

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DEL ESTADO DE
VERACRUZ DR. RAFAEL LUCIO.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES
CON OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN, EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE VERACRUZ EN VERACRUZ.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN ENFERMERÍA INFANTIL

PRESENTA

MARÍA JOSÉ CRUZ VÁZQUEZ

CON LA ASESORÍA DE LA

DRA. CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

XALAPA, VER.

30 DE MAYO DEL 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Lasty Balseiro Almario, asesora de ésta Tesina, por su invaluable ayuda en Metodología de investigación y corrección de estilo que hizo posible la culminación exitosa de ésta investigación documental.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM por todas las enseñanzas recibidas a lo largo de un año de la Especialidad de Enfermería Infantil, con lo que fue posible obtener los aprendizajes significativos para mi quehacer profesional como Enfermera Especialista.

Al Centro de Especialidades Médicas (CEMEV) por todas las facilidades recibidas en mi formación de Especialista en Enfermería Infantil para beneficio de los pacientes que atiendo en mi práctica profesional en Xalapa, Veracruz.

DEDICATORIAS

A mi madre: Graciela Vázquez Reyes, con respeto y admiración quien con su enseñanza y sus buenas costumbres ha propiciado en mí la sabiduría haciendo que hoy tenga el conocimiento de lo que soy y a su vez ha sembrado en mí el camino de la superación personal y profesional que hizo posible culminar ésta meta de ser Especialista.

A mi hermano: Manuel Alejandro Cruz Vázquez, agradezco el apoyo que siempre me ha brindado con su impulso, fuerza y tenacidad que son parte de mi formación, como muestra de gratitud le dedico este trabajo por todo lo que he podido ser hasta hoy.

A mis amigos (as): Nelly, Betty, Teresita, Félix, Dora y Carmelita quienes como parte de mi formación en el estudio y trabajo me han enseñado que los retos difíciles deben solucionarse siempre y gracias a su amor y comprensión a través de estos años he podido superar inconvenientes.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. <u>FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	3
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	6
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA.....	6
1.4. UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA.....	8
1.5. OBJETIVOS.....	9
1.5.1 General.....	9
1.5.2 Específicos.....	9
2 <u>MARCO TEÓRICO</u>	10
2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	10
2.1.1 Conceptos básicos.....	10
- De estoma.....	10
- De ostomías.....	10
- De colostomía.....	12
- Ileostomía.....	12
2.1.2 Etiopatogenia de las ostomías intestinales de eliminación.....	12
- En el período neonatal.....	13
• Enterocolitis necrosante.....	13
• Enfermedad de Hirschsprung.....	14

• Íleo meconial.....	14
• Ano imperforado.....	15
• Mal rotación intestinal.....	15
• Atresia y estenosis intestinal.....	16
• Atresia esofágica.....	16
• Trauma abdominal.....	17
- En la infancia y adolescencia.....	17
• Enfermedad inflamatoria intestinal.....	17
• Síndrome de Gardner y otras poliposis.....	18
• Pseudoobstrucción intestinal.....	18
2.1.3 Epidemiología de las ostomías intestinales de eliminación.....	19
- En Europa.....	19
• España.....	19
- En América Latina.....	19
• E. U. A.....	19
• Brasil.....	20
• Chile.....	20
• México.....	21
2.1.4 Características anatómo fisiológicas de las ostomías intestinales de eliminación.....	22
- Colostomía.....	22
• Situación.....	23

• Morfología.....	23
• Fisiología.....	23
- Ileostomía.....	24
• Morfología.....	24
• Fisiología.....	25
• Tipos.....	25
2.1.5 Clasificación de las ostomías intestinales de eliminación.....	26
- Por su función.....	26
- Por tiempo de permanencia.....	26
• Temporales.....	26
a) Localización.....	26
b) Tipos.....	27
• Definitivas.....	28
- Por el órgano implicado.....	28
• C6lon.....	28
• �leon.....	28
2.1.6 Tipos de ostomías intestinales de eliminaci6n.....	29
- Ostomías digestivas.....	29
• Ileostomía.....	29
• Colostomía.....	29
2.1.7 Diagn6stico de las ostomías intestinales de eliminaci6n.....	29

- Historia clínica.....	29
- Estudios de gabinete.....	30
2.1.8 Manifestaciones clínicas de las ostomías intestinales de eliminación.....	31
- Complicaciones inmediatas de las ostomías intestinales de eliminación.....	31
• Necrosis.....	31
• Hemorragia.....	32
• Dehiscencia.....	32
• Edema.....	33
• Infecciones periestomales.....	33
• Oclusión.....	33
• Perforación y/o fistulización.....	34
• Evisceración.....	34
- Complicaciones tardías de las ostomías intestinales de eliminación.....	35
• Prolapso.....	35
• Estenosis.....	36
• Granuloma.....	36
• Retracción.....	36
• Dermatitis periestomal.....	37
• Dermatitis química.....	37
• Dermatitis alérgica de contacto.....	38

•	Dermatitis física o traumática.....	38
2.1.9	Tratamiento de las ostomías intestinales de eliminación.....	39
-	Tratamiento quirúrgico.....	39
-	Control nutricional.....	39
-	Protección cutánea y tratamiento de la piel.....	41
2.1.10	Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.....	42
-	En la prevención de las ostomías intestinales de eliminación.....	42
•	Fomentar la ingesta de ácido fólico: suplementación de la dieta durante la etapa periconcepcional y el embarazo...42	
•	Atención integral del recién nacido.....	42
-	En la atención de ostomías intestinales de eliminación.....	43
•	Valoración clínica de Enfermería en la fase preoperatoria que consista en:	43
•	Informar al paciente y a los familiares sobre los derechos de los pacientes ostomizados.....	43
•	Preparar psicológicamente a la persona y a la familia sobre el procedimiento a realizar.....	44

- Planear la región anatómica ideal del estoma en coordinación Médico-Enfermera).....46
 - Realizar la preparación física de la persona marcado pre quirúrgico del estoma.....46
 - Informar a la persona y a la familia sobre la cirugía a realizar.....47
 - Fase posoperatoria para el cuidado del paciente ostomizado.....48
 - Valoración continua del estoma.....49
 - Manejo y control del dolor.....50
 - Curar el estoma.....51
 - Colocar el dispositivo adecuado.....52
- En la rehabilitación de ostomías intestinales de eliminación.....53
- Fomentar el auto cuidado en la persona portadora de un estoma de eliminación intestinal.....53
 - Orientar a la persona y a la familia sobre el cuidado del estoma.....54
 - Preparar a la persona y a la familia en la detección de signos de alarma.....56
 - Concientizar a la persona y a los padres sobre la importancia de continuar con la consulta periódica.....57

• Establecer un plan nutricional para personas con estomas.....	58
• Brindar consejos dietéticos sobre alimentos que debe y no debe consumir.....	59
• Informar a la persona y a los padres sobre la existencia de los diferentes dispositivos y accesorios que pueden ser utilizados para el cuidado de su estoma.....	59
• Mostrar los diferentes tipos de dispositivos para el cuidado del estoma.....	61
• Orientar a los padres de la persona enferma respecto a la participación en grupos de apoyo y ayuda psicológica.....	63
• Contactarlos y hacer el enlace con asociaciones nacionales e internacionales de pacientes ostomizados.....	66
3. <u>METODOLOGÍA</u>	67
3.1 VARIABLE E INDICADORES.....	67
3.1.1 Dependiente.....	67
- Indicadores de la variable.....	67
3.1.2 Definición operacional.....	69
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.....	80

3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESINA.....	81
3.2.1 Tipo de Tesina.....	81
3.2.2 Diseño de Tesina.....	82
3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS.....	83
3.3.1 Fichas de trabajo.....	83
3.3.2 Observación.....	83
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	84
4.1 CONCLUSIONES.....	84
4.2 RECOMENDACIONES.....	89
5. <u>ANEXOS Y APÉNDICES</u>	95
6. <u>GLOSARIO DE TÉRMINOS</u>	129
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	140

ÍNDICE DE ANEXOS Y APÉNDICES.

	Pág.
ANEXO N° 1: PACIENTE CON COLOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL.....	99
ANEXO N° 2: PACIENTE CON ILEOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL.....	100
ANEXO N° 3: ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO.....	101
ANEXO N° 4: TIPOS DE COLOSTOMÍAS TEMPORALES.....	102
ANEXO N° 5: COLOSTOMÍA DOBLE.....	103
ANEXO N° 6: ILEOSTOMÍA.....	104
ANEXO N° 7: COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN: HEMORRAGIA Y DEHISCENCIA.....	105
ANEXO N° 8: EDEMA DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	106
ANEXO N° 9: LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE	

ELIMINACIÓN.....	107
ANEXO N°. 10: LA PERFORACIÓN Y/O FISTULIZACIÓN EN COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES.....	108
ANEXO N°. 11: LA EVISCERACIÓN COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	109
ANEXO N°. 12: COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN: PROLAPASO Y DERMATITIS QUÍMICA.....	110
ANEXO N°. 13: LA ESTENOSIS Y EL GRANULOMA COMO COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	111
ANEXO N°. 14: RETRACCIÓN DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	112
ANEXO N°. 15: LA DERMATITIS COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	113

ANEXO N°. 16: DERMATITIS QUÍMICA POR CONTAMINACIÓN DEL EFLUENTE COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	114
ANEXO N°. 17: DERMATITIS FÍSICA O TRAUMÁTICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	115
ANEXO N°.18: MARCADO PREQUIRÚRGICO DEL ESTOMA.....	116
ANEXO N°. 19: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (PRIMERA PARTE) EXTIRPACIÓN DEL COLON AFECTADO.....	117
ANEXO N°. 20: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (SEGUNDA PARTE) PARA CONSEGUIR EL ESTOMA.....	118
ANEXO N°. 21: CUIDADOS POSTOPERATORIOS DEL ESTOMA.....	119
ANEXO N°. 22: HIGIENE DEL ESTOMA.....	120
ANEXO N°. 23: CONSEJOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS.....	121
ANEXO N°. 24: SISTEMAS COLECTORES CON PLACA CONVEXA Y	

BOLSA ABIERTA DE DOS PIEZAS CON CIERRE DE VELCRO.....	122
ANEXO N°. 25: SISTEMAS COLECTORES PARA OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	123
ANEXO N°. 26: BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE TRES PIEZAS (CLIP DE SEGURIDAD).....	124
ANEXO N°. 27: TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.....	125
ANEXO N°. 28: DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL: BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE UNA PIEZA.....	126
ANEXO N°. 29: DISPOSITIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICO PARA PACIENTES CON OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL.....	127
ANEXO N°. 30: ACCESORIOS DE LOS SISTEMAS COLECTORES.....	128

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina tiene por objeto analizar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz.

Para realizar ésta investigación documental se ha desarrollado la misma en siete importantes capítulos que a continuación se presentan:

En el primer capítulo se da a conocer la Fundamentación del tema de Tesina que incluye los siguientes apartados: descripción de la situación problema, identificación del problema, justificación de la Tesina, ubicación del tema de estudio y objetivos general y específicos.

En el segundo capítulo se ubica el Marco teórico de la variable intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación a partir del estudio y análisis de la información empírica primaria y secundaria de los autores más connotados que tienen que ver con las medidas de atención de Enfermería en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

En el tercer capítulo se muestra la Metodología empleada con la variable Intervenciones de Enfermería en pacientes con ostomías intestinales de eliminación, así como también los indicadores de ésta variable, la definición operacional de la misma y el modelo de la relación de influencia de la variable. Forma parte de éste capítulo el tipo y diseño de la Tesina así como también las técnicas e instrumentos de investigación utilizados dentro de los que están: las fichas de trabajo y la observación.

Finaliza ésta Tesina con las Conclusiones y recomendaciones, el glosario de términos y las referencias bibliográficas que están ubicadas en los capítulos: cuarto, quinto, sexto y séptimo, respectivamente.

Es de esperarse que al culminar ésta Tesina se pueda contar de manera clara con las Intervenciones de Enfermería Infantil en pacientes con ostomías intestinales de eliminación para proporcionar una atención de calidad a éste tipo de pacientes en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

La necesidad que por años sufrió la población veracruzana de contar con una institución que atendiera su salud a precios más que accesibles llegó a su fin el 11 de noviembre de 1952 cuando el entonces presidente de la República, Miguel Alemán Valdés, lo inauguró formalmente, en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz, sin embargo, sus funciones iniciaron hasta el año de 1953.

Es entonces cuando Adolfo Ruiz Cortínez, presidente en turno del país, se reúne con el Dr. Raúl Sempé Montalvo y el Dr. Carlos M. Blanco pidiéndoles echar a andar el Hospital y nombrar un patronato que lo administre. Tal figura queda constituida el 6 de agosto de 1954 y fue encabezado por Fernando Pazos Sosa, como vocal primero; Eugenio de Ochoa, vocal segundo; José Lajud Kuri, vocal tercero; Carlos M. González, vocal cuarto; Carlos Serrano, vocal quinto; y el doctor Raúl Sempé Montalvo quien se convirtió en el primer director de la institución.

El 14 de junio de 1955, a las 8:00 a.m., abrió sus puertas para inaugurar sus servicios que en la primera etapa fueron de consulta externa, estando al frente el Dr. Sempé Montalvo con el cuerpo médico y 14 enfermeras. En su momento, las crónicas periodísticas dieron cuenta del acontecimiento, como en la nota publicada por el Sr. Alfonso Valencia Ríos en el diario El Dictamen el 14 de junio de 1955: El Hospital Regional de Veracruz abrió

ayer sus puertas a las 8: 00 de la mañana para inaugurar sus servicios, que en la primera etapa son de consulta externa, atendándose una preconsulta para hacer la clasificación de los pacientes y cuatro especialidades en las que se aplican iguales métodos que en las más famosas clínicas del mundo.

Como en toda institución dedicada al cuidado de la salud, los médicos son los que se llevan la mayor parte de la atención cuando se habla del éxito en la recuperación de sus pacientes, sin embargo esto no sería posible sin el apoyo de unas trabajadoras incansables: Las enfermeras.

El Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz (HRV) cuenta con un Departamento de Enfermería capaz y preparado que cumple con los objetivos humanísticos que dieron origen a esta actividad y que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud. Tales objetivos quedan de manifiesto con la Misión y la Visión planteadas a continuación. La Misión es proporcionar acciones de Enfermería con fundamentos científicos, humanísticos, éticos y de forma responsable que contribuyan a la recuperación de la salud del usuario, familia y comunidad. La Visión es ser un departamento autónomo y reconocido para otorgar atención de calidad al usuario, familia y comunidad, mediante el esfuerzo, compromiso con una formación profesional basada en valores éticos y humanísticos y en coordinación con los demás departamentos de salud.

La jefatura de enfermeras ha sido ocupada por mujeres con sólida preparación y gran experiencia entre las que destacan: Marisela Sánchez Gándara, Ana María Guzmán Sedano, Amparo Novas Romero, Martha

Carballido Marín, Angélica Solano Rodríguez, Aidé Pérez Caporal, Santiago Cabrera Fernández y Alejandra Arias Balendrano.

Actualmente la jefa del departamento de Enfermería es Amparo Novas Romero quien tiene a su cargo una subjefe de Enfermeras, una coordinadora de enseñanza y 34 jefes de servicio. El departamento que inicio sus labores con 14 enfermeras ahora tiene 570 profesionales comprometidas con su quehacer: El cuidado del usuario.

Tomando en cuenta lo anterior el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz, recibe con mucha frecuencia a pacientes ostomizados cuya recuperación es a veces prolongada e infructuosa. Desde luego la participación de Enfermería en el tratamiento y recuperación del paciente es sumamente importante ya que de ello depende no solamente la valoración y el tratamiento sino también la supervivencia de muchos de estos pacientes.

En el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz, se le brinda a los pacientes ostomizados una atención que se podría llamar fundamental y primordial, pero no especializada. Esto significa que si fuese una atención especializada lo que las enfermeras proporcionararan, entonces se podría disminuir no solo el dolor y el sufrimiento de los pacientes ostomizados, sino también las complicaciones graves y la muerte de estos pacientes.

Por ello es sumamente importante contar con un personal de Enfermería Especializado que coadyuve al tratamiento de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación y también en la prevención de esta patología para evitar riesgos innecesarios a los pacientes.

Por lo anterior, en esta Tesina se podrá definir en forma clara la importante participación de la Enfermera Especialista Infantil, para mejorar la atención de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta de esta investigación documental es la siguiente:

¿Cuáles son las Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz?

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

En primer lugar se justifica porque la patología de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación se está convirtiendo en un problema de salud pública. De acuerdo a las estadísticas referidas por el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” del ISSSTE, de la Ciudad de México, D. F., en lo que fue el año 2006 se realizaron 4 mil 427 procedimientos por causa de ostomización digestiva. Aunque no existen datos estadísticos elaborados para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, es indudable que el impacto social de esta discapacidad es enorme tanto en niños como en niñas dado el volumen de la población a la que afecta y la condición a la que se relega al ser humano que la padece. Por ello, el aspecto preventivo es de suma importancia para evitar que el paciente llegue al hospital en franco peligro de muerte.

En el segundo lugar esta investigación documental se justifica porque se pretende valorar en ella la identificación y control de los factores de riesgo modificables para prevenir la muerte de los pacientes por ello, la Enfermera Especialista Infantil identificará a los pacientes en riesgo y reducirá la exposición de éstos pacientes aquellas causas que le puedan dañar. Para ello, el lavado de manos, las técnicas asépticas y el conocimiento claro de cómo los microorganismos pueden invadir el organismo de los pacientes son esenciales para que el personal de Enfermería pueda prevenir las enfermedades. La rápida identificación de factores de riesgo permite también una terapéutica temprana y disminuye la mortalidad de los pacientes.

De ésta manera, en ésta Tesina es necesario sustentar las bases de lo que la Enfermera Especialista debe realizar, a fin de proporcionar medidas tendientes para disminuir la morbi-mortalidad de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE TESINA.

El tema de la presente investigación documental se encuentra ubicado en Gastroenterología, Pediatría y Enfermería.

Se ubica en Gastroenterología porque es la especialidad médica que atiende los trastornos del tracto gastrointestinal y se dedica a la atención integral para darle al paciente con ostomías intestinales de eliminación el tratamiento oportuno que le ayude a prevenir complicaciones que eleven sus días de estancia hospitalaria y la mortalidad de estos pacientes por una falla orgánica múltiple.

Se ubica en Pediatría porque es la rama de la medicina que estudia, diagnostica y trata las distintas enfermedades de la infancia y la adolescencia.

Se ubica en Enfermería porque este personal siendo Especialista en Enfermería Infantil puede suministrar una intervención a los pacientes con ostomías intestinales de eliminación desde los primeros síntomas y entonces aliviar a este tipo de pacientes. Por ello, la participación de la Enfermera Especialista es vital tanto en el aspecto preventivo,

como en el curativo y de rehabilitación para evitar la mortalidad en estos pacientes.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 General

Analizar las Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermera Especialista Infantil en la atención preventiva, curativa y de rehabilitación en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.
- Proponer las diversas actividades que el personal de Enfermería especializado debe llevar a cabo de manera cotidiana en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.

2.1.1 Conceptos básicos.

- De estoma.

Para Mario de Giorgis Stiven el estoma u ostomía consiste en la apertura, a través de una intervención quirúrgica, de una víscera hueca al exterior. La mayoría de las veces se localiza en la pared abdominal. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de deshecho con contenido ileal, heces u orina al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado para tal fin.¹ (Ver Anexo N°. 1: Paciente con colostomía de aspecto normal.)

- De ostomías.

Para Carlos Oliva y Cols. la ostomía es una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, para eliminar los productos de desecho del organismo o para introducir al organismo alimento, medicamentos, etc.

¹ Mario de Giorgis Stiven. *Ostomías*. En internet: www.prematuros.cl/webagosto08/ostomias.pdf. Río de Janeiro, 2009. p. 4. Consultado el día 03 de Marzo del 2010.

La nueva apertura al exterior que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma.² Según María Martínez la ostomía es el término con el que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o, entre una víscera y la pared abdominal, para abocar al exterior los productos de desecho del organismo. La nueva apertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de “estoma” (procede del griego y significa boca, abertura).³ Finalmente para Carolina Espinoza y Cols. una ostomía intestinal es la creación quirúrgica de una apertura que sirve como salida del intestino delgado o grueso a la superficie externa del cuerpo. La mayoría de las ostomías en pediatría son derivaciones temporales practicadas como parte de un tiempo quirúrgico y eventualmente cerradas con un restablecimiento de la continuidad intestinal.⁴

² Carlos Oliva y Cols. *Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados*. En internet: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/arured/recomendaciones_nutricionales_a_pacientes_ostomizados.pdf. Barcelona, 2008 p. 2. Consultado el día 12 de Marzo del 2010.

³ María Martínez. *Boletín Oncológico: Paciente ostomizado*. En internet: www.boloncol.com/boletin-22/paciente-ostomizado.html. Aragón, 2010. 18 pp. Consultado el día 24 de Marzo del 2010.

⁴ Carolina Espinoza y Cols. *Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión de la literatura Abdominal Ostomies in Pediatrics: A Review of the literatura*. En internet: www.revistapediatría.cl/vol5num3/7.html Chile, 2008. p. 5. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

- De colostomía.

Mario de Giorgis Stiven menciona que la colostomía es una derivación temporal o definitiva del intestino grueso a la piel habitualmente a través de la pared abdominal. Mediante ella, la defecación se realiza a la piel del abdomen. La colostomía puede ser lateral o terminal.⁵

- Ileostomía.

Es una derivación temporal o definitiva del íleon a la piel habitualmente a través de la pared abdominal. Puede ser una ileostomía derivativa o de protección.⁶ (Ver Anexo N°. 2: Paciente con ileostomía de aspecto normal.)

2.1.2 Etiopatogenia de las ostomías intestinales de eliminación.

Para Carolina Espinoza y Cols. la ostomía intestinal en el paciente pediátrico puede ser necesaria por diversas razones. Se utilizan en situaciones en la cuales la derivación, descompresión o el acceso al lumen intestinal es necesario. Las ostomías del intestino delgado se utilizan cuando hay perforación o isquemia, en las cuales una anastomosis se considera poco segura. Una ileostomía proximal es frecuentemente usada para proteger la anastomosis distal después de una procto colectomía

⁵ Mario de Giorgis Stiven. Op. cit. p. 5.

⁶ Id.

restaurativa en poliposis familiar o colitis ulcerosa. Igualmente, la colostomía se usa con frecuencia tanto antes como después de un procedimiento de rescate por ano imperforado o enfermedad de Hirschsprung, aunque muchos cirujanos están realizando actualmente procedimientos de rescate primarios sin colostomías para estas patologías.⁷ (Ver Anexo N°. 3: Anatomía del aparato digestivo.)

- En el período neonatal.

Para Raquel Nascimento Tamez el periodo neonatal es el intervalo de tiempo comprendido entre el nacimiento y los 28 días siguientes. Es el periodo de mayor riesgo para el recién nacido; aproximadamente el 65% de las muertes ocurridas durante el primer año de vida tienen lugar en este periodo.⁸

- Enterocolitis necrosante.

La enterocolitis necrosante se define como la inflamación aguda del intestino que suele afectar a los recién nacidos de peso inferior al normal. Se caracteriza por necrosis isquémica de la mucosa gastro intestinal que puede llevar a peritonitis y perforación intestinal.⁹

⁷ Carolina Espinoza y Cols. Op. cit. p. 6.

⁸ Raquel Nascimento Tamez y Cols. *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*. Ed. Panamericana. 2ª ed. Buenos Aires, 2003. p. 211

⁹ Ibid. p. 133.

- Enfermedad de Hirschsprung.

Para María Paz Arriagada la enfermedad de Hirschsprung es considerada una enfermedad congénita caracterizada por una ausencia de células ganglionares en el plexo mientérico de Auerbach y en el submucoso de Meissner, en el recto y otros segmentos del colon en forma ascendente de caudal a cefálico. Esta alteración produce una anomalía de la motilidad intestinal, que se manifiesta más frecuentemente como una obstrucción intestinal.¹⁰

- Íleo meconial.

Para María Fernanda Acuña el íleo meconial es una obstrucción intestinal intraluminal del íleon terminal que ocurre en etapa prenatal o neonatal temprana, producto de un meconio anormalmente espeso; en 10 a 15% de los pacientes puede ser la primera manifestación clínica de fibrosis quística; se asocia a poli hidramnios materno y las manifestaciones neonatales son la de obstrucción intestinal con distensión abdominal, vómito bilioso y ausencia de deposiciones. El síndrome de tapón de meconio rara vez se asocia con fibrosis quística. El íleo meconial complicado se asocia con perforación intestinal, vólvulo, atresias y

¹⁰ María Paz Arriagada y Cols. *Enfermedad de Hirschsprung*. En internet: www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/6_ENFERMEDAD%20DE%20HIRSCHSPRUNG.pdf Chile, 2008. p. 1. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

pseudoquistes. Se considera que el íleo meconial es la causa más común de perforación intestinal intrauterina.¹¹

- Ano imperforado.

José Manuel Tovilla y Cols. menciona que el ano imperforado es la anomalía congénita de la región ano-rectal del tracto gastrointestinal. La forma más común es la agenesia anal, en la que el cabo rectal termina en forma de saco ciego en la superficie del periné.¹²

- Mal rotación intestinal.

La malrotación intestinal es un defecto congénito que incluye una malformación del tracto intestinal. La mal rotación intestinal es una anomalía que ocurre durante la formación del feto en el útero de la madre. La mal rotación ocurre cuando el intestino no da dichas vueltas como debería hacerlo.¹³

¹¹ María Fernanda Acuña y Cols. *Íleo meconial*. En internet: www.sccp.org.co/plantillas/Libro%20SCCP/Lexias/gastro/ileo%20meconial/ileo_meconial.htm. Bogotá, 2001. p. 1. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

¹² José Manuel Tovilla y Cols. *Tratamiento inicial del paciente con malformación anorrectal*. En internet: [www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/mayojunio2008/actped2008-29\(3\)-147-50.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/mayojunio2008/actped2008-29(3)-147-50.pdf). México, 2008. p. 147. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

¹³ Ibid. p. 148.

- Atresia y estenosis intestinal.

Es la estrechez intestinal la existencia de estenosis intestinales. Frecuentemente están presentes en la enfermedad de Crohn, bien en su fase crónica por rigidez (fibrosis) de la pared intestinal o bien en el brote agudo de la enfermedad por inflamación y congestión del segmento intestinal. La estenosis puede ser única o múltiple y su localización preferente es el íleon. El síntoma predominante que habitualmente aparece es el dolor abdominal tras la ingesta, normalmente localizado en la zona derecha del abdomen, acompañado frecuentemente de náuseas.¹⁴

- Atresia esofágica.

La atresia esofágica es un trastorno congénito caracterizado por una falta de continuidad en el trayecto del esófago, es decir, la porción superior del esófago termina abruptamente y no se continúa con la porción inferior del mismo. Se forma así un *cul-de-sac* superior, vinculado con la boca, y otro inferior, que se comunica con el estómago. En la mayor parte de los casos se logra una conexión comunicante o fístula entre uno de los segmentos del esófago y la tráquea. A menudo los recién nacidos con atresia esofágica también nacen con otros trastornos congénitos del tubo digestivo, del corazón y otros órganos, a menudo no compatibles con la vida.¹⁵

¹⁴ Ibidem p. 149.

¹⁵ Ibid. p. 150.

- Trauma abdominal.

Es una lesión grave en el abdomen, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrantes. El traumatismo abdominal es una causa frecuente de discapacidad y mortalidad significativa. Debido a potenciales injurias anatómicas y funcionales de las vísceras y tejidos blandos abdominales incluyendo el hígado, intestino, médula espinal o los grandes vasos sanguíneos, las lesiones abdominales son urgencias médicas que si no son tratadas rápida y adecuadamente pueden dar como resultado la muerte.¹⁶

- En la infancia y adolescencia.

- Enfermedad inflamatoria intestinal.

La denominación de enfermedad inflamatoria intestinal, que se abrevia frecuentemente como EII, se emplea para referirse a una serie de problemas que afectan predominantemente al intestino, y que se caracterizan porque producen una inflamación crónica, que no tiende a la curación. Agrupa varias enfermedades, pero sobre todo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Además, algunas personas en las que no está claro si padecen una u otra de estas dos, se las diagnostica de colitis indeterminada. Dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal, otros

¹⁶ Pablo Sánchez Vicioso y Cols. *Traumatismo abdominal*. En internet: www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/trauabd.pdf. Madrid, 2001. p. 3. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

autores incluyen otras enfermedades diferentes, pero son estas tres las que habitualmente consideramos realmente como parte de este grupo.¹⁷

- Síndrome de Gardner y otras poliposis.

El síndrome de Gardner es una enfermedad familiar que consiste en una triada típica: osteomas múltiples craneofaciales, tumores cutáneos y poliposis intestinal. Son estas últimas lesiones, susceptibles de malignizar, las que confieren al síndrome toda su gravedad. Una vez detectados los osteomas, cuya aparición es frecuente ya desde la infancia se debe buscar el resto de la triada y mantener una vigilancia continua del paciente, estudiando asimismo a sus familiares, dada la transmisión genética de la enfermedad.¹⁸

- Pseudoobstrucción intestinal.

Es el bloqueo del contenido intestinal debido a causas mecánicas o a falta de motilidad. La obstrucción mecánica puede estar causada por adherencias consecutivas a intervenciones quirúrgicas o

¹⁷ E. Medina Benítez y Cols. *Enfermedad Inflamatoria intestinal*. En internet: www.aeped.es/protocolos/gastroentero/7.pdf. Madrid, 2001. p. 1. Consultado el día 07 Mayo del 2010.

¹⁸ María Teresa Lahoz Zamarro y Cols. *Síndrome de Gardner*. En internet: www.saorl.org.com.mx Madrid, 2001. p. 1. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

enfermedad intestinal inflamatoria, hernia estrangulada, impactación fecal, tumor, invaginación o vólvulo.¹⁹

2.1.3 Epidemiología de las ostomías intestinales de eliminación.

- En Europa
 - España

Para la Asociación Española de Cirujanos aunque no existen datos estadísticos elaborados para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, es indudable que el impacto social de esta discapacidad es enorme, dado el volumen de población a la que afecta y la condición a la que relega al ser humano que la padece. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a la población adulta española.²⁰

- En América Latina
 - E. U. A.

¹⁹ Estela Medina Benítez y Cols. *Enfermedad Inflamatoria intestinal*. En internet: www.aeped.es/protocolos/gastroentero/7.pdf. Madrid, 2000. p. 1. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

²⁰ Fernando Fernández. *El paciente ostomizado en el entorno de una asociación*. En internet: www.ostomías2/AEC_AsoociaciónEspañoladeCirujanos.com.mx. Bilbao, 2005. p. 1. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

Para Heidi Havia en los Estados Unidos hay 302.688.000 habitantes; cada hospital de 800 camas cuenta con 2 estoma terapeutas. Poseen 9 programas de formación profesional acreditados por la *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* (WOCN), liderados por Paula Edwin T. de la Cleveland Clinic.²¹

- Brasil

Heidi Havia comenta que Brasil posee 188.098.127 habitantes y 8 programas de educación de enfermería de estoma terapia acreditados por el *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET) y la Asociación Brasileña de Estoma terapia (SOBEST), con 500 estomaterapeutas distribuidas a lo largo de todo el país.²²

- Chile

Actualmente en Chile la incidencia de ostomizados se calcula en 1.200 y la prevalencia en 4.500, según un cálculo estimado con base en los egresos de 59 hospitales tipo 1 y 2 y el número de ostomías creadas cada año. Los pacientes ostomizados en Chile tienen los

²¹ Heidi Havia. *Impacto de la Enfermera Enterostomal en el auto cuidado del paciente ostomizado*. En internet: www.mednet.cl/link.cgi/medwave/Enfermería/3852. Chile, 2009. p. 6. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

²² Ibid. p. 6.

siguientes problemas: Los cuidados de enfermería no son especializados; no existen protocolos de atención y guías de cuidados específicos; no es una patología auge; no se delimita el sitio de la ostomía previo a la cirugía; la educación para el autocuidado, que debería hacerse en el preoperatorio, se entrega en el postoperatorio por personal no capacitado y muchas veces se pospone hasta el momento del alta, cuando el paciente está preocupado de muchas otras cosas. Los insumos sólo se proporcionan en el periodo intrahospitalario; después deben ser costeados por los pacientes; no existe un programa de seguimiento después del alta; los programas se centralizan en Santiago; no hay centros formadores en esta especialidad; el tiempo que pasa desde la creación de la ostomía hasta la reconstitución es superior a siete meses, con todo lo que esto implica.²³

- México

Para Ma. de Lourdes Sánchez las estadísticas sobre patologías quirúrgicas que requieren la creación de un estoma indican que 80% es debido al incremento de enfermedades neoplásicas en la población, 14% de origen traumático y el resto corresponde a enfermedades congénitas. Para hacer frente a este problema la ciencia en salud requiere alternativas nuevas, mejores e innovadoras técnicas quirúrgicas y de cuidados así como de un personal de enfermería especializado para atender y mejorar la calidad de vida del portador de un estoma. En un estudio realizado en el servicio de gastrocirugía en 1997 se

²³ Ibidem p. 2.

demonstró que de 280 pacientes portadores de estomas 60% corresponde a hombres y 40% a mujeres, con rango de edad entre 40 y 50 años. De acuerdo a la región anatómica afectada 65% de colostomías, 15% ileostomías y 15% de urostomía. Las causas fueron en 80% degenerativas 15% traumáticas y 5% congénitas. No se encontraron datos confiables relacionados con complicaciones del estoma propiamente.²⁴

Sin embargo, Otilia cruz comenta que de acuerdo a estadísticas, en lo que va del presente año se han realizado cuatro mil 247 por causas de ostomización digestiva, habiendo una lista en existencia de 136 pacientes ostomizados.²⁵

2.1.4 Características anatomofisiológicas de las ostomías intestinales de eliminación.

- Colostomía

Para María Martínez la colostomía es la exteriorización del cólon a través de la pared abdominal, mediante intervención quirúrgica,

²⁴ Ma. de Lourdes Sánchez y Trinidad Ceja. *Clínica de estomas*. En la Revista de Enfermería. Vol. 8 No. 1 Meses: Abril. México, 2000. p. 28.

²⁵ Otilia Cruz. *El ISSSTE, a la vanguardia en el tratamiento y curación de heridas en la piel*. En internet: www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/noviembre/b311_2006.html. Distrito Federal, 2006 p. 1. Consultado el día 14 de Marzo del 2010.

suturando la piel, con el fin de crear una salida artificial para el contenido fecal.²⁶

- Situación

Se realizan en el colon izquierdo, bien sigmoideo o descendente y se exterioriza a la piel a nivel de la parte izquierda del abdomen.²⁷

- Morfología

La forma ideal de estos estomas es circular para que puedan adaptarse las bolsas colectoras. El diámetro aproximado es de 2.5 cm. Son planos o con relieve mínimo sobre la piel. La coloración es rosada como corresponde a la mucosa del colon. Durante la primera semana, las colostomías presentan una coloración rojiza y aspecto edematoso que irá desapareciendo progresivamente.²⁸

- Fisiología

A partir del 2º al 4º día del post-operatorio, el paciente comienza a expulsar gases y heces liquidas, en pequeñas cantidades y de

²⁶ María Martínez Op. cit. p. 2.

²⁷ Id.

²⁸ Id.

forma continuada; en días sucesivos pasan a ser de pastosas a sólidas. El número de deposiciones diarias es variable y relacionado con la ingesta. Los gases son producidos por la acción de las bacterias sobre los alimentos. El volumen varía con el tipo de alimentos ingeridos.²⁹

- Ileostomía

Es el abocamiento del intestino delgado a nivel del íleon a la pared abdominal. Se localiza en la parte inferior derecha del abdomen. Las causas más frecuentes son colitis ulcerosa, poliposis cólica familiar, enfermedad de Crohn, sepsis abdominales, cáncer múltiple colo-rectal, enterocolitis y amebiasis fulminante.³⁰

• Morfología

La forma de la ileostomía es prominente, debiendo salir entre 2.5 y 4 cms del plano de la pared abdominal. La protrusión es importante para evitar cualquier retracción posterior y para facilitar el drenado intestinal a la bolsa colectora en prevención de irritaciones en la piel periestomal.³¹

²⁹ Id.

³⁰ Ibidem p. 5.

³¹ Id.

- Fisiología

El volúmen diario de heces está en relación con los alimentos ingeridos (500-800 cc). La consistencia de las heces es líquida pasando a ser semilíquida en días posteriores a la intervención. Hay poca cantidad de gases. A través del débito de las ileostomías el organismo elimina gran cantidad de enzimas y electrolitos, debido a la disminución de la absorción del tracto digestivo y con un pH alcalino muy corrosivo.³²

- Tipos

María Martínez explica que existen tres tipos de ileostomías: La ileostomía terminal que se aboca al exterior la parte final del asa distal del íleon a nivel de la resección; ileostomía en asa: Avocación al exterior del asa proximal con un estoma protruyente y un estoma plano, que es la fístula mucosa; ileostomía continente: Se confecciona un reservorio que permite el almacenamiento de las heces, siendo necesario el vaciado del reservorio mediante la introducción de una sonda varias veces al día.³³ (Ver Anexo N°. 4: Tipos de colostomías temporales.)

³² Id.

³³ Id.

2.1.5 Clasificación de las ostomías intestinales de eliminación.

- Por su función.

En los estomas de eliminación se crea una salida para el contenido fecal; en el caso de las ostomías de eliminación están las ostomías digestivas como la colostomía (sigmoide, descendente, transversa, ascendente) y la ileostomía.³⁴

- Por tiempo de permanencia.

- Temporales

Se realizan para resolver la fase aguda de algunas enfermedades en cirugía de urgencia, para evitar la aparición de complicaciones en caso de que las suturas fracasasen tras algunos tipos de intervenciones quirúrgicas. Una vez resuelto el problema por el que se realizan, se procede a cerrarlas volviendo a establecer el tránsito intestinal normal.³⁵

a) Localización

Se pueden localizar en cualquier parte del colon, más frecuente en transversa o sigmoide. La elección es debida a la

³⁴ Carlos Oliva y Cols. Op. cit. p. 3.

³⁵ María Martínez y Cols. Op. cit. p. 4.

movilidad del colon en estas zonas, permitiendo ser exteriorizado sin realizar maniobra alguna de disección.³⁶

b) Tipos

Existen varios tipos de colostomías temporales dependiendo de su localización y tipo de intervención quirúrgica realizados: Colostomía en asa: en donde se exterioriza un segmento móvil del colon y se mantiene en el exterior mediante una varilla o tutor. Quedan dos aberturas exteriorizadas, en el extremo proximal el estoma y en el distal la fístula mucosa. Hartmann: Se realiza en situaciones en las que se considera necesario reseca una parte del colon (descendente o sigma) y no practicar la anastomosis en la misma intervención. El colon proximal se aboca al exterior como una colostomía sigmoidea y el distal se cierra suturándolo dentro de la cavidad abdominal. Colostomía doble: El colon es seccionado y los dos extremos se fijan a piel, juntos o dejando un puente cutáneo entre ellos.

En la colostomía Devine: Se exteriorizan los dos extremos del colon de forma separada, formando dos estomas diferentes, uno elimina heces y el otro recibe el nombre de fístula mucosa. Paul Mikuliez (cañón de escopeta): Se realiza después de reseca un segmento del colon, uniendo

³⁶ Id.

los dos cabos entre sí a nivel de la cara posterior, quedando un estoma funcionando y una fístula mucosa.³⁷ (Ver Anexo N°. 5: Colostomía doble.)

- Definitivas

Cuando el tránsito intestinal no se puede restablecer con posterioridad ya que el segmento distal del colon ha sido extirpado.³⁸

- Por el órgano implicado.

- Cólón

Carlos Oliva Anaya menciona en el caso del colon la colostomía es transversa, se ubica en el cuadrante superior derecho ó izquierdo, en la colostomía sigmoidea, en el cuadrante inferior derecho.³⁹

- Íleon

Mientras que en el caso del íleon será en el cuadrante inferior derecho.⁴⁰

³⁷ Ibid. p. 5.

³⁸ Id.

³⁹ Carlos Oliva Anaya. Op. cit. p. 3.

⁴⁰ Id.

2.1.6 Tipos de ostomías intestinales de eliminación.

- Ostomías digestivas.

- Ileostomía

Es la exteriorización del último tramo del íleon n del último tramo del íleon a la piel. Ubicada generalmente en la parte derecha del abdomen. El producto son descargas flojas o líquidas.⁴¹ (Ver Anexo N°. 6: Ileostomía.)

- Colostomía

Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. Generalmente ubicada del lado izquierdo del abdomen. Las descargas varían desde deposiciones consistentes, espesas y gases.⁴²

2.1.7 Diagnóstico de las ostomías intestinales de eliminación.

- Historia clínica

Para María Martínez la Enfermera Especialista tomará en cuenta los datos personales de identificación del paciente y la familia. Así como efectuar la valoración física que va en relación a la morfología abdominal para una correcta localización del estoma.⁴³

⁴¹ Id.

⁴² Id.

Para Magdalena Franco Orozco es importante que se siga el orden recomendado para la valoración del abdomen y ésta será de la siguiente manera: inspección, auscultación, palpación y percusión.⁴³

- Estudios de gabinete.

Para Michel Day y Cols. los estudios de imagen suelen consistir en la radiografía abdominal simple y en la tomografía axial computarizada o la resonancia magnética abdominales.

La endoscopia facilita la visualización de las lesiones en el colon, hasta el íleon terminal. La endoscopia con capsulas es un procedimiento nuevo que puede ofrecer mejores imágenes del intestino delgado. El paciente deglute una capsula que contiene una cámara diminuta que envía datos a un sensor a medida que atraviesa el tracto gastrointestinal. Los estudios de imagen con contraste son útiles para definir la distribución y la gravedad de la enfermedad.

El enema con bario puede estar indicado en pacientes en los que la diarrea es el síntoma principal, lo que indica una afectación colónica de mayor intensidad.⁴⁴

⁴³ María Martínez. Op. cit. p. 9.

⁴⁴ Michel Day y Cols. *Contraataque a la enfermedad intestinal inflamatoria*. En la revista: Nursing Vol. 27 No. 7 Meses: Agosto- Septiembre. Madrid, 2009. p. 9.

2.1.8 Manifestaciones clínicas de las ostomías intestinales de eliminación.

- Complicaciones inmediatas de las ostomías intestinales de eliminación.

Para Carmen Albert Mallafré son las complicaciones inmediatas son aquellas que aparecen en los primeros días después de la intervención. La actuación de Enfermería incluye la prevención, detección y cuidado de las complicaciones que a continuación se presentan.⁴⁵

- Necrosis

La necrosis está relacionada siempre con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. 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. Cuando el compromiso vascular afecta el colon intraperitoneal requiere la re intervención quirúrgica inmediata, ya que el riesgo de

⁴⁵ Carmen Albert Mallafré y Cols. *Manejo de las ostomías*. En internet: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm. Barcelona, 2007 p. 6 Consultado el día 14 de Marzo del 2010.

perforación y peritonitis posterior es muy alto. Una técnica quirúrgica depurada es la mejor prevención.⁴⁶

- Hemorragia

La hemorragia es poco frecuente. 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. La hemorragia tardía puede ser debida a la producción de alguna pequeña herida al limpiar el estoma o a alguna alteración de los factores de coagulación del paciente.⁴⁷ (Ver Anexo N°. 7: Complicaciones inmediatas de las ostomías intestinales de eliminación: Hemorragia y Dehiscencia.)

- 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.⁴⁸

⁴⁶ Id.

⁴⁷ Ibidem p. 6.

⁴⁸ Ibid. p. 7.

- 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. Aunque este edema puede durar una o dos semanas y suele remitir espontáneamente, hay que vigilar y evitar que se cronifique, ya que podría ocluir el intestino y comprometer la funcionalidad del estoma, lo que implicaría una re intervención quirúrgica.⁴⁹ (Ver Anexo N°. 8: Edema del estoma como complicación inmediata en las ostomías intestinales de eliminación.)

- Infecciones periestomales

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. Puede requerir el desbridamiento y colocación de un drenaje tipo penrose. Se manifiesta con un cuadro inflamatorio con fiebre, dolor, rubor y supuración periestomal.⁵⁰

- 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

⁴⁹ Ibidem p. 8.

⁵⁰ Id.

parietal. Un edema de la mucosa intestinal puede comprometer también la luz intestinal.⁵¹ (Ver Anexo N°. 9: La obstrucción intestinal como complicación inmediata en las ostomías intestinales de eliminación.)

- Perforación y/o fistulización

Generalmente, es una complicación secundaria a los problemas de la técnica quirúrgica al realizar las suturas entero-aponeurótica, entero-parietal o entero-cutánea. Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por iatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados.⁵² (Ver Anexo N°. 10: La perforación y/o fistulización en complicaciones inmediatas de las ostomías intestinales.)

- Evisceración

Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma. Es una situación de emergencia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. 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

⁵¹ Id.

⁵² Ibidem p. 9.

próxima a la herida laparotómica.⁵³ (Ver Anexo N°.11: La evisceración como complicación inmediata de las ostomías intestinales de eliminación.)

- Complicaciones tardías de las ostomías intestinales de eliminación.

Para Carmen Albert Mallafré las complicaciones suelen aparecer cuando el niño 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 de los padres.⁵⁴

- Prolapso

Es la protrusión 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 largo 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 a la calidad de vida del paciente hay que valorar la reparación quirúrgica.⁵⁵ (Ver Anexo N°. 12: Complicaciones tardías de las ostomías intestinales de eliminación: Prolapso y Dermatitis química.)

⁵³ Id.

⁵⁴ Carmen Albert Mallafré. Op. cit. p. 10.

⁵⁵ Id.

- Estenosis

Es la disminución progresiva de la luz del estoma. Suele ser secundaria a otras complicaciones como la obesidad, una deficiencia en la irrigación del intestino, nuevos brotes de la enfermedad de base y puede originar cuadros sub oclusivos o realmente oclusivos. La clínica se manifiesta por la dificultad de la evacuación.⁵⁶ (Ver Anexo N°. 13: La estenosis y el granuloma como complicaciones tardías de las ostomías intestinales de eliminación.)

- 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.⁵⁷

- Retracción

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

⁵⁶ Id.

⁵⁷ Ibid. p. 11

dehiscencia.⁵⁸ (Ver Anexo N°. 14: Retracción del estoma como complicación tardía de las ostomías intestinales de eliminación.)

- Dermatitis periestomal.

Es una alteración de la piel que circunda el estoma que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. 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.⁵⁹ (Ver Anexo N°. 15: La dermatitis como complicación tardía en las ostomías intestinales de eliminación.)

- Dermatitis química.

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

⁵⁸ Id.

⁵⁹ Ibidem p.12.

dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.⁶⁰ (Ver Anexos N°. 16: Dermatitis química por contaminación del efluente como complicación tardía de las ostomías intestinales de eliminación.)

- Dermatitis alérgica de contacto.

Es poco frecuente debido a los avances en la composición de los materiales. 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 y que provoca una cronificación de la dermatitis.⁶¹

- Dermatitis física o traumática.

Depende siempre de la habilidad para aplicar los cuidados. 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.⁶² (Ver Anexo N°. 17: Dermatitis física

⁶⁰ Id.

⁶¹ Id.

⁶² Id.

o traumática como complicación tardía de las ostomías intestinales de eliminación.)

2.1.9 Tratamiento de las ostomías intestinales de eliminación.

- Tratamiento quirúrgico.

Para María Martínez algunos criterios generales que se deben tener en cuenta en el tratamiento preoperatorio es que se facilite que el paciente pueda visualizar su estoma para realizar su auto cuidado, elegir una zona periestomal con una superficie amplia y lisa para facilitar la fijación de los dispositivos colectores, de la localización del futuro estoma dependerá el segmento intestinal afectado y presentará un lugar diferente en el abdomen, si es ileostomía se ubicará en el cuadrante inferior derecho; en el caso de la colostomía transversa será en el cuadrante superior derecho o izquierdo; si es colostomía sigmoidea en el cuadrante inferior izquierdo. Una vez localizado el punto ideal colocaremos una bolsa colectora al paciente y se le indicará a él y a su familia las distintas actividades a realizar y posiciones para poder modificar la ubicación si fuese necesario.⁶³

- Control nutricional.

Para María Florencia Ceballos la prescripción médica de la dieta debe señalar los trastornos subyacentes: plan de alimentación para

⁶³ María Martínez. Op. cit. p. 9.

colostomía e ileostomía. El nutricionista planifica el programa nutricional según las directrices precedentes. Y modifica el plan de alimentación según necesidades y tolerancia del paciente. El objetivo del tratamiento nutricional dependerá fundamentalmente de: el tipo de resección intestinal, de la funcionalidad del resto del intestino, demás órganos y sistemas y del estado nutricional del paciente. Las metas nutricionales son inmediatas y consisten en restituir el equilibrio hidroelectrolítico, reponer vitaminas, minerales y oligoelementos. A corto plazo será valorar el estado nutricional, brindar apoyo nutricional temprano y oportuno. Y a largo plazo consisten en mantener un adecuado estado nutricional, prevenir cuadros de deshidratación y alcanzar un peso corporal aceptable.⁶⁴

La alimentación es un factor fundamental para el correcto funcionamiento del organismo. El ser portador de una ostomía no significa hacer dietas especiales, lo que sí es aconsejable una dieta equilibrada. Durante las primeras semanas después de la intervención se recomiendan alimentos pobres en residuos para descansar el intestino y que las deposiciones sean más líquidas. En el período de convalecencia se incorporarán progresivamente nuevos alimentos.⁶⁵

⁶⁴ María Florencia Ceballos. Op. cit. p. 31.

⁶⁵ Id.

- Protección cutánea y tratamiento de la piel.

María Martínez Morales considera que para garantizar el buen funcionamiento del dispositivo utilizado es fundamental proteger la piel del abdomen. La irritación de la piel que rodea el estoma es uno de los problemas más frecuentes. Las causas son irritación química por fugas del contenido fecal en dispositivos mal ajustados; estomas mal situados o estomas complicados; irritación mecánica originada por arrancamiento brusco del dispositivo, por cambios frecuentes o por utilización de sustancias irritantes; alergia a los componentes de los dispositivos o al material adhesivo; enfermedades cutáneas preexistentes; componentes de la dieta; fármacos; cambios fisiológicos en la permeabilidad cutánea y humedad.

Los cuidados que hay que ofrecer al estoma consisten en lavado de la piel con agua, jabón neutro, esponja suave, secado suave con toalla o pañuelos de papel; cortar el vello con tijera, no rasurar; en caso de irregularidades de la piel como cicatrices, pliegues o si el estoma tiene forma desigual rellenar con polvos, pastas adhesivas, pastas de relleno o placas autoadhesivas; medir el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo y mantener la piel periestomal siempre limpia y seca; despegar el dispositivo con precaución, empezando por el borde superior y sujetando con la mano la piel del abdomen; cambiar el dispositivo cuando existan signos de fugas y utilizar dispositivos adecuados a cada tipo de piel.⁶⁶

⁶⁶ Id.

2.1.10 Intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

- En la prevención de las ostomías intestinales de eliminación:
 - Fomentar la ingesta de ácido fólico: suplementación de la dieta durante la etapa periconcepcional y el embarazo.

El ácido fólico o folato es una vitamina que actúa como coenzima en el metabolismo de aminoácidos y en la síntesis de ácidos nucleicos. Su deficiencia conduce a defectos en la reproducción celular y a alteraciones en la síntesis de proteínas que se traducen en defectos graves. De acuerdo a la NOM-034-SSA-2000 para la prevención y control de los defectos al nacimiento se recomienda suplementar a todas las mujeres en edad reproductiva, con una ingesta diaria de 0.4 mg/día (400 mcgs/día), especialmente durante la etapa periconcepcional (los 3 meses previos al embarazo y hasta la semana 12 de gestación).

- Atención integral del recién nacido.

Un recién nacido es el producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de vida. La atención a éste implica la asistencia en el momento del nacimiento además de consultas de seguimiento a los siete y veintiocho días de vida. Las consultas para neonatos tiene como objetivo vigilar el crecimiento y desarrollo del neonato; hacer seguimiento del esquema de vacunación y detectar oportunamente los defectos al nacimiento que se manifiestan de

manera tardía. Por ello la Enfermera Especialista debe estar bien capacitada en la detección de factores de riesgo y signos de alarma que se pueden orientar sobre la presencia de alguno de estos trastornos.

- En la atención de ostomías intestinales de eliminación:
 - Valoración clínica de Enfermería en la fase preoperatoria que consista en:

Gladys Eugenia Canaval menciona que se debe preparar física y psicológicamente a la persona que va ser sometido a la construcción de un estoma digestivo, se le debe informar, orientar y asesorar a la persona y su núcleo familiar para su auto cuidado y rehabilitación. Brindar la enseñanza en el preoperatorio para obtener el consentimiento informado lo que implica que las Enfermeras Especialistas evalúen la comprensión de la persona y su familia sobre la razón para la cirugía, el procedimiento planeado y la creación de la ostomía.⁶⁷

- Informar al paciente y a los familiares sobre los derechos de los pacientes ostomizados.

⁶⁷ Gladys Eugenia Canaval y Cols. *Guía de Enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma.* En internet: www.indexf.com/lascasas/lascasas.php. Barcelona, 2005 p. 32 Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

Las personas ostomizadas merecen respeto al igual que su familia, entre la Enfermera y la persona ostomizada debe existir un ambiente de confianza para que se aclaren las dudas respecto a su enfermedad, al cambio de su imagen corporal y a su nueva situación; en lo posible, hacer comprender a la persona, que su ostomía no debe ser un problema más, sino una solución al problema que tenía. Toda persona ostomizada, tiene derechos y deberes estos fueron promulgados por la Asociación Internacional de Ostomizados los cuales se le darán a conocer y se respetaran, con el fin de lograr su adaptación y el reintegro a su mundo social, sexual, familiar, etc. Cuando se le brindan los cuidados y la educación sobre los mismos, siempre se respetará su individualidad, se tendrá en cuenta que su estoma es algo íntimo y solamente su pariente más cercano o quien le va a brindar apoyo en los primeros días, permanecerá en la habitación donde se encuentra la persona durante los momentos cuando se brinde cuidado directo; Se evitará exponerla ante otras personas como enfermos u otros familiares.⁶⁸

- Preparar psicológicamente a la persona y a la familia sobre el procedimiento a realizar.

Para Costantino Luis Noda Sardiñas 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

⁶⁸ Ibid. p. 26

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. 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.⁶⁹

- Planear la región anatómica ideal del estoma en Coordinación Médico-Enfermera.

Carmen Albert Mallafré menciona que la ubicación del estoma es muy importante para evitar complicaciones, procurar buena calidad de vida del paciente y minimizar su dependencia en el manejo del estoma. Hay que situarlo en una zona plana del abdomen, evitando pliegues cutáneos para facilitar la adaptación de los dispositivos.⁷⁰

- Realizar la preparación física de la persona (marcado pre quirúrgico del estoma). (Ver Anexo N°. 18: Marcado prequirúrgico.)

Teóricamente hay que situarlo en una zona plana del abdomen, evitando pliegues cutáneos para facilitar la adaptación de los dispositivos, pero en Pediatría y especialmente en Neonatología disponemos de poca superficie abdominal, ya que el recién nacido puede ser muy pequeño, suele tener aún el cordón umbilical. Otro problema es que habitualmente no se sabe que segmento intestinal habrá que abocar al

⁶⁹ Constantino Luis Noda Sardiñas y Cols. *Problemática actual del paciente con ostomías*. En internet: www.scielo.org.ar/scielo. Ciudad de la Habana, 2001. p. 3. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

⁷⁰ Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 3.

exterior, de modo que el cirujano tenga opciones suficientes para elegir y decidir la ubicación definitiva.⁷¹ (Ver Anexo N°. 19: Procedimiento quirúrgico en la primera parte: Extirpación del cólon afectado.)

- Informar a la persona y a la familia sobre la cirugía a realizar.

La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica, implica como pieza fundamental a los padres e incluye proporcionarles los conocimientos precisos, adiestrarlos en unas determinadas habilidades y modificar y potenciar actitudes para que se puedan adaptar a la nueva situación. Por todo esto, la Enfermera Especialista debe prestar una atención física, emocional y de rehabilitación socio-familiar desde que se decide la intervención hasta que se consigue la adaptación a la nueva forma de vida; y explicarle que la ostomía es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, comporta una agresión física y psíquica que, al afectar a la integridad corporal, afecta también a la propia imagen, a la capacidad funcional y relacional y a la calidad de vida, por lo que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente.⁷² (Ver Anexo N°. 20: Procedimiento quirúrgico en la segunda parte: Para conseguir el estoma.)

La adaptación al estoma va a depender de varios factores como son la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes y el pronóstico, las condiciones de la intervención quirúrgica; las complicaciones funcionales

⁷¹ Id.

⁷² Id

del estoma y secuelas postquirúrgicas y las características entorno psico-social y del contexto cultural (creencias, valores, conceptos y actitudes en relación a la enfermedad, los problemas físicos y el dolor). En la edad pediátrica la actitud y la respuesta de los padres a la situación condicionará de manera importante la respuesta del niño enfermo. El profesional de enfermería debe realizar una función docente con la unidad familiar para facilitar la adaptación a la nueva situación y minimizar la alteración de la vida cotidiana de la familia.⁷³

- Fase posoperatoria para el cuidado del paciente ostromizado.

María de Lourdes Sánchez Noguez refiere que para el cuidado del paciente ostromizado, durante el posoperatorio, las intervenciones de la Enfermera Especialista deben planearse de acuerdo a los diagnósticos y región anatómica afectada, con miras a evitar la dependencia familiar, las complicaciones previsibles y que se pierda la continuidad del aprendizaje facilitando su rehabilitación temprana.⁷⁴

En el postoperatorio inmediato las Intervenciones de Enfermería Especializada, se debe realizar la colocación de vaselina estéril, cubriendo con gasa y manipulando con guantes estériles el nuevo estoma. Dentro de las 48-72 horas al iniciar el tránsito intestinal llevar a cabo la colocación de la bolsa conveniente. Se procede a valorar el aspecto del asa intestinal:

⁷³ *Ibíd.* p. 2.

⁷⁴ María de Lourdes Sánchez Noguez. *Op. Cit.* p. 29.

color, tamaño y sangrado. Puede estar edematosa por la propia manipulación quirúrgica. Y se coloca el dispositivo adecuado. El objetivo al poner una bolsa colectora alrededor del estoma es la recogida eficaz del efluente, manteniendo la integridad de la piel periestomal. El dispositivo debe favorecer la visualización del estoma para facilitar la detección y valoración de complicaciones. El neonato y el lactante pequeño se pueden manejar sin bolsa los primeros días o hasta que el estoma sea funcionante.

La curación, que debe ser frecuente, consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Protegeremos el estoma con vaselina o tul graso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas y poniéndole un pañal. Hay que controlar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma.⁷⁵ (Ver Anexo N°. 21: Cuidados postoperatorios del estoma.)

- Valoración continua del estoma.

Para Barbara Kozier la valoración del estoma requiere una cuidadosa observación para detectar posibles complicaciones del estoma y de la piel circundante, por lo que en el nuevo estoma se evaluará lo siguiente. Color: El color de estoma debe tener un color rojo, similar al de la mucosa que tapiza el interior del carrillo. Los estomas de color muy pálido u oscuro, con un tono azulado o morado, indican alteración de la circulación de la sangre en la zona. Tamaño y forma del estoma: La mayoría de los estomas protuyen ligeramente sobre el abdomen. Los

⁷⁵ Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 4.

estomas nuevos suelen estar inflamados, pero la inflamación disminuye entre 2 a 6 semanas. La persistencia de la inflamación puede indicar un problema, como un bloqueo. Inicialmente un sangrado ligero cuando se toca el estoma es normal, pero se debe informar de cualquier otra hemorragia. Estado de la piel circundante al estoma: Cualquier eritema e irritación de la piel que rodea al estoma, la franja de 5 a 13 cm de piel que rodea al estoma, debe descartarse. El eritema transitorio tras la retirada del adhesivo es normal. Cantidad y tipo de heces: Para el efluente de la colostomía y heces ileales, valorar la cantidad, el olor, el color y la consistencia. Inspeccionar en busca de componentes anómalos, como pus o sangre. Síntomas: La referencia de sensación de quemadura bajo el aplicador puede indicar una solución de continuidad de la piel. La presencia de molestias abdominales o distensión también a de ser determinada.⁷⁶

- Manejo y control del dolor.

Para Carmen Collao el terapeuta del dolor debe actuar en beneficio del paciente, ofrecer la mejor analgesia posible y buscar los medios más eficaces y de menos riesgos para tratar el dolor. Cumplir este principio en el niño es difícil, dado que, al no poder experimentar en niños, la posología y dosificaciones, se deducen de lo que se ha investigado en adultos, por lo tanto a veces resulta difícil que lo indicado calme el dolor por

⁷⁶ Barbara Kozier y Glenora Erb. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 5ª ed. México, 2002. p. 1276.

completo, o que lo prescrito sea una dosis mayor que su nivel de tolerancia y desencadene efectos indeseados. Los niños que son hospitalizados tienen que someterse a menudo, a pruebas y tratamientos sucesivos que causan dolor, y eso al equipo de salud, en muchas oportunidades, pareciera no importarle. Una de las causas del tratamiento inadecuado del dolor es la falta de conocimientos de lo que en realidad es: un fenómeno que no puede ser experimentado por ninguna otra persona. Por tanto, definirlo en función de las percepciones resulta inapropiado e inexacto. Una definición operacional que resulta útil en la práctica clínica es: "Dolor es lo que la persona que lo experimenta dice que es, y existe siempre que esa persona lo dice". Esta definición implica una actitud distinta ante los pacientes: se les cree y comprende las expresiones de dolor, tanto verbales como no verbales; pero por sobre todo se les previene el dolor.⁷⁷

- Curar el estoma.

Carmen Albert Mallafré dice que la curación del estoma debe ser frecuente, consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Protegeremos el estoma con vaselina o tul graso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas y poniéndole un pañal. Uno de los objetivos mas importantes para el cuidado de la piel del estoma es mantener más saludable la piel periestomal; si la piel no se mantiene

⁷⁷ Carmen Collao y Verónica Behn. *El dolor en el niño desde una perspectiva ética*. En la Revista Cubana de Enfermería. Vol. 19 No. 2 Meses: Mayo-Agosto, La Habana, 2003 p. 1-3.

saludable, pueden presentarse problemas de fugas. Para limpiar la piel alrededor de la ostomía, usar solo agua, se puede usar un jabón suave, neutro y luego enjuagar con agua. Se recomienda no usar toallitas húmedas para bebés, aceites, polvos, ungüentos ni lociones en la piel que rodea el estoma; pues estos productos contienen ingredientes que pueden evitar que el sistema de bolsa se adhiera.⁷⁸ (Ver Anexo N°. 22: Higiene del estoma.)

- Colocar el dispositivo adecuado

Para María Martínez Morales la localización del futuro estoma dependerá del segmento intestinal afecto y presentará un lugar diferente en el abdomen. En la ileostomía: Cuadrante inferior derecho. En la colostomía transversa: Cuadrante superior derecho o izquierdo. En la colostomía sigmoidea: Cuadrante inferior izquierdo. Una vez localizado el punto ideal colocaremos una bolsa colectora al paciente y le indicaremos distintas actividades y posiciones para poder modificar la ubicación si fuese necesario. Los criterios de colocación para los dispositivos están basados en el tipo de ostomía y técnica quirúrgica; la localización del estoma en la superficie abdominal; integridad de la piel periestomal y el número de cambios de dispositivo que precisa durante el día.⁷⁹

⁷⁸ Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 4.

⁷⁹ María Martínez Morales. Op. Cit. p. 12.

- En la rehabilitación de ostomías intestinales de eliminación
 - Fomentar el auto cuidado en la persona portadora de un estoma de eliminación intestinal.

Para Heidi Havia según la definición de *DeFriese*, se entiende por auto cuidado a aquellas prácticas de personas y familiares en beneficio de su propia salud, a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas; de esta manera las personas adquieren responsabilidad para manejar por sí mismas su salud. El auto cuidado se aplica tanto en individuos sanos, para mantener su estado de salud a través de actividades de prevención y promoción, como en individuos enfermos, para recuperar o mejorar su estado de salud a través de la pesquisa oportuna de patologías secundarias.⁸⁰

El paciente ostomizado no tiene en forma natural conocimientos sobre auto cuidado. Para ello las enfermeras deben tener claro lo que se le debe enseñar y las herramientas que se le debe proporcionar. Como mínimo el paciente y la familia, al salir del hospital, deben saber usar los dispositivos, dónde comprarlos, cómo cuidar el estoma y cómo proteger la piel en caso de alguna complicación. Los pacientes ostomizados tienen necesidades de cuidado físico y cuidado psicológico y además requieren una relación de ayuda. Según la teoría del cuidado humano transpersonal de *Jean*

⁸⁰ Heidi Havia. Op. Cit. p. 5.

Watson, postulada en 1985, se distinguen dos acciones de cuidados: las acciones de cuidados instrumentales o técnico-asistenciales, como cuidados del estoma, tratamiento de la irritación de la piel o higiene y medicación, y los cuidados de carácter relacional o actividades expresivas, como empatizar con el paciente, escucharlo, acompañarlo, despejar sus dudas y ayudarlo a recuperar su estabilidad en el ámbito psicosocial y afectivo.⁸¹

- Orientar a la persona y a la familia sobre el cuidado del estoma.

Carmen Albert Mallafré dice que además del cuidado físico del estoma, técnica que pueden aprender con facilidad, el efecto psicológico que el estoma puede crear en los padres es muy importante para que el niño ostomizado esté bien cuidado y acepte, si tiene edad para darse cuenta, su situación. La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica implica fundamentalmente a los padres e incluye darles conocimientos, entrenarles en unas determinadas actividades y modificar y potenciar actitudes que faciliten la adaptación a la nueva situación. Por tanto, es necesario realizar una atención física, emocional y de rehabilitación socio-familiar desde que se decide la intervención hasta que se consigue la adaptación a la nueva forma de vida.

⁸¹ Heidi Havia. Op cit. p. 7.

La comunicación de que hay que practicar una ostomía a su hijo supone un impacto emocional importante en los padres y necesitan un tiempo variable para asumir la situación. Lógicamente pasarán por diversas fases: Shock: unos padres nunca están preparados para recibir el diagnóstico de una enfermedad importante en su hijo, que además precisa una ostomía para su tratamiento. Angustia y miedo: están frente a unos hechos adversos de los que no conocen el final, tienen que afrontar unos cambios importantes en su vida diaria y creen que no serán capaces. Culpabilidad: se sienten responsables de todo lo que le pasa a su hijo. Lo primero que piensan es que el niño sufrirá física y psicológicamente porque no podrá llevar una vida normal como los otros niños. Llegar a convencerse de que su hijo puede hacer lo mismo que los otros niños es un proceso distinto para cada persona.

Una buena y cuidada información, el razonamiento y la relativización pertinente, el dar importancia a lo que realmente la tiene, que es el hecho que el niño está superando una enfermedad y que la ostomía es la solución a un problema importante de salud para poder crecer y desarrollarse de manera normal, es lo que les llevará a adoptar una actitud positiva para asumir y controlar la situación. Hablar y compartir sus sentimientos con otros padres que han pasado por la misma situación ayuda a que los temores y la incertidumbre se minimicen. La participación precoz de los padres en el cuidado del niño ostomizado es fundamental para facilitar la aceptación de la situación, es la manera de perder el miedo a la ostomía y comprobar que el niño no sufre tanto como ellos piensan. Por lo tanto, hay que facilitar al máximo la entrada de los padres en la unidad para que

adquieran los conocimientos y la técnica necesarios para evitar problemas y aprender cómo solucionarlos ellos mismos. Hay que estar con ellos cuando hagan las primeras curas y poco a poco dejar que tomen ellos la iniciativa.

Es importante que sepan y noten que estamos allí en cualquier momento. La actitud de los padres es fundamental por la influencia que tiene en el niño y la asunción del estoma por su parte, facilitará el crecimiento y desarrollo normal de su hijo. Deben explicarle lo que le pasa y como debe cuidarse, de manera comprensible y adecuada a su edad. Si pasado un tiempo prudencial creemos que unos padres no han reaccionado emocionalmente a la situación, debemos plantearles la conveniencia de pedir ayuda a un profesional especializado.⁸²

- Preparar a la persona y a la familia en la detección de signos de alarma.

Para el grupo Hollister en su guía sobre el cuidado de su niño con ostomías menciona que hay ciertas situaciones que deben tomar en cuenta los padres y reportarlas de inmediato a la Enfermera Especialista y al médico tratante. Puede presentarse irritación en la piel que rodea el estoma; también puede haber estoma prolapsado, esto ocurre cuando el estoma cambia y se hace más largo o más grande de lo que era; estoma

⁸² Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 20.

retraído, ocurre cuando se hunde por debajo del nivel de la piel; deshidratación, cualquier niño puede desarrollar diarrea, la cual también puede ir acompañada de vómito.⁸³

- Concientizar a la persona y a los padres sobre la importancia de continuar con la consulta periódica.

La continuidad del cuidado por la Enfermera Especialista para la rehabilitación de estos pacientes es esencial mediante la adecuada organización de la consulta externa, debido a que en este periodo es posible vigilar el proceso de rehabilitación y adaptación al nuevo estilo de vida durante el tiempo que sea necesario. Las intervenciones de mayor importancia que deben realizarse en esta etapa incluyen: Seguimiento estricto de cada paciente. Coordinación de las actividades del cirujano y la Enfermera Especialista. Evaluación periódica de los resultados de la terapéutica implementada. Discusión interdisciplinaria del manejo de problemas específicos del paciente. Ayuda médica inmediata cuando lo necesite el ostomizado.

En forma independiente al proceso de atención del paciente ostomizado, la Enfermera Especialista tiene la autoridad y responsabilidad para evaluar, planificar, implementar y decidir el cuidado específico individualizado en los

⁸³ HOLLISTER. *El cuidado de su niño con ostomías*. En internet: www.hollister.com y www.colostomía.cl/ppt-flash/ostomías. Washington, 2000. p. 1 Consultado el día 05 de Marzo del 2010.

diferentes campos de acción. El seguimiento en el proceso de rehabilitación debe incluir a la vez la orientación e información por escrito para retroalimentar sobre el manejo del estoma, haciendo especial énfasis en la participación de los grupos de apoyo, considerando los derechos, la imagen y la mejor calidad de vida del paciente ostomizado dado que desde el punto de vista psicológico es conveniente se integre a grupos de personas que compartan experiencias similares para su rehabilitación. Esto facilita en el paciente aceptar el padecimiento, aprender sobre el manejo de su estoma y adaptarse a su nuevo estilo de vida.⁸⁴

- Establecer un plan nutricional para personas con estomas.

Después de la intervención quirúrgica, se recomienda introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. No empezar con alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores. Evitar el exceso de peso. Aumentar la ingesta de líquido, entre 1.5 y 2 litros diarios, puesto que las pérdidas de líquidos suelen ser mayores que antes. Comer despacio y masticar bien, con la boca cerrada, para evitar la formación de gases. Si aparece diarrea o estreñimiento utilizar dietas especiales.⁸⁵

⁸⁴ Ma. de Lourdes Sánchez Noguez y Cols. Op. Cit. p. 30

⁸⁵ Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 5.

- Brindar consejos dietéticos sobre alimentos que debe y no debe consumir.

La prescripción dietética debe señalar los trastornos subyacentes en relación al plan de alimentación para colostomía e ileostomía. El nutricionista planifica el programa nutricional según las directrices precedentes. Y modifica el plan de alimentación según necesidades y tolerancia del paciente. La tolerancia oral se inicia con cantidades libres de líquidos restringidos y si la evolución del paciente lo permite, tempranamente se puede comenzar a ingerir otros alimentos hasta progresar a un plan de alimentación adecuado intestinal. La tendencia actual es liberar el plan de alimentación lo antes posible y si el paciente permanece con una bolsa colectora de materia fecal enseñarle a que el mismo regule la selección de alimentos de acuerdo a la consistencia del contenido.⁸⁶ (Ver Anexo N°. 23: Consejos dietéticos para pacientes ostomizados.)

- Informar a la persona y a los padres sobre la existencia de los diferentes dispositivos y accesorios que pueden ser utilizados para el cuidado de su estoma. (Ver Anexo N°. 24: Sistemas colectores con placa convexa y bolsa abierta de dos piezas con cierre de velcro.)

⁸⁶ María Florencia Zeballos y Cols. Op. Cit. p. 31.

Los sistemas colectores son los que se utilizan para recoger de manera cómoda y eficaz las excreciones intestinales. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho. La primera debe tener un poder de adhesión que garantice la movilidad del portador a la vez que previene la irritación de la piel periestomal. (Ver Anexo N°. 25: Sistemas colectores para ostomías.)

La bolsa tiene que ser de un material que no haga ruido, resistente e impermeable al olor, de manejo fácil para aplicarla o retirarla y eficaz para recoger los residuos y eliminar los gases. En la mayoría de los casos la bolsa lleva incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso del aire pero retiene el mal olor. (Ver Anexo N°. 26: Bolsas cerradas y abiertas de tres piezas con clip de seguridad.)

Según el tipo de vaciado los sistemas son: Cerrados. Son bolsas termo selladas y se necesita una para cada uso. Son las adecuadas para las heces sólidas o pastosas. Abiertos. El extremo inferior presenta una abertura que se cierra con una pinza, lo cual permite el vaciado de la bolsa.

Según el sistema de sujeción los sistemas son: De una pieza. El adhesivo y la bolsa forman un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel. Permiten una gran discreción ya que son muy flexibles y poco aparatosas. Son las más cómodas si la piel aguanta bien los cambios

frecuentes del adhesivo y las heces son sólidas. De dos piezas. El adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de una anilla de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante 2 o 3 días, siempre y cuando no haya fugas de efluente, y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periestomal, ya que evitan el pegado y despegado frecuente del adhesivo. Son los adecuados cuando la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, ya que permite el reposo de la piel periestomal durante varios días. En contraposición, son menos discretos, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas difíciles de la piel. De tres piezas. Son como las de dos piezas pero además tienen un clip de seguridad en el cierre del aro.⁸⁷

- Mostrar los diferentes tipos de dispositivos para el cuidado del estoma. (Ver Anexo N°. 27: Tipos de dispositivos para ostomías intestinales de eliminación.)

Existen diversos tipos de sistemas colectores, de manera que se pueda elegir el adecuado a cada ostomía y a cada paciente. Según el tipo de vaciado los sistemas son: Cerrados. Son bolsas termo selladas y se necesita una para cada uso. Son las adecuadas para las heces sólidas o pastosas. Abiertos. El extremo inferior presenta una abertura que se cierra con una pinza, lo cual permite el vaciado de la bolsa. Según el sistema de sujeción los sistemas son: De una pieza. El adhesivo y la bolsa

⁸⁷ Carmen Albert Mallafré. Op. Cit. p. 22.

forman un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel. Permiten una gran discreción ya que son muy flexibles y poco aparatosas. Son las más cómodas si la piel aguanta bien los cambios frecuentes del adhesivo y las heces son sólidas. (Ver Anexo N°. 28: Dispositivos para eliminación intestinal: Bolsas cerradas y abiertas de una pieza.)

De dos piezas. El adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de una anilla de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante 2 o 3 días, siempre y cuando no haya fugas de efluente, y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periestomal, ya que evitan el pegado y despegado frecuente del adhesivo. Son los adecuados cuando la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, ya que permite el reposo de la piel periestomal durante varios días. En contraposición, son menos discretos, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas difíciles de la piel. (Ver Anexo N°. 29: Dispositivos neonatal y pediátrico para pacientes con ostomías de eliminación intestinal.)

De tres piezas. Son como las de dos piezas pero además tienen un clip de seguridad en el cierre del aro.

Accesorios de los sistemas colectores. Plantilla medidora del estoma; pasta niveladora y tiras de resina moldeable. Se utilizan para llenar los desniveles de la piel y conseguir una superficie lisa alrededor del estoma,

favoreciendo la adaptación de los dispositivos y evitando fugas; crema barrera. Se utiliza en la cura de las dehiscencias y las fístulas. Tiene propiedades regenerativas de la piel, ya que tiene hidrocoloides. Crema protectora. Se utiliza cuando la piel periestomal presenta irritaciones o dermatitis importantes. Se aplica una capa fina y cuando está seca, se coloca directamente el adhesivo. Película protectora. Es una crema que se utiliza para prevención de las irritaciones de la piel, no para tratamiento. Aumenta la adhesividad de las resinas. Placas adhesivas para protección de la piel. Tienen una elevada proporción de hidrocoloides, con lo cual, son muy absorbentes y protectoras. Se utilizan en el tratamiento de las dermatitis. Pastillas gelificantes. Se utilizan en las ileostomías. Son unas pastillas que se colocan dentro de la bolsa colectora y convierten el líquido en una masa gelatinosa que se mueve menos.⁸⁸ (Ver Anexo N°. 30: Accesorios de los sistemas colectores.)

- Orientar a los padres de la persona enferma respecto a la participación en grupos de apoyo y ayuda psicológica.

Para la Asociación Española de Cirujanos si el paciente tiene la fortuna de tener a su alcance una asociación de ostomizados y decide integrarse en ella, podrá encontrar el asesoramiento que no ha encontrado en otros ámbitos sanitarios, el apoyo directo de personas que

⁸⁸ *Ibíd.* p. 4.

viven la misma situación y, si la asociación dispone de estructura suficiente para ello, recibir asistencia sanitaria especializada en Estomaterapia.

Aunque su situación mejora sensiblemente con el beneficio de integrarse en la asociación de ostomizados, aparecen ahora para el paciente nuevos problemas derivados de la habitual escasez de recursos materiales y humanos de la asociación para mantener la estructura precisa para su atención integral. Para que una asociación de ostomizados pueda cumplir este objetivo, es preciso que disponga de una estructura básica que ha de consistir, como mínimo, en: una sede o espacio para la reunión de los asociados, el desarrollo de actividades y servicios; una línea telefónica abierta al público y una determinada organización de tipo administrativo.

Como además es frecuente que el paciente encuentre serias dificultades para recibir atención integral a su proceso en la estructura sanitaria pública o privada a su alcance, resulta conveniente, aunque no siempre sea posible, que la asociación disponga de: Una consulta médica especializada, con capacidad para orientar al paciente o actuando incluso como segunda consulta previa a la Cirugía y/o una consulta de Enfermería especializada en Estomaterapia que ofrezca una atención técnica asumiendo el cuidado de la ostomía y la prevención de posibles complicaciones.

La adaptación de los dispositivos de ostomía, en función de las condiciones individuales del paciente.

La formación y el entrenamiento en el uso correcto de los dispositivos. La educación continua sobre: higiene, alimentación, género de vida, etc.

El apoyo en la rehabilitación física y psíquica para obtener el mejor nivel de adaptación a la condición de ostomizado. Otros servicios que han de estar presentes en la asociación para completar otros aspectos de la atención de los asociados serán: Asesoramiento Psicológico por personal capacitado. Asesoramiento jurídico-legal mediante la orientación sobre los aspectos legales relacionados con la enfermedad, la incapacidad laboral, el derecho a la condición de minusvalía, etc.

Por otro lado existen una serie de actividades propias de una asociación destinadas a reforzar el apoyo humano entre los asociados, a difundir la existencia de la asociación y su función en la opinión pública o incluso a formar a voluntarios ostomizados para acercarse a los nuevos pacientes en el inicio de su proceso o incluso voluntarios no ostomizados para realizar diferentes actividades.

En opinión de los pacientes, es necesario que todas las asociaciones de ostomizados dispongan de recursos materiales y humanos suficientes para mantener todos aquellos servicios y actividades necesarios para el paciente, sin que falten en ninguna de ellas los medios para cumplir la

función esencial de una asociación de este tipo, que es la de ser un grupo de autoayuda y un espacio donde compartir los problemas comunes.⁸⁹

- Contactarlos y hacer el enlace con asociaciones nacionales e internacionales de pacientes ostomizados.

Proporcionar al paciente y a los familiares las diversas direcciones electrónicas en donde ellos puedan contactarse con diversos grupos de apoyo para despejar las dudas que se presenten antes, durante y después de la realización del estoma. Por ejemplo Linda Gross y Cols. sugieren consultar la Guía de Ileostomía por vía internet. El grupo HOLLISTER promueve Guías sobre el cuidado de su niño con ostomías vía internet.

⁸⁹ Fernando Fernández. Op. Cit. p. 3.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependiente: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN PACIENTES CON OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.

- Indicadores

En la prevención de las ostomías intestinales de eliminación:

- Fomentar la ingesta de ácido fólico: suplementación de la dieta durante la etapa periconcepcional y el embarazo.
- Atención integral del recién nacido.

En la atención de las ostomías intestinales de eliminación:

- Valoración clínica de Enfermería en la fase preoperatoria que consista en:
- Preparar psicológicamente a la persona y a la familia sobre el procedimiento a realizar.
- Informar al paciente y a los familiares sobre los derechos de los pacientes ostomizados.
- Planear la región anatómica ideal del estoma (coordinación médico-enfermera).
- Realizar la preparación física de la persona (marcado pre quirúrgico del estoma).

- Informar a la persona y a la familia sobre la cirugía a realizar.
- Fase posoperatoria para el cuidado del paciente ostomizado:
- Valoración continua del estoma.
- Manejo y control del dolor.
- Curar el estoma.
- Colocar el dispositivo adecuado.

En la rehabilitación de las ostomías intestinales de eliminación:

- Fomentar el auto cuidado en la persona.
- Orientar a la persona y a la familia sobre el cuidado e higiene del estoma.
- Preparar a la persona y a la familia en la detección de signos de alarma.
- Concientizar a la persona y a los padres sobre la importancia de continuar con la consulta periódica.
- Establecer un plan nutricional para personas con estomas.
- Brindar consejos dietéticos sobre alimentos que debe y no debe consumir.
- Informar a la persona y a los padres sobre la existencia de los diferentes dispositivos y accesorios que pueden ser utilizados para el cuidado de su estoma.
- Mostrar los diferentes tipos de dispositivos para el cuidado del estoma.
- Orientar a los padres de la persona enferma respecto a la participación en grupos de apoyo y ayuda psicológica.

- Contactarlos y hacer el enlace con asociaciones nacionales e internacionales de pacientes ostomizados.

3.1.2 Definición operacional: OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN.

- Conceptos

El estoma u ostomía consiste en la apertura, a través de una intervención quirúrgica, de una víscera hueca al exterior. La mayoría de las veces se localizan en la pared abdominal. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de deshecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado para tal fin. La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, mediante intervención quirúrgica, suturando la piel, con el fin de crear una salida artificial para el contenido fecal.

La ileostomía es una derivación temporal o definitiva del íleon a la piel habitualmente, se realiza una abertura quirúrgica en la pared abdominal por la que se pueden eliminar los productos de desecho a una bolsa de recolección. El extremo del íleon (porción terminal del intestino delgado) se extrae a través de la pared abdominal para formar un estoma o bolsa.

- Etiopatogenia de las ostomías intestinales de eliminación.

Las causas más comunes de las estomías de eliminación intestinal se ubican en dos periodos, el primero es el período neonatal se encuentra la estenosis necrotizante, enfermedad de Hirschprung, íleo meconial, ano imperforado, anomalías clocales complejas, mal rotación intestinal, vólvulo intestinal, atresia y estenosis intestinal, atresia esofágica y trauma; el segundo es el período de la infancia y la adolescencia donde las más comunes son por traumatismos, mal rotación intestinal, vólvulo intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de Gardner, tiflitis y pseudo obstrucción intestinal.

En las ilestomías las causas más frecuentes son colitis ulcerosa, poliposis cólica familiar, enfermedad de Crohn, sepsis abdominal, enterocolitis y amebiasis fulminante.

- Clasificación de las ostomías.

Las ostomías pueden clasificarse por su función en estomas de eliminación intestinal como la colostomía e ileostomía; por el tiempo de permanencia en temporales y definitivas; por el órgano implicado, en el caso de las ostomías digestivas de eliminación está la colostomía y la ileostomía.

- Localización de los estomas.

En el caso de las colostomías se pueden localizar en cualquier parte del colon, más frecuente en el colon transverso o

sigmoideo. La elección es debida a la movilidad del colon en estas zonas, permitiendo ser exteriorizado sin realizar maniobra alguna de disección.

- Tipos de ostomías intestinales.

Existen varios tipos de colostomías temporales dependiendo de su localización y tipo de intervención quirúrgica realizados: Colostomía en asa, se exterioriza un segmento móvil del colon y se mantiene en el exterior mediante una varilla; colostomía Hartmann, se realiza en situaciones en las que se considera necesario reseca una parte del colon (descendente o sigma) y no practicar la anastomosis en la misma intervención; la colostomía doble, el colon es seccionado y los dos extremos se fijan a piel, juntos o dejando un puente cutáneo entre ellos. Devine: Se exteriorizan los dos extremos del colon de forma separada, formando dos estomas diferentes, uno elimina heces y el otro recibe el nombre de fístula mucosa y Paul Mikuliez (cañón de escopeta): Se realiza después de reseca un segmento del colon, uniendo los dos cabos entre sí a nivel de la cara posterior, quedando un estoma funcional y una fístula mucosa.

Existen varios tipos de ileostomías, la ileostomía terminal: Se aboca al exterior la parte final del asa distal del íleon a nivel de la resección. Ileostomía en asa: Avocación al exterior del asa proximal con un estoma protuyente y un estoma plano, que es la fístula mucosa. Ileostomía continente: Se confecciona un reservorio que permite el almacenamiento de las heces, siendo necesario el vaciado del reservorio mediante la introducción de una sonda varias veces al día.

- Características anatómicas fisiológicas de los estomas de eliminación intestinal.

En el caso de las colostomías se realizan en el colon izquierdo, bien sigmoideo o descendente. Se exterioriza a la piel a nivel de la parte izquierda del abdomen. La forma ideal de estos estomas es circular para que puedan adaptarse las bolsas colectoras.

El diámetro aproximado es de 2.5 cm. Son planos o con relieve mínimo sobre la piel. La coloración es rosada como corresponde a la mucosa del colon. Durante la primera semana, las colostomías presentan una coloración rojiza y aspecto edematoso que irá desapareciendo progresivamente. A partir del 2º al 4º día del post-operatorio, el paciente comienza a expulsar gases y heces líquidas, en pequeñas cantidades y de forma continuada; en días sucesivos pasan a ser de pastosas a sólidas. El número de deposiciones diarias es variable y relacionado con la ingesta. Los gases son producidos por la acción de las bacterias sobre los alimentos. El volumen varía con el tipo de alimentos ingeridos.

En las ileostomías la forma es prominente, debiendo salir entre 2.5 y 4 cms del plano de la pared abdominal. La protusión es importante para evitar cualquier retracción posterior y para facilitar el drenado intestinal a la bolsa colectora en prevención de irritaciones en la piel periestomal. El volumen diario de heces está en relación con los alimentos ingeridos (500-800 cc). La consistencia de las heces es líquida pasando a ser semilíquida en días posteriores a la intervención. Hay poca cantidad de gases. A través del débito de las ileostomías el organismo elimina gran cantidad de

enzimas y electrolitos, debido a la disminución de la absorción del tracto digestivo y con un pH alcalino muy corrosivo.

- Manifestaciones clínicas.

La construcción de 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. Dentro del conjunto de complicaciones, ya sean de presentación inmediata o tardía, merece especial atención la dermatitis periestomal, que está estrechamente relacionada con el manejo y los cuidados de las ostomías. 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, se presenta necrosis, dehiscencia de la sutura muco cutánea, hundimiento, hemorragia, edema, estenosis por estrechamiento en el orificio del estoma debido a necrosis, infección, retracción, técnica quirúrgica defectuosa o recidivas de la enfermedad y hernia. Complicaciones tardías: Suelen aparecer cuando el niño 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 de los padres, y se puede presentar estenosis, hernia, prolapso, retracción, fístulas, abscesos, úlceras, granulomas, irritación cutánea y mal posición.

- Diagnóstico de la ostomías intestinales de eliminación.

Para el diagnóstico y tratamiento de un paciente con una ostomía intestinal se requiere una coordinación multidisciplinaria entre cirujanos, radiólogos, dietistas y enfermeras especialistas, puesto que las complicaciones van a estar relacionadas con la localización del estoma, el débito, las infecciones, la malnutrición y el mal uso de los diversos sistemas colectores.

Aunque los avances en los cuidados de éstos pacientes han mejorado su evolución (técnicas de soporte nutricional tanto por vía parenteral como enteral, reposición de líquidos y electrolitos), se debe comenzar a prevenir la aparición de fístulas, y complicaciones inmediatas ya desde el preoperatorio, con una correcta preparación mecánica del intestino, con profilaxis antibiótica y con una adecuada nutrición del paciente.

- Tratamiento de las ostomías intestinales de eliminación.

La elección de dónde deberá ubicarse el estoma es de gran importancia a la hora de planificar el tratamiento quirúrgico del paciente, ya que de ello dependerá, en muchas ocasiones, la prevención de complicaciones posteriores y que la adaptación de los dispositivos sea la adecuada, mejorando así la calidad de vida del paciente ostomizado. Debe realizarse en el periodo preoperatorio. Para una correcta localización del estoma tendremos en cuenta los datos personales del paciente, realizar la valoración física (morfología abdominal), indagar sobre hábitos dietéticos.

Las zonas a evitar serán la depresión umbilical, prominencias óseas, línea de la cintura y pliegues cutáneos abdominales, orificios de drenaje, márgenes costales, evitar zonas afectadas por procesos crónicos de la piel, cicatrices antiguas, protuberancias grasas, zona supra púbica y flexura de la ingle.

Algunos criterios generales que se deben tener en cuenta en el tratamiento preoperatorio es que se facilite que el paciente pueda visualizar su estoma para realizar su auto cuidado, elegir una zona periestomal con una superficie amplia y lisa para facilitar la fijación de los dispositivos colectores, de la localización del futuro estoma dependerá el segmento intestinal afectado y presentará un lugar diferente en el abdomen, si es ileostomía se ubicará en el cuadrante inferior derecho; en el caso de la colostomía transversa será en el cuadrante superior derecho o izquierdo; si es colostomía sigmoidea en el cuadrante inferior izquierdo. Una vez localizado el punto ideal colocaremos una bolsa colectora al paciente y se le indicará a él y a su familia las distintas actividades a realizar y posiciones para poder modificar la ubicación si fuese necesario.

La prescripción médica de la dieta debe señalar los trastornos subyacentes: plan de alimentación para colostomía e ileostomía. El nutricionista planifica el programa nutricional según las directrices precedentes. Y modifica el plan de alimentación según necesidades y tolerancia del paciente.

- Objetivo del tratamiento nutricional.

El objetivo del tratamiento nutricional dependerá fundamentalmente de: el tipo de resección intestinal, de la funcionalidad del resto del intestino, demás órganos y sistemas y del estado nutricional del paciente.

Las metas nutricionales son inmediatas y consisten en restituir el equilibrio hidroelectrolítico, reponer vitaminas, minerales y oligoelementos. A corto plazo será valorar el estado nutricional, brindar apoyo nutricional temprano y oportuno. Y a largo plazo consisten en mantener un adecuado estado nutricional, prevenir cuadros de deshidratación y alcanzar un peso corporal aceptable.

- La alimentación.

La alimentación es un factor fundamental para el correcto funcionamiento del organismo. El ser portador de una ostomía no significa hacer dietas especiales, lo que sí es aconsejable una dieta equilibrada. Durante las primeras semanas después de la intervención se recomiendan alimentos pobres en residuos para descansar el intestino y que las deposiciones sean más líquidas. En el período de convalecencia se incorporarán progresivamente nuevos alimentos.

Si el paciente tiene una ileostomía, las heces serán muy líquidas e irritantes. Sería necesaria una dieta pobre en fibra para que el tránsito intestinal sea más lento y se realice una mejor absorción del agua y los nutrientes. La dieta debe estar relacionada con la parte del intestino exteriorizado, pues las heces tendrán distinta consistencia y también habrá diferente absorción de los nutrientes.

- Consejos generales.

Comer una dieta variada con presencia de todos los alimentos. Hacer comidas con horarios regulares. Incorporar nuevos alimentos de forma lenta. Comer de forma relajada, disfrutando de la comida, masticando despacio. Comer pequeñas cantidades fraccionando la dieta. Preparar los alimentos con cocciones sencillas (hervidos, plancha, etc.). Mantener aporte de líquidos adecuado, entre 1.5 y 2 litros día. Dieta equilibrada (fibra, proteínas, vitaminas, etc.). Evitar sustancias irritantes, bebidas con gas o edulcorantes. Evitar el aumento excesivo de peso (modificaría la forma de la pared abdominal, dificultando la adaptación y la adherencia de los dispositivos).

- Dieta en las colostomías.

Dieta en las colostomías: En la colostomía descendente o sigmoide las heces serán sólidas, por lo que la alimentación no sufrirá ningún cambio, pero sí incidiremos en que sea una dieta equilibrada. En

las colostomías ascendentes y transversas las heces son más líquidas con pérdidas hídricas y de electrolitos, por lo que aconsejaremos una dieta equilibrada que aporte los nutrientes perdidos.

Dieta en las ileostomías: Son heces líquidas y continuas muy irritantes. Encontraremos deficiencias importantes como: Pérdidas líquidas y electrolíticas. Alteración en la absorción de nutrientes, vitaminas, minerales, etc. Alteración en la función inmunitaria y endocrina. Dosis insuficiente de proteínas y disminución en el aporte calórico. Para una correcta alimentación aconsejamos: Aporte de electrolitos y reposición de las pérdidas hídricas. Potenciar el consumo de alimentos como verduras, almendras, legumbres, patatas, frutas, caldos vegetales, licuados, infusiones, zumos, etc. Dieta ligeramente hiperprotéica y normocalórica.

- Intervenciones de Enfermería Especializada.

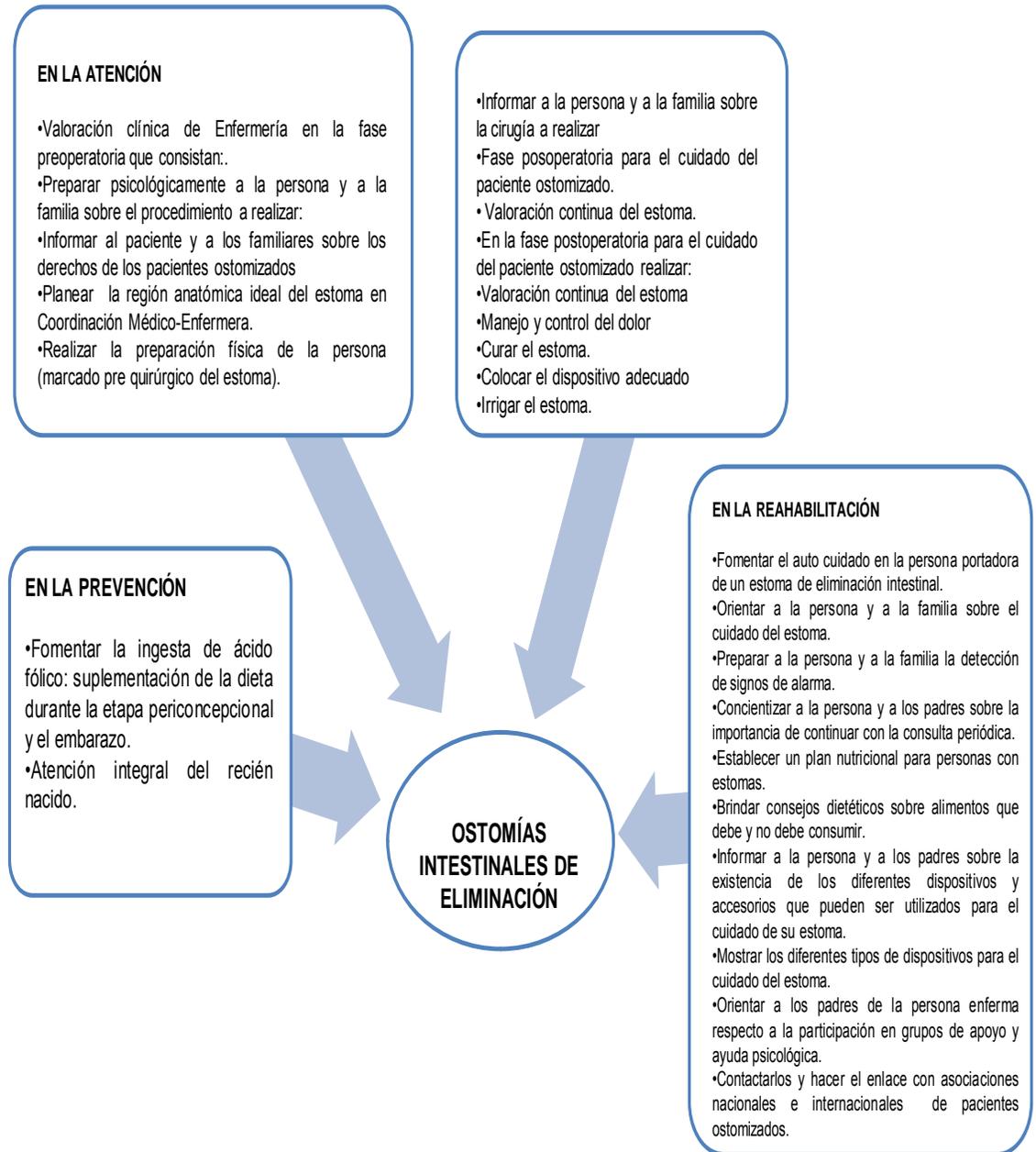
Durante la prevención de la enfermedad es importante fomentar la ingesta de ácido fólico: suplementación de la dieta durante la etapa periconcepcional y el embarazo y llevar a cabo una atención integral del recién nacido.

En la atención de las ostomías intestinales de eliminación es importante llevar a cabo la valoración inicial de Enfermería en la fase preoperatoria, así como preparar psicológicamente a la persona y a la familia sobre el

procedimiento a realizar; informar al paciente y a los familiares sobre los derechos de los pacientes ostomizados; planear la región anatómica ideal del estoma en coordinación Médico-Enfermera; realizar la preparación física de la persona (el marcado pre quirúrgico del estoma); informar a la persona y a la familia sobre la cirugía a realizar. En la fase posoperatoria para el cuidado del paciente ostomizado realizar la valoración continua del estoma; manejo y control del dolor; curar el estoma; colocar el dispositivo adecuado.

En la rehabilitación de las ostomías intestinales de eliminación fomentar el auto cuidado en la persona portadora de un estoma de eliminación intestinal; orientar a la persona y a la familia sobre el cuidado del estoma; preparar a la persona y a la familia la detección de signos de alarma; concientizar a la persona y a los padres sobre la importancia de continuar con la consulta periódica; establecer un plan nutricional para personas con estomas; brindar consejos dietéticos sobre alimentos que debe y no debe consumir; informar a la persona y a los padres sobre la existencia de los diferentes dispositivos y accesorios que pueden ser utilizados para el cuidado de su estoma; mostrar los diferentes tipos de dispositivos para el cuidado del estoma; orientar a los padres de la persona enferma respecto a la participación en grupos de apoyo y ayuda psicológica; contactarlos y hacer el enlace con asociaciones nacionales e internacionales de pacientes ostomizado.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.



3.2 TIPO Y DISEÑO DE LA TESIS

3.2.1. Tipo

El tipo de investigación documental que se realiza es descriptiva, analítica, transversal, diagnóstica y propositiva.

Es descriptiva porque se describe ampliamente el comportamiento de la variable atención de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación

Es analítica porque para estudiar la variable intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación es necesaria descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir, en los meses de marzo, abril y mayo del 2010.

Es diagnóstica porque se pretende realizar un diagnóstico situacional de la variable intervenciones de Enfermería Especializada a fin de proponer y proporcionar una atención de calidad y especializada a los pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

Es propositiva porque en esta Tesina se propone sentar las bases de lo que implica el deber ser de la atención especializada de Enfermería en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

3.2.2. Diseño

El diseño de esta investigación documental se ha realizado atendiendo a los siguientes aspectos:

- Asistencia a un Seminario Taller de elaboración de Tesinas en las instalaciones del Centro de Especialidades Médicas “Dr. Rafael Lucio” en Xalapa, Veracruz.
- Búsqueda de una problemática de investigación de Enfermería Especializada relevante en las intervenciones de la Especialidad de Enfermería Infantil.
- Elaboración de los objetivos de la Tesina así como el Marco teórico conceptual y referencial.
- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para elaborar el Marco teórico conceptual y referencial de las ostomías intestinales de eliminación severa en la Especialidad de Enfermería Infantil.
- Búsqueda de los indicadores de la variable de intervenciones de Enfermería es ostomías intestinales de eliminación.
- Propuesta de las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

3.3 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante las fichas de trabajo ha sido posible recopilar toda la información para elaborar el Marco teórico. En cada ficha se anotó el Marco teórico conceptual y el marco teórico referencial, de tal forma que las fichas fue posible clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la atención de Enfermería en pacientes con ostomías intestinales de eliminación.

3.3.2 Observación

Mediante esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la Especialista en Enfermería Infantil en la atención de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz en Veracruz.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Se lograron los objetivos de esta Tesina al analizar la Intervenciones de Enfermería Especializada a los pacientes con ostomías intestinales de eliminación. Se pudo demostrar en esta tesina la importante participación que tiene la Enfermera Especialista en la prevención, atención y rehabilitación de los pacientes ostomizados. Se pudo visualizar también que las ostomias intestinales de eliminación dentro de las estadísticas nacionales sobre patologías quirúrgicas que requieren la creación de un estoma indican que el 14% es de origen traumático y corresponde también a enfermedades congénitas. Para hacer frente a este problema la ciencia en salud requiere alternativas con nuevas, mejores e innovadoras técnicas quirúrgicas y de cuidados, así como ser indispensable que la Enfermera Especialista pueda valorar de manera integral a aquellos pacientes portadores de un estoma, para poder brindar los cuidados especializados actuando de una manera inmediata para tratar de disminuir la morbilidad de los pacientes por esta patología y poder mejorar la calidad de vida de estas personas.

De esta manera y dado que la Enfermera Especialista ofrece un cuidado holístico e integral, se hace necesario desplegar los conocimientos no solo en relación con los cuidados especializados, sino también en docencia, administración y en investigación como a continuación se explica.

- En servicios

La realización de una ostomía requiere que los cuidados pre y posoperatorios propios del paciente sometido a cirugía mayor, junto con otros cuidados específicos relacionados con el estoma.

Durante la fase de los cuidados preoperatorios la valoración de Enfermería es esencial en el preoperatorio ya que es la primera etapa de la atención de la Enfermera Especialista y la información que sea proporcionada será la base de todas las decisiones y actividades a realizar y que estas consisten en la preparación psicológica del paciente y la familia, la coordinación con el equipo multidisciplinario para la planeación anatómica ideal de la región del estoma, informar al paciente y a la familia sobre los diferentes dispositivos a utilizar para el cuidado del estoma existentes en la institución y el mercado; de igual manera la Intervención de la Enfermera Especialista consiste en informar al paciente y a la familia sobre el manejo y cuidados del estoma.

En el caso de que estos pacientes sean sometidos a procesos quirúrgicos para la realización del estoma, en este caso la Enfermera Especialista pondrá mucho interés en el estoma en la búsqueda de signos y síntomas que permitan complicar los cuidados otorgados.

Dados que los pacientes con ostomías intestinales de eliminación tienen el riesgo de presentar complicaciones inmediatas o tardías, la Enfermera especialista estará preparada para el cuidado del paciente ostomizado, por lo que las intervenciones deben planearse de acuerdo a los diagnósticos y la región anatómica afectada, con miras a evitar la dependencia familiar, las complicaciones previsibles y que se pierda la continuidad del

aprendizaje (facilitando su rehabilitación temprana) por lo que se debe considerar en forma esencial Intervenciones de Enfermería Especializada encaminadas a realizar la valoración inicial y continua del estoma, administrar terapia antibiótica y analgésica, control del dolor, curar el estoma y colocar el dispositivo adecuado al estoma.

- En docencia

El aspecto docente de las Intervenciones de la Enfermera Especialista incluye la enseñanza y el aprendizaje del paciente y su familia. Para ello la Enfermera Especialista debe explicar al paciente el funcionamiento normal del estoma, las características anatomofisiológicas de los estomas, la diferencia entre la colostomía y la ileostomía, que conozca el autocuidado del estoma y los diferentes sistemas colectores, así como los accesorios de los dispositivos a utilizar.

La parte fundamental de la capacitación que reciben los pacientes está relacionada con la modificación de los factores de riesgo que son necesarios para cambiar diversas rutinas y lograr la salud de los pacientes. Por ejemplo aquellas personas poseedoras de un estoma intestinal de eliminación es necesario que conozcan las actividades a realizar para su propio autocuidado una vez egresados del hospital y que tomen conciencia de la importancia de continuar con la consulta periódica.

Aunado a lo anterior es necesario también hacer referencia sobre los cambios en los hábitos dietéticos, para esto se debe informar oportunamente los efectos de una buena dieta en relación a los alimentos que debe evitar y consumir.

La Enfermera Especialista conoce que la importancia en la adaptación al estoma va a depender de varios factores como son la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes y el pronóstico, las condiciones de la intervención quirúrgica; las complicaciones funcionales del estoma las secuelas postquirúrgicas y las características del entorno psico-social y del contexto cultural (creencias, valores, conceptos y actitudes en relación a la enfermedad, los problemas físicos y el dolor). En la edad pediátrica la actitud y la respuesta de los padres a la situación condicionará de manera importante la respuesta del niño enfermo. El profesional de Enfermería debe realizar una función docente con la unidad familiar para facilitar la adaptación a la nueva situación y minimizar la alteración de la vida cotidiana de la familia.

De manera adicional las sesiones de enseñanza y asesoría también van dirigidas a los miembros de la familia a quienes también se les debe explicar en que consiste el trastorno patológico del paciente y las medidas preventivas que se deben tener para afrontar las ostomías intestinales de eliminación. Por ejemplo el que los pacientes y su familia conozcan que hay organizaciones mundiales y vía online de pacientes ostomizados en donde se sesiona con otros pacientes con la misma patología, que se ayudan y se colaboran con los apoyos necesarios para cuidar su salud.

- En administración

La Enfermera Especialista ha recibido durante la carrera de Enfermería enseñanzas de administración de los servicios.

Por ello es necesario que la Enfermera Especialista planee, organice, integre, dirija y controle los cuidados de enfermería en beneficio de los pacientes. de esta forma y con base en los datos de la valoración y del diagnóstico de Enfermería entonces la Enfermera especialista planeará los cuidados teniendo como meta principal que el paciente tenga menores posibilidades de presentar complicaciones tempranas y tardías.

Dado que las ostomías intestinales de eliminación ponen en riesgo la vida de los pacientes la Enfermera Especialista sabe que inmediatamente debe planear los cuidados planteando de manera emergente 4 tareas fundamentales:

La ubicación del estoma a través del marcado prequirúrgico es muy importante para evitar complicaciones, la valoración posquirúrgica del estoma en las primeras 48 horas es fundamental pues permitirá prevenir complicaciones que pongan al paciente en franco peligro de muerte, iniciar con la colocación de los sistemas colectores alrededor del estoma manteniendo una vigilancia estrecha y el seguimiento continuo de la evaluación del estoma y a través de la curación e higiene del mismo. De esta manera las acciones que la Enfermera Especialista imprima en los cuidados permitirá el aseguramiento de una evolución clínica positiva del paciente con mejoría y con la esperanza de pronta recuperación.

- En investigación

El aspecto de investigación permite a la Enfermera Especialista hacer diseños de investigación, proyectos o protocolos de investigación derivados de la actividad que la Enfermera realiza.

Por ejemplo, los proyectos de investigación estarán encaminados a estructurar los factores de riesgo de las ostomías intestinales de eliminación, de las complicaciones tempranas y tardías, de la selección de diversos dispositivos de acuerdo al tipo de estoma del que se trate, etc., así como también la valoración psicosocial del paciente y su familia. Desde luego el afrontamiento de las ostomías intestinales de eliminación por parte del propio paciente y su familia, las complicaciones potenciales que estas tengan, los diagnósticos de Enfermería y los planes de atención, entre otros son temáticas de Enfermería Especializada que pueden realizar con el grupo de enfermeras profesionales en beneficio de los pacientes.

4.2 RECOMENDACIONES.

- En la prevención de las ostomías intestinales de eliminación:
 - Fomentar la ingesta de ácido fólico en las mujeres embarazadas a través de la suplementación de la dieta durante la etapa periconcepcional y el embarazo.

- Llevar a cabo una atención integral del recién nacido. Explicar a la futura madre que las consultas para los neonatos tiene como objetivo vigilar el crecimiento y desarrollo del niño a través del programa del control del niño sano, para hacer seguimiento del esquema de vacunación y detectar oportunamente los defectos al nacimiento que se manifiestan de manera tardía. Es por ello que la Enfermera Especialista debe estar bien capacitada en la detección de factores de riesgo y signos de alarma que se pueden orientar sobre la presencia de alguno de estos trastornos

- En la atención de las ostomías intestinales de eliminación:
 - Llevar a cabo la valoración clínica de Enfermería en la fase preoperatoria que consista en preparar psicológicamente a la persona y a la familia sobre el procedimiento a realizar, así como orientar y asesorarlo junto con su núcleo familiar para su auto cuidado y rehabilitación.

 - Planear la región anatómica ideal del estoma en conjunto con el equipo multidisciplinario de salud, pues la ubicación del estoma es muy importante para evitar complicaciones, para que se pueda procurar una buena calidad de vida del paciente y minimizar su dependencia en el manejo del estoma.

 - Realizar la preparación física de la persona a través del marcado pre quirúrgico del estoma, evitando pliegues cutáneos

para facilitar la adaptación de los nuevos dispositivos, pero en Pediatría y especialmente en Neonatología se dispone de poca superficie abdominal, ya que el recién nacido puede ser muy pequeño y suele tener aún el cordón umbilical.

- En la fase posoperatoria para el cuidado del paciente ostomizado realizar la valoración continua del estoma. Esto con la finalidad de detectar complicaciones tempranas o tardías en el postoperatorio y que interfieran en un momento dado en la elaboración de los planes de cuidados especializados.
- Efectuar valoración abdominal continua y estrecha posterior a la intervención quirúrgica para la detección oportuna de complicaciones secundarias al estoma.
- Curar el estoma, esto debe ser frecuente y consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos. Se protege el estoma con vaselina o tul graso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas y poniéndole un apósito.
- Colocar el dispositivo adecuado. Hoy en día el mercado tiene gran variedad de dispositivos para el cuidado del estoma, se le recomendará al paciente y a la familia cuál de estos dispositivos será el indicado y más recomendado de acuerdo al tipo de estoma que posea.

- Cuidar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma. Se le recomienda al paciente y al familiar que estará a cargo de su cuidado que la herida quirúrgica la mantenga limpia y seca cambiando las gasas de la herida cuantas veces sea necesaria, para evitar que se humedezca por la ubicación proximal con el estoma.
- En la rehabilitación de las ostomías intestinales de eliminación:
- Fomentar el auto cuidado en la persona. . La atención al paciente ostomizado en la edad pediátrica implica fundamentalmente a los padres e incluye darles conocimientos, entrenarles en unas determinadas actividades y modificar y potenciar actitudes que faciliten la adaptación a la nueva situación.
 - Concientizar a la persona y a los padres sobre la importancia de continuar con la consulta periódica. Explicarles que es importante la continuidad del cuidado brindado por la Enfermera Especialista para su rehabilitación, debido a que es en este periodo donde se puede vigilar la adaptación al nuevo estilo de vida durante el tiempo que sea necesario.
 - Establecer un plan nutricional para personas con estomas. Es importante que la familia y el paciente ostomizado

conozca y sepa que la dieta no es estricta, que después de ser ostomizado se deben introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. En el caso de ser neonatos el seno materno se proporcionará de manera normal.

- Informar oportunamente los efectos del seguimiento de la dieta, esto será a través de la proporción de material didáctico impreso de guías nutricionales que contengan información sobre que alimentos consumir y cuáles no; sobre que alimentos provocan flatulencias, diarrea, estreñimiento, etc.
- Informar a la persona y a los padres sobre la existencia de los diferentes dispositivos y accesorios que pueden ser utilizados para el cuidado de su estoma.
- Mostrar los diferentes tipos de dispositivos para el cuidado del estoma. Es importante que el paciente conozca los diversos tipos de dispositivos que existen en el mercado, para que elija el que mejor le agrada y que vaya de acuerdo al tipo de estoma que posea.
- Orientar a los padres sobre la importancia de la persona enferma respecto a la participación en grupos de apoyo y ayuda psicológica en donde podrán exponer sus experiencias y dudas en relación a su cuidado, con personas que compartan la experiencia de ser portadores de un estoma y para los padres con hijos con estomas.

- Se recomienda contactarlos y hacer el enlace con asociaciones nacionales e internacionales de pacientes ostomizados.

5. ANEXOS Y APÉNDICES.

ANEXO N°. 1: PACIENTE CON COLOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL

ANEXO N°. 2: PACIENTE CON ILEOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL

ANEXO N°. 3: ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO

ANEXO N°. 4: TIPOS DE COLOSTOMÍAS TEMPORALES EN ASA

ANEXO N°. 5: COLOSTOMÍA DOBLE

ANEXO N°. 6: ILEOSTOMÍA

ANEXO N°. 7: COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN: HEMORRAGIA Y
DEHISCENCIA.

ANEXO N°. 8: EDEMA DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN
INMEDIATA EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 9: LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN
INMEDIATA EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 10: LA PERFORACIÓN Y/O FISTULIZACIÓN EN
COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES

ANEXO N°. 11: LA EVISCERACIÓN COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA
DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 12: COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN: PROLAPASO Y
DERMATITIS QUÍMICA

ANEXO N°. 13: LA ESTENOSIS Y EL GRANULOMA COMO
COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 14: RETRACCIÓN DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN
TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 15: LA DERMATITIS COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN
LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 16: DERMATITIS QUÍMICA POR CONTAMINACIÓN DEL
EFLUENTE COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS
OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 17: DERMATITIS FÍSICA O TRAUMÁTICA COMO
COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°.18: MARCADO PREQUIRÚRGICO DEL ESTOMA

ANEXO N°. 19: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (PRIMERA PARTE)
EXTIRPACIÓN DEL COLON AFECTADO

ANEXO N°. 20: PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (SEGUNDA PARTE)
PARA CONSEGUIR EL ESTOMA

ANEXO N°. 21: CUIDADOS POSTOPERATORIOS DEL ESTOMA

ANEXO N°. 22: HIGIENE DEL ESTOMA

ANEXO N°. 23: CONSEJOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES
OSTOMIZADOS

ANEXO N°. 24: SISTEMAS COLECTORES CON PLACA CONVEXA Y
BOLSA ABIERTA DE DOS PIEZAS CON CIERRE DE
VELCRO

ANEXO N°. 25: SISTEMAS COLECTORES PARA OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 26: BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE TRES PIEZAS
(CLIP DE SEGURIDAD)

ANEXO N°. 27: TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ANEXO N°. 28: DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN
INTESTINAL: BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE
UNA PIEZA

ANEXO N°. 29: DISPOSITIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICO PARA
PACIENTES CON OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN
INTESTINAL

ANEXO N°. 30: ACCESORIOS DE LOS SISTEMAS COLECTORES

ANEXO N°. 1

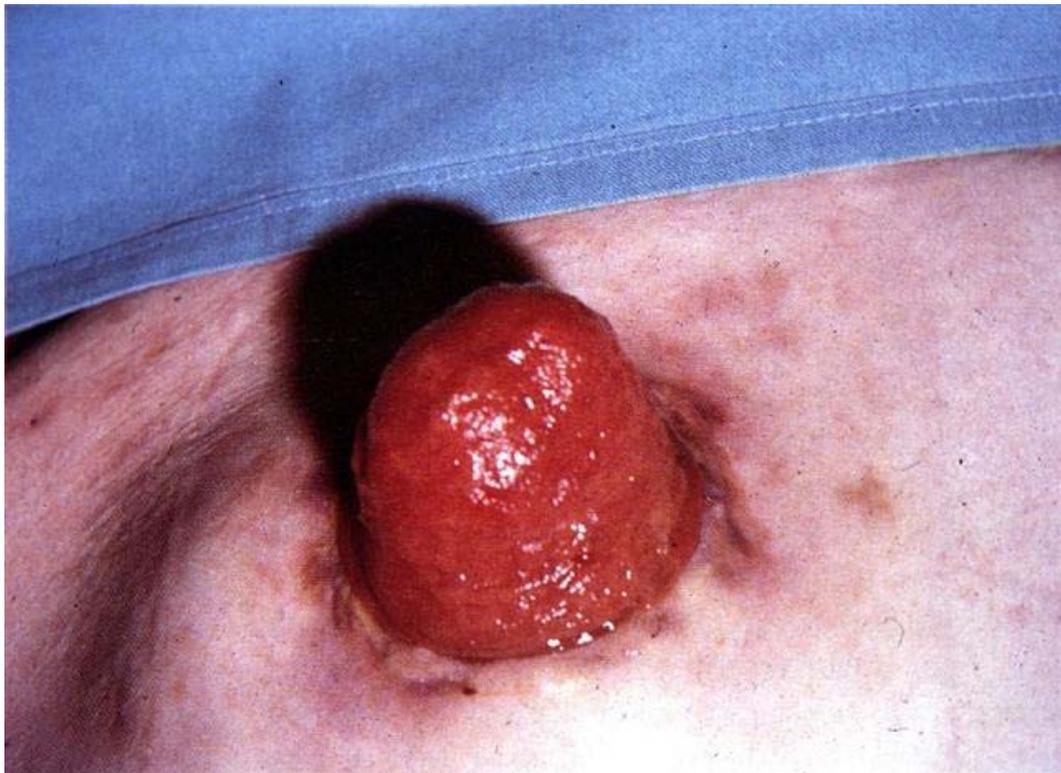
PACIENTE CON COLOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL



FUENTE: DE GIORGIS S; Mario. *Ostomías*. En internet: www.prematuros.cl/webagosto08/ostomias.pdf. Río de Janeiro, 2009 p. 13 Consultado el día 03 de Marzo del 2010.

ANEXO N°. 2

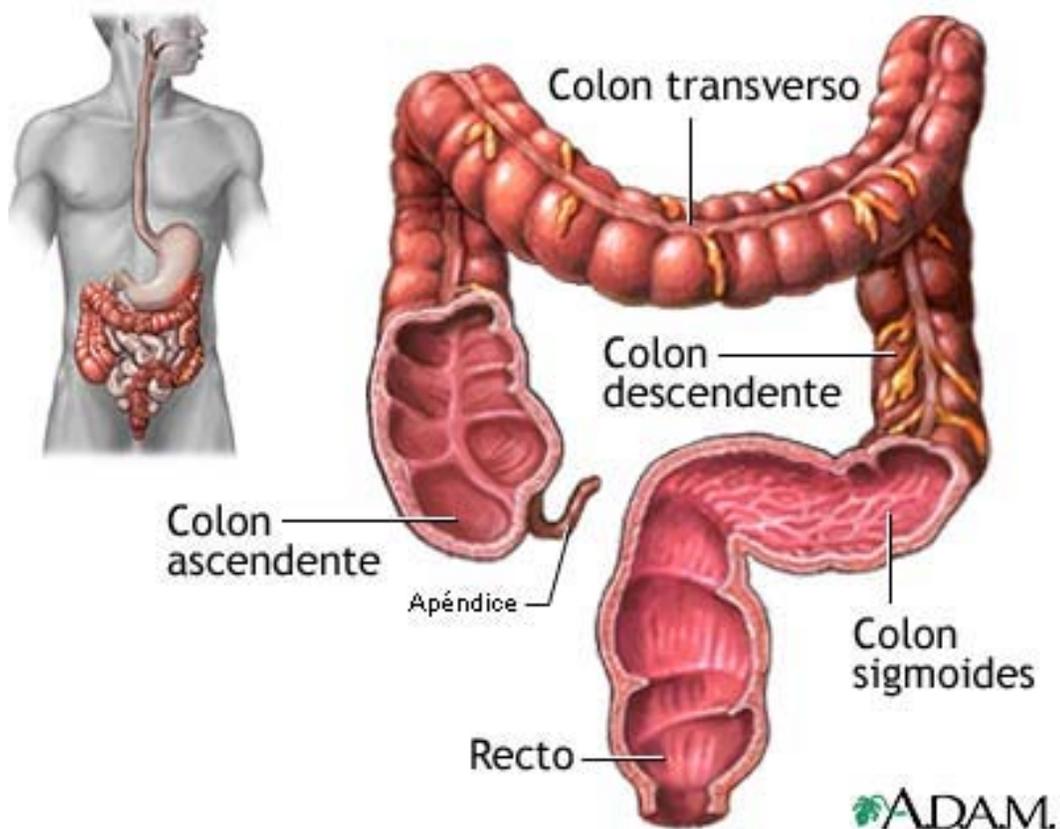
PACIENTE CON ILEOSTOMÍA DE ASPECTO NORMAL



FUENTE: MARTÍNEZ M; María. *Boletín Oncológico: Paciente ostomizado*.
En internet: www.boloncol.com/boletin-22/paciente-ostomizado.html.
Aragón, 2010 p. 6 Consultado el día 24 de Marzo del 2010.

ANEXO N°. 3

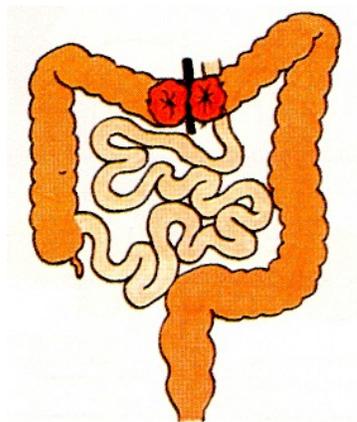
ANATOMÍA DEL APARATO DIGESTIVO



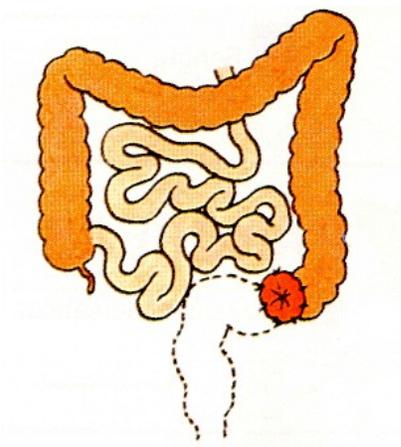
FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Aparato digestivo*. En internet: www.images.google.com.mx/images/aparato+digestivo. México, 2010. p. 2. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

ANEXO N°. 4

TIPOS DE COLOSTOMÍAS TEMPORALES EN ASA



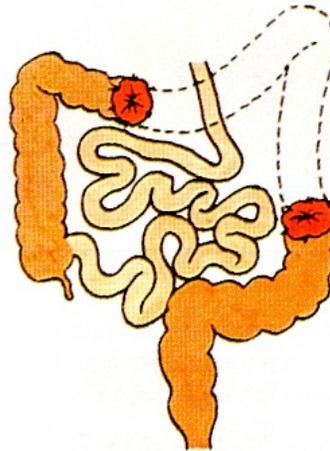
HARTMANN



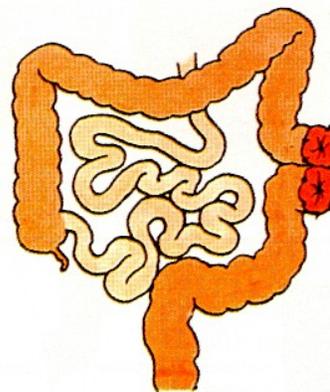
FUENTE: Misma del Anexo N°. 2. p. 3.

ANEXO N°. 5

COLOSTOMÍA DOBLE



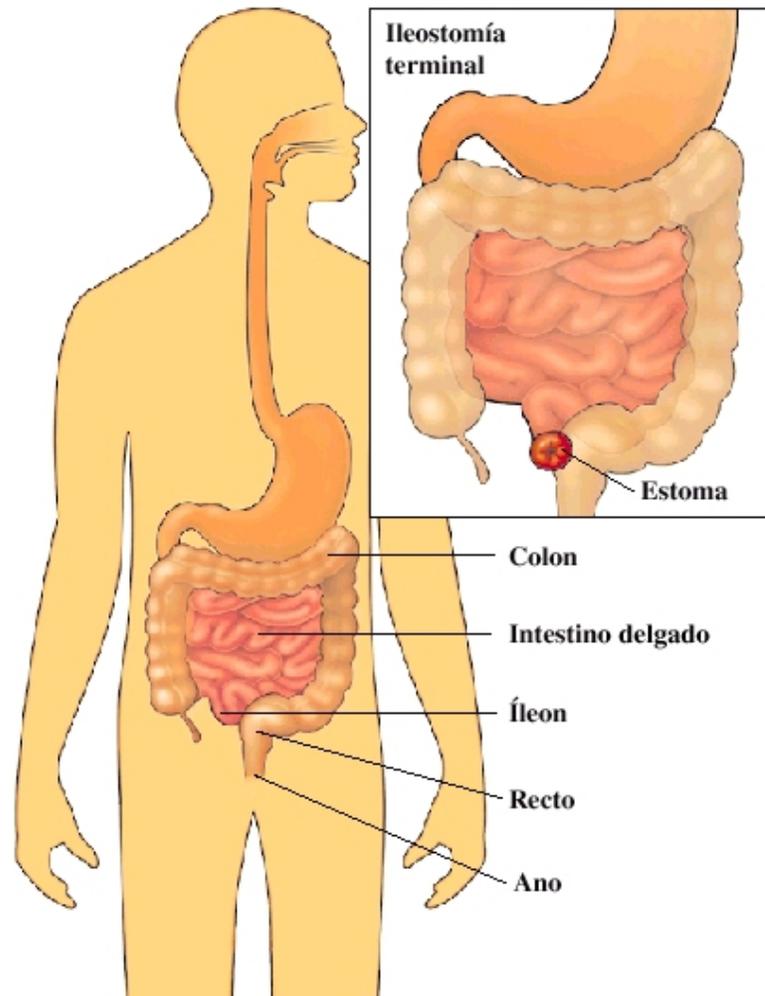
Paul Mikuliez (cañón de escopeta)



FUENTE: Misma del Anexo N°. 2. p. 4.

ANEXO N°. 6

ILEOSTOMÍA



FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Ileostomía*. En internet: www.images.google.com.mx/images=ileostom. México, 2010. p. 3. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

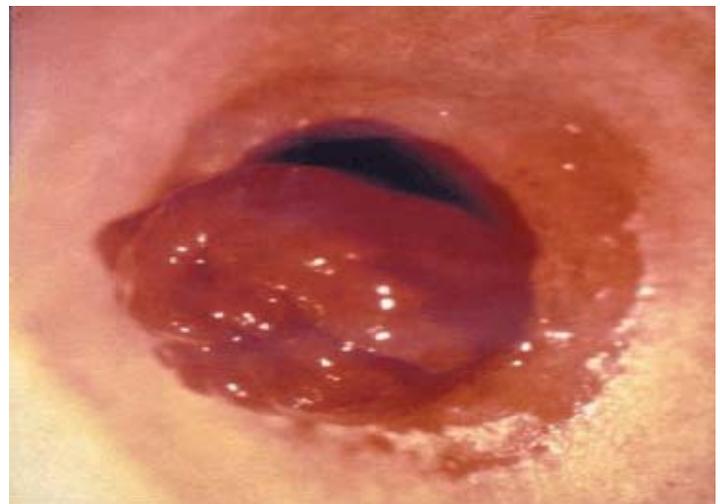
ANEXO N°. 7

COMPLICACIONES INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES
DE ELIMINACIÓN: DEHISCENCIA Y HEMORRAGIA

HEMORRAGIA



DEHISCENCIA



FUENTE: ALBERT M; Carmen y Cols. *Manejo de las ostomías*. En internet:
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>.
Barcelona, 2007 p. 7. Consultado el día 14 de Marzo del 2010.

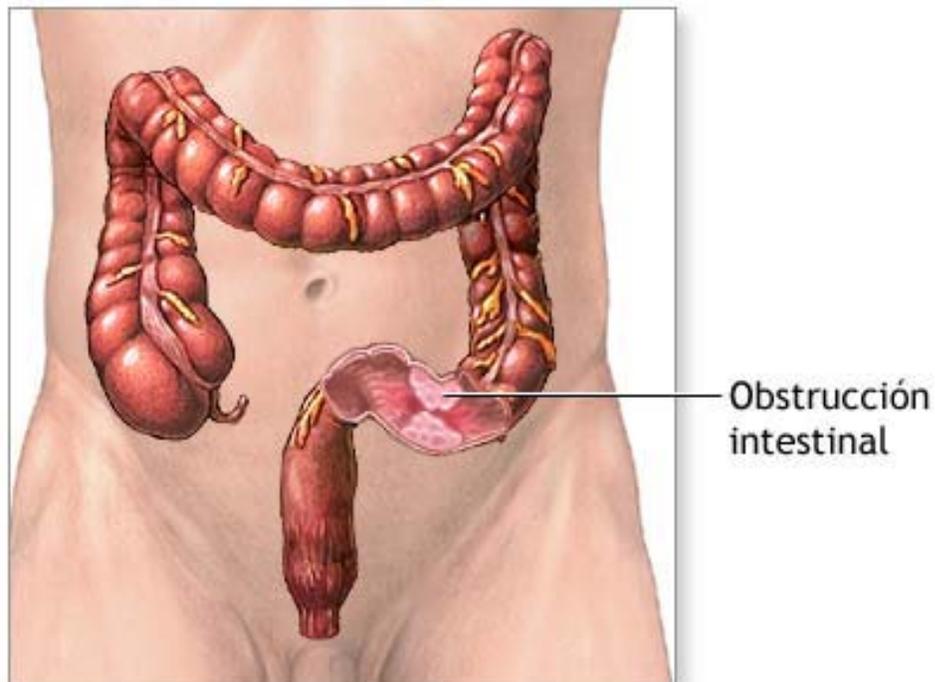
ANEXO N°. 8

EDEMA DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA EN LAS
OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 8.

ANEXO N°. 9

LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA
EN LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

ADAM.

FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Colostomía*. En internet:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_presentations/htm.
México, 2010. p. 1. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

ANEXO N°. 10

LA PERFORACIÓN Y/O FISTULIZACIÓN EN COMPLICACIONES
INMEDIATAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES.



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 4.

ANEXO N°. 11

LA EVISCERACIÓN COMO COMPLICACIÓN INMEDIATA DE LAS
OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 9.

ANEXO N°. 12

COMPLICACIONES TARDÍAS DE LAS OSTOMÍA INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

PROLAPASO Y DERMATITIS QUÍMICA



FUENTE: Misma del Anexo N°. 1. p. 21.

ANEXO N°. 13

LA ESTENOSIS Y EL GRANULOMA COMO COMPLICACIONES
TARDÍAS DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

FUENTE: Misma del Anexo N°. 1. p. 22.

ANEXO N°. 14

RETRACCIÓN DEL ESTOMA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS
OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 13.

ANEXO N°. 15

LA DERMATITIS COMO COMPLICACIÓN TARDÍA EN LAS OSTOMÍAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 23.

ANEXO N°. 16

DERMATITIS QUÍMICA POR CONTAMINACIÓN DEL EFLUENTE COMO
COMPLICACIÓN TARDÍA DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 24.

ANEXO N°. 17

DERMATITIS FÍSICA O TRAUMÁTICA COMO COMPLICACIÓN TARDÍA
DE LAS OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 14.

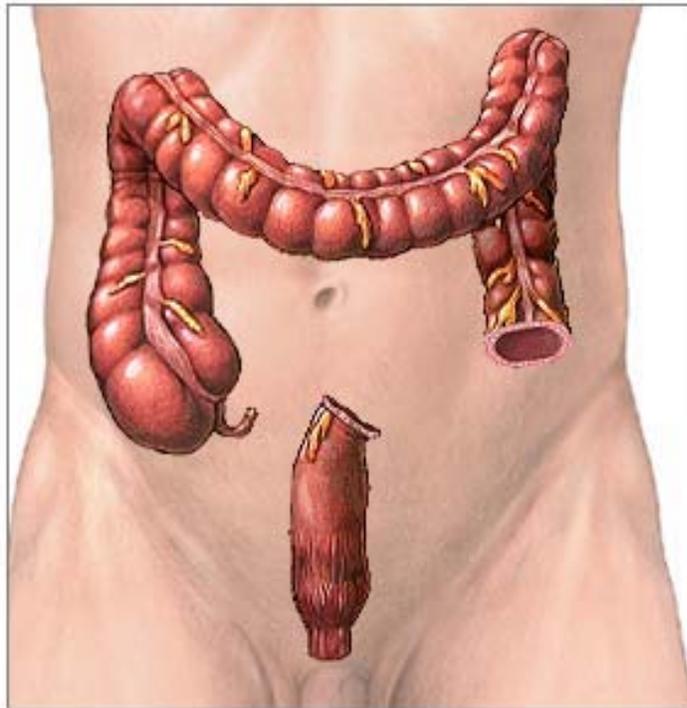
ANEXO N°. 18

MARCADO PREQUIRÚRGICO DEL ESTOMA

Ubicación recomendada del estoma.
<p>Diagrama de marcación prequirúrgica del estoma. Muestra un triángulo invertido con vértices en la cresta ilíaca superior, el ombligo central y el pubis inferior. El triángulo está dividido en cuadrantes inferiores derecho e izquierdo por una línea vertical que pasa por el ombligo. Dos círculos rojos representan la ubicación de la ostomía en cada cuadrante inferior. Líneas verdes conectan los vértices y los puntos de la ostomía.</p>
Colostomía derecha o ascendente: cuadrante inferior derecho
Colostomía transversa; Cuadrante inferior derecho o izquierdo según el tramo de colon transversa que se aboque.
Colostomía izquierda o descendente: cuadrante inferior izquierdo.
Ileostomía: cuadrante inferior derecho.
En todos los casos, la ostomía debe estar a un mínimo de 5 cm. del pliegue inguinal para permitir que el adhesivo pueda adherirse sin problemas.

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 3.

ANEXO N°. 19

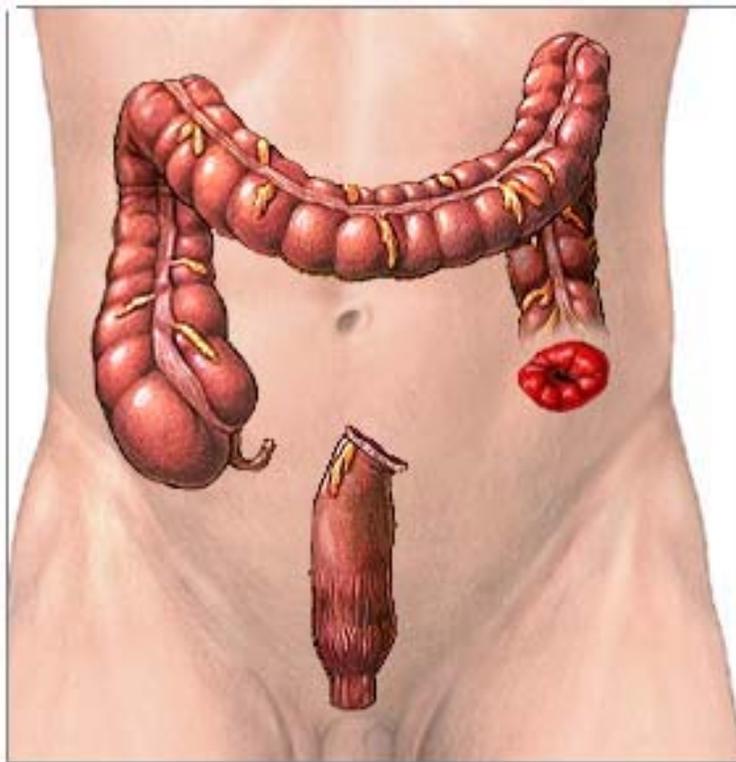
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (PRIMERA PARTE)
EXTIRPACIÓN DEL COLON AFECTADO

Se extirpa
el colon
afectado

ADAM.

FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Colostomía*. En internet:
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_presentations/htm.
México, 2010. p. 1. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

ANEXO N°. 20

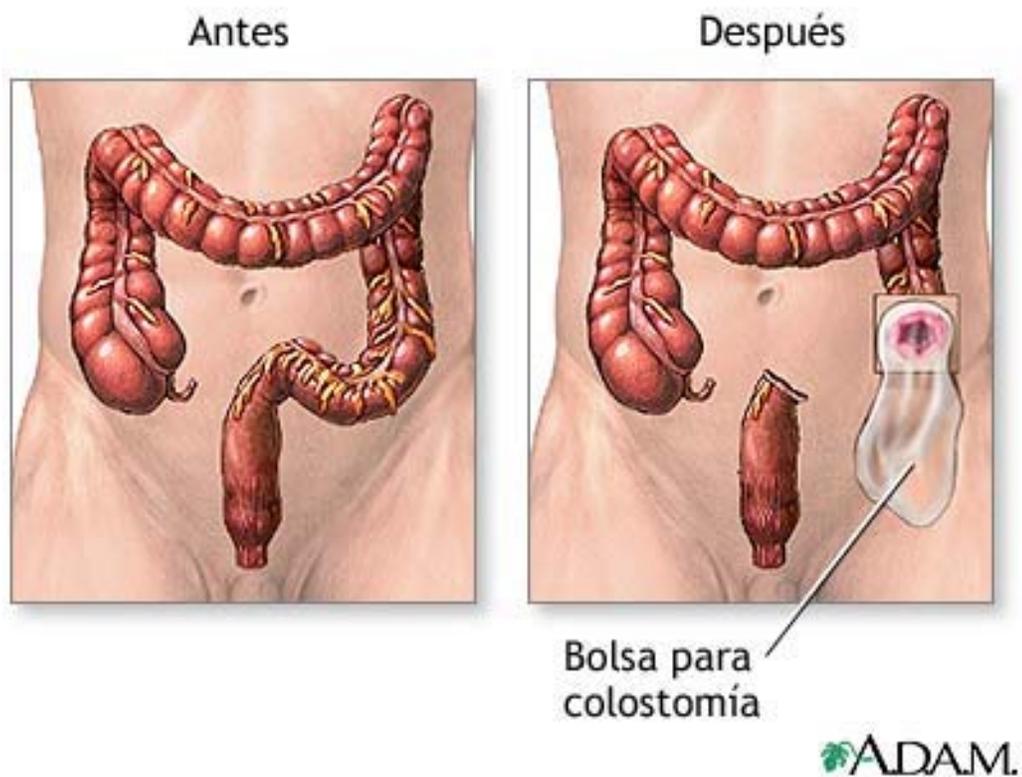
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO (SEGUNDA PARTE)
PARA CONSEGUIR EL ESTOMA

El tejido
intestinal
sano se
sutura al
abdomen
(colostomía)

 ADAM.

ANEXO N°. 21

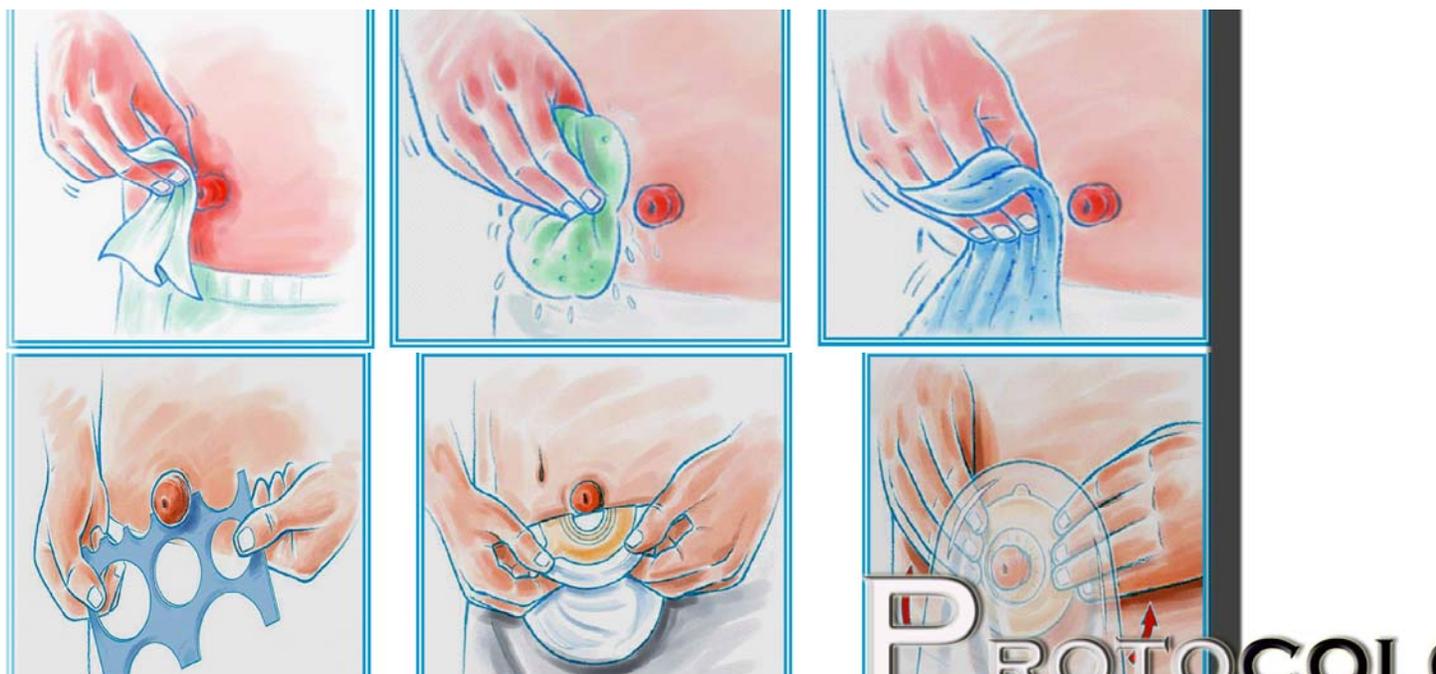
CUIDADOS POSTOPERATORIOS DEL ESTOMA



FUENTE: Misma del Anexo N°. 19. p. 3.

ANEXO N°. 22

HIGIENE DEL ESTOMA



FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Higiene del estoma*. En internet: www.images.google.com.mx/=higiene+del+estoma. México, 2010 p. 1. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

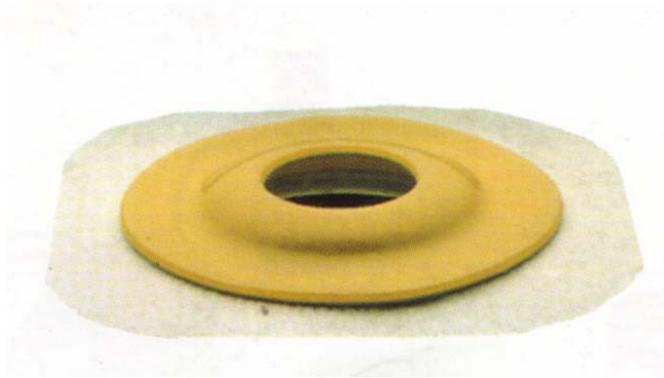
ANEXO N°. 23

CONSEJOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS

<p>Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legumbres. • Cebollas y ajos. • Col y coliflor. • Frutos secos. • Espárragos y alcachofas. • Huevos. • Cerveza y bebidas con gas. • Especias. • Carne de cerdo. 	<p>Alimentos que inhiben el olor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantequilla. • Yogurt. • Queso fresco. • Cítricos
<p>Alimentos aconsejados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frutas y verduras. • Pescados y aves. • Pastas y arroces. • Leche y derivados. 	<p>Alimentos que se deben evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carne de cerdo y charcutería. • Grasas. • Picantes. • Alcohol y bebidas gaseosas.
<p>Alimentos que dan consistencia a las heces:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verduras. • Frutas y legumbres. • Cereales integrales. • Salvado. 	<p>Alimentos astringentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plátano y manzana. • Leche y derivados. • Arroz cocido.

FUENTE: GOOGLE.COM.MX. *Manejo de los estomas digestivos*. En internet: www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp. México, 2010. p. 1. Consultada el día 29 de Abril del 2010.

ANEXO N°. 24

SISTEMAS COLECTORES CON PLACA CONVEXA Y BOLSA ABIERTA
DE DOS PIEZAS CON CIERRE DE VELCRO

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 3.

ANEXON°. 25

SISTEMAS COLECTORES PARA OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 4.

ANEXO N°. 26

BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE TRES PIEZAS (CLIP DE SEGURIDAD)



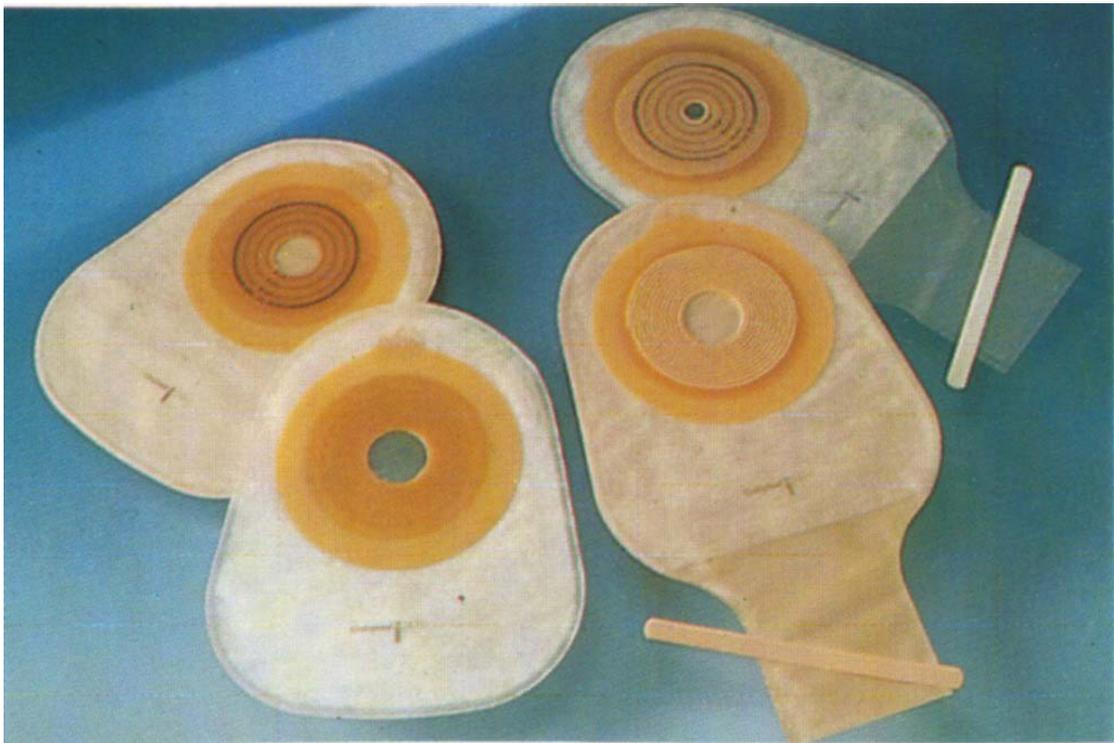
FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 5.

ANEXO N°. 27

TIPOS DE DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS INTESTINALES DE
ELIMINACIÓN

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 4.

ANEXO N°. 28

DISPOSITIVOS PARA OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL:
BOLSAS CERRADAS Y ABIERTAS DE UNA PIEZA

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7. p. 6.

ANEXO N°. 29

DISPOSITIVOS NEONATAL Y PEDIÁTRICO PARA PACIENTES CON
OSTOMÍAS DE ELIMINACIÓN INTESTINAL

FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 3.

ANEXO N°. 30

ACCESORIOS DE LOS SISTEMAS COLECTORES



FUENTE: Misma del Anexo N°. 7 p. 5.

6. GLOSARIO DE TERMINOS

ANO. Es la abertura del extremo distal del conducto anal y el orificio del cuerpo que corresponde al extremo inferior del tubo digestivo, por donde se evacuan los excrementos.

ANO IMPERFORADO (*imperforate anus*). Anomalía congénita de la región ano-rectal del tracto gastrointestinal. La forma más común es la agenesia anal, en la que el cabo rectal termina en forma de saco ciego en la superficie del periné.

ATRESIA ESOFÁGICA. La atresia esofágica es un trastorno congénito caracterizado por una falta de continuidad en el trayecto del esófago, es decir, la porción superior del esófago termina abruptamente y no se continúa con la porción inferior del mismo. Se forma así un *cul-de-sac* superior, vinculado con la boca, y otro inferior, que se comunica con el estómago. En la mayor parte de los casos se logra una conexión comunicante o fístula entre uno de los segmentos del esófago y la tráquea. A menudo los recién nacidos con atresia esofágica también nacen con otros trastornos congénitos del tubo digestivo, del corazón y otros órganos, a menudo no compatibles con la vida.

BARRERA CUTÁNEA (*skin barrier*). Capa artificial de la piel. Hecha habitualmente de plástico, que se aplica antes de colocar el esparadrapo

COLON. Es la porción del intestino que se extiende desde el ciego al recto y se divide en ascendente, transverso, descendente y sigmoide, además que almacena el material digestivo y absorbe agua y minerales. También se le refiere como intestino grueso.

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; abertura quirúrgica del colon (intestino grueso) llevada hacia la superficie abdominal.

CONO. Es la parte del juego de irrigación para una colostomía sigmoidea. Pedazo de plástico en forma de cono al fin del tubo, se aboca cómodamente al estoma para mantener la solución dentro de la colostomía.

DEHISCENCIA. Es la apertura, por lo general espontánea, de una estructura o parte de un órgano. / Separación de los bordes de una herida. / Apertura de la sutura.

DIVERTICULITIS. Es la 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. Algunos casos son difíciles de distinguir de cáncer de colon en los rayos X.

DIVERTICULOSIS. Es la presencia de herniaciones saculares a través de la capa muscular del colon, particularmente a nivel del colon sigmoide.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. La denominación enfermedad inflamatoria intestinal, que se abrevia frecuentemente como EII, se emplea para referirse a una serie de problemas que afectan predominantemente al intestino, y que se caracterizan porque producen una inflamación crónica, que no tiende a la curación. Agrupa varias enfermedades, pero sobre todo la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Además, algunas personas en las que no está claro si padecen una u otra de estas dos, se las diagnostica de colitis indeterminada. Dentro de la enfermedad inflamatoria intestinal, otros autores incluyen otras enfermedades diferentes, pero son estas tres las que habitualmente consideramos realmente como parte de este grupo.

ENFERMEDAD DE HIRSCHPRUNG. Es la ausencia congénita de los ganglios autónomos de la musculatura lisa del colon que origina ausencia o debilidad del peristaltismo en el segmento afecto, acumulo de heces y dilatación intestinal (megacolon).

ENFERMERA DE TERAPIA ENTEROSTOMAL. Es el profesional de la salud capacitado para atender a las personas con estomas, como colostomías y que proporciona ante todo cuidados específicos en diversas patologías que para su tratamiento requieren de un estoma en el aparato digestivo. Además participa en programas protocolarios, educativos y de asesoría dirigidos al equipo interdisciplinario del hospital.

ENTEROCOLITIS NECROZANTE. Es la inflamación aguda del intestino que suele afectar a los recién nacidos de peso inferior al normal. Se

caracteriza por necrosis isquémica de la mucosa gastro intestinal que puede llevar a peritonitis y perforación intestinal.

ESTENOSIS INTESTINAL. Es la estrechez intestinal. La existencia de estenosis intestinales frecuentemente están presentes en la enfermedad de Crohn, bien en su fase crónica por rigidez (fibrosis) de la pared intestinal o bien en el brote agudo de la enfermedad por inflamación y congestión del segmento intestinal. La estenosis puede ser única o múltiple y su localización preferente es el íleon. El síntoma predominante que habitualmente aparece es el dolor abdominal tras la ingesta, normalmente localizado en la zona derecha del abdomen, acompañado frecuentemente de náuseas.

ESTOMA. El estoma u ostomía consiste en la apertura, a través de una intervención quirúrgica, de una víscera hueca al exterior. La mayoría de las veces se localizan en la pared abdominal. Su finalidad es permitir la eliminación de productos de deshecho (contenido ileal, heces u orina) al exterior y recogerlos en un dispositivo destinado para tal fin.

EVISCERACIÓN. Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma. Es una situación de emergencia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato.

FÍSTULA. Es un pasaje anormal entre dos órganos internos o de un órgano interno hacia la superficie del cuerpo, causada por un defecto congénito, traumatismo, infección, extensión de una lesión maligna, radioterapia de una neoplasia o traumatismo del parto.

FISTULOGRAFÍA. La fistulografía es una exploración radiológica que se realiza pinchando la vena o la prótesis de su fístula con una aguja, a través de la cual se inyectará un líquido medio de contraste yodado para poder examinar la fístula y las venas. Se trata de una prueba para la que no es necesaria anestesia y que tiene una duración aproximada de 20 minutos. Gracias a la fistulografía podremos evaluar el trayecto de la fístula, los abscesos de origen y las comunicaciones con planos anatómicos, cavidades o articulaciones.

GRANULACIÓN. Proyecciones blandas, rosadas y carnosas que se forman durante el proceso de cicatrización en las heridas que no curan por primera intención; están constituidas por numerosos capilares rodeados por colágeno.

HEMORRAGIA. Es la salida de sangre fuera de su normal continente que es el sistema cardiovascular. Es una situación que provoca una pérdida de sangre, la cual, puede ser interna (cuando la sangre gotea desde los vasos sanguíneos en el interior del cuerpo); por un orificio natural del cuerpo; o externa, a través de una ruptura de la piel.

HERNIA (abdominal). Es la protrusión de un órgano interno o asa intestinal a través de la musculatura abdominal, con frecuencia en la zona de asiento de una cicatriz quirúrgica antigua como puede ocurrir al rededor de estomas.

ILEO. Es la porción distal del intestino delgado que se extiende desde el yeyuno al ciego. Tiene pliegues circulares pequeños y pocos numerosos

y múltiples islotes de ganglios linfáticos. Termina en la fosa iliaca derecha, abriéndose en la cara medial del intestino grueso.

ILEOSTOMÍA. Derivación temporal o definitiva del íleon a la piel habitualmente a través de la pared abdominal. Puede ser una ileostomía derivativa o de protección.

ÍLEO MECONIAL. Es la obstrucción del intestino delgado en el recién nacido producida por impactación de meconio de consistencia muy espesa, por lo general en la válvula ileocecal o sus proximidades.

IRRIGACIÓN. Es la acción de lavar una cavidad o zona herida del organismo. Enema a través del estoma, utilizado por algunos colostomizados en intervalos regulares para regular el pasaje de las heces.

MAL ROTACIÓN INTESTINAL. Es un defecto congénito que incluye una malformación del tracto intestinal. La mal rotación intestinal es una anomalía que ocurre durante la formación del feto en el útero de la madre. La mal rotación ocurre cuando el intestino no da dichas vueltas como debería hacerlo.

NECROSIS (del griego: Νεκρός. Pronunciación aproximada: nekrós. Significado: muerte). Es la muerte patológica de un conjunto de células o de cualquier tejido del organismo, provocada por un agente nocivo que causa una lesión tan grave que no se puede reparar o curar. Una vez que se ha producido y desarrollado, la necrosis es irreversible. Es una

de las dos expresiones morfológicas reconocidas de muerte celular dentro de un tejido vivo.

OBSTRUCCIÓN. Es cualquier bloqueo en el tubo digestivo. Los síntomas incluyen falta de salida de material por la ostomía por varias horas, o chorros de heces acuosas, junto con dolor abdominal cólico y náuseas.

OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL. Bloqueo del contenido intestinal debido a causas mecánicas o a falta de motilidad. La obstrucción mecánica puede estar causada por adherencias consecutivas a intervenciones quirúrgicas o enfermedad intestinal inflamatoria, hernia estrangulada, impactación fecal, tumor, invaginación o vólvulo.

OSTOMÍA. Es la derivación quirúrgica de una víscera hueca (generalmente intestino o vías urinarias), para que aflore en la piel en un punto diferente al orificio natural. La palabra ostoma proviene del griego y significa boca. Si la comunicación entre un órgano y la piel (o bien entre dos órganos huecos), no hubiese sido provocada voluntariamente por cirugía sino espontáneamente por enfermedad o accidente, se trataría de una "fístula".

PACIENTE OSTOMIZADO. Entendemos por paciente ostomizado a la 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 alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, pérdida de control de esfínteres), psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) como consecuencia de las anteriores modificaciones.

PERIODO NEONATAL. Es el intervalo de tiempo comprendido entre el nacimiento y los 28 días siguientes. Es el periodo de mayor riesgo para el recién nacido; aproximadamente el 65% de las muertes ocurridas durante el primer año de vida tienen lugar en este periodo.

POLIPOSIS FAMILIAR. Es una enfermedad rara; se ve en familias. El colon y recto contiene muchos pólipos. Esta condición es diferente de la mera presencia de una pequeña cantidad de pólipos en el colon. La poliposis familiar requiere supervisión médica regular a todos los miembros de la familia debido a serias complicaciones y tendencia a la malignidad.

PERISTALSIS. Es una simetría radial contracción de los músculos que se propaga en una onda en el tubo muscular. In humans, peristalsis is found in the contraction of smooth muscles to propel contents through the digestive tract. En los seres humanos, la peristalsis se encuentra en la contracción de los músculos lisos para impulsar los contenidos a través del tracto digestivo.

PROLAPSO. Es una “salida” o protrusión en la cual el estoma se vuelve más largo.

SÍNDROME DE GARDNER. Poliposis familiar del intestino grueso con displasia fibrosa, del cráneo, dientes supernumerarios, osteomas, fibromas y quistes epidérmicos. La anomalía se hereda con carácter autosómico dominante y las neoplasias son más frecuentes de lo habitual en las familias que padecen el síndrome.

RECTO. Es la porción del intestino grueso de unos 12 cm de longitud que constituye la continuación del sigma descendente y es proximal al canal anal. Se inicia en la curva sacrococcígea y termina en el canal anal.

RETRACCIÓN. Es el acto de llevar hacia atrás. Con respecto a la ostomía, el estoma se regresa hacia el cuerpo.

TRAUMATISMO ABDOMINAL. Es una lesión grave en el abdomen, bien sea por golpes contusos o por heridas penetrantes. El traumatismo abdominal es una causa frecuente de discapacidad y mortalidad significativa. Debido a potenciales injurias anatómicas y funcionales de las vísceras y tejidos blandos abdominales incluyendo el hígado, intestino, médula espinal o los grandes vasos sanguíneos, las lesiones abdominales son urgencias médicas que si no son tratadas rápida y adecuadamente pueden dar como resultado la muerte.

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA. También conocida por la sigla TAC o por la denominación escáner, es una técnica de diagnóstico utilizada en medicina. Tomografía viene del griego *tomos* que significa corte o sección y de *grafía* que significa representación gráfica. Por

tanto la tomografía es la obtención de imágenes de cortes o secciones de algún objeto. La palabra axial significa "relativo al eje". Plano axial es aquel que es perpendicular al eje longitudinal de un cuerpo. La tomografía axial computarizada o TAC, aplicada al estudio del cuerpo humano, obtiene cortes transversales a lo largo de una región concreta del cuerpo (o de todo él). Computarizar significa someter datos al tratamiento de una computadora.

VISITANTE DE OSTOMÍA. Es la persona con una ostomía con preparación especial en visitar a gente antes o brevemente después de la cirugía de ostomía. El visitante ofrece apoyo y aconsejamiento educativo en vez de información médica.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ALBERT M; Carmen y Cols. *Manejo de las ostomías*. En internet: www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm.

Barcelona, 2007 16 pp. Consultado el día 14 de Marzo del 2010.

ARIAS A, María y Cols. *Descubre una nueva forma de vivir, una ayuda para el cuidado de la persona ostomizada*. Ed. Hollister. 2ª ed. Barcelona. 2005.

ARRIAGADA, María Paz y Cols. *Enfermedad de Hirschsprung*. En internet: www.revistapediatria.cl/vol5num1/pdf/6_ENFERMEDAD%20DE%20HIRSCHSPRUNG.pdf. Chile, 2008. 9pp. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

BALSEIRO A; Lasty. *Guía metodológica para la elaboración de las Tesinas: Una opción de titulación de los profesionales de Enfermería del Pregrado y Posgrado*. Ed. Trillas. México, 2010. 111 pp.

BRYANT, Diane y Cols. *Cambio de un dispositivo de ostomía: Enseñe al paciente a seguir estos pasos para garantizar un buen sellado y proteger la piel*. En la Revista Nursing Vol. 19 No. 3 Meses: Marzo. Barcelona, 2001 p. 23-25.

BULLARD, K. *Colon, recto y ano*. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 8ª ed. México, 2006. p. 1072-1073.

COLA P; A. *Enfermería médico-quirúrgica*. Vol. III Ed. DAE. 2ª ed. Madrid. 2009. p. 1480-1495.

COLLAO, Carmen y Verónica Behn. *El dolor en el niño desde una perspectiva ética*. En la revista: *Revista Cubana de Enfermería*. Vol. 19 No. 2 Meses: Mayo-Agosto, La Habana, año 2003 p. 1-6.

CRUZ C; Otilia. *El ISSSTE, a la vanguardia en el tratamiento y curación de heridas en la piel*. En internet: www.issste.gob.mx/website/comunicados/boletines/2006/noviembre/b311_2006.html. México, 2006 p. 1. Consultado el día 14 de Marzo del 2010.

DAY, Michel y Cols. *Contraataque a la enfermedad intestinal inflamatoria*. En la revista: *Nursing* Vol. 27 No. 7 Meses: Agosto- Septiembre. España, 2009. p. 9-15.

DE GIORGIS S; Mario. *Ostomías*. En internet: www.prematuros.cl/webagosto08/ostomias.pdf. Río de Janeiro, 2009. 32 pp. Consultado el día 03 de Marzo del 2010.

ECO, Humberto. *Cómo hacer una tesis: Técnicas y procedimientos de investigación: estudio y escritura*. Ed. Gedira. México, 1992, 267 pp.

ENEO. División de Estudios de Posgrado *Guía para el diseño de las Opciones de Graduación*. División de Estudios de Posgrado. ENEO. México, 2005, 22pp.

ESPINOZA, Carolina y Cols. *Ostomías abdominales en pediatría: Una revisión de la literatura Abdominal Ostomies in Pediatrics: A Review of the literatura.* En internet: www.revistapediatría.cl/vol5num3/7.html Chile, 2008. 18 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

FERNÁNDEZ T, Fernando. *El paciente ostomizado en el entorno de una asociación.* En internet: www.ostomías2/AEC_AsociaciónEspañoladeCirujanos.com.mx. Madrid, 2005. 8 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

FRANCO, Magdalena y Verónica Espinoza. *Valoración de la necesidad de alimentación en los niños.* En la revista: Desarrollo Científico de Enfermería. Vol. 11 No. 4 Meses: Mayo. México, 2003. p. 115-119.

GROSS, Linda y Cols. *Guía de Ileostomía.* En internet: www.uoaa.org. Washington, 2004. 26 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

HEVIA, Heidi. *Impacto de la Enfermera Enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado.* En internet: www.mednet.cl/link.cgi/medwave/Enfermería/3852. Chile, 2009. 11 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

HOLLISTER. *El cuidado de su niño con ostomías.* En internet: www.hollister.com y www.colostomía.cl/ppt-flash/ostomías. Washington, 2000. 28 pp. Consultado el día 05 de Marzo del 2010.

HURTADO H, Esteban. *Fístulas enterocutáneas*. En internet: www.ama-med.org.ar/publicaciones_revistas3.asp. Buenos Aires, 1999. 29 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

IGLESIAS, Almudena. *Manejo de los estomas digestivos urinarios*. En internet: www.fisterra.com/material/tecnicas/estomas/estomas.asp. Madrid, 2006 20 pp. Consultado el día 28 de Febrero del 2010.

KOZIER, Barbara y Glenora Erb. *Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica*. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 5ª ed. México. 2002. p. 1274-1280.

LARA, Herminia y Ana Aguilera. *Plan de educación al paciente con neoplasia de recto*. En internet: www.hospitaldeleon.com/does/enfermería/cuidados_al_paciente_/educación_del_paciente_y_familia/plan/NEO_DE_RECTO.pdf. Barcelona, 2007. 6 pp. Consultado el día 05 de Marzo del 2010.

LENNEBERG, Edith y Cols. *Guía de colostomías*. En internet: www.uoaa.org/ostomy_info/pubs/uoaa_colostomy:es.pdf. Washington., 2005. 29 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

LÓPEZ G, Armando y Cols. *Enfermería médico-quirúrgica*. Ed. DAE 2ª ed. Madrid, 2009. p. 1650-1661.

MARTÍ R, J. y Cols. *Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento*. Ed. Doyma. Barcelona. 1999.

MARTÍNEZ M; María. *Boletín Oncológico: Paciente ostomizado*. En internet: www.boloncol.com/boletin-22/paciente-ostomizado.html. Madrid, 2010. 18 pp. Consultado el día 24 de Marzo del 2010.

McCONNELL, Edwina y Cols. *¿Qué hay detrás de una obstrucción intestinal? Descubra sus causas y efectos y ayuda al paciente a manejar el revés*. En la revista: Nursing Vol. 27 No. 7 Meses: Agosto- Septiembre. Barcelona, 2009. p. 9-15.

MEHTA, Majaana y Cols. *Guía fotográfica: Valoración del abdomen. Utilice la vista, el oído y el tacto para detectar las anomalías*. En la revista: Nursing Vol. 21 No. 10 Meses: Diciembre. Barcelona, 2003. p. 40-41.

MEDINA B; E. y Cols. *Enfermedad Inflamatoria intestinal*. En internet: www.aeped.es/protocolos/gastroentero/7.pdf. Madrid, 2001. p. 1. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

NASCIMIENTO T; Raquel y María Pantoja. *Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal*. Ed. Panamericana. 2ª ed. Buenos Aires. 2003. pp. 211.

NODA S, Constantino y Cols. *Problemática actual del paciente con ostomías*. En internet: www.scielo.org.ar/scielo. Ciudad de la Habana, 2001. 6 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

OLIVA, A; Carlos y Cols. *Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados*. En internet: www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/arured/recomendaciones_nutricionales_a_pacientes_ostomizados.pdf. Barcelona, 2008 20 pp. Consultado el día 12 de Marzo del 2010.

PINTO, Beth y Cols. *Enfermería hospitalaria: Solución de un cuadro de pseudo obstrucción colónica*. En la Revista Nursing Vol. 22 No. 10 Meses: Diciembre. Barcelona, 2004. p. 19-20.

PULLEN, Richard y Cols. *Lo que debe hacer y no hacer: Enseñe a su paciente a irrigar una colostomía*. En la revista: Nursing Vol. 25 No. 4 Meses: Abril. Barcelona, 2007. p. 43.

SÁNCHEZ N; Ma. De Lourdes y Trinidad Ceja. *Clínica de estomas*. En la revista: Revista de Enfermería. Vol. 8 No. 1 Meses: Abril. México, 2000. p. 27-31.

SÁNCHEZ V; Pablo y Cols. *Traumatismo abdominal*. En internet: www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/trauabd.pdf. Madrid, 2001. 27 pp. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

TAMAYO Y TAMAYO, Mario. *El proceso de investigación científica*. Fundamentos de Enfermería. Ed. Limusa. México, 1981, 127 pp.

TEGIDO, Montserrat y Cols. *Ubicación del estoma y autonomía del paciente*. En la revista: *Enfermería Clínica*. Vol. 14 No. 1 Meses: Enero-Febrero. Barcelona, 2004. p. 41-45.

TOVILLA, José Manuel y Cols. *Tratamiento inicial del paciente con malformación anorrectal*. En internet: [www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/mayojunio2008/actped2008-29\(3\)-147-50.pdf](http://www.nietoeditores.com.mx/download/actapediatrica/mayojunio2008/actped2008-29(3)-147-50.pdf). México, 2008. p. 147. Consultado el día 07 de Mayo del 2010.

VÁZQUEZ, F. y Cols. *Análisis de la morbilidad y cuidados de las ostomías en el niño*. En internet: www.acaci.org.ar/revista/110207.pdf. Córdoba, 2001. 2 pp. Consultado el día 18 de Marzo del 2010.

ZEBALLOS, María Florencia y Cols. *Protocolo: Ostomías*. En internet: www.acosur.com.ar. Madrid, 2005. 11 pp. Consultado el día 24 de Marzo del 2010.