

**ELABORACIÓN DE UNA GUÍA EN LA QUE SE INCLUYE EL CUIDADO DE LAS  
OSTOMÍAS PARA LOS PACIENTES, FAMILIARES Y/O CUIDADORES QUE  
EGRESEN DEL HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA DE POPAYÁN**

ISABELLA HERRERA SILVESTRE

**ASESORES**

Enf. Esp. CRISTIAN FELIPE SANCHEZ

Enf. Esp. DIANA VANESSA FLOREZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA: ENFERMERÍA

POPAYÁN

2022

## INTRODUCCIÓN

La ostomía es la comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera a través de la pared abdominal, esta abertura recibe el nombre de estoma, y permite eliminar los productos de desecho del organismo al exterior, así como administrar alimentos o medicamentos. Es la intervención quirúrgica más antigua del tubo digestivo descrita por Praxógoras de Kos en el año 350 a. C., y cuyo uso se generalizó a partir de 1908 cuando Miles realizó una ostomía en un carcinoma colorrectal (Salas Moreno, 2020).

La causa más frecuente para realizar una ostomía de eliminación es el cáncer colorrectal y vesical, seguido de las enfermedades inflamatorias intestinales; mientras que las causas más frecuentes para realizar una ostomía de alimentación, es cuando el paciente presenta broncoaspiraciones frecuentes, cuando no sea factible o esté desaconsejada la utilización de otra vía de alimentación, fístulas traqueo-esofágicas o esófago-cutáneas, entre otras; todas aquellas patologías que impiden una alimentación oral temporal o definitivo. El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la atención a estos pacientes, debiendo proporcionar cuidados individualizados, integrales y de calidad. (García Martínez & García Cueto, 2017)

Para eso, se decidió crear una guía en la que se incluyen los aspectos relacionados con los cuidados y el manejo de las ostomías en casa; todo esto con el fin de evitar el reingreso por parte de los pacientes debido a la complicación de las ostomías por causas que pueden llegar a ser prevenibles.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Hospital Susana López de Valencia, al ser una institución de III nivel, presenta gran flujo de pacientes con patologías complejas relacionadas con este procedimiento, tanto colostomías, ileostomías, gastrostomías, entre otras; de ahí nace la necesidad de presentar un programa educativo en la que el paciente y el cuidador aprendan la importancia de tener un adecuado cuidado de la ostomía en casa; contando con personal encargado y capacitado para el cuidado de personas con heridas y ostomías, pero logrando evidenciar una falencia, ya que no se cuenta con un protocolo institucional que permita brindar una educación completa. Así como lo planteó Gómez, esto supondrá un reto tanto para los profesionales de enfermería como para el equipo multidisciplinario que interviene en el tratamiento, pues la adaptación del paciente al estoma va a depender de varios factores como son el diagnóstico de la enfermedad de base (si se acaba de realizar el diagnóstico o hace ya tiempo que se vive con la enfermedad), y el pronóstico (enfermedad benigna o maligna), las condiciones de la intervención quirúrgica (programada o urgente); las complicaciones del estoma, secuelas postquirúrgicas y las características psico-sociales y cultural (cómo cada persona percibe su enfermedad según las creencias, valores y costumbres del grupo donde se mueve, los problemas físicos que conlleva esta intervención que le puedan impedir integrarse en la vida laboral o familiar y el dolor).

En América Latina los datos que Argentina reporta son: que dos de cada mil de la población argentina conviven con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil adultos (Nova Rodríguez, Camargo, & Garzón, 2018). Mostrando unas patologías clínicas básicas destacándose las

patologías oncológicas como primera causa de realización de una ostomía de eliminación, cáncer de recto (25,5%), cáncer de colon (24,4%). Las enfermedades inflamatorias como la diverticulitis (15,8%), las lesiones relacionadas con la dependencia en pacientes con lesiones por presión, humedad, fricción, combinadas o multicausales que requirieron como opción terapéutica una ostomía para cicatrización de heridas fueron el 8,4%, el abdomen agudo (5,11%) y trauma abdominal (4,74%). En la población pediátrica, aunque actualmente en la institución no hay servicios de pediatría el diagnóstico más frecuente fue la malformación ano rectal (1,4%) y la enterocolitis necrotizante (0,7%). (Nova Rodriguez, Camargo , & Garzón, 2018)

En un estudio realizado en el Hospital Universitario de Bucaramanga en el que se contó con 274 pacientes los cuales tenían ostomía de eliminación arrojó como resultado que, de todas estas, la más frecuente fue la colostomía (70,8%), seguidas de las ileostomías (26,3%), y finalmente las yeyunostomías (0,73%), derivadas de complicaciones abdominales como el síndrome de intestino corto. Referente al tiempo de duración del estoma se encontró que 59,8% son de tipo temporal. (Nova Rodriguez, Camargo , & Garzón, 2018)

Para el año 2021, dentro del Hospital Susana López de Valencia se realizaron un total de 22.016 cirugías en las que iban incluidas gastrostomías y colostomías, lo que sugiere un gran flujo de pacientes dentro de la institución. Al momento de realizar la filtración por procedimiento, se obtuvo que el procedimiento que más fue realizado es la gastrostomía con 115 cirugías realizadas lo que sugiere es el 93,5% de las ostomías de eliminación y alimentación dentro de la institución, ésta se subdivide en gastrostomía vía abierta (13,8%), gastrostomía vía laparoscopia (14,6%), gastrostomía vía percutánea endoscópica (64,2%); mientras que la colostomía ocupa solo el 6,5% y no se tienen registros de Ileostomías realizadas durante este periodo.

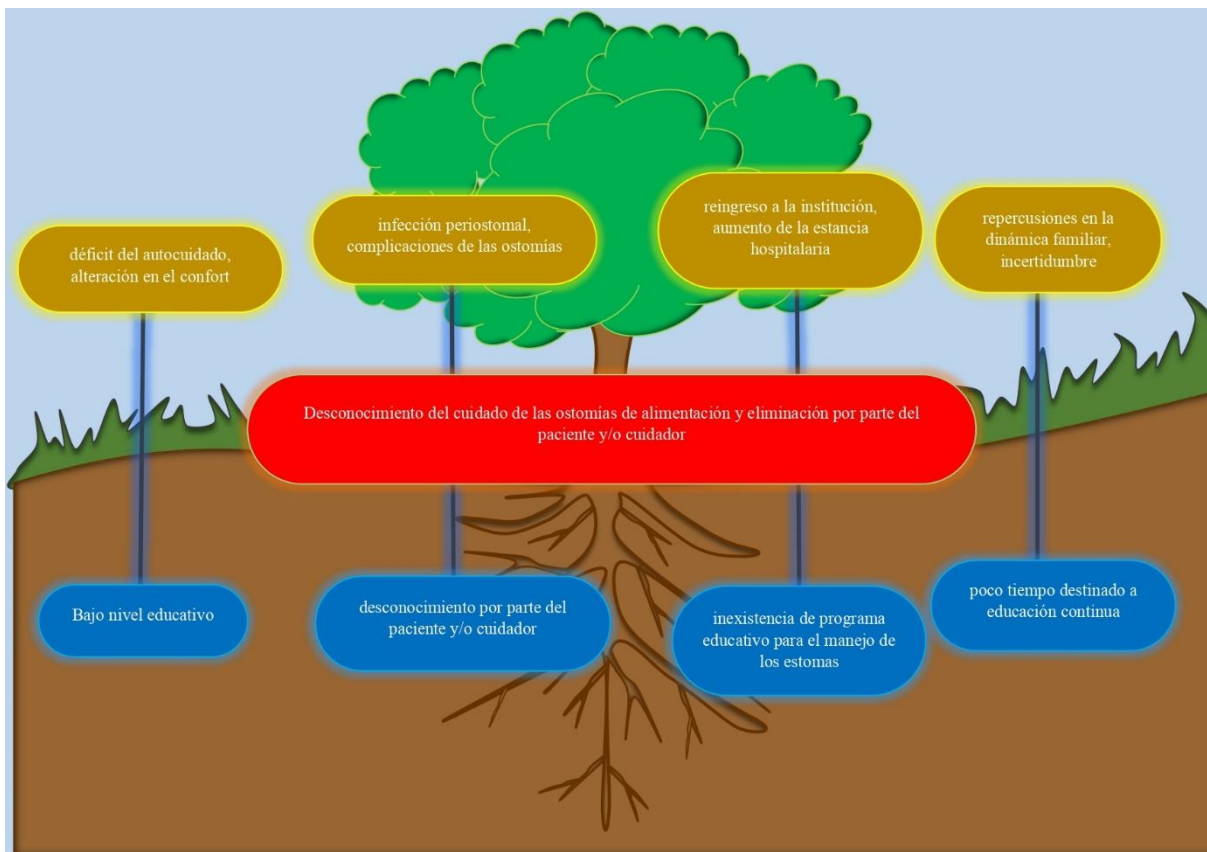
La identificación del personal y las condiciones transitorias del ambiente (facilitadores e inhibidores) guiarán la acción educativa por parte del personal de enfermería para permitir el desarrollo de habilidades que ayuden a disfrutar de una vida más independiente, más interactiva y saludable. El personal de enfermería, particularmente los enfermeros especialistas de cuidado a personas con heridas y ostomías presentan grandes retos en cuanto al manejo de estos pacientes; ya que como primera parte es esa transición que están experimentando y el afrontar su situación; mientras que por otra parte está el entender su enfermedad, y saber cómo manejarla.

## ÁRBOL DE PROBLEMAS

**Problema principal:** Desconocimiento del cuidado de las ostomías de alimentación y eliminación por parte del paciente y/o cuidador.

**Causas:** Bajo nivel educativo, desconocimiento por parte del paciente y/o cuidador, inexistencia de programa educativo para el manejo de los estomas, poco tiempo destinado a educación continua.

**Consecuencias:** infección periestomal, complicaciones de las ostomías (protrusión del estoma, úlcera periestomal, hemorragia, edema, perforación, oclusión, dermatitis, estenosis del estoma), reingreso a la institución, aumento de la estancia hospitalaria, déficit del autocuidado, alteración en el confort, repercusiones en la dinámica familiar, incertidumbre.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Diseñar una guía en la que se incluyan todos los aspectos del cuidado de las Ostomías más comúnmente observadas dentro de la institución como lo son la Colostomía, Ileostomía, Gastrostomía, siendo una guía de una complejidad baja apta para todos los pacientes ostomizados, familiares y/o cuidadores encargados que visiten el hospital Susana López de Valencia de la ciudad de Popayán

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Realizar consultas bibliográficas con el fin de reunir la información necesaria para lograr crear una guía completa sobre el manejo de las ostomías.
- Crear una guía para el usuario y la familia sobre el adecuado cuidado de las ostomías en el hogar para así evitar complicaciones asociadas a la manipulación.

## MARCO TEÓRICO

### TEORÍA DE RANGO MEDIO (Prado Solar & González Reguera, 2014)

Dentro de las clasificaciones para el estudio de las diferentes teorías y modelos, se encontró que los modelos de suplencia o ayuda donde el rol fundamental de la enfermera consiste en suplir o ayudar a realizar acciones que la persona no puede llevar a cabo por si solas en un momento de su vida, acciones que preservan la vida, una de las representantes más importante de esta tendencia es *Dorotea E Orem* estableciendo la teoría del déficit del autocuidado como un modelo general compuesto por tres subteorías relacionadas.

La teoría de autocuidado

- La teoría del déficit del autocuidado
- La teoría de los sistemas de enfermería

En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y demandas de autocuidado.

Dorotea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:



- Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.
- Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona.
- Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar, además, con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.

Los enfermeros actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.

2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

1. Universales: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral.
  - Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
  - Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
  - Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos

- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo con los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.
3. De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia.

### **Teoría de déficit de autocuidado**

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para

actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

### **Teoría de los sistemas de Enfermería**

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Un punto importante a considerar en la teoría de Orem es la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio

autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación.

Es pertinente recordar que una práctica es científica cuando sus actuaciones se fundamentan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican mediante un método sistemático, para resolver los problemas de su área de competencia.

## COLOSTOMÍA

1. Definición. Según la American Cancer Society, la colostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se realiza durante una cirugía, en la cual se hace pasar un extremo del colon (intestino grueso) a través de esa abertura en la piel para formar un estoma.
2. Tipos. Dentro de los tipos de colostomías, las vamos a dividir según la temporalidad en temporales y permanentes; según su ubicación y según la forma de la estoma.
  - Según su temporalidad: Estas se van a subdividir en colostomías temporales y permanentes.

2.1. Colostomías temporales. El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo) que permitirá que sane el intestino. Por lo general, el proceso de sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo

hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano). (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)

2.2. Colostomías permanentes. Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la colostomía se considera permanente y no se espera cerrar en el futuro. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)

- Según la forma del estoma: Estas colostomías se van a dividir en transversa de doble barril, transversa en asa o colostomía tipo Hartmann.

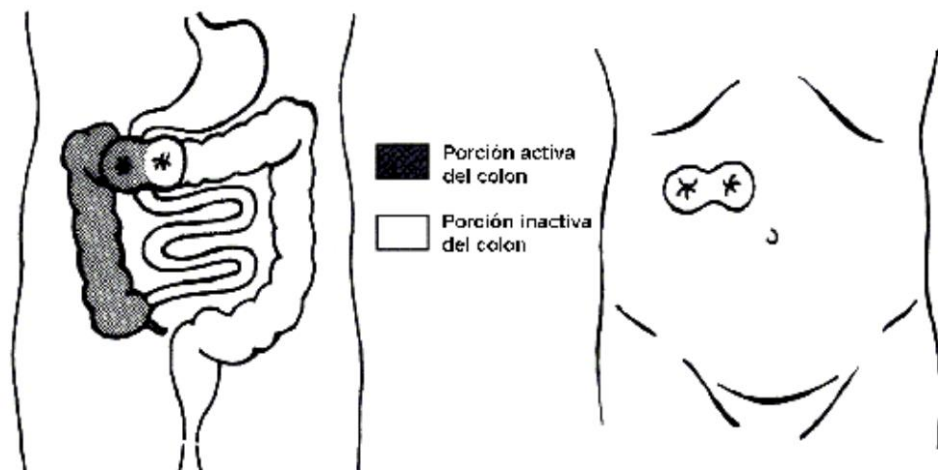
2.3. Colostomía transversa. Es uno de los tipos más comunes puede estar ubicado en el abdomen superior, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo.

Algunos padecimientos del colon como la diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción, herida, o defectos congénitos pueden llevar hacia una colostomía transversa. Este tipo de colostomía permite que las heces salgan del colon antes de que lleguen al colon descendente. (Cancer Society, 2019)

Se puede crear una colostomía transversa por un periodo de tiempo para prevenir que pasen las heces a través de la sección del colon que está inflamada, infectada, enferma, o recién operada, y así permitir la curación. Tal colostomía generalmente es temporera. Dependiendo del proceso de cicatrización, la colostomía puede ser necesaria por algunas semanas, meses, o hasta años. (Society, 2019)

**2.3.1. Colostomía transversa en asa.** Esta colostomía puede parecer una estoma muy grande, pero cuenta con dos aberturas. Una abertura expulsa la materia fecal, mientras que la otra expulsa mucosidad solamente. El colon

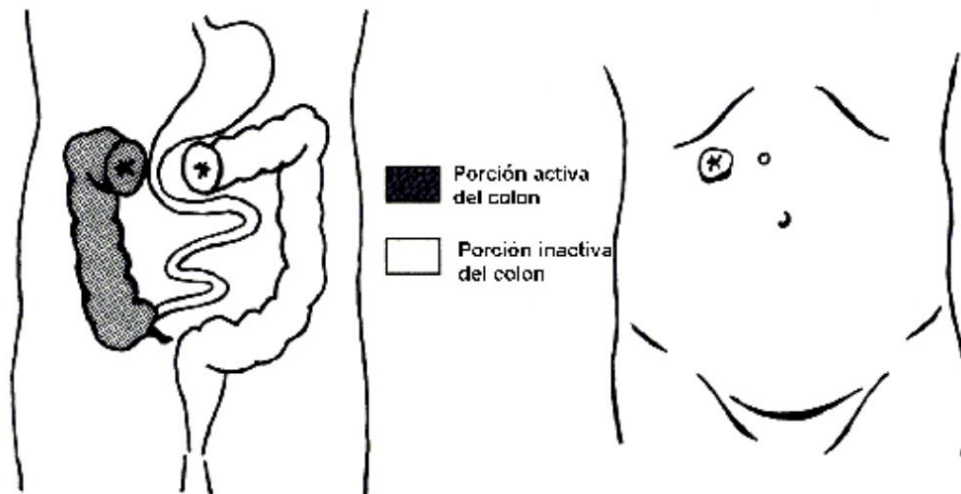
normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido de los intestinos. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través del estoma o del recto y el ano, lo cual es normal y esperado. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)



**Fig. 1.** Colostomía transversa en ASA.

**2.3.2. Colostomía transversa de doble barril.** Es una división completa del colon, cada una de las aberturas es llevada a la superficie como un estoma separada; pueden o no estar separados por la piel; una de las aberturas desecha las heces mientras la otra desecha moco (a esta estoma se le refiere como “fístula mucosa”). Ocasionalmente, la fístula mucosa se cierra durante la cirugía y permanece dentro del abdomen. En tal caso, solamente un estoma sería visible en el abdomen (colostomía de barril único). (Society, 2019)





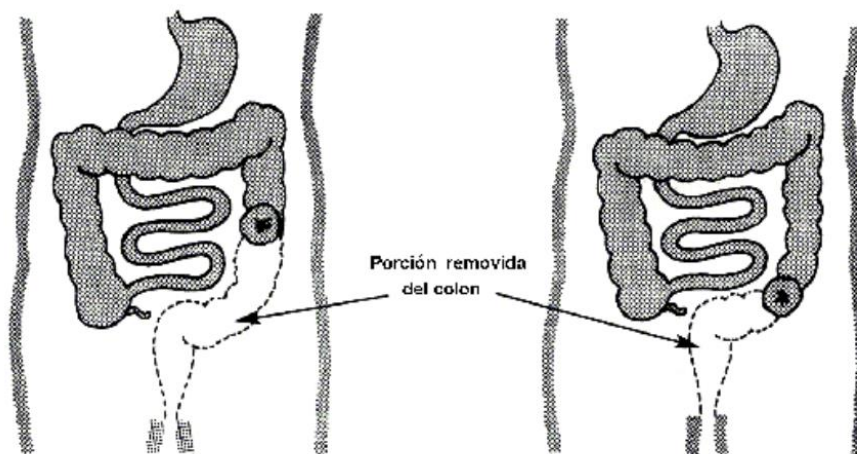
**Fig. 2.** Colostomía transversa en doble barril

2.5. Colostomía tipo Hartmann: La intervención tipo Hartmann es una técnica quirúrgica que consiste en la recepción del último segmento del colon llamado sigma y ocasionalmente parte del recto sin realizar una anastomosis (no se realiza una sutura para mantener el tránsito intestinal) por lo cual se confecciona una colostomía terminal (se deja una bolsa para la evacuación de las heces a través del abdomen) dejando el segmento distal del recto cerrado (excluido). (Ordoñez, 2020)

- Según la ubicación: este tipo de colostomía se va a clasificar en colostomía ascendentes y sigmoidea.

2.4. Colostomía ascendente. La colostomía ascendente se coloca en el lado derecho del abdomen. En este caso, sólo una sección corta del colon permanece activa, lo cual implica que el producto será de una consistencia líquida y tendrá muchas enzimas digestivas. Será necesario usar una bolsa con drenaje a todas horas, y se tendrá que proteger la piel de los desechos. Este tipo de colostomía es poco común puesto que, si la evacuación es líquida, con frecuencia resulta mejor realizar una ileostomía. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)

2.5. Colostomía descendente y sigmoidea. Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen. La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación. La colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoide solo algunas pulgadas (centímetros) más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)



**Fig. 3.** Colostomía descendente y colostomía sigmoidea

3. Complicaciones. Las complicaciones del estoma, van a estar clasificadas según el momento en el que aparezcan:

**3.1. Complicaciones inmediatas.** Ocurren en el postoperatorio inmediato.

- **Isquemia o necrosis.** Está relacionada con problemas vasculares. Se puede presentar hasta 34 horas después de la cirugía. La causa puede ser una sección arterial durante la intervención o una sutura inadvertida de algún vaso. Se

identifica por el cambio progresivo del color rosado al gris verdoso o al negro en el estoma y que los bordes no sangran.

Es importante establecer la extensión de la isquemia, ya que, si afecta al colon intraperitoneal, el riesgo de perforación y peritonitis es muy alto.

- **Hemorragia.** La causa principal es la lesión de un vaso sanguíneo por la sutura del intestino a la pared abdominal en las primeras horas del postoperatorio y como complicación tardía por heridas al limpiar el estoma o por alteración de los factores de coagulación del paciente.

Se valorará la cantidad de la pérdida, el origen (venoso o arterial) y el estado hemodinámico.

- **Dehiscencia.** Es la separación que se produce entre el estoma y la piel periostomal que puede afectar a parte o a todo el estoma con el riesgo de filtración de heces. Se realizará una valoración de la localización y extensión para un mejor control evolutivo.
- **Edema.** Es la inflamación fisiológica de la mucosa intestinal por aumento de componente hídrico. Se produce por la manipulación y movilización del propio acto quirúrgico. Puede durar 1 o 2 semanas.
- **Infecciones periostomales.** Causada por la contaminación precoz de la herida que puede ocasionar una celulitis o un absceso. También puede provocar dehiscencia parcial o total del estoma. Da un cuadro inflamatorio, con fiebre, dolor, calor y rubor en la piel circundante.
- **Oclusión.** Es el estrechamiento del intestino causado por la aparición de un retorcimiento normal de las asas intestinales (vólvulo).

- **Perforación y/o fistulación.** Es debida a problemas con la técnica quirúrgica, yatrogenia en la manipulación de la estoma durante sondajes o por recidiva de la enfermedad inflamatoria. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)

**3.2. Complicaciones tardías.** Suelen aparecer una vez que el paciente es dado de alta en el hospital.

- **Prolapso/evisceración.** La evisceración es una exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del estoma. La evisceración puede ser inmediata y tardía. Está causado por un orificio muscular muy grande en relación con el intestino abocado.

El prolapso es la profusión de un asa intestinal a través del orificio del estoma.

Es similar a la evisceración, pero de menor tamaño. A las causas le sumamos el llanto o la tos a la hipertensión intraabdominal. Es más frecuente en ileostomías.

- **Estenosis.** Es el estrechamiento del orificio del estoma. Puede originar cuadros oclusivos presentando dificultades en la evacuación.
- **Granuloma.** Son protuberancias epidérmicas periostomales, por irritación cutánea persistente causada por puntos de suturas no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos (bolsas).
- **Retracción.** Es un estoma hundido o plano a causa de una tensión excesiva del intestino.
- **Dermatitis periostomal.** Es una irritación de la piel alrededor del estoma. Puede ser tanto inmediata como tardía. Son las complicaciones más frecuentes por lo que es importante mantener la integridad de la piel ya que repercute en el bienestar y la calidad de vida del paciente. La cantidad, consistencia y pH de las heces así como la higiene general de la zona y material inadecuado influirá en la aparición de ésta. La mayoría de los casos se deben a ostomías mal

confeccionadas, contaminación de las heces, o por uso de materiales inadecuados.

La prevención de las dermatitis se basa en evitar los traumatismos físicos y químicos en la piel periestomal. Evitar los traumatismos físicos significa no frotar ni rascar, despegando los dispositivos con sumo cuidado y sólo cuando sea necesario. (Mojica Blanco & Infante Peña, 2017)

## ILEOSTOMÍA

### 1. Definición

Una ileostomía es una abertura en el vientre (pared abdominal) que se hace mediante una cirugía. Por lo general, se necesita una ileostomía porque un problema está causando que el íleon no funcione correctamente, o una enfermedad está afectando una parte del colon y esta debe extirparse. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. Es posible que una ileostomía solo se necesite por poco tiempo (temporal), tal vez durante 3 a 6 meses, porque esa parte del colon necesita tiempo para estar inactiva y sanar de un problema o enfermedad. Pero a veces una enfermedad, como el cáncer, es más grave y puede ser necesaria una ileostomía de forma permanente.

### 2. Tipos de ileostomías

- Ileostomías temporales. Ciertos problemas intestinales se pueden tratar al poner en reposo parte del intestino o mediante cirugía para extirpar la parte afectada. Se requiere que el intestino esté vacío para que pueda sanar. Para evitar que la materia fecal llegue al intestino, se crea una ileostomía de corta duración (temporal). Por lo general, la sanación toma varias semanas o meses,

aunque puede tomar años. Con el tiempo, la ileostomía se revierte quirúrgicamente (extraída) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes. La ileostomía también puede ser temporal cuando es la primera etapa de la construcción de un reservorio ileoanal (reservorio en “J”).

- **Ileostomías permanentes.** Cuando parte del intestino enferma, se tiene que hacer una ileostomía permanente. La parte enferma del intestino y el ano deben ser extirpadas o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la ileostomía se considera permanente y no se espera cerrar (extraer) en el futuro.

Hay tres tipos principales de ileostomías.

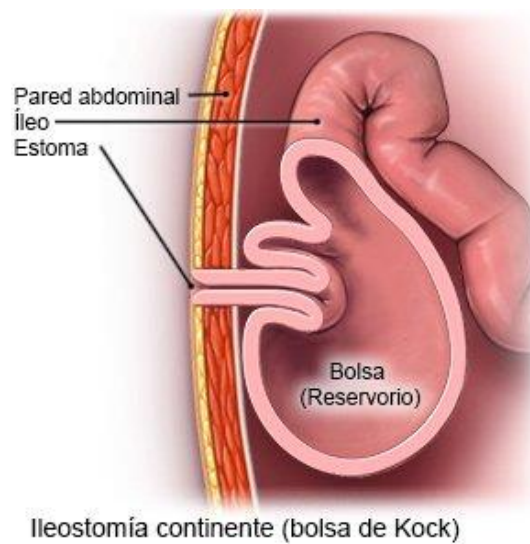
**Ileostomía convencional de brooke.** El tipo de cirugía más frecuente es la ileostomía convencional, también referida como ileostomía de Brooke. El extremo del íleon se jala a través de la pared abdominal, se voltea hacia atrás y se sutura en la piel, dejando una sección lisa, redondeada y al revés del íleon como el estoma.

Por lo general, el estoma se ubica en la parte inferior derecha del abdomen, en una superficie plana de piel normal y lisa. La salida de las heces fecales no se controla. Esto significa que necesitará usar una bolsa de recolección en todo momento, y que la debe vaciar con regularidad.



**Fig. 3.** Ileostomía convencional de Brooke

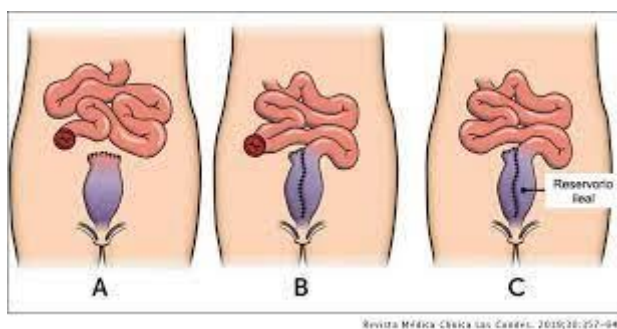
**Ileostomía continente.** Se forma doblando sobre sí misma una parte del íleon para formar un depósito o bolsa dentro del abdomen. Se forma una válvula en forma de pezón con una porción del íleon. Varias veces al día, usted se coloca un tubo delgado y suave, llamado *catéter*, para drenar los desechos fuera del depósito en el vientre.



**Fig. 4.** Ileostomía continente

**Reservorio ileoanal.** El reservorio ileoanal o bolsa pélvica es una bolsa hecha con porciones del íleon y del recto y que se coloca en el interior del cuerpo, en la pelvis. Las bolsas pélvicas también se conocen como reservorio en J, reservorio en W y reservorio en S, dependiendo del procedimiento quirúrgico.

La bolsa se conecta con el ano. Los residuos pasan a la bolsa, donde se almacenan. Cuando surge la sensación de necesidad de evacuar, las heces pueden salir del cuerpo a través del ano. El esfínter que se encuentra alrededor de la abertura anal debe estar intacto para evitar que la bolsa tenga fugas. La consistencia del contenido de la bolsa pélvica depende de lo que coma y beba, y se puede controlar con medicinas. En la mayoría de los casos, al menos dos cirugías son necesarias para hacer el reservorio ileoanal o bolsa pélvica.



**Fig. 5.** Reservorio ileoanal

### 3. Complicaciones de las ileostomías

- **Gas (flatulencia).** Ciertas comidas pueden causar gas, como huevos, repollo, brócoli, cebollas, pescado, frijoles, leche, queso, bebidas carbonatadas y alcohol. El comer bajo un horario establecido puede ayudar a evitar los gases. Coma pequeñas cantidades de alimentos de 4 a 5 veces al día. **No omita** comidas para evitar los gases o las descargas.



- **Olor.** Muchos factores, como la comida, las bacterias que normalmente hay en su intestino, las enfermedades, ciertas medicinas y las vitaminas pueden causar olor. Algunos alimentos pueden producir olores: los huevos, el repollo, el queso, los pepinos, la cebolla, el ajo, el pescado, los productos lácteos y el café. Si nota que ciertos alimentos le ocasionan molestias, evítelos. Verifique que la barrera cutánea se encuentre fijamente adherida en su piel.
- **Problemas graves de la piel.** Las áreas de la piel que están enrojecidas, adoloridas y siempre mojadas impedirán que usted logre un buen cierre alrededor del estoma. Es importante tratar inmediatamente las irritaciones menores.
- **Bloqueo (obstrucción).** Si su estoma no ha tenido actividad por 4 a 6 horas y le dan cólicos, dolores o náuseas, es posible que haya una *obstrucción* (bloqueo) en el intestino. Si esto sucede, acuda a su centro de atención.

Los alimentos con alto contenido de fibra, como vegetales verdes, col, apio, piña, nueces, coco y maíz pueden causar obstrucción. La obstrucción también puede ser causada por cambios internos como adherencias (tejido de cicatrización que se forma en el interior de su abdomen después de la cirugía).

- **Diarrea.** Esto sucede cuando la comida pasa a través del intestino delgado muy rápidamente y no hay tiempo para que los líquidos y los electrolitos se absorban. Puede aparecer repentinamente y causar cólicos, y puede ocasionar que su cuerpo pierda muchos líquidos y electrolitos. Debe reponer rápidamente estos electrolitos para no enfermarse de deshidratación y tener pérdida de minerales.

#### 4. Cuidados de las colostomías y las ileostomías.

Los cuidados relacionados con el manejo de las ostomías estarán enfocados en mantener la piel periestomal íntegra, la adecuada manipulación de la barrera y la bolsa recolectora de la ostomía. (Cancer Society, 2019)

- **Protección de la piel alrededor del estoma.** La piel que circunda la estoma debe verse como la piel del resto del abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hipersensibilidad o dolor en esta área.

**Use el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel.** Una abertura demasiado pequeña puede cortar o lesionar el estoma y puede que esto lo inflame. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal podría entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, se debe reemplazar la bolsa o barrera cutánea por una que le quede bien.

**Cambio del sistema de bolsa recolectora de manera periódica para evitar fugas e irritación de la piel.** Es importante tener un horario establecido para cambiar su bolsa. No esperar a que se presenten fugas u otros signos de problemas, como picazón y ardor.

**Tener cuidado al retirar el sistema de bolsa recolectora de la piel y no se retirar más de una vez por día, salvo que se haya presentado algún problema.** Retire la barrera cutánea separando suavemente su piel de la barrera adhesiva en lugar de jalar la barrera de su piel.

**Higiene con agua la piel que circunda a la estoma.** Antes de colocar la cubierta, la barrera cutánea o la bolsa, seque la piel por completo.

**Esté alerta a las sensibilidades y alergias al material del adhesivo de la barrera cutánea, de la cinta o la bolsa.** Éstas pueden surgir semanas, meses o incluso años después del uso de un producto, ya que el cuerpo se puede sensibilizar gradualmente. Si su piel se irrita solamente en el punto donde la bolsa de plástico tiene contacto con su piel, puede cubrir la bolsa o probar otra marca de bolsa. Una enfermera especializada en estoma puede ofrecer sugerencias si es necesario. Los fabricantes de suministros de ostomías tienen cubiertas para bolsas, o usted puede hacer su propia cubierta. Es posible que necesite probar diferentes productos para ver cómo reacciona su piel ante ellos.

- **Vaciado y cambio del sistema de bolsa recolectora.**

**Cómo vaciar la bolsa.** Se realiza el vaciado de la bolsa de la ostomía cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad para evitar que se llene mucho y tenga fugas. Siguiendo unos pasos específicos:

1. Siéntese en el inodoro tan atrás como pueda o en una silla frente al escusado.
2. Sujeta la parte inferior de la bolsa hacia arriba y abre el sujetador en el extremo.
3. Lentamente desenrolle el extremo sobre el inodoro.
4. Vacíe suavemente el contenido.
5. Limpie tanto el lado externo e interno del extremo de la bolsa con papel sanitario.
6. Enrolle el extremo de la bolsa y el clip

**Cómo hacer el cambio del sistema de bolsa recolectora.** Para realizar el cambio, lo mejor es tener un horario de cambio establecido para que no se presenten complicaciones. Para eso, es necesario seguir los siguientes pasos:

- Lávese las manos con jabón y agua. Asegúrese de lavar entre los dedos y por debajo de las uñas. Seque con una toalla limpia o toallas de papel.
- Si tiene una bolsa de 2 piezas, presione suavemente sobre la piel alrededor del estoma con 1 mano y retire el adhesivo con la otra mano, utilizando toallas removedores del adhesivo.

Retire la bolsa:

- Conserve la pinza. Ponga la bolsa de ostomía vieja en un saco y luego deposítala en el cesto de la basura.
- Limpie la piel alrededor de su estoma con agua tibia y jabón, con una toalla limpia o toallas de papel. Seque con una toalla limpia.

Revise y selle la piel:

- Revísese la piel. Un poco de sangrado es normal. Su piel debe estar rosada o roja.
- Limpie alrededor del estoma con un pañuelo desinfectante especial. Si la piel está un poco húmeda, rocíe el polvo del estoma solo sobre la parte húmeda o abierta.
- Dé toquecitos suaves con el pañuelo especial sobre el polvo y su piel de nuevo.

- Deje que la zona se seque con el aire durante 1 a 2 minutos.

Mida el estoma:

- Use su plantilla medidora para encontrar el tamaño del círculo que corresponda al tamaño de su estoma. No toque la plantilla con la piel.
- Si usted tiene un sistema de 2 piezas, trace el tamaño del círculo en la parte posterior del adhesivo del aro y corte de este tamaño. Verifique que los bordes cortados estén lisos.

Pegue la bolsa:

- Pegue la bolsa al adhesivo de aro si usted tiene un sistema de ostomía de 2 piezas.
- Despegue el papel del adhesivo de aro.
- Aplique pasta para estoma alrededor del agujero en el adhesivo o ponga el aro especial del estoma alrededor de la abertura.
- Ponga el adhesivo uniformemente alrededor del estoma. Sosténgalo en el lugar durante unos minutos. Pruebe sosteniendo una toalla caliente sobre el adhesivo para ayudar a que se pegue a la piel.
- Si usted las necesita, ponga bolas de algodón o paquetes de gel especiales en la bolsa para evitar que haya filtración. (Plus, 2020)
- **Factores que afectan el sello del sistema de bolsa recolectora.** El sistema de bolsa recolectora deberá adherirse a la piel y es importante cambiar la bolsa antes de que se afloje o de que surjan fugas.

1. La sudoración reducirá el número de días que podrá portar una misma bolsa del sistema recolector. El calor del cuerpo, aunado con la temperatura ambiente, ocasionará que las barreras para la piel se aflojen más rápido de lo habitual.
  2. Puede que la alimentación afecte el sellado. Ciertos alimentos que causan una descarga acuosa son más propensos a desprender el sellado que las evacuaciones de consistencia más sólida.
  3. Puede que las actividades físicas afectan el tiempo de uso de una aplicación. Nadar, practicar deportes intensos o cualquier cosa que le haga sudar puede reducir el tiempo de uso de una misma aplicación.
- **Baño.** El agua no dañará su estoma. La exposición normal al aire o el contacto con jabón y agua no dañará al estoma. El agua no se introducirá al estoma y el jabón no lo irritará, pero puede que el jabón interfiera con la adhesividad de la barrera cutánea.
  - **Afeitado debajo de la bolsa.** La presencia de mucho vello alrededor del estoma puede ocasionar que la barrera dérmica no se adhiera bien y causarle dolor cuando se la quite.
  - **Qué ropa usar con una ileostomía.** Para el uso diario, no se requiere de ropa especial, ya que las bolsas de ostomía son bastantes planas y es difícil notarlas a través de la mayoría de las prendas de vestir. La presión de las prendas interiores elásticas no dañará al estoma, ni detendrá la función del intestino.

## GASTROSTOMÍA

1. Definición. La gastrostomía endoscópica percutánea (GEP) consiste en la colocación mediante endoscopia de una sonda o tubo en el estómago a través de la pared abdominal. Se usa fundamentalmente para administrar alimentación a pacientes con disfagia (dificultad para tragar los alimentos) debida a un problema mecánico o

neurológico y que se suponga que puedan tener una adecuada esperanza de vida.

(Moreira & López San Román, 2015)

## 2. Tipos de gastrostomías

2.1. La sonda de gastrostomía de bajo perfil (Botón Mic-Key). Es pequeña y fácil de ocultar bajo la ropa, una vez que se desconecta el tubo de extensión entre comidas. Es plana, y se ubica sobre la piel, manteniéndose en su lugar por medio de un globo inflado que está ajustado contra la pared interior del estómago.

- Tubo de extensión del botón Mic-Key: Es un tubo desmontable que se fija al botón Mic-Key para el suministro de la alimentación, medicación y ventilación. Cuando no se usa se puede desconectar desde la base del botón Mic-Key. Este tubo se deberá quitar y lavar después de cada comida.
- Tubo de Extensión de botón Mic-Key para bolo: Es un tubo desmontable que se fija al botón Mic-Key para alimentación por bolo y ventilación. Este tubo se deberá desconectar y lavar después de cada comida.

2.2. La sonda de Gastrostomía (Sonda-G). Esta sonda está fija en su lugar por un globo inflado ubicado dentro de la pared interior del estómago y un disco blando (soporte) ajustado contra la panza. Esta sonda tiene 3 puertos:

- El puerto gástrico para alimentación
- El puerto de medicación
- El puerto del globo.

Esta sonda tiene conectada una pequeña sección de tubo que no puede quitarse entre alimentación. Para evitar la obstrucción es importante que esta sonda se enjuague con agua:

- Después de cada alimentación por bolo
- Cada 3 a 4 horas si recibe alimentación continua.

- Después de cada medicamento.

### 3. Cuidados.

#### 3.1. Cuidados de la sonda:

- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con un palito de algodón, agua tibia y jabón suave. Aclarar bien y secar.
- Infundir 50 ml de agua en pacientes adultos tras cada administración de alimentos o medicación y para paciente pediátrico infundir 20 ml de agua.
- Girar diariamente la sonda en sentidos horario y antihorario para evitar que se fije a la pared abdominal.
- Cerrar el tapón de la sonda cuando ya no vaya a ser usada.
- Comprobar todos los días que el soporte externo de la sonda no oprima la piel del paciente. En caso de que así sea, aumentar la distancia entre éste y el estoma.
- Cambiar diariamente la cinta adhesiva y el lugar de sujeción de la sonda.

#### 3.2. Cuidados del estoma

- Comprobar diariamente que en la zona alrededor del estoma no existe irritación cutánea, enrojecimiento o inflamación, ni es dolorosa y que no salgan líquidos (jugos gástricos).
- Durante los 15 primeros días, limpiar la zona con una gasa, agua y jabón haciendo movimientos en círculos desde la sonda hacia fuera sin apretar.
- El soporte externo puede levantarse o girarse ligeramente para poder limpiar mejor, pero nunca hay que tirar de él. (Children´s Hospital, 2017)

### 4. Complicaciones



<p>Enrojecimiento o irritación alrededor de la sonda-G: La causa podría ser debido a goteo de líquido alrededor de la sonda-G, irritación por la cinta adhesiva, infección debido a que el niño jaló la sonda.</p>	<p>Mantenga la piel alrededor del estoma limpia y seca.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede colocar un pedacito de gasa de 2x2 pulgadas entre la piel y la sonda-G. Reemplace la gasa cuando se moje y cada vez que cambie los pañales</li> <li>• Cuando sea posible deje el sitio expuesto al aire libre.</li> <li>• Tenga cuidado de no limpiar excesivamente y dañar la piel delicada del sitio (¡una o dos veces por día es suficiente!)</li> <li>• Llame a su médico si aparece algún enrojecimiento inusual, si el sitio se siente caliente o si hay secreción maloliente (estos son signos de infección).</li> <li>• Podría usar toallitas y cremas protectoras si lo aconsejó el cirujano, médico o enfermera especialista gastroenteróloga.</li> </ul>
<p>Goteo alrededor de la sonda-G: La causa podría ser debido a goteo del globo o al jalar la sonda causando que el orificio se agrande pudiendo generar goteo.</p>	<p>Retire el tubo de extensión después de cada alimentación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esconda la sonda debajo de la ropa para prevenir que su niño juegue con ella.</li> <li>• Ventile la sonda antes y después de cada alimentación y cada vez que el estómago se vea lleno.</li> <li>• Verifique el volumen del globo si pasaron más de 6 semanas desde la cirugía</li> </ul>
<p>Exceso de crecimiento de la piel alrededor del sitio de la sonda-G (granulación): La causa podría ser por humedad o el roce de la sonda contra la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coloque una gasa de 2x2 pulgadas entre la piel y la sonda. Reemplace la gasa cuando se moje y cada vez que cambie los pañales.</li> <li>• Si la piel continúa creciendo, comuníquese con la Clínica de Gastroenterología para programar una consulta con la enfermera para una evaluación.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Consulte con su médico para más información, tratamiento y cuidado. (Children´s Hospital, 2017)</li></ul>
--	---

## 5. Manejo de las sondas y dispositivos.

### i) Verificación del globo de la sonda-G de bajo perfil:

- Con el tapón conectado a la sonda-G sostenga con sus dedos la base de la sonda en su lugar.
- Inserte una jeringa vacía de 5 ml en el puerto del globo. Un leve giro será necesario para asegurar la jeringa.
- Para verificar el volumen de agua jale cuidadosamente la jeringa hacia atrás (**no desconecte la jeringa**). Cuidadosamente empuje el agua nuevamente hacia el globo.
- Retire la jeringa una vez que haya colocado el agua en el globo. Presione con el dedo pulgar el émbolo de la jeringa hacia abajo, tal vez necesite girarla levemente para desconectarla

### ii) Conexión y desconexión del tubo de extensión de bajo perfil(*Botón Mic-Key*)

Para conectar el tubo:

- Exponga el abdomen y sonda. Quite el tapón del botón.
- Alinee ambos marcadores negros, presione cuidadosamente la sonda dentro del orificio hasta que sienta un leve ruido “pop”.
- Gire cuidadosamente el tubo de extensión en el sentido de las agujas del reloj hasta que sienta resistencia.

Para desconectar el tubo:

- Gire cuidadosamente el tubo de extensión en sentido contrario de las agujas del reloj

- Alinee ambos marcadores
- Jale la sonda hacia arriba cuidadosamente y hacia afuera. Podría llegar a sentir un leve sonido “pop”.
- Desconecte el tubo de extensión y coloque el tapón en el botón.

iii) Sonda G de gastrostomía

1. Asegúrese de cerrar todos los puertos.
2. Insertar una jeringa vacía en el puerto del globo.
3. Verificar el volumen de agua al jalar cuidadosamente la jeringa hacia atrás. Luego de verificar, cuidadosamente empuje el agua nuevamente hacia el globo.
4. Desconectar la jeringa presente en la sonda. (Children´s Hospital, 2017)

## MARCO METODOLÓGICO

Dentro del desarrollo metodológico, se planteó desde la matriz de marco lógico, con el fin de planificar el proyecto orientado por los objetivos brindando así, un análisis y unos resultados.

### Matriz de marco lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b> Contribuir a disminuir las complicaciones asociadas al mal manejo de las ostomías cuando los pacientes son dados de alta.	Elaboración de guía educativa dirigida a los familiares y los pacientes, en el que se incluya todo el proceso de autocuidado.	Registro de historia clínica evidenciando reingreso. Pretest Post test	Condición clínica del paciente.
<b>PROPÓSITO</b> Disminuir la cantidad de ostomías complicadas que ingresan al hospital.	Disminución dentro del censo diario el número de pacientes que reingresan a la institución debido a la complicación de los estomas en casa.	Cartilla institucional sobre el manejo de las ostomías. A largo plazo indicadores hospitalarios.	Disminución de la atención intrahospitalaria secundaria a las complicaciones generadas por el mal manejo de las ostomías.
<b>RESULTADOS</b> Mayor captación por parte de los pacientes y/o cuidadores sobre el manejo de su estoma	Número de personas que aprobaron sobre 4.0/Total de personas capacitadas x 100	Lista de asistencias Registro fotográfico Pretest Post test	El personal asistencial no cuenta con el tiempo suficiente para realizar la educación.  Brevedad en el tiempo de ejecución de la educación.
<b>ACTIVIDADES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captación de los pacientes con ostomías que estén en el hospital en este</li> </ul>	Número de personas capacitadas con ostomías/ número de personas capacitadas x 100	Listas de asistencia Pre y post Test	No captación de pacientes con ostomías dentro de la institución.

<p>momento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividad educativa piloto dirigida a estos pacientes con el fin de capacitar sobre el adecuado cuidado de las ostomías.</li> </ul>			
--	--	--	--

### Plan de acción

- *Objetivo 1.*

Realizar consultas bibliográficas con el fin de reunir la información necesaria para lograr crear una guía completa sobre el manejo de las ostomías.

Actividad	Indicador	Recursos	Medios de verificación	Supuestos
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar búsquedas bibliográficas por medio de la web, para así lograr identificar las ostomías más frecuentes y sus cuidados.</li> <li>2. Revisar literatura científica que confirme la teoría de enfermería encaminada para el abordaje pertinente.</li> </ol>		<p><b>HUMANOS</b> Responsables del proyecto de gestión. <b>MATERIALES</b> Computador, acceso a Internet.</p>	<p>Correo enviado con las consultas bibliográficas encontradas, para su aprobación de validez al especialista en Heridas y Ostomías; como a la enfermera profesional encargada de la Universidad del Cauca.</p>	<p>Límites en el acceso de las diferentes fuentes bibliográficas, para lograr tener un completo marco teórico del cual se deriva la teoría para la realización de la cartilla institucional HSLV 2022.</p>

- **Objetivo2.**

Crear una guía para el usuario y la familia sobre el adecuado cuidado de las ostomías en el hogar para así evitar complicaciones asociadas a la manipulación.

<b>Actividad</b>	<b>Indicador</b>	<b>Recursos</b>	<b>Medios De Verificación</b>	<b>Supuestos</b>
1. Realización de una guía interactiva, con términos adecuados en el que sea de fácil entendimiento para el paciente ostomizado y/o familia; siguiendo el abordaje teórico alcanzado en el anterior objetivo.	Elaboración de guía educativa dirigida a los familiares y los pacientes, en el que se incluya todo el proceso de autocuidado de la respectiva ostomía que le corresponda a cada <u>paciente.</u>	<b>HUMANOS</b> Responsable del proyecto de gestión. Personal del hospital encargado de la revisión para su difusión. <b>MATERIAL</b> <b>ES</b> Cartilla sobre el Cuidado con las Ostomías. <b>ECONOMIC</b> <b>OS</b> \$66.300 impresiones y laminación	Entrega de la cartilla en físico el enfermero especialista en heridas y ostomías. Envío de la información por vía de correo electrónico a las respectivas personas encargadas de su evaluación.	Demora en la revisión y aprobación de la cartilla por parte del personal del hospital. Disposición del personal para brindar todas las ayudas multimedia faltante en los anexos de la cartilla.
2. Impresión y laminación de la guía elaborada sobre el cuidado, manejo y complicaciones asociadas a la manipulación por parte del paciente ostomizado y/o familia. (colostomía, ileostomía, gastrostomía)				
3. Enviar a revisión la cartilla por parte del personal encargado de la aprobación de esta para su				

---

respectiva  
difusión dando  
así una  
atención de  
calidad y más  
segura

---

## **Desarrollo del plan de acción**

A continuación, se describe el plan de acción.

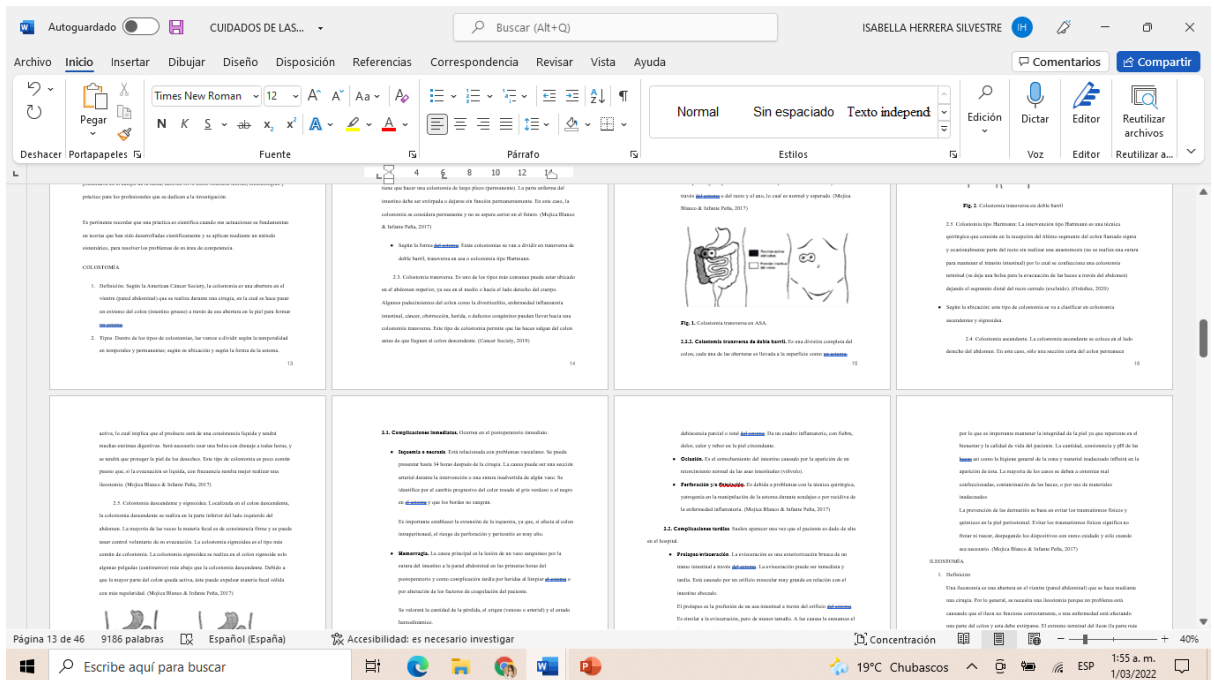
### ***Objetivo 1.***

Realizar consultas bibliográficas con el fin de reunir la información necesaria para lograr crear una guía completa sobre el manejo de las ostomías.

3. **Actividades.** Realizar búsquedas bibliográficas por medio de la web, para así lograr identificar las ostomías más frecuentes y sus cuidados, así como también realizar una revisión de literatura científica que confirme la teoría de enfermería encaminada para el abordaje pertinente.
- **Desarrollo de las actividades.** Se realizó una búsqueda de componente bibliográfico por medio de la plataforma Google y revistas de índole científica que mostraran los diferentes cuidados que puede llegar a tener una persona sobre el manejo de las ostomías.

Por otra parte, junto con el Enfermero especialista en heridas y ostomías Cristian Felipe Sánchez, se hizo una revisión de ese material, junto con algunas revistas enviadas por él vía WhatsApp y correo electrónico; para empezar a filtrar toda la información que no era pertinente y posterior a esto, la creación de un marco teórico el cual sería la base de todo lo planteado en la cartilla.

- **Resultados.** Como resultado de las anteriores actividades realizadas para dar cumplimiento al objetivo N° 1, se adjunta una imagen de referencia en del mismo documento en cuestión como abordaje teórico.



- **Conclusiones del objetivo.** Contar con personal encargado en el cuidado de heridas y ostomías, contribuyó al correcto abordaje teórico, para que así se logre mitigar cualquier evento por desinformación.

**Objetivo 2.**

Crear una guía para el usuario y la familia sobre el adecuado cuidado de las ostomías en el hogar para así evitar complicaciones asociadas a la manipulación.

- **Actividades.** Realización de una guía interactiva, con términos adecuados en el que sea de fácil entendimiento para el paciente ostomizado y/o familia; siguiendo el abordaje teórico alcanzado en el anterior objetivo. Impresión y laminación de la guía elaborada sobre el cuidado, manejo y complicaciones asociadas a la manipulación por parte del paciente ostomizado y/o familia. (colostomía, ileostomía, gastrostomía).



Enviar a revisión la cartilla por parte del personal encargado de la aprobación de esta para su respectiva difusión dando así una atención de calidad y más segura

- **Desarrollo de las actividades.** Una vez terminada la revisión bibliográfica, se realizó el abordaje de la cartilla institucional, por medio de la plataforma Canva. Se decidió realizar en esta plataforma, debido a que es ilustrativa y de esta forma logra ser de mayor comprensión.

Después de poner los términos claves necesarios para el abordaje de esta, se llevó a una primera revisión por parte del enfermero Cristian Felipe Sánchez, el cual aprobó la teoría mencionada, la cual fueron los cuidados, tipos y complicaciones de las colostomías, ileostomías y gastrostomías, siendo las ostomías más comúnmente vistas.

Para la creación de la cartilla, se pasó a la colocación de logos institucionales, tanto del Hospital Susana López de Valencia, cómo el de la Universidad del Cauca; y los colores establecidos por el hospital.

Una vez terminada esta parte, se envió vía correo electrónico a la docente enfermera Diana Vanessa Flórez para su aprobación por parte de la institución educativa a la cual se está vinculado.

Para finalizar el enfermero Cristian Felipe Sánchez remitió vía WhatsApp a Mónica encargada del área de comunicaciones del HSLV, el link editable dentro de la plataforma Canva para hacer uso de “Susanita” dentro del documento y su aprobación para su impresión final. Una vez aprobada esa parte, se realiza la entrega del producto final en físico, con su respectiva encuadernación de la cartilla sobre los cuidados de las ostomías, al enfermero profesional encargado del programa de Piel Sana de la institución, el cuál es Cristian Felipe Sánchez, aprobando de manera oportuna este material y refiriendo fecha para la realización de una prueba piloto.

- **Resultados.** Se muestra a continuación el resultado de la cartilla institucional junto con los respectivos logos, colores e imágenes para su correcta difusión. Con un total de 38 páginas en las que está desde el título hasta la bibliografía utilizada.



- **Conclusiones del objetivo.** El producto final entregado al programa de Piel Sana logró cumplir con todos los objetivos que se proyectaban desde un inicio; como lo es el ser concisa, ilustrativa y completa para el abordaje educativo dentro del componente teórico (definición, tipos, complicaciones, cuidados).

## CONCLUSIONES

- Junto con el programa de Piel Sana de la Institución hospitalaria, se identificaron todos los apartados bibliográficos necesarios para el abordaje metodológico de la cartilla.
- Se logró crear una cartilla institucional acorde a lo establecido desde un principio, que cuenta con todas las características necesarias para una fácil comprensión por parte de los pacientes ostomizados, familia y/o cuidador.
- El apoyo por parte del programa de Piel Sana fue de vital importancia para el desarrollo de la actividad, dado que en coordinación con ellos y teniendo en cuenta específicamente al especialista en Heridas y Ostomías, se pudo lograr una articulación para una intervención pertinente y oportuna.
- Durante el desarrollo de la cartilla en el periodo diciembre 2021-Febrero 2022, fue de vital importancia la adquisición de conocimientos prácticos dentro de la realización de curaciones a estos pacientes para poder conocer la adecuada manera de cuidado.
- Al momento de buscar la implementación de la prueba piloto, no se contó con pacientes receptivos para poder brindar una adecuada educación; ya que eran pacientes con traqueostomías o con secuelas graves del COVID-19 los cuales no contaban con compañía de los familiares y/o cuidadores.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda seguir con el trabajo mencionado anteriormente en cuanto a la difusión y educación continua a los pacientes ostomizados presentes en la institución con el fin de crear una conciencia, disminuir costos y todas las complicaciones.
- Es importante la creación de un protocolo institucional en el cual se hable de la educación que se debe brindar sobre las ostomías de eliminación y alimentación.
- Para la implementación la cartilla se sugiere la creación de una segunda fase, en la que se aplique una prueba piloto, utilizando pacientes que puedan llegar a tener una larga estadía, para de esa forma poder medir el impacto, ya que debe ser una educación continua.
- Cabe recalcar la importancia de una capacitación continua al personal asistencial para que realicen una educación al paciente ostomizados en su estancia hospitalaria sobre el manejo de su estoma, no únicamente el enfermero especialista en el cuidado de heridas y ostomías.
- Se sugiere la implementación de a educación de las ostomías dentro de la hojas de educación que se debe brindar a los pacientes.

## ANEXOS

### CRONOGRAMA

<b>Fecha:</b>			
<b>Lugar:</b>	Hospital Susana López de Valencia E.S. E		
<b>Hora inicio:</b>	2:00 pm	<b>Hora final:</b>	
<b>Responsables</b>	Isabella Herrera Silvestre		
<b>Acciones:</b>	<b>Responsables:</b>	<b>Tiempo:</b>	
rganización del material	Isabella Herrera	15 minutos	
Identificación de pacientes para la prueba piloto	Isabella Herrera	15 minutos	
Explicación de su ostomía	Isabella Herrera	20 minutos (por persona)	
Retroalimentación	Isabella Herrera	2 minutos	
Despedida	Isabella Herrera	1 minuto	

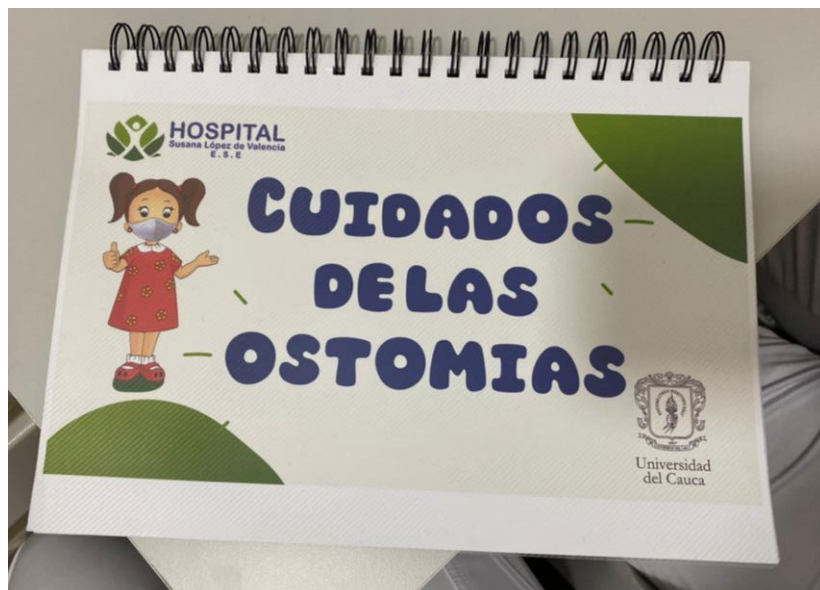
### PRESUPUESTO

<b>Artículos</b>	<b>Valor</b>
------------------	--------------

Hora enfermero especialista en manejo de heridas y ostomías	\$1'981.584
Hora estudiante enfermería universidad del Cauca	\$1'543.000
Cartilla ilustrativa	\$66.800
<b>Total</b>	<b>\$3'591.384</b>


## REGISTRO FOTOGRÁFICO







## CONEXION DEL TUBO DE EXTENSION

1. Exponga el abdomen y sonda. Quite el tapón del botón.
2. Alinee ambos marcadores negros, presione cuidadosamente la sonda dentro del orificio hasta que sienta un leve ruido "pop".
3. Gire cuidadosamente el tubo de extensión en el sentido de las agujas del reloj hasta que sienta resistencia.



## VACIADO Y CAMBIO DEL SISTEMA DE BOLSA RECOLECTORA






## ELEMENTOS ESPECIALES PARA CAMBIO DE LAS BOLSAS RECOLECTORAS



Pasta stomachesive



Protector cutáneo



Toallitas removedoras






## BIBLIOGRAFÍA

- Association, U. O. (2004). *Guía de colostomía*.
- Cancer Society, A. (2019, octubre 2). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6397.96.pdf>
- Children's Hospital, R. (2017). *Guía para Sondas de Gastrostomía*. San Diego, USA.
- García Martínez, C., & García Cueto, B. (2017). Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria*, 35-48.
- Mojica Blanco, A., & Infante Peña, M. V. (2017). Complicaciones de las ostomías y cuidados enfermero. *Revista electrónica de portales médicos*.
- Moreira, & López San Román. (2015). Gastrostomía endoscópica percutánea. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*.
- Nova Rodriguez, J. M., Camargo, F. A., & Garzón, L. P. (2018). PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA POBLACIÓN CON OSTOMÍAS. *Enferm Dermatol*, 24-30.
- Ordoñez, J. A. (2020, Febrero). *Cirugía general y digestiva en Barcelona*. From <https://www.iqlacy.com/que-es-la-intervencion-de-hartmann/amp/>
- Plus, M. (2020, Febreo 11). *Medline Plus*. From <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000204.htm>
- Prado Solar, L. A., & González Reguera, M. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Scielo*.
- Salas Moreno, L. (2020). La sexualidad en los pacientes ostomizados: revisión bibliográfica. *Ocronos. Vol. III. N° 4*, 429.
- Society, A. C. (2019, Octubre 2). *American Cancer Society*. From <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia/tipos-de-colostomias.html>

