivo (1) Raramente positivo (2) A veces positivo (3) Frecuentemente positivo (4) Siempre positivo(5)	MANTENER 1 1 1	AUMENTAR 5 5 5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	Campo:	3. conductual	Clase:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento	Campo:	3. conductual
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE 5220 Potenciación de la imagen				INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE: 5270 Apoyo emocional			

<p>Corporal</p>	
<p>ACTIVIDADES</p>	<p>ACTIVIDADES</p>
<p>Utilizar una guía previsoras en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles. Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía, si procede. Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo o en su nivel de funcionamiento. Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal si procede. Ayudar al paciente a discutir los factores estresantes que afectan a la imagen corporal debidos a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. Observar la frecuencia de las frases de autocrítica. Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto. Facilitar el contacto con personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal similares. Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente. Utilizar ejercicios de revelación propia con grupos de adolescentes u otros grupos en desarrollo acerca de los atributos físicos normales.</p>	<p>Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo. Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Comentar las consecuencias de profundizar en el sentimiento de culpa o vergüenza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.</p>
<p>Elaborado</p>	<p>Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga</p>

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS				
	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Dominio 7: Rol/ relaciones Clase 3 : Desempeño del rol Código de dx. : (00052)			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA	
Deterioro de la interacción social cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social. R/C Trastorno del auto concepto .M/P Malestar en las situaciones sociales, Interacción disfuncional con los demás.			Dominio: Salud psicosocial / (1/1) Clase: Interacción social! (P) Resultado implicación social 1 (1503)	150301 Inter acción con amigos Intimo s	Nunca demostrado (1) Raramente demostrado(2) A veces demostrado (3) Frecuentemente demostrado (4) Siempre demostrado (5)	MANTEN ER	
				150302 Interacción con vecinos		1	AUMENT AR
			150303 Interacción con miembros de la familia			1	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	P Terapia cognitiva Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o alterar el funcionamiento cognitivo indeseable		Campo:	3. conductual		Campo:	3. conductual
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE							
Terapia de reminiscencia 4860							
ACTIVIDADES							
ACTIVIDADES							

Determinar qué método de reminiscencia (p. ej., autobiografía gravada, periódico, revisión estructurada de la vida, álbum de recortes, discusión abierta y explicar historias) es más eficaz.

Fomentar la expresión verbal de sentimientos, tanto positivos como negativos, de los sucesos pasados.

Observar el lenguaje corporal, la expresión facial y el tono de voz para identificar la importancia de los recuerdos para el paciente.

Realizar preguntas abiertas sobre los sucesos pasados.

Proporcionar apoyo, ánimo y empatía a los participantes.

Utilizar técnicas de comunicación (como enfoque, reflexión y repetición) para desarrollar la relación.

Comentar la calidad afectiva que acompaña a los recuerdos de una manera enfática.

Utilizar preguntas directas para volver a centrarse en los acontecimientos de la vida, si el paciente se aparta del tema.

Informar a los miembros de la familia acerca de los beneficios de la reminiscencia.

Ajustar la duración de la sesión mediante el grado de atención del paciente.

Dar refuerzos positivos inmediatos a los pacientes cognitivamente alterados.

Reconocer las capacidades previas de resolución de problemas.

Repetir la sesión semanalmente o más a menudo durante un período prolongado.

Ajustar el número de sesiones en función de la respuesta del paciente y su deseo de continuar

Elaborado

Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS					
	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
Dominio 7: Rol/ relaciones Clase 3 : Desempeño del rol Código de dx. : (00046)			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA		
Deterioro de la integridad cutánea. Alteración de la epidermis vio la dermis. R/C Factores mecánicos (p. ej.. fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)y/o secreciones.			Dominio: Salud fisiológica (JI) Clase: Integridad tisular(L) Resultado: Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)	1101 J3 Piel in acta 11111 21 Eritema " 110123 Necrosis	Gravemente comprometido (1) Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido(3) Levemente comprometido (4) No comprometido (5)	MANTEN ER 1	AUMENT AR 5	
						1	5	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	L Control de la piel heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos		Campo:	2. fisiológico complejo	Clase:	L Control de la piel heridas Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos	Campo:	2. fisiológico complejo
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE					INTERVENCION INDEPENDIENTE:			
3590 Vigilancia de la piel					3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico			
ACTIVIDADES					ACTIVIDADES			

Valorar el estado del sitio de incisión, si procede.
Observar su color, calor, pulsos, textura y si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.
Observar si hay zonas de presión y fricción.
Observar si hay infecciones, especialmente en las zonas edematosas.
Observar si hay zonas de decoloración y magulladuras en la piel y las membranas mucosas.
Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.
Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel
Observar si la ropa queda ajustada.
Vigilar el color de la piel.
Comprobar la temperatura de la piel.
Tomar nota de los cambios en la piel y membranas mucosas.
Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.
Instruir al miembro de la familia / cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel, si procede.

Evitar el uso de ropa de cama de textura áspera.
Realizar la limpieza con jabón antibacteriano, si resulta oportuno.
Vestir al paciente con ropas no restrictivas.
Aplicar W1 dispositivo de ostomía que encaje adecuadamente, cuando se precise.
Proporcionar higiene de aseo, si es necesario.
Abstenerse de administrar aplicaciones de calor local.
Abstenerse de utilizar jabones alcalinos en la piel.
Mantener la ropa de la cama limpia, seca
Poner en marcha los servicios de consulta de cuidados de terapia de enterostomía, si se requiere.
Aplicar antibióticos tópicos a la zona afectada, si procede.
Aplicar agente antiinflamatorio tópico a la zona afectada, si está indicado.
Inspeccionar diariamente la piel en personas con riesgo de pérdida de integridad de la misma.
Registrar el grado de afectación de la piel

Elaborado

Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS					
	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)					
Dominio 2.- NUTRICION Clase 1: Ingestión Código de dx. : (00002)			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA		
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES: Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas R/C incapacidad para digerir o absorber los nutrientes debido a factores biológicos, tratamiento neoadyuvantes, cirugía, enfermedad tumoral o inflamatoria). M/P Peso corporal inferior en un 20% o más al peso ideal, falta de información, informes de alteración del sentido del gusto			Dominio: Salud fisiológica (II) Clase: Nutrición (K) Resultado: Estado nutricional (1004)	Ingestión de nutrientes (100401)	Ninguno hasta Extenso (i) Ninguno (1) Escaso (2) Moderado (3) Sustancial (4) Extremo (5)	MANTENER 1	AUMENTAR 5	
				Ingestión alimentaria (100402)		1	5	
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)								
Clase:	R Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento		Campo:	2. fisiológico complejo	Clase:		Campo:	2. fisiológico complejo
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE					INTERVENCION INDEPENDIENTE:			
Asesoramiento nutricional (5246)					Manejo de la nutrición 1100			
ACTIVIDADES					ACTIVIDADES			

Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional
Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada
Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente
Discutir el significado de la comida para el paciente
Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos
Disponer una visita/consulta a otros miembros del equipo de cuidados

Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.
Determinar -en colaboración con el dietista, - el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las exigencias de alimentación.
Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina **E**, si es el caso.
Dar comidas ligeras, en puré y blandas, si procede.
Asegurarse de que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento.
Proporcionar al paciente alimentos nutritivos, ricos en calorías y proteínas y bebidas que puedan consumirse fácilmente, si procede.
Realizar una selección de comidas.
Ajustar la dieta al estilo de vida del paciente, según cada caso.
Proporcionar información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.
Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

Elaborado

Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga

NIVEL	ESPECIALIDAD	SERVICIO	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES OSTOMIZADOS				
	OSTOMIA	CLINICO-QUIRURGICO	CLASIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC)				
Dominio 3 : Eliminación e intercambio Clase 2: Función gastrointestinal Código de dx :00015			RESULTADO (S)	INDICADOR(ES)	ESCALA (S) DE MEDICIÓN	PUNTIACIÓN DIANA	
Riesgo de estreñimiento .Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces vÍo eliminación de heces excesivamente dura s y secas .R/C Aporte insuficiente de fibras. Y de líquidos.			Dominio: Salud fisiológica (11) Clase: Um;lf1u"iún (F) Resultado: Eliminación intestinal (0501)	050101 Patrón de eliminación	Gravemente comprometido (1)	1	5
				05011 2 Facilidad de eliminación de las heces	Sustancialmente comprometido (2) Moderadamente comprometido (3) levemente comprometido (4) No comprometido (5)			1	5
CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES (NIC)							
Clase:	B Control de la eliminación Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas		Campo:	1. fisiológico básico	Clase:	B Control de la eliminación Intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas	
INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE					INTERVENCIÓN INDEPENDIENTE:		
0430 Manejo intestinal					0420 Irrigación intestinal		
ACTIVIDADES					ACTIVIDADES		
Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal. Controlar los movimientos intestinales incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.					Determinar la razón del lavado intestinal. Evitar la aplicación si el paciente tiene un historial de colitis ulcerosa o enteritis local. Comprobar la prescripción médica d el lavado intestinal.		

Observar si hay sonidos intestinales.
Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y / o sonidos intestinales agudos.
Informar si hay disminución de sonidos intestinales.
Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso.
Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
Enseñar al paciente las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.
Instruir al paciente! miembros de la familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
Administrar supositorios de glicerina, si es necesario.
Poner en marcha un programa de entrenamiento intestinal, si resulta oportuno.
Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede.
Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras, si procede.
Administrar líquidos calientes después de las comidas, si está indicado.
Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.
Obtener un estimulante para las heces, si procede.
No realizar la exploración rectal! vaginal si las condiciones médicas lo indican

Elegir el tipo de enema adecuado.
Explicar el procedimiento al paciente.
Disponer intimidad de ambiente.
Informar al paciente de que pueden presentarse retortijones abdominales y urgencia de defecación.
Preparar el equipo necesario.
Colocar al paciente en posición, según el caso.
Proteger la ropa de cama.
Disponer cuña o similar, si procede.
Determinar la temperatura adecuada de la sustancia de irrigación.
Lubricar el tubo antes de la inserción, cuando proceda.
Insertar la sustancia por el recto, según indicación.
Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia de la solución de irrigación o la medicación oral.
Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
Tomar nota sobre si los retornos del enema o laxante no son claros.
Limpiar la zona anal.

Elaborado

Paulina Muñoz- Fernanda Pilamunga



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



TEMA:

“PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS “

ELABORADO POR:

**Paulina del Rocío Muñoz Guamán
Geoconda Fernanda Pilamunga Granizo**

Tutora: MSC. Luz Lalón

Riobamba-Ecuador

2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE ENFERMERÍA



TEMA:

“PROTOCOLO SOBRE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS “

ELABORADO POR:

Paulina del Rocío Muñoz Guamán

Geoconda Fernanda Pilamunga Granizo

Tutora: MSC. Luz Lalón

INDICE

INTRODUCCION

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVOS ESPECIFICOS

CAPITULO 1: CONOCIMIENTO

- DEFINICION DE OSTOMIA
- CLASIFICACION DE OSTOMIAS
- COMPLICACIONES INMEDIATAS
- COMPLICACIONES TARDIAS
- DISPOSITIVOS PARA LAS OSTOMÍAS (• Colectores, Sistemas de continentes (obturador e irrigación ,Accesorios y protectores cutáneos

CAPITULO 2: OSTOMIAS DIGESTIVAS (COLOSTOMIAS, ILEOSTOMIA).

- DEFINICION
- ENFERMEDADES POR LO QUE SE REALIZA UNA OSTOMIAS DIGESTIVAS.

CAPITULO 3: OSTOMIAS URINARIAS (UROSTOMIA).

- DEFINICION
- ENFERMEDADES POR LO QUE SE REALIZA UNA UROSTOMIA.

CAPITULO 4: CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.

- CALIDAD DE VIDA PACIENTES OSTOMIZADOS (ASPECTO PSICOLÓGICO, BIOLÓGICO, SOCIAL Y SEXUAL.)

CAPITULO 5: CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- **CUIDADOS PREOPERATORIOS**
- **CUIDADOS POSOPERATORIOS INMEDIATOS**
- **CUIDADOS POSOPERATORIOS MEDIATOS**
- **CUIDADOS POSALTA -- COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO**
- **RETIRADA DEL DISPOSITIVO**
- **CUIDADOS DEL ESTOMA Y PIEL PERIOSTOMAL**
- **ELECCION DEL TIPO DE DISPOSITIVO**
- **RECOMENDACIONES NUTRICIONALES**
- **IRRIGACION DE LA COLOSTOMIA**

INTRODUCCION

Las ostomías son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica.

Una ostomía es un tratamiento eficaz, pero de la misma manera implica un reto para el paciente y su entorno, por lo que afecta la integridad corporal, modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social y repercute en la calidad de vida del paciente.

Con la presentación de este protocolo pretendemos actualizar los conocimientos acerca de los cuidados de enfermería y la calidad de vida de los pacientes ostomizados, a través de la utilización de las técnicas correctas para el cuidado de la estoma.

Esperamos que con la presentación de este protocolo el personal de enfermería encuentre respuestas a sus dudas y que haya una orientación clara y eficaz que le permita ver mejora en la calidad de vida de los pacientes, el personal de enfermería debe conseguir reinsertar al paciente ostomizado para que pueda continuar una vida similar a la que tenía antes de la intervención.

OBJETIVO GENERAL

Ofrecer al personal de enfermería del hospital general docente Riobamba un protocolo de referencia para cuidar al paciente ostomizado, y optimizar la calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

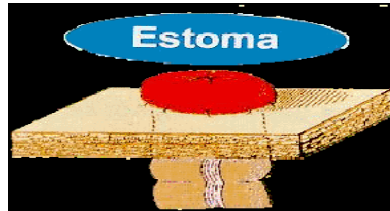
- Conocer los cuidados adecuados que requiere una persona ostomizado en las distintas fases.
- Mantener el estoma en condiciones óptimas de higiene, así como la integridad de la piel periestomal para prevenir complicaciones.
- Mejorar la calidad de vida

CAPITULO 1

OSTOMIA

La palabra ostomía se deriva del griego estoma que significa boca.

Las ostomías son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica



CLASIFICACIÓN DE LAS OSTOMIAS			
SEGÚN FUNCIÓN	SU	Nutrición	Son una vía abierta de alimentación mediante una sonda en el aparato digestivo.
		Drenaje	Son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
		Eliminación	Su misión es crear una salida al contenido fecal o urinario.
SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA SERÁN		Temporales	Si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado
		Definitivas	Si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo.
SEGÚN EL ÓRGANO IMPLICADO		Colostomía	Es una abertura creada quirúrgicamente en el colon a través del abdomen.
		Ileostomía	Es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino delgado a través del abdomen.
		Urostomía	Con una urostomía, la vejiga y la uretra han sido extirpadas o Eludidas. Cuando una persona Tiene una urostomía, la orina ya no se elimina a través de la uretra.

INDICACIONES PARA LA REALIZACIÓN DE UNA OSTOMIA

- ❖ Síndrome de Fournier
- ❖ Absceso Perianal
- ❖ Tumores de Sigmoides
- ❖ Tumores Inespecíficos
- ❖ Perforación Intestinal
- ❖ Malformación ano-rectal
- ❖ Cáncer de ovario(metástasis)
- ❖ Escara por decúbito, infectadas
- ❖ Incontinencia anal
- ❖ Ingestión de cuerpos extraños
- ❖ Prolapso rectal
- ❖ Iatrogenias

COMPLICACIONES DE LAS OSTOMIAS

un estoma es un acto quirúrgico que puede considerarse “contranatural” y aunque la técnica quirúrgica de construcción de un estoma es teóricamente simple, está condicionada por distintos factores que pueden provocar complicaciones de aparición inmediata o tardía, las cuales inciden de manera importante en la calidad de vida del paciente.

COMPLICACIONES INMEDIATAS



Son las que aparecen en los primeros días después de la intervención. La actuación de enfermería incluye la prevención, detección y cura/cuidado de las complicaciones.

- ❖ Necrosis
- ❖ Hemorragia
- ❖ Dehiscencia
- ❖ Edema
- ❖ Perforación y /o fistulización
- ❖ Evisceración

COMPLICACIONES TARDÍAS



Suelen aparecer cuando ya está dado de alta, por lo que los conocimientos para la detección de estas complicaciones es un tema prioritario en la educación pre-alta a los pacientes.

- ❖ Prolapso
- ❖ Estenosis
- ❖ Granuloma
- ❖ Retracción
- ❖ Lesiones iatrogénicas

TIPOS DE DERMATITIS

- ❖ Dermatitis periostomal
- ❖ Dermatitis química por contaminación del efluente
- ❖ Dermatitis alérgica de contacto
- ❖ Dermatitis física o traumática

DISPOSITIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

Los dispositivos pueden ser:

- Colectores
- Sistemas de continentes (obturador e irrigación)
- Accesorios y protectores cutáneos

SISTEMAS COLECTORES	
Se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.	
CARACTERÍSTICAS QUE DEBEN REUNIR LOS SISTEMAS COLECTORES	
Principales	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de sujeción: deben tener un poder de fijación suficiente, que asegure la independencia del individuo portador. • Protección de la piel: los materiales que forman parte del adhesivo deben prevenir la irritación de la piel periestomal
Secundarias	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia: deben recoger óptimamente los residuos y facilitar la eliminación de gases. • Manejabilidad: tanto la aplicación como la retirada del dispositivo debe ser fácil para la persona ostomizada. • Discreción: deben ser discretos y no hacer ruido. • Filtración: deben filtrar los malos olores.
TIPOS DE SISTEMAS COLECTORES	
Dependiendo del tipo de evacuación	<p>Cerrados: Están termoseñaladas y es necesaria una bolsa para cada utilización.</p> <p>Abiertos: El extremo inferior está abierto con lo que la bolsa se puede vacía.</p> <p>Existen 2 tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abiertas: se cierran mediante una pinza. - De Urostomía: se cierran mediante una válvula de vaciado.
Dependiendo del sistema de sujeción	<p>Único: El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.</p> <p>Múltiple: El disco adhesivo y la bolsa son dos elementos que se presentan pe separada. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico. Se dio que son 2 piezas cuando el disco y la bolsa engranan directamente. Los sistemas más modernos se denominan de 3 piezas, ya que además existe un tercer elemento, el cierre de seguridad (clipper) que garantiza la unión de l bolsa al disco</p>

Atendiendo al color	<p>Transparentes: Permiten observar el estoma y ver el contenido. Son las más idóneas en el hospital.</p> <p>Opacas: Son de color beige, más discretas</p> <p>Filtros: los llevan todas las bolsas cerradas. Están constituidos por un disco de carbón activado que permite el paso del aire, pero retiene el olor.</p> <p>Plásticos: en la actualidad se usan plásticos muy avanzados que mantienen los olores dentro de la bolsa y a la vez hacen muy poco ruido.</p> <p>Tela sin tejer: transpirable en la cara interna que evita el contacto de la piel con el plástico.</p> <p>Válvula de vaciado y válvula antirreflujo: en las bolsas de urostomía.</p>
----------------------------	--

SISTEMAS DE CONTINENTES	
<p>OBTURADOR Es una prótesis externa con forma de tapón que asegura una colostomía continente durante el periodo en el que está aplicado. Está compuesto por una espuma de poliuretano, que se presenta comprimida a la mitad de su volumen y envuelta en una película de alcohol polivinilo. Para su fácil inserción, el ex-tremo del obturador se presenta lubricado por polietileno glicol</p>	<p>Obturador de 1 pieza: el adhesivo y el tapón forman un solo elemento. Está precortado y listo para su uso.</p> <p>Obturador de 2 piezas: compuesto por un disco adhesivo y un obturador. El disco es recortable. Los flatos se eliminan y el mal olor queda retenido en un filtro que va en cubierta. Así se consigue una continencia real sin ruidos ni olores</p>
<p>IRRIGACIÓN.-Es un lavado intestinal mediante la introducción de agua (de 500 cc a 1.500 cc) en el colon distal, a través del estoma, a temperatura corporal.</p>	<p>CONTRAINDICACIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Colostomías ascendentes ➤ Colostomías transversas ➤ Ileostomías ➤ Urostomías ➤ En afectaciones de diarrea ➤ Con heces de consistencia pastosa

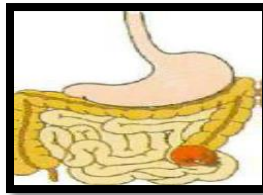
ACCESORIOS Y PROTECTORES CUTÁNEOS	<p>Placas autoadhesivas: son altamente absorbentes y protectoras. Muy indicadas para irritaciones de la zona periestomal.</p> <p>Pasta niveladora: se utiliza como pasta de relleno en pliegues cutáneos; desniveles, para favorecer la adaptación de los dispositivos y evitar fugas. Tiene propiedades regenerativas para la piel.</p> <p>Desodorante: polvos que eliminan el mal olor. Se aplican dentro de las bolsas antes de su colocación.</p> <p>Filtros sueltos: se pegan en la parte superior de las bolsas y luego se perforan con un alfiler. Se utilizan en bolsas que no llevan filtros o bien cuando se necesita una mayor capacidad de filtración,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crema barrera: garantiza el equilibrio del pH cutáneo y actúa como barrera frente a la humedad, reduciendo los efectos irritantes de la orina y heces. Indicada en irritaciones de la zona periestomal. • Película protectora: forma como una «segunda piel» que protege la piel contra los productos de desecho sin impedir su transpiración. Se utiliza para prevenir posibles
--	--

	<p>irritaciones (no para tratamiento).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toallitas y loción limpiadora: para limpiar la zona periestomal.
--	--

CAPITULO 2

OSTOMIAS DIGESTIVAS

COLOSTOMÍA



Es una abertura creada quirúrgicamente en el colon a través del abdomen.

Técnicas quirúrgicas:

Colostomía definitiva, se realiza tras la exéresis completa de recto y del aparato esfinteriano anal, lo que implica la pérdida de la continencia fecal de por vida.

Se suelen realizar a nivel de colon descendente o sigmoide. Se exterioriza una boca única.

Colostomía temporal según el número de bocas puede ser:

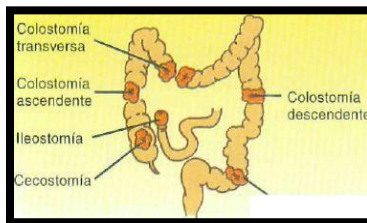
Única: Se reseca la parte de colon afectado, el colon proximal se exterioriza como una colostomía terminal y el muñón distal se sutura dentro de la cavidad abdominal. Se denomina Hartmann.

Doble: Se realiza una incisión lateral en el colon y se exteriorizan y mantienen las dos bocas por medio de un tutor rígido, que se retira aproximadamente a los diez días de la intervención (Colostomía en asa). Colostomías dobles: la boca proximal es la que elimina las heces (funcionante) mientras que la distal elimina únicamente moco (no funcionante).

Clasificación

La clasificación de las colostomías según su localización anatómica es:

- **Cecostomía:** se realizan a la altura del ciego en el lado derecho del abdomen. Son poco frecuentes.
- **Colostomía ascendente:** se realizan en el colon derecho y, al igual que la cecostomía, se sitúan en el abdomen derecho. Se realizan ocasionalmente.
- **Colostomía transversa:** se realiza a la altura del colon transverso y se localiza en la zona superior derecha o izquierda del abdomen. Se hace con frecuencia en cirugía de urgencia para descomprimir el colon.
- **Colostomía descendente:** se realiza en el colon descendente y se exteriorizan en el lado izquierdo.
- **Colostomía sigmoidea:** es la más habitual. Se localiza en el colon sigmoideo en el lado izquierdo del abdomen.



A medida que la colostomía es más distal, las heces son más sólidas y menos irritantes para la piel.

Causas: Las causas más frecuentes de colostomía son las siguientes:

- Cáncer de colon, recto y ano
- Oclusión u obstrucción intestinal
- Poliposis familiar

- Diverticulitis
- Causas congénitas •Traumatismos anorrectales
- Otras: infección perianal, fistulas

ILEOSTOMÍA



Es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino delgado a través del abdomen.

Es la exteriorización del íleon a la pared abdominal en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Las heces producidas en este caso son fluidas y continuas, siendo muy irritantes para la piel por su alto contenido en enzimas proteolíticas.

Técnicas quirúrgicas: Operación de Brooke

- **Ileostomía definitiva.** Es el resultado de una amputación total de colon y recto, abocando a piel el extremo del íleon que esté libre de enfermedad. Esta exteriorización se realiza mediante la eversión de la pared intestinal, quedando un pezón o tetón (técnica de Brooke) con el fin de evitar el contacto de las heces con la piel circundante al estoma.
- **Ileostomía temporal,** Al igual que en las colostomías, existen dos alternativas: ileostomía en asa con tutor o en cañón de escopeta. Se suelen realizar en cirugía programada como prevención a la anastomosis ileoanal con reservorio, para disminuir el riesgo de infecciones y dehiscencia de suturas empleadas para realizar el reservorio.
- **Anastomosis ileoanal con reservorio** que consiste en la creación de un; bolsa o reservorio con el íleon terminal que permita desempeñar la función de almacenamiento de las heces.

Causas

Las causas más frecuentes de ileostomía son las siguientes:

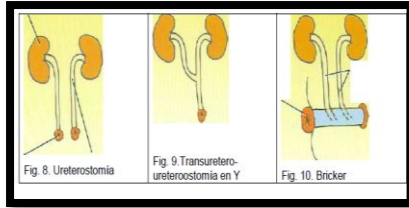
- Colitis ulcerosa
- Poliposis cólica familiar
- Enfermedad de Crohn
- Cáncer de colon y recto
- Enterocolitis
- Amebiasis

ILEOSTOMÍA	COLOSTOMÍA
Intestino delgado	Intestino grueso
Ostomía protuida	Ostomía plana
Volumen alto de efluente	Volumen bajo de efluente
Flujo semi-líquido o líquido	Flujo semi-sólido o pastoso
Riesgo alto de dermatitis	Riesgo bajo de dermatitis
Flujo continuo	Flujo discontinuo
No reeducable	Reeducable

CAPITULO 3

OSTOMIAS URINARIAS

UROSTOMIAS



Con una urostomía, la vejiga y la uretra han sido extirpadas o eludidas. Cuando una persona tiene una urostomía, la orina ya no se elimina a través de la uretra.

Técnicas quirúrgicas:

- **Temporales:** Son aquellas en las que se puede restablecer posteriormente la continuidad del trayecto normal de la orina.
 - **Definitivas:** Se hacen con la intención de mantenerlas por tiempo indefinido, no siendo posible restablecer la continuidad.
- Internas: de uréteres a intestino en continuidad: • Urétero-sigmoideostomía • Vejiga rectal

Externas:

1. Directamente de pelvis o riñón a piel:
 - Piel ostomías: cuando la parte derivada es pelvis renal.
 - Nefrostomías: en este caso la parte derivada es el parénquima renal.
 - Nefrostomías en raqueta.
2. Directamente de uréter a piel:
 - Ureterostomía unilateral: si se deriva un único uréter.
 - Ureterostomía bilateral: si se derivan ambos uréteres.
 - Ureterostomía en cañón de escopeta: cuando los dos uréteres se abocan a la piel y se localizan juntos.
 - Transuretero-ureterostomía en Y: cuando se realiza una derivación de un uréter a otro y éste se aboca a la piel
3. Con tramo de intestino interpuesto entre uréter y piel:
 - Con intestino grueso.
 - Con intestino delgado (técnica de Bricker): Se aísla un segmento de íleon que se abre en un estoma. Los uréteres se hacen llegar a es: porción aislada. El estoma se realiza vertiendo el segmento intestinal como si se tratara de una ileostomía.

Las tres técnicas principales de ostomías urinarias son: las ureterostomías cutáneas, la uretero-sigmoideostomía y la técnica de Bricker.

Causas

Las causas más frecuentes de urostomía son las siguientes:

- Neoplasias urológicas y extraurológicas
- Vejiga neurógena
- Malformaciones congénitas
- Extrofia vesical
- Uropatías obstructivas
- Traumatismos

CAPITULO 4:

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.

CALIDAD DE VIDA.

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un **bienestar social** como ocurre en los países desarrollados.

Dimensiones de la calidad de vida:

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la **calidad de vida relacionada con la salud**. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

El rol del profesional de enfermería en la atención a los pacientes colostomizados, consiste en:

- ❖ Educar al paciente colostomizado a demanda de sus necesidades, transmitirle tranquilidad y soporte emocional. Proporcionar la información clara y repetida, referida a auto cuidado, tratamiento, alimentación, vestido, higiene, actividad sexual, etc.
- ❖ Incluir a la familia y los amigos como elemento de apoyo.
- ❖ Mantener una actitud empática para facilitar la intercomunicación, con la finalidad de que sea la persona ostomizada sujeto activo en el proceso de adaptación-aceptación.

EFFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS OSTOMIZADOS

EFFECTOS PSICOLÓGICOS.-El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período posoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa y a veces inadvertida; la inadaptación y depresión resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada, impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El temor a la recidiva y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía. Que la ostomía sea temporal o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente; el concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio el paciente experimentará primero un período de *shock* o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un período de depresión reactiva; quien lo cuidará puede ayudar aceptando y reconociendo la normalidad de estos sentimientos. Las oportunidades de expresar estos sentimientos, acerca de la situación, pueden fortalecer la relación terapéutica y ayudar al paciente durante su proceso de rehabilitación.

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.

Se considera que el ser humano es un ser holístico que debe procurar mantener un equilibrio entre sus esferas mentales, ya que uno de los factores que afecta sustancialmente la vida de la mujer es su autoimagen y por ende sus emociones, según esto se ha evidenciado científicamente en España en un estudio descriptivo transversal utilizando la escala de Golberg ansiedad – depresión relacionándolo con la imagen corporal¹² que el ámbito emocional influye en la forma como asumen las pacientes su condición de ostomizadas.

Desde esta perspectiva se hace necesario que el personal de enfermería valore la percepción de la imagen corporal que las pacientes tienen sobre sí mismas.

SEXUALIDAD.-La cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como una amenaza para su vida sexual satisfactoria. Antes de la operación deben ser discutidas francamente con el/la paciente y su pareja, los aspectos referidos a la sexualidad.

Las relaciones con la pareja dependerá tanto de la efectividad y relaciones previas a la intervención, como de la repercusión de esta sobre la esfera sexual, aunque variará según el concepto de sexualidad que tenga el individuo y su pareja. Entre los trastornos desde este punto de vista se citan la abstinencia sexual, la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer.

En pacientes con amputación rectal, la impotencia puede ser de carácter psicológico y orgánico. También se asocia con esta situación, raíces éticas, o ser fruto del pudor o la vergüenza por su ostomía, esto puede ser mitigado con una terapia psicológica adecuada. Esta problemática importante en el hombre, se acentúa mucho más en la mujer.

INTERVENCIONES INTEGRALES PARA PROBLEMAS SEXUALES

INTERVENCIONES INTEGRALES PARA LOS PROBLEMAS DE SALUD SEXUAL		
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	EDUCACIÓN	SUGERENCIAS
La evaluación de la sexualidad y el estado físico.	1. Reducirlas preocupaciones acerca de la actividad sexual a través de la preparación.	- Vacíe o cambie la bolsa antes de la actividad sexual. - Asegúrese que el sistema de la bolsa está ajustado para evitar el olor, utilice perfume o desodorante con moderación, evite los alimentos que causan mal olor. - Use la bolsa opaca o utilice la cubierta de la bolsa con un diseño atractivo. - Considerar el uso de ropa interior sin entre pierna o "peluches" para cubrir bolsa. - Si hay fugas de bolsa, siguen intimidad en la ducha.
Proporcionar orientación sobre el desarrollo sexual.	2. Reducir la tensión construyendo el estado de ánimo y el medio ambiente adecuado.	- Disponga de tiempo para el descanso antes y después de la intimidad. - Ponga música para que los dos se relajen. - Hable acerca de los miedos con su pareja abiertamente.
Validación de la normalidad y la sexualidad.	3. Reducir el malestar al considerarla posición y el tipo de cirugía.	- Experimente con posiciones de entrada. - Use almohadas para apoyar el peso corporal. - Explore formas alternativas de expresar la intimidad física. - Hable de la necesidad de lubricación adicional.
Educar sobre la función sexual y los procesos de enfermedad.		

ASPECTO FÍSICO.-Relacionada con la evacuación incontrolable de heces por el estoma y la dependencia de un dispositivo. La adherencia permanente de éste a la piel y las posibles filtraciones de heces son causantes de lesiones dermatológicas periestomales y del estoma. Existe un riesgo de alteraciones nutricionales y de hidratación como consecuencia de la resección del colón.

MANEJO TÉCNICO.-Relacionado con la necesidad de aprender nuevos hábitos de: autocuidado, de higiene, cuidados del estoma y piel periestomal, así como la necesidad de desarrollar habilidades en el cambio de dispositivo.

EMOCIONAL.-La construcción de un orificio abdominal para la eliminación de heces, constituye una modificación de la imagen corporal y la consiguiente alteración de su autoestima.

SOCIOFAMILIAR.-Los roles, relaciones y convivencia familiar pueden verse alterados, desencadenando respuestas de rechazo o de súper protección familiar. Por otro lado, se ha visto que la persona ostomizada deja de realizar actividades recreativas, laborales y sociales habituales.

ASESORAMIENTO .-Tanto el paciente como su familia temen a la cirugía con ostomía. Deben responderse las preguntas sobre las posibilidades de vida, pronóstico y existencia con ostomía. La rehabilitación comenzará para los pacientes y sus familiares con el asesoramiento preoperatorio. Algunos beneficios documentados y asociados con el resultado del asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadías más cortas en el hospital.

Durante el período preoperatorio, la mayor necesidad es la de atender la cirugía inminente. El cirujano debe explicar con palabras simples qué está mal, qué procedimiento quirúrgico se utilizará y qué puede esperarse después de la cirugía y el hecho de que la operación creará una abertura en la pared abdominal por donde saldrán las heces fecales y los gases provenientes del intestino.

CAPITULO 6:

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

CUIDADOS PREOPERATORIOS

- ❖ Crear una relación terapéutica con el paciente y su familia.
- ❖ Realizar una evaluación integral del paciente y de su familia.
- ❖ Diseñar un plan de atención

- ❖ Iniciar educación del paciente valorando su estado físico y emocional
- ❖ Preparación mecánica de colon.
- ❖ Preoperatorio general: toma de signos vitales, sueroterapia, antibioterapia, etc.
- ❖ Marcación de la ubicación del estoma con tinta indeleble

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

1.- Valoración física del paciente: vigilar.

- ❖ Constantes vitales
- ❖ Equilibrio hemodinámico
- ❖ Vigilar herida quirúrgica
- ❖ Estoma (color y aspecto, colocación del dispositivo adecuado (bolsa transparente, abierta y con filtro.), piel periestomal.
- ❖ Vigilar palidez (de paciente y estoma).
- ❖ Vigilar distensión abdominal
- ❖ Vigilar peristaltismo intestinal.

2.- valoración continúa de posibles complicaciones inmediatas

- ❖ Alteración de constantes vitales
- ❖ Alteraciones hemodinámicas
- ❖ Alteraciones de heridas quirúrgicas
- ❖ Complicaciones del estoma

POSOPERATORIO MEDIATO

3.- valoración continúa

- ❖ Vigilar aparición de alteraciones emocionales.
- ❖ Manejo correcto de los dispositivos colectores.
- ❖ Evitar el exceso de contenido en los dispositivos, cambiándolo siempre que haya fuga o el paciente tenga sensación de quemazón o prurito en la zona.
- ❖ Aprovechar cada cambio de dispositivo para inspeccionar el estoma y la piel periestomal en busca de posibles complicaciones.
- ❖ Eliminar eficazmente los dispositivos contaminados minimizando olores desagradables.
- ❖ Animar al paciente a que exprese sus sentimientos, respetando su silencio y aclarando cualquier percepción errónea que tenga sobre sí mismo y sobre su nueva situación.
- ❖ Seguir educando al paciente y sus familiares sobre el cuidado de su estoma
- ❖ Asegurar al paciente que antes de irse de alta aprenderá a realizar los cuidados del estoma; así como también su familiar más cercano.
- ❖ Educación sobre su alimentación, vida social, aspecto psicológico.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA POSALTA

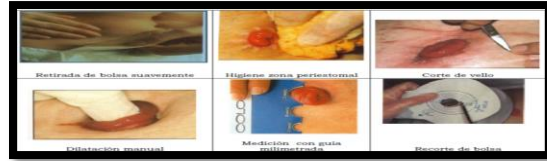
CUIDADOS GENERALES DE LAS OSTOMIAS

EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

1. Retirada del dispositivo.
2. Higiene del estoma y piel periestomal.
3. Colocación del dispositivo.
4. Elección del tipo de dispositivo.
5. Recomendaciones dietéticas.

1. RETIRADA DEL DISPOSITIVO

- Lavado de manos
- Colocación de guantes.
- Si la bolsa es abierta y está llena, se vacía (en el wáter, orinal ó en bolsa de diuresis) abriéndola por abajo.
- Se despega suavemente el adhesivo de arriba hacia abajo, sujetando siempre la piel circundante al estoma, protegiéndola.
- Desechar la bolsa en papel de periódico e introducirla en una bolsa de plástico cerrada.



2.-HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL:

- Lavar piel periestomal con agua tibia y jabón neutro, sin friccionar, haciendo limpieza de fuera hacia adentro, en movimientos circulares, con gasa ó esponja, suavemente. Aplicar al estoma sólo agua. Aclarar la piel y secar con toalla, en toques suaves.
- Observar el estoma y piel circundante por si hay complicaciones.
- Puede que aparezca una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma; esto es normal pero si es muy frecuente requiere valoración por personal sanitario.
- Es conveniente dejar la piel al aire durante unos minutos, para la oxigenación de la parte cubierta por el adhesivo de la bolsa.
- Puede ducharse o bañarse con la bolsa puesta ó quitada. No existe ninguna garantía de que no haya descargas, pero, no obstante, una vez que ha establecido una rutina, podrá encontrar el momento adecuado para hacerlo con la bolsa quitada.
- Si hay vello en piel periestomal recortar con tijeras punta curva, no rasurar.



3. COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO:

- Medir estoma con guía milimetrada, realizar una vez a la semana durante los 3 primeros meses, ya que va disminuyendo de tamaño.
- Recortar el dispositivo al diámetro medido, teniendo en cuenta que entre la bolsa y el estoma debe de existir de 3-5 mm. de piel.
- Cubrir el estoma con gasa o celulosa por si hubiera expulsión de efluente.
- Si se sabe el diámetro del estoma se recorta la placa o bolsa por la enumeración, dejándola preparada antes de retirar la bolsa usada.
- Cuando el estoma es de forma irregular se hace una plantilla a su tamaño, aplicarla al dispositivo, recortando la bolsa o placa (tijera curva para evitar que quede más superficie de piel entre estoma y dispositivo (irritaciones).
- Se retira el papel adhesivo de la bolsa o placa, comenzando a colocarla de abajo hacia arriba, centrándola en el estoma, por si sale efluente que caiga al interior del dispositivo, cerrando la parte inferior en bolsas abiertas, haciendo presión suave con los dedos para que se adhiera a la piel y cerrando clip de seguridad en el sistema triple.
- Existe la posibilidad de aplicar al interior de la bolsa, antes de su colocación, un desodorante de ostomías.

4.-ELECCION DEL TIPO DEL DISPOSITIVO

Características del dispositivo y como elegirlo.

REQUISITOS DE LOS DISPOSITIVOS:

- Buena salida de gases.
- No desprender olor.
- No fugas.
- Buena adherencia a la piel.
- Debe desprenderse con facilidad.

ELECCION DEL DISPOSITIVO DEPENDIENDO DEL TIPO DE ESTOMA

1. Ileostomía y colostomía ascendente: bolsa abierta, sistema de 1 o 2 piezas.
2. Colostomía descendente: bolsa cerrada y sistema de 1 o 2 piezas.

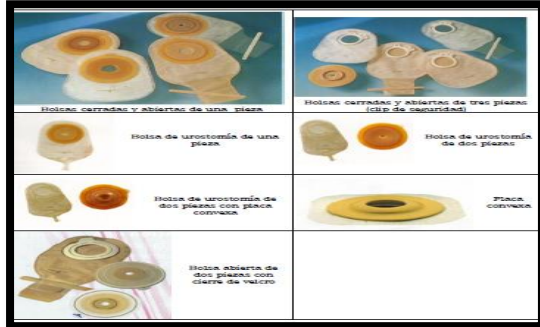
3. Urostomia: sistema con valvula de vaciado de 1 o 2 piezas

DEPENDIENDO EL LUGAR DONDE SE ENCUENTRA EL PACIENTE.

1. Bolsa transparente: permite ver el afluente, se usa en el hospital.
2. Bolsa opaca nos permite ver el afluente son para uso doméstico.

DEPENDIENDO DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL ESTOMA

1. Estoma retraído: sistema convexo, de 1 o 2 piezas
2. Estoma nivelada o prolapsos sistema plano de 1 o 2 piezas.
3. Estoma irregular: sistema recortable de 1 o 2 piezas
4. Estoma regular: sistema precortado de 1 o 2 piezas



RECOMENDACIONES DIETETICAS

- ❖ Horario regular
- ❖ Dedicar tiempo. Comer despacio y masticar bien.
- ❖ Evitar comidas abundantes
- ❖ Reposar sentado después de comer
- ❖ No beber agua durante las comidas.
- ❖ Tomar 1,5 litros de agua mínimo al día.

ALIMENTACION Y NUTRICION EN COLOSTOMIAS

- ❖ Alimentación normal, pero sana.
- ❖ Restricción: alimentos que producen heces líquidas y malolientes y/o con excesivo gas.
- ❖ Dieta equilibrada: carnes, pescado
- ❖ Beber 2_2,5 litros de líquido al día.
- ❖ Las verduras, legumbres y frutas hacen que aumenten la cantidad de heces y más gases.
- ❖ El olor también aumenta con huevos, legumbres, fritos, pescado

ALIMENTACION Y NUTRICION EN ILEOSTOMIAS

- ❖ Dieta sana y variada, disminución de grasas y con adecuado aporte de frutas y verduras.
- ❖ Reintroducir alimentos progresivamente.
- ❖ Al principio, alimentos astringentes.
- ❖ Beber de 2 a 2,5 litros (fuera de las comidas).
- ❖ Tomar alimentos con sal salvo contraindicación).
- ❖ _ Algunos alimentos no se digieren.
- ❖ _ Si tiene diarrea, seguir dieta astringente.

ALIMENTACION Y NUTRICION EN UROSTOMIAS

- ❖ Dieta sana y variada.
- ❖ Beber 2 a_3 litros de líquido al día si no hay contraindicación médica.
- ❖ Aporte extra d Potasio.
- ❖ Aumentar Vitamina C para acidificar la orina y evitar infecciones.
- ❖ Algunos alimentos dan un olor intenso a la orina.

GRUPOS BASICOS DE ALIMENTOS

TABLA DE GRUPOS BÁSICOS DE ALIMENTOS		
Las metas nutricionales para los pacientes ostomizados requieren de información dietética		
ALIMENTOS	PORCIÓN	RECOMENDACIONES
Carbohidratos complejos (pan blanco, galletas, avena ,arroz blanco)	6 a 11 al día	Durante las primeras 6 o 8 semanas después de la cirugía límite los alimentos que tengan fibra insoluble ejemplo trigo salvo maíz y nuez luego agregar gradualmente para comprobar tolerancia.
Vegetales (vainitas verdes ,blanco, cocidos, zanahorias, calabaza y tomates cocidos, papas cocidas sin cascara)	3 a 5 porciones al día	Limite el apio, champiñones, ají vegetales crudos, alimentos con semillas.
Frutas (manzana, plátanos, fruta enlatada con agua o jugo, jugos cítricos no endulzados)	2ª 4 porciones por día	Preparar como puré, evite el coco, piña y pasas evite frutas secas

DIGESTIÓN DE ALIMENTOS

La Asociación Americana de Dietología recomienda las siguientes categorías de alimentos y porciones. Considera las siguientes recomendaciones para una dieta saludable para ostomizados.

Alimento	Porción	Recomendaciones
Leche, queso ,yogur	2 a 3 porciones por día	Agregar los productos lácteos lentamente, si presenta diarrea o gas excesivo elimínalo por un tiempo y luego insértalo nuevamente lentamente a la dieta.
Carne y proteínas (carne roja, pescado, pollo, frijoles secos, nueces y huevos)	3 porciones al día	Puede asar, cocer o freír en poca grasa, se recomienda preparar en su jugo natural envés de usar salsas.
Grasa, aceites y dulces	Utilice escasamente	Siempre escoger productos bajos de grasa

REFERENCIA DE ALIMENTOS OSTOMIZADOS

<p>Tabla de referencia de alimentos para ostomizados Es importante conocer los efectos que producen algunos alimentos entre estos tenemos:</p>

Producen gases	Bebidas alcohólicas, frijoles, soya, bebidas gaseosas, coliflor, pepino productos lácteos, goma de mascar, cebolla, rábano.
Producen olor	Espárragos, frijoles cocidos, brócoli, huevos, mantequilla de maní, queso fuerte, ajo
Aumentan las evacuaciones	Bebidas alcohólicas, granos enteros, leche, vegetales crudos, verduras, ciruela pasa.
Obstruyen el estoma	Cascara de manzana, apio vegetales, granos enteros, frutas secas, champiñones, piña,
Cambios de color	Espárragos, colorantes de alimentos, tabletas de hierro, gelatina roja, salsa de tomate, fresa.
Control de olor	Jugo de naranja, jugo de arándano, perejil, jugo de tomate y yogur.
Alivian el estreñimiento	Café tibio o caliente, frutas frescas y cocidas, vegetales cocidos, agua. Cualquier líquido tiene que ser tibio o caliente.
Control de la diarrea	Puré de manzana o plátano, arroz hervido, suplementos de fibra tapioca, pan tostado.

PROSEDIMIENTO PARA REALIZAR LA IRRIGACIÓN EN COLOSTOMIAS

DEFINICIÓN: Es un lavado intestinal mediante la introducción de agua (de 500 cc a 1.500 cc) en el colon distal, a través del estoma, a temperatura corporal.

OBJETIVO: Es mantener la colostomía en reposo hasta la siguiente irrigación, es decir, sin que salgan heces por ella.

. CONTRAINDICACIONES

- Colostomías ascendentes
- Colostomías transversas
- Ileostomías
- Urostomías
- En afectaciones de diarrea
- Con heces de consistencia pastosa

RECOMENDACIONES ESPECIALES EN LA IRRIGACIÓN

SI PRESENTA DIARREA

- No llevar a cabo la irrigación. Es mejor utilizar el dispositivo recolector normal, la bolsa.
- La diarrea puede ser debida a varias causas. Prueba a determinar cuál es con el fin de facilitar el tratamiento.
- Ten en cuenta los consejos alimenticios habituales para estas situaciones, pero si detectas que, incluso una alimentación adecuada no es suficiente para detenerla, consulta con tu médico para que te prescriba el mejor tratamiento.

SE PUEDE INTERRUMPIR LA IRRIGACIÓN

- La irrigación puede interrumpirse siempre que sea preciso. Por enfermedad o por vacaciones en lugares poco propicios para llevarla a cabo. En este último caso, es mejor detener la irrigación dos o tres días antes de la salida, con el fin de verificar que se reinicia de forma espontánea y correcta el tránsito intestinal.
- Cuando reinicies la irrigación después de una interrupción, debes tener en cuenta que tu intestino precisa de algunos días para volver a habituarse de nuevo.

Y SI APARECE UN DOLOR DEL TIPO CÓLICO DURANTE LA IRRIGACIÓN

- Detener la entrada del agua.
- Respira profundamente y con amplitud varias veces, a modo de relajación.
- Revisa la temperatura del agua: si está demasiado fría puede provocar, en alguna ocasión, dolor cólico.
- Hacer un masaje suave en el abdomen
- Empieza de nuevo, lentamente, la introducción de agua.

PASOS PARA LA IRRIGACIÓN

- 1.-Prepara todo el material que vas a necesitar para la irrigación y prepárate un lugar cómodo.
- 2.- Cierra la llave de paso antes de llenar el depósito de agua.
- 3.- Llena el depósito de agua (de 500cc a 1.500cc), según tu peso y tu talla o la tolerancia). El agua debe estar a temperatura ambiente (aprox. 30-37°C). Si está muy fría puede producirte dolor cólico. Nunca debes utilizar agua caliente.
- 4.- Cuelga el contenedor de un gancho de forma que su extremo inferior quede a la altura del hombro mientras entra el agua, tanto si llevas a cabo la irrigación sentado como de pie.
- 5.- Conecta el cono al tubo transparente del depósito de agua y deja salir agua por el sistema para evitar la entrada de aire al intestino. Retira el dispositivo que estás utilizando, ya sea una bolsa o un obturador y limpia la zona alrededor del estoma.
- 6.- Retira el protector del adhesivo de la manga de irrigación.
- 7.- Adhiere la manga de irrigación al abdomen. Puedes hacerlo:
 - a: Directamente sobre la piel del abdomen.
 - b: Sobre la base incluida en el kit de irrigación
 - c: Sobre la base de la bolsa de 2 piezas.
- 8.- Colócate sobre el WC con la manga introducida en el interior del mismo.
- 9.- Lubrica la parte del cono que entra por el estoma. Introduce el cono por la parte superior de la manga, llévalo hasta el estoma e introdúcelo en él en la misma dirección que toma el intestino.
- 10.- Sujeta suavemente el cono con los dedos de la mano para asegurarte de que no salga durante la entrada de agua.
- 11.- Abre la válvula reguladora de flujo para permitir la entrada de agua a través del estoma, durante unos diez minutos. Recuerda que puedes llevar a cabo la irrigación de pie o sentado, como más cómodo te encuentres. De hacerlo sentado, la parte inferior de la manga puede introducirse directamente dentro del W.C. Mientras entra el agua a través del estoma, la apertura de la parte inferior de la bolsa puede mantenerse cerrada con una pinza o con el sistema de auto cierre.
- 12.- Cuando ha entrado toda el agua, cierra la válvula de control y mantén el cono un par de minutos para evitar un reflujo demasiado rápido. A continuación retira el cono y cierra la apertura superior de la bolsa para evitar salpicaduras. El peristaltismo comienza y el intestino empieza a vaciarse de forma intermitente. Este proceso varía según las personas pero con cierta frecuencia se necesita de 40 a 50 minutos. Cuando la descarga es abundante, la parte inferior de la manga puede colocarse directamente dentro del inodoro.
- 13.- Limpia el estoma y la zona a su alrededor. Seca suavemente la piel pero asegúrate de que quede bien seca.
- 14.- Limpia el cono y el resto del material y guárdalo hasta la siguiente irrigación.
- 15.- Después de la irrigación puedes usar un obturador o una bolsa mini de recogida.



PREPARAR MATERIAL



CERRAR LA LLAVE



LLENAR EL DISPOSITIVO



COLGAR EL CONTENEDOR



CONECTA EL CONO



RETIRA EL PROTECTOR DEL ADESIVO



ADHERIR LA MANGA



COLOCA EN EL WATER



LUBRICA LA PARTE DEL CONO



SUJETA SUAVEMENTE EL CONO EL CONO