

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**PREPARACION DE LOS PADRES EN EL CUIDADO EN CASA DEL HIJO
OSTOMIZADO QUE EGRESA DE LA UCIN**

AZUCENA BULLA PIÑEROS

CESAR VARGAS GARCIA

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN
NEONATOS
BOGOTÁ, D.C
2015**

**PREPARACION DE LOS PADRES EN EL CUIDADO EN CASA DEL HIJO
OSTOMIZADO QUE EGRESA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS
NEONATALES (UCIN) DE LA CLINICA EL BOSQUE**

**AZUCENA BULLA PIÑEROS
CESAR VARGAS GARCIA**

**ASESORA:
CARMEN HELENA RUIZ DE CARDENAS**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN
NEONATOS
BOGOTÁ, D.C
2015**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	6
1. PRANTEAMIENTO DEL ROBLEMA	7
1.1 DESCRIPCION DEL AREA DEL PROBLEMA	7
1.2 IDENTIFICACION DEL PROBLEMA	13
1.3 ARBOL DE PROBLEMA	16
1.4 ANALISIS DEL PROBLEMA	16
1.4.1 CAUSAS	17
1.4.2 PROBLEMA	17
1.4.3 EFECTOS	17
JUSTIFICACION	18
2.1 OBJETIVO GENERAL	20
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	20
2.3 ARBOL DE OBJETIVOS	21
3. MARCO NORMATIVO	22
4. MARCO CONCEPTUAL	28
4.1 TRACTO GASTROINTESTINAL	29
4.1.1 TRACTO GASTRO INTESTINAL SUPERIOR	29
4.1.2 TRACTO GASTRO INTRSTINAL INFERIOR	30
4.2 PATOLOGIAS MÁS FRECUENTES	31

4.2.1 ENTEROCOLITIS NECROTIZANTE	31
4.2.2 ATRESIA DUODENAL	34
4.2.3 ATRESIA DE COLON	36
4.2.4 OBTRUCCION INTESTINAL	38
4.3 TECNICAS QUIRURGICAS	41
4.4 DEFINICION DE OSTOMIAS Y COLOSTOMIA	44
4.4.1 OSTOMIA	45
4.4.2 COLOSTOMIA	46
4.5 TIPOS DE OSTOMIA Y COLOSTOMIA	47
4.5.1 COLOSTOMIA TERMINAL	48
4.5.2 COLOSTOMIA EN ASA	48
4.5.3 ILEOSTOMIA	49
4.5.4 COMPLICACIONES DE LAS OSTOMIAS	51
4.5.5 ISQUIEMIA O NECROSIS	51
4.5.6 PROLAPSO	52
4.5.7 ESTENOSIS	52
4.5.8 HERNIAS PARAOSTOMICAS	53
4.5.9 RETRACCION DE LA OSTOMIA	53
4.5.10 ALTERACIONES DE LA PIEL	54
4.6 CUIDADOS DE UNA OSTOMIA EN CASA	55
4.6.1 COMO REALIZO LA HIGIENE EN LA CASA	55
4.6.2 BOLSAS QUE SE UTILIZAN EN UNA COLOSTOMIA (CERRADAS O ABIERTAS)	58

4.6.3 COLOCACION DE LA BOLSA DE COLOSTOMIA	
(PROCEDIMIENTO)	61
4.7 CUIDADOS	66
4.7.1 PLANEAR CON ANTICIPACION EL CAMBIO DE LA BOLSA	68
4.7.2 BAÑO	68
4.7.3 ROPA	68
4.7.4 ALIMENTACION Y NUTRICION	69
4.7.5 DORMIR	70
4.7.6 VIAJE	70
4.8 SIGNOS DE ALARMA	71
4.8.1 IRRITACION DE LA PIEL	71
4.8.2 ESTOMA PROLAPSADO Y RETRAIDO	71
4.8.4 DESHIDRATACION Y SANGRADO	71
5. MARCO TEORICO: Teoría Katherine Kolcaba	72
6. MARCO METODOLOGICO	81
6.1 MATRIZ DEL MARCO LOGICO	81
7 PLAN DE ACCION	84
8. DESARROLLO PLAN DE ACCION	89
9. PRESUPUESTO	107
10. CONCLUSIONES	108
11. ANEXOS	109
12 AGRADECIMIENTOS	115
13 BIBLIOGRAFIA	116

INTRODUCCION

Este proyecto de gestión surgió de la necesidad identificada por las enfermeras en el diario de su profesión en la unidad de cuidados intensivos de la clínica del bosque, dirigido a los padres de los neonatos (0 a 30 días de vida) con intervención quirúrgica gastrointestinal que hayan terminado en ostomía, los Padres de familia necesitan un plan educativo dirigido especialmente a ellos con el fin de brindar un cuidado que mejore las condiciones de comodidad y confort para los recién nacidos ostomizados al llegar a la casa, ya que durante la atención proporcionada a este tipo de pacientes dentro de la unidad de cuidados intensivos es de manera empírica debido a que no se cuenta con protocolo o guía de manejo.

El diseño de este plan educativo se realiza basándose en las necesidades identificadas en los padres, a través de un pre test inicial, en la cual se identificaron necesidades educativas relacionadas con alimentación, cuidados de la piel, baño cambios de posición, vestido, pero además se busca articularlo con la teoría de enfermería que se adapta a este proyecto, para ello se eligió la teoría de comodidad y confort de Katherine Kolcaba

Posteriormente se realizara un folleto cuyo objetivo es ser divulgado entre los padres de familia al egreso hospitalario.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Necesidad de los padres de prepararse para el cuidado en la casa del hijo ostomizado que egresa de la unidad de cuidados intensivos (UCIN) clínica el bosque.

1.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La clínica del bosque se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá. El 17 de mayo de 1977, un grupo de 25 médicos especialistas, en su mayoría egresados de la Universidad Nacional, deciden comprar los terrenos y edificaciones de la Clínica Psiquiátrica “El Campito San José”, propiedad de las Hermanas de la Presentación, y poner en funcionamiento una Clínica General. En el mismo año, pensando en hacer un aporte a la educación médica del país, fundan la Escuela Colombiana de Medicina, hoy llamada Universidad El Bosque.

Años después, la Universidad El Bosque, a través de El Claustro, decide comprar los terrenos, edificaciones y equipos de la Clínica para contribuir al mantenimiento y mejoras de la institución hospitalaria. Es así como el 03 de diciembre del año 2003, mediante la Resolución No. 250 de El Claustro, se crea la Fundación Salud Bosque, la cual inicia labores el 10 de mayo de 2004 en la denominada Clínica Universitaria El Bosque que hoy presta servicios cerca de usted.

MISION

Somos una institución prestadora de servicios de salud, universitaria, privada sin ánimo de lucro y de alta complejidad, que presta **servicios de salud**, enmarcados en el trato humano y la seguridad del paciente, dirigidos al mejoramiento continuo, desarrollando la formación del talento humano y la investigación. ⁽¹⁾

VISION

En el 2016 seremos una clínica universitaria de alta complejidad, con gestión social auto sostenible que busca la satisfacción del paciente y su familia mediante procesos alineados con estándares de acreditación. ⁽¹⁾

POLÍTICA DE CALIDAD:

Prestar servicios de salud enfocados al paciente y su familia a través de procesos seguros y eficientes, buscando su mejoramiento continuo. ⁽¹⁾

Política de seguridad del paciente:

Prestar servicios de salud seguros y eficientes con los mínimos riesgos para el paciente, su familia y nuestros trabajadores. ⁽¹⁾

VALORES

Responsabilidad

Es la conciencia acerca de las consecuencias que tiene todo lo que hacemos o dejamos de hacer sobre nosotros mismos o sobre los demás.

La responsabilidad busca siempre hacer nuestro mejor esfuerzo por alcanzar los objetivos empresariales

Respeto

Es la base fundamental para la convivencia sana y pacífica entre los miembros de una sociedad.

Implica la aceptación de las diferencias en la propia autoestima y el reconocimiento de la existencia del otro.

Bondad

Es la disposición permanente a hacer el bien, de manera amable, generosa y firme. Implica la preocupación por el bienestar del otro, siempre con amor y amabilidad.

Perseverancia

Es el aliento o fuerza interior que nos permite llevar a buen término las cosas que emprendemos.

Ser perseverante es tener una alta motivación y un profundo sentido del compromiso que nos impide abandonar las tareas que comenzamos y nos motiva a estar animados a trabajar hasta el final. ⁽¹⁾

Actualmente, la Clínica cuenta con 130 camas, distribuidas en el área de Hospitalización y Unidades de Cuidados Intensivos. Una de las estrategias de crecimiento planteadas para el 2011 es la mejora continua en la infraestructura de las habitaciones, por lo cual a partir del 1º de julio les ofrecemos a los usuarios 6 habitaciones con sala privada, recién remodeladas. ⁽¹⁾

Dentro de los servicios que actualmente cuenta esta la unidad de cuidados intensivos neonatales que tiene capacidad de 4 camas para cuidado intensivo, 6 para cuidado intermedios, 10 para cuidado básico. Dentro del personal asistencial por turno cuenta con un médico especialista en neonatología o pediatría, 1 enfermera, 1 terapeuta respiratoria, 4 auxiliares de enfermería.

El papel de los profesionales de enfermería en el quehacer diario de enfermería en la unidad de cuidados intensivos neonatal nos da una pauta necesaria para crear un plan educativo dirigido a estos padres, con el fin que brindar un cuidado que mejore la salud de estos recién nacidos ostomizados, la importancia de enfermería en responder las demandas de los cuidados de enfermería de estos recién nacidos nos ha permitido ocupar un importante papel en la neonatología, por lo tanto de debe implementar este plan educativo en la unidad de cuidados

intensivos neonatal debido que en la actualidad en clínica El Bosque no cuenta con una guía o protocolo que permita orientar a los padres de los neonatos en cuanto a los cuidados en casa, esta problemática genera falta de información que lleva a reingresos de los Recién nacidos, con todas las consecuencias conocidas de los mismos a nivel económico, emocional, en la dinámica familiar con repercusión nivel social y laboral.

En la clínica El Bosque el número de pacientes con ostomía ha ido en aumento a lo largo del tiempo, por diferentes patologías, dentro de estas las más influyentes son: enterocolitis necrotizante, atresia duodenal, atresia de colon, obstrucción intestinal.

En cada una de las anteriores patologías y a consecuencia de su intervención quirúrgica requiere como manejo realizar una ostomía dependiendo del área afectada, encontrándose que la ostomía más recurrente es la ileostomía y la colostomía.

A continuación se muestra la estadística desde Agosto de 2013 a Febrero de 2014. ⁽¹⁾

Pacientes que ingresaron a la UCIN el bosque que sufrieron una alteración intestinal y terminaron con una ostomía y sufrieron alguna complicación relacionada.

Mes	No. Pacientes con alteraciones intestinales	No, Pacientes ostomizados por su diagnostico	No. de pacientes con complicaciones intrahospitalarias*	No. De pacientes reingresados por problemas relacionados con el cuidado de ostomias
Agosto 2013	3	1	0	3
Septiembre 2013	1	0	0	0
Octubre 2013	0	0	0	1
Noviembre 2013	5	5	1	0
Diciembre 2013	0	0	0	0
Enero 2014	2	1	1	2
Febrero 2014	2	2	0	0
Marzo 2014	0	0	0	1

Tabla N° 1 Datos estadísticos sustraídos del libro de ingresos y egresos de la Unidad de Recién Nacidos de la Clínica El Bosque.

INDICADOR DE REINGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA OSTOMIAS

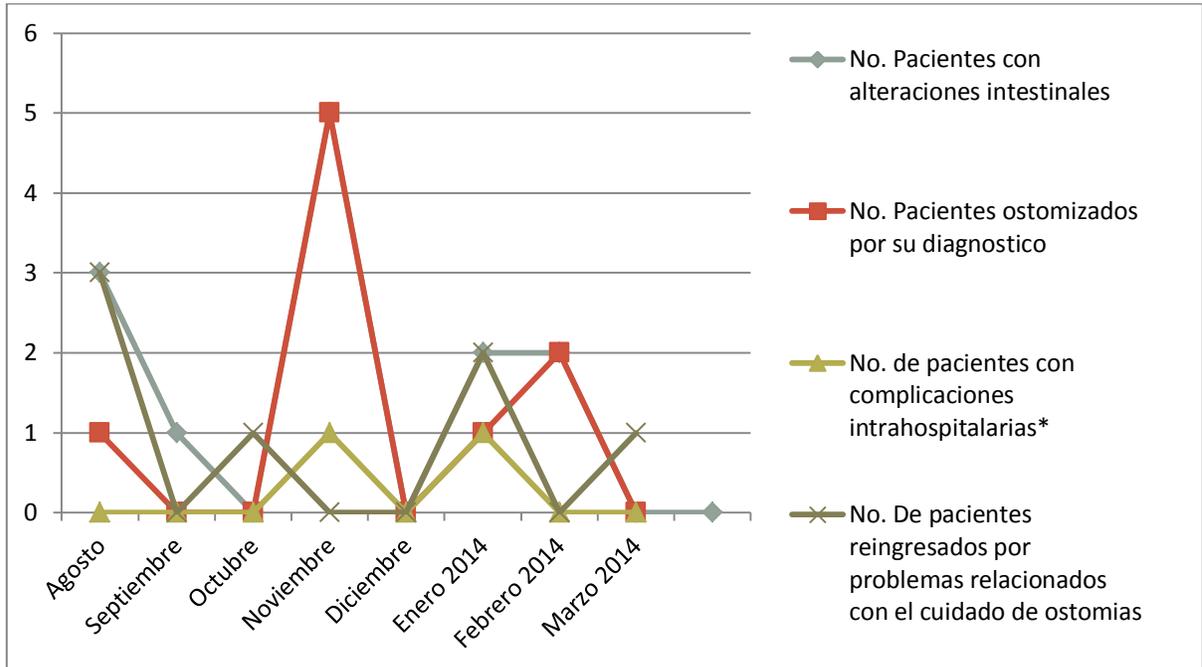


Tabla N° 2 Tabla Datos estadísticos sustraídos del libro de ingresos y egresos de la Unidad de Recién Nacidos de la Clínica El Bosque

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El manejo que se brinda en la actualidad en la clínica el bosque a ese tipo de pacientes es : Durante las primeras 48 horas verificar el estado de las ostomia refiriéndose a coloración, perfusión, hidratación y funcionalidad, se dejan gasas vaselinadas cubriendo la estoma y control visual constante, posterior a las 48 horas y si se encuentran en buen estado, se procede a colocar el dispositivo de barrera y recolector, posteriormente se inicia vía enteral y se controla el gasto fecal, continuamente se inicia el proceso de educación a los padres, el cual es informal, ya que no se cuenta con un protocolo establecido, ni tampoco con

ayudas metodológicas que permitan que los padres puedan entender mucho más fácilmente este tema.

Actualmente la Clínica el Bosque, al igual que muchas instituciones de salud no cuenta con sistema de evaluación que permita conocer falencias en el aprendizaje de los padres, no cuenta con seguimiento por consulta externa para valorar el estado clínico o dificultades o simplemente preguntas que puedan tener en el hogar.

En la revisión de la bibliografía existen escasas publicaciones y artículos en lo relacionado con manejo de ostomias, se encuentra afrontamiento de los padres a las ostomias de sus hijos, lo expresados por estos padres fue estrés producido por el enfrentamiento a la ostomia de su hijo, nerviosismo por el futuro, incertidumbre ante las intervenciones quirúrgicas, temor de no hacerlo bien, lo que se suma a las dificultades para la adquisición y el alto costo de estos, la carencia de enfermeras formadas como estoma-terapeutas, el poco conocimiento o desconocimiento del manejo de las ostomia por el personal de enfermería en muchos establecimientos tanto del sistema público como privado. ⁽²⁾

Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia, el cuidado de un niño ostomizado cambio en las funciones y responsabilidades en la familia. Las recomendaciones del equipo de salud general cambios en las prácticas de crianza; hay dificultades para manifestar sentimientos negativo; la rugosidad es un

apoyo importante para atribuir significado a la condición de salud del niño. La presencia de un estoma no solo altera el tránsito intestinal del niño, a su vez tiene efectos sobre la vida cotidiana de la familia. ⁽³⁾

La Caracterización de las familias como agente de cuidado a niños ostomizados, las características de los padres que deben asumir el cuidado de niños / as adolescentes ostomizados y las alteraciones que el estoma trae para la vida cotidiana de toda la familia. La orientación sociocultural, las prácticas de cuidado, la calidad y disponibilidad de los recursos y los factores ambientales propuestos como factores condicionales básicos que interfieren en la experiencia de salud y enfermedad de los seres humanos propuestos por Dorotea Orem. ⁽⁴⁾

1.3 ARBOL DE PROBLEMA



Tabla N° 3 ARBOL DE PROBLEMA.

1.4 ANALISIS DEL PROBLEMA

La falta de un protocolo en la clínica el bosque, el desconocimiento de los padres y la necesidad de cuidados de los recién nacidos posoperatorio de

intervenciones quirúrgicas gastrointestinales, genera el personal de enfermería que proporcione cuidados de acuerdo con el criterio de cada uno, sin una base teórica de enfermería, por lo tanto estos cuidados son empíricos, sin planeación y sin objetivos claros para beneficio de los recién nacidos por lo tanto no favorece los procesos de recuperación y prolonga la estancia hospitalaria. A continuación se explicara las causas, el problema y los efectos, bajo la teoría de Teoría de Katherine Kolcaba.

1.4.1 CAUSAS

Se requiere indagar sobre los conocimientos de los padres en el manejo de ostomias de su hijo recién nacido en el hogar.

Se requiere conocer el significado que le atribuyen los padres al tener una experiencia de un hijo ostomizado.

1.4.2 PROBLEMA

Necesidad de los padres de prepararse para el cuidado en la casa del hijo ostomizado que egresa de la UCIN.

1.4.3 EFECTOS

Alteraciones en la piel, riesgo de infecciones, afectación en el bienestar y confort y reingreso hospitalario.

Temor de los padres, ansiedad en el cuidado del hijo ostomizado

Alteraciones en la dinámica familiar, con presencia de complicaciones.

Inseguridad de los padres con inadecuado cuidado, con poco reconocimiento y uso de las redes de apoyo.

Abandono al hijo con ostomía, rechazo, negación y alteraciones en el vínculo afectivo.

JUSTIFICACIÓN

Este proyecto se realiza con el fin de preparar a los padres en el cuidado de ostomías en el hogar cuando el recién nacido egresa de la UCIN,

En principio debemos resaltar el beneficio que tiene el paciente, en este caso el recién nacido ostomizado por una alteración del sistema gastrointestinal. El paciente en el momento en el que empiece hacer cuidado de la manera correcta oportuna con un enfoque de confort y bienestar se sentirá cómodo, protegido, con una piel íntegra, libre de infecciones con todo el amor que proviene de los padres.

Los padres al ver que su hijo es feliz con un estado clínico saludable, se sentirán satisfechos, con una dinámica familiar estable y armónica, disminuyendo las preocupaciones, del mismo modo se ahorrará tiempo en consultas médicas y

posibles hospitalizaciones, el gasto económico será el necesario ya que no harán gastos extras en medicamentos que se usan en una complicación.

La institución como una entidad que se preocupa por la seguridad del paciente para cumplir con los lineamientos gubernamentales e institucionales nacionales e internacionales que promueven que los pacientes sean atendidos de la manera más segura posible con el mínimo de errores, hace que los indicadores de calidad de la institución mejoren, los costos disminuyan y su reconocimiento popular aumente.

Las necesidades de cuidados en la salud hacen que el profesional de enfermería promueve situaciones de cuidado, por lo que planea y ejecuta intervenciones de enfermería encaminadas a dar respuesta a las problemáticas sociales. Por lo tanto el enfermero se posiciona en la sociedad con un papel fundamental, sobre todo en lo que tiene que ver con el cuidado y manejo de ostomias en casa. En estos términos el enfermero proporciona un beneficio institucional, ya que se disminuye la estancia hospitalaria, las complicaciones y disminución en el gasto, teniendo en cuenta y siguiendo los lineamientos de la teoría de Katherine Kolcaba que nos conduce a proporcionar comodidad y confort, generando bienestar y una mejor calidad de vida tanto al paciente como a su familia.

Teniendo en cuenta todos los beneficios anteriores la planeación y ejecución de este proyecto es por personal de enfermería, quien se encargara de aplicar la teoría de Kolcaba para el desarrollo de la práctica y de la enfermería.

2.1 OBJETIVO GENERAL

Preparar a los padres de niños recién nacidos ostomizados que egresan de la UCIN para cuidar a su hijo en el hogar con el fin de dar confort y bienestar.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar los conocimientos de los padres sobre el cuidado y manejo de ostomias en el hogar en relación con los aspectos físicos, sociales, psicoespirituales, ambientales.
2. Determinar el significado que tiene para los padres cuidar en el hogar a su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN para promover confort y bienestar dentro de los contextos físico, social, psicoespiritual, ambiental.
3. Involucrar a los padres en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos ostomizados a nivel hospitalario.
4. Promover la aceptación de los padres sobre los cambios en la imagen corporal del recién nacido producto de la ostomía.
5. Diseñar una estrategia educativa dirigida a los padres sobre cuidado de su hijo ostomizado que garantice confort y bienestar.

2.3 ARBOL DE OBJETIVOS

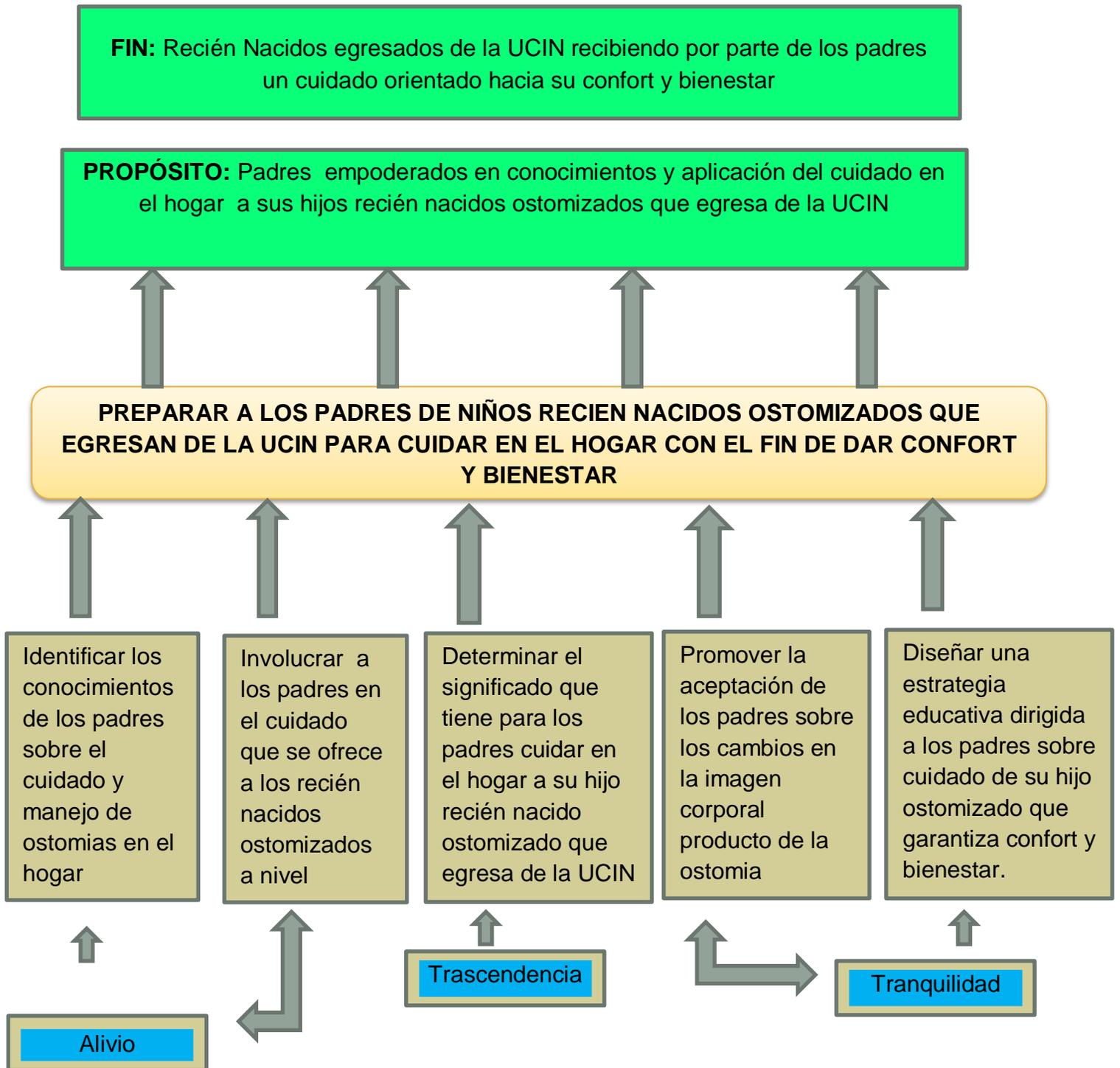


Tabla N° 4 ARBOL DE OBJETIVOS.

3. MARCO NORMATIVO

La alta calidad del cuidado en neonatología implica proveer un nivel apropiado de cuidado a todo recién nacido sano y proveer cuidado más especializado a algunos que lo necesiten, utilizando protocolos de calidad, contando con un entorno habilitante y midiéndolos resultados neonatales a corto y mediano plazo, así como la satisfacción de los padres y de los proveedores del servicio (5)

PROYECTO DE LEY N°. 060DE 2007: “por la cual se establecen lineamientos para los programas de apoyo a la mujer en gestación, al que está por nacer y el parto digno” por la cual se protege la maternidad, el parto digno y se dictan otras disposiciones “.

Artículo 8°.De los derechos de del recién: todos recién nacido tiene derecho a:

- a) Ser tratado con respeto, dignidad, oportunidad y efectividad;
- b) A recibir los cuidados y tratamientos necesarios, acordes con su estado de salud y en consideración a la supremacía de sus derechos fundamentales, sin tener en cuenta el gasto médico predeterminado por las instituciones. En caso de no estar cubierto por algún tipo de protección o de seguridad

social, a recibir atención gratuita en todas las Instituciones de salud que reciban aportes del Estado.

- c) A que se corte su cordón umbilical hasta que éste cese de latir, siempre y cuando no exista contraindicación médica.
- d) A la estimulación de la lactancia materna desde la primera hora de vida, una vez verificado su estado de salud, garantizando la temperatura e iluminación ambiental adecuadas a sus necesidades y respetando el derecho a la intimidad
- e) A que su madre reciba una adecuada atención en salud mental que disminuya el riesgo de la depresión posparto y de esa manera evitar que la madre abandone la lactancia y el recién nacido pueda verse afectado por esta u otras razones concernientes a la salud mental de la madre
- f) A ser inscrito en el Registro Civil de Nacimiento y afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud.

Parágrafo 1°. La Registraduría Nacional del Estado Civil y sus entes territoriales, deberán diseñar instrumentos de inscripción del Registro Civil para ser tramitados en el momento del nacimiento de todo niño o niña que nazca en instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas, a fin de

garantizar su derecho a un nombre, a una identificación plena y a la total adquisición de sus derechos humanos.

Parágrafo 2°. A los niños que nazcan en lugares distintos a las instituciones hospitalarias y en lugares de difícil acceso a los servicios de la Registraduría Nacional del Estado Civil, se les garantizará el derecho a un nombre y a una plena identificación, mediante la promoción y realización de brigadas del registro civil.

Artículo 9°.

De los derechos de los padres. El padre y la madre del recién nacido cuyo pronóstico requiera de una atención especial de su salud, tienen los siguientes derechos:

- a) A recibir información comprensible y suficiente acerca del estado de salud de su hijo o hija, incluyendo el diagnóstico y tratamiento
- b) A dar su consentimiento expreso en caso de que su hijo o hija requiera Exámenes o intervenciones que impliquen procesos de diagnóstico o tratamiento terapéutico
- c) A recibir asesoramiento integral, acorde con el nivel educativo, sobre los cuidados que se deben prodigar al recién nacido.

Parágrafo. De conformidad con las disposiciones contenidas en el párrafo 1° del artículo 44 de la Ley 1122 de 2007, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) o quien haga sus veces, consignarán las novedades referidas a niños con problemas de malformación o con discapacidades físicas, psíquicas o sensoriales, a fin de generar acciones que permitan una atención integral al recién nacido y su inclusión en la sociedad como parte del capital humano de la nación. ⁽⁶⁾

LEY 911 DE 2004 capítulo I, principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería artículo 2, los principios éticos de beneficencia, No- maleficencia, autonomía, justicia, veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, orientan la responsabilidad deontológica-profesional de enfermería en Colombia.

A continuación se especifican cada uno de los valores y principios que fundamentan y que orientan la profesión de enfermería y que serán aplicados en este proyecto de gestión son:

- 1. Beneficencia:** benevolencia o no-maleficencia, principio ético de hacer el bien y evitar el daño o lo malo para el sujeto o para la sociedad. EL proyecto tiene como fin actuar con benevolencia ayudando a los otros a obtener lo que es benéfico para los recién nacidos ostomizados, promoviendo el bienestar, reduciendo los riesgos maléficos, que les puedan causar daños físicos o psicológicos.

2. Autonomía: principio ético que propugna la libertad individual que cada uno tiene para determinar sus propias acciones, de acuerdo con su elección.

Respetaremos en este proyecto a las personas como individuos autónomos reconociendo sus decisiones, de acuerdo con sus valores y convicciones personales. Tenemos claro que uno de los problemas en la aplicación de este principio es que los padres puede presentar diferentes niveles de capacidad de tomar una decisión autónoma, dependiendo de sus limitaciones internas (aptitud mental, nivel de conciencia, edad o condición de salud) o externas (ambiente hospitalario, disponibilidad de recursos existentes, cantidad de información prestada para la toma de una decisión fundamentada, entre otras).

3. Justicia: una vez determinados los modos de practicar la beneficencia, nosotros como enfermeros nos preocuparemos por equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad individual. Esto significa que las personas que tienen necesidades de salud iguales deben recibir igual cantidad y calidad de servicios y recursos. Y las personas, con necesidades mayores que otras, deben recibir más servicios que otros de acuerdo con la correspondiente necesidad. El principio de justicia está íntimamente relacionado a los principios de fidelidad y veracidad.

4. Fidelidad: principio de crear confianza entre el profesional y el paciente. Se trata, de hecho, de una obligación o compromiso de ser fiel en la relación con el

paciente, nosotros cumpliremos promesas y mantendremos la confiabilidad. La expectativa del paciente es que los profesionales cumplan las palabras dadas. Solamente en circunstancias excepcionales, La confianza es la base para la confidencia espontánea, y los hechos revelados en confidencia hacen parte del secreto profesional del enfermero.

5. Veracidad: principio ético de decir siempre la verdad, no mentir y ni engañar a los pacientes. Por esta razón se realizó un consentimiento informado que permitiera establecer la realidad de la situación a la que será expuesta el recién nacido y los padres.

6. Confidencialidad: principio ético de salvaguardar la información de carácter personal obtenida durante el ejercicio de su función como enfermero y mantener el carácter de secreto profesional de esta información, no será comunicado a nadie las confidencias personales hechas por los pacientes. Sin embargo, observaciones técnicas relacionadas con el diagnóstico o terapéutica se comentaran con el personal de salud a cargo del paciente, pues son de interés de todo el equipo de salud. En caso que el paciente revele, confidencialmente, una información que sea de interés de algún miembro del equipo, se solicitara autorización al paciente para revelarla al profesional específico, o solicitar para que él lo haga personalmente. ⁽⁷⁾

4. MARCO CONCEPTUAL

DEFINICION DE CONCEPTOS

Los conceptos que se definen en el proyecto de gestión son los siguientes:

CUIDADO: lo definen diferentes actores y años de la siguiente manera

Los cuidados son una necesidad multidimensional de todas las personas en todos los momentos del ciclo vital, aunque en distintos grados, dimensiones y formas. Constituyen la necesidad más básica y cotidiana que permiten la sostenibilidad de la vida (Izquierdo, 2003)

Por cuidados podemos entender la gestión y el mantenimiento cotidiano de la vida y de la salud. Presenta una doble dimensión: “material”- corporal, e “inmaterial”- afectiva (Esecé, 2005; Perez Orozco, 2006,).

El «trabajo» de cuidar incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento, cuidados sanitarios y la gestión y relación con los servicios sanitarios. Cuidar también implica dar apoyo emocional y social. En definitiva, cuidar significa «encargarse de» las personas a las que se cuida (García Calvente y otras, 2004)

El cuidado es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona (Lagarde, 2003) ⁽⁸⁾

RECIEN NACIDO: Es el periodo neonatal desde el nacimiento hasta los 28 días de vida ⁽⁹⁾

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL: Gorski postuló que la UCI está diseñada para manejar las necesidades de supervivencia del prematuro, incluyendo la respiración, alimentación y regulación térmica, pero sus necesidades del desarrollo a largo plazo no están consideradas. Estas necesidades del desarrollo incluyen el proporcionar el apropiado feedback sensorial para la adecuada maduración del sistema nervioso central, favorecer la interacción padre-hijo y proveer de adecuadas respuestas a los estados y biorritmos del niño ⁽¹⁰⁾

CUIDADOS DEL RECIN NACIDO: El periodo neonatal, por ser el de mayor mortalidad de la infancia y por su carácter de transición entra la vida intrauterina y extrauterina, es uno de los que se requiere mayor atención de enfermería, él bebe superar con éxito su primer paso hacia la independencia y los padres han de reorganizar su vida para atender al nuevo miembro de la familia, sin poner en juego su estabilidad personal y familiar.

Enfermería, tanto por su relación con los padres y el niño como por la continuidad de la atención que presta, asume la responsabilidad de facilitar la adaptación de los padres al bebe y de estos a la nueva situación ⁽¹¹⁾

4.1 TRACTO GASTROINTESTINAL

4.1.1 TRACTO GASTROINTESTINAL SUPEROR

El tracto gastrointestinal superior está compuesto por La boca, la faringe, el esófago y el estómago. El alimento des desglosa mecánicamente por los dientes y la lengua y también se desdobra químicamente, hasta cierto punto, por la saliva

las enzimas, y la bacteria en la boca. Una vez masticada las masas de partículas alimenticias se llama bolo. El bolo pasa por la garganta hacia el estómago.

La digestión, el proceso de desdoblamiento de los alimentos, continúa conforme las partículas grandes de alimento se reducen a porciones más pequeñas. El proceso químico toma lugar, especialmente sobre las proteínas, por acción de enzimas presentes en los jugos gástricos del estómago.

La digestión de carbohidratos empieza en la boca y se suspende en el estómago donde las enzimas y las bacterias son descompuestas y destruidas por el ácido gástrico, la digestión de las proteínas ocurre principalmente en el estómago.

4.1.2 TRACTO GASTROINTESTINAL INFERIOR

El tracto gastrointestinal inferior consta del intestino delgado, el intestino grueso y el ano. Enzimas, las sales biliares, y la flora intestinal hacen la mayor parte del trabajo digestivo en los intestinos.

La flora intestinal es comúnmente conocida como bacteria benéfica. Tiene muchas otras funciones más allá de la digestión. Ayuda a entrenar al sistema inmune, ayuda a combatir infecciones, ayuda a reparar el tracto digestivo inferior podría ayudar a controlar los niveles de glucosa en la sangre,^[4] y mucho más.

La masa de alimento desdoblado ahora se llama quimo. El quimo viene del estómago y es ácido. El páncreas segrega bicarbonato en un esfuerzo para incrementar el pH del quimo antes de que pase por los intestinos. La vesícula biliar

segrega sales biliares para emulsificar los lípidos (grasas) mientras que las enzimas del páncreas y el hígado desdoblan aún más los carbohidratos y las proteínas para más fácil absorción a la sangre o al sistema linfático. La digestión de lípidos y carbohidratos, y la mayor parte de absorción, ocurren en el intestino delgado. La fibra soluble, Como la pectina, no es digerida correctamente porque el tracto digestivo superior y el intestino delgado carecen de las enzimas claves que pueden desdoblarla para hacerla unidades simples de monosacáridos. Pasa al intestino grueso Como un prebiótico (alimento de la flora intestinal). La bacteria intestinal vive en el intestino grueso que es donde se digiere la fibra. Lo que no es consumido por las colonias de bacteria en el intestino avanza al ano, donde finalmente es expulsado Como material fecal. ⁽¹²⁾

4.2 Patologías más frecuentes son enterocolitis necrotizante, atresia duodenal, atresia de colon, obstrucción intestinal.

4.2.1 Enterocolitis necrotizante:

Es la muerte del tejido intestinal y ocurre con mayor frecuencia en bebés prematuros o enfermos.

Causas

La enterocolitis necrosante ocurre cuando el revestimiento de la pared intestinal muere y el tejido se desprende. Se desconoce la causa de este trastorno, pero se cree que la disminución del flujo sanguíneo hacia el intestino impide que éste

produzca el moco que protege el tracto gastrointestinal. Las bacterias del intestino pueden ser también una causa.

La mayoría de las veces, este trastorno se presenta en un bebé que ya está enfermo o es prematuro y es probable que ocurra mientras el bebé todavía está en el hospital.

Los bebés que tienen un mayor riesgo de padecer esta afección abarcan:

- Bebés prematuros.
- Bebés alimentados con leches maternizadas (fórmulas) concentradas.
- Bebés en una guardería donde se ha presentado un brote.
- Bebés que han recibido exanguinotransfusión

Sintomas pueden aparecer de manera lenta o súbita.

- Distensión abdominal
- Sangre en las heces
- Diarrea
- Problemas en la alimentación
- Falta de energía
- Temperatura corporal inestable
- Vómitos

Pruebas y exámenes

- Radiografía abdominal
- Examen de sangre oculta en heces (guayacol)
- Conteo de glóbulos blancos sanguíneos elevados en un CSC
- Trombocitopenia (conteo bajo de plaquetas)
- Acidosis láctica

Tratamiento

- Suspender las alimentaciones regulares.
- Sacar los gases del intestino introduciendo un tubo en el estómago.
- Administrar líquidos intravenosos y medicamentos antibióticos.
- Vigilar el estado del bebé con radiografías abdominales, exámenes de sangre y gasometría arterial.

El bebé necesitará cirugía si hay una perforación intestinal o inflamación de la pared abdominal (peritonitis).

En esta cirugía hay Extracción del tejido intestinal muerto y posteriormente es realizada una colostomía o una ileostomía

Complicaciones

- Perforación intestinal
- Estenosis intestinal
- Peritonitis
- Sepsis ⁽¹³⁾

4.2.2 Atresia duodenal:

Es una afección en la cual la primera parte del intestino delgado (el duodeno) no se ha desarrollado adecuadamente. No está abierto y no puede permitir el paso de los contenidos del estómago.

Causas

No se conoce la causa de la atresia duodenal, pero se cree que resulta de problemas durante el desarrollo de un embrión en el cual el duodeno normalmente no cambia de una estructura sólida a una estructura similar a un tubo.

La atresia duodenal se observa en más de 1 de cada 10.000 nacidos vivos y aproximadamente del 20 al 30% de los bebés que la padecen sufren el síndrome de Down. Esta enfermedad a menudo está asociada con otras anomalías congénitas.

Síntomas

- Se puede o no presentar inflamación de la parte superior del abdomen
- Vómito temprano en grandes cantidades y que puede ser verdoso (contiene bilis)
- Vómito continuo, incluso cuando el bebé no ha sido alimentado por varias horas.
- Ausencia de orina después de las primeras micciones.
- Ausencia de deposiciones después de las primeras heces del meconio.

Pruebas y exámenes

Una ecografía fetal puede mostrar cantidades excesivas de líquido amniótico en el útero, una afección llamada polihidramnios. También puede mostrar inflamación del estómago y de parte del duodeno del bebé.

Una radiografía abdominal puede mostrar aire en el estómago y primera parte del duodeno, sin que se presente aire más allá. Esto se conoce como el signo de la doble burbuja.

Tratamiento

Se coloca una sonda para descomprimir el estómago. La deshidratación y las anomalías electrolíticas se corrigen administrando líquidos a través de una vía intravenosa y se debe llevar a cabo una evaluación para otras anomalías congénitas.

Es necesaria la cirugía para corregir la obstrucción duodenal, pero no es una emergencia médica.

El procedimiento quirúrgico dependerá de la naturaleza de la anomalía. Los problemas conexos, como los relacionados con el síndrome de Down, se deben tratar como corresponda.

Complicaciones

- Otras anomalías congénitas

- Deshidratación

Después de la cirugía, puede haber complicaciones posteriores tales como:

- Inflamación de la primera parte del intestino delgado (megaduodeno)
- Problemas con la motilidad intestinal
- Reflujo gastroesofágico ⁽¹⁴⁾

4.2.3 Atresia de colon

Es la falta de continuidad y permeabilidad del intestino grueso (colon), lo que impide el paso del intestino delgado hacia el recto. Es una anomalía obstructiva del intestino grueso del recién nacido.

La atresia de colon es rara, el diagnóstico debe realizarse con colon por enema que muestra la anomalía. El antecedente de polihidramnios, vómitos biliares en el recién nacido desde el primer día, las radiografías de abdomen pueden mostrar niveles hidroaéreos y ausencia de aire distal en el intestino, el colon por enema puede mostrar obstrucción en algún sitio del intestino grueso y microcolon en la parte distal. Generalmente se requiere la revisión del intestino durante la laparotomía exploradora.

Frecuencia

Se presenta de 1 en 15,000 a 20,000 nacidos vivos. Menos del 10% de las atresias intestinales, se localiza en el intestino grueso.

Clasificación:

Oclusión completa de la luz del colon por un diafragma membranoso

Segmentos proximal y distal en saco ciego unidos por un remanente de intestino en forma de cordón con un mesenterio intacto.

Separación completa de los segmentos colónicos con falta asociada de un segmento de mesocolon.

Esta clasificación fue modificada por Grosfeld y Cols agregando subtipos a la malformación de tipo III.

La tipo II con segmentos separados con defecto en el mesenterio en forma de “V” y la III b en forma de “cáscara de manzana”. La tipo IV que consiste en atresias múltiples.

Cuadro clínico:

Hay antecedente de polihidramnios, se puede diagnosticar por ultrasonido prenatal el cual muestra distensión de asas intestinales. El padecimiento se inicia desde el primer día con intolerancia a la vía oral, vómitos gastrobilíacos, distensión abdominal progresiva. La exploración física revela distensión abdominal con dibujo de asas y ano permeable.

Radiología:

Muestra niveles hidroaéreos, distensión de asas intestinales. El colon por enema con material hidrosoluble muestra microcolon y ausencia del paso de contraste a la altura del sitio de la atresia, en algún segmento del colon.

Diagnóstico diferencial: Mal rotación intestinal, tapón de meconio, malformación ano rectal, íleo meconial y enfermedad de hirschsprung.

Tratamiento:

Incisión transversa derecha supra umbilical. Durante el transoperatorio: el segmento proximal del colon está muy dilatado y el distal está de calibre muy reducido. Anastomosis término-terminal. ⁽¹⁵⁾

4.2.4 Obstrucción intestinal:

Es un bloqueo parcial o total del intestino, cuyos contenidos no pueden pasar.

Causas

La oclusión del intestino puede deberse a:

- Una causa mecánica, lo que significa simplemente que hay algo en el camino.
- Íleo, una afección en la cual el intestino no funciona de manera correcta, pero no existe un problema estructural que lo cause.

El íleo paralítico, también llamado pseudoobstrucción, es una de las principales causas de oclusión intestinal en bebés y niños.

Las causas del íleo paralítico pueden abarcar las siguientes:

- Bacterias o virus que causan infecciones intestinales (gastroenteritis).
- Alteraciones químicas, electrolíticas o minerales, como la disminución de niveles de potasio.
- Complicaciones de una cirugía abdominal.
- Disminución del riego sanguíneo a los intestinos (isquemia mesentérica).
- Infecciones dentro del abdomen, como apendicitis.
- Enfermedad renal o pulmonar.
- Uso de ciertos medicamentos, especialmente narcóticos.

Las causas mecánicas de la oclusión intestinal pueden abarcar:

- Adherencias o tejido cicatricial que se forma después de una cirugía.
- Cuerpos extraños (objetos ingeridos que obstruyen los intestinos).
- Cálculos biliares (infrecuente).
- Hernias.
- Retención fecal
- Intususcepción (introducción de un segmento del intestino dentro de otro).
- Tumores que bloquean los intestinos.
- Vólvulo (torsión del intestino).

Síntomas

- Hinchazón (distensión) abdominal
- Llenura abdominal por gases
- Dolor abdominal y cólicos

- Mal aliento
- Estreñimiento
- Diarrea
- Incapacidad para evacuar los gases
- Vómitos

Pruebas y exámenes

Durante un examen físico, el médico puede encontrar distensión, sensibilidad o hernias en el abdomen.

Entre los exámenes que muestran la oclusión están:

- Tomografía computarizada abdominal
- Radiografía abdominal
- Enema opaco
- Tránsito esofagogastroduodenal

Tratamiento

El tratamiento implica la colocación de una sonda a través de la nariz hasta el estómago o el intestino para ayudar a aliviar la hinchazón (distensión) abdominal y el vómito. El vólvulo del intestino grueso se puede tratar pasando una sonda hasta el recto.

Se puede necesitar cirugía para aliviar la obstrucción si la sonda no alivia los síntomas. También se puede necesitar si hay signos de necrosis.

Complicaciones

- Desequilibrios electrolíticos (minerales y químicos en la sangre)
- Deshidratación
- Perforación (orificio) del intestino
- Infección
- Ictericia (color amarillento de la piel y de los ojos)

Si la obstrucción bloquea el riego sanguíneo al intestino, esto puede causar infección y necrosis (gangrena).

Los riesgos de la necrosis están relacionados con la causa del bloqueo y por cuánto tiempo ha estado presente. Las hernias, el vólvulo y la intususcepción conllevan un mayor riesgo de gangrena.

En el recién nacido, el íleo paralítico que destruye la pared intestinal (enterocolitis necrosante) es una afección potencialmente mortal y puede llevar a infecciones en la sangre y los pulmones. ⁽¹⁶⁾

4.3 TECNICAS QUIRURGICAS

Una colostomía siempre se creara por una necesidad de desviar las heces de su camino normal, al exterior, en diferentes situaciones patológicas; puede ser una

consecuencia de la cirugía sobre el colon porque nos hayan extirpado una parte del mismo o su totalidad; o puede habernos realizado un sutura o tratamiento que precise la desviación de la heces al exterior antes de que alcance la zona intervenida (protección de sutura). En este último caso la colostomía será **temporal** y nos reconstruirán el tránsito intestinal en una intervención posterior.

La reconstrucción suele ser una intervención más sencilla, aunque no exenta de riesgos; consiste en quitar el estoma y volver a unir la dos porciones tubulares del intestino, que recupera así su forma normal. Con la reconstrucción se reanuda el tránsito de las heces, que se expulsaran de nuevo por el ano.

Durante el periodo de inactividad del esfínter anal es aconsejable realizar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico para no perder la continencia cuando se recupera el tránsito intestinal normal. ⁽¹⁸⁾

Según el segmento del colon eliminado, la cirugía recibe diferentes

nombres:

- **Colectomía:** extirpación total del colon
- **Hemicolectomía derecha:** extirpación del colon derecho o ascendente
- **Hemicolectomía izquierda:** la cirugía elimina el colon izquierdo o descendente
- **Colectomía trasversa:** se extirpa el colon transversal
- **Sigmoidectomía:** se extrae el colon sigmoideo o sigma.⁽¹⁸⁾

Las indicaciones para realizar una colostomía son variadas, las más importantes son:

La obstrucción de colon sigue siendo una de las causas más frecuentes ya sea por patología maligna o benigna como lo son la enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis del colon post-radioterapia o de origen isquémico. ⁽¹⁷⁾

La perforación de colon como resultado de patología benigna o maligna, se acompaña de peritonitis localizada o generalizada, lo que hace no aconsejable efectuar resecciones y anastomosis inmediata. En tales situaciones una colostomía es lo recomendable, además de la resección del segmento patológico comprometido. ⁽¹⁷⁾

Los traumatismos de colon son una gran fuente para la creación de colostomías. Heridas pequeñas (que comprometen menos del 25% del perímetro del colon) con poca contaminación fecal intraabdominal, pacientes hemodinámicamente estables y operados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el traumatismo pueden ser cerradas en forma primaria. Sin embargo, daño tisular severo, grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos requieren ser tratadas con colostomía, que puede ser en las siguientes modalidades:

- Exteriorización del segmento lesionado a modo de colostomía.
- Reparación primaria de la lesión y colostomía proximal (habitualmente en heridas de recto).

- Resección del segmento de colon lesionado, con colostomía proximal y fístula mucosa (colon distal exteriorizado)
- Resección del segmento de colon lesionado, con colostomía y cierre del muñón distal (Operación de Hartmann).

Existe un grupo de pacientes que se encuentran en una etapa intermedia entre estos 2 tipos de lesiones y pueden ser tratados en la modalidad de precolostomías que consiste en el cierre primario de la lesión y la exteriorización de este segmento suturado.

En aproximadamente un 50% de estos pacientes, el colon puede ser retornado a la cavidad abdominal entre los 10 y 14 días. El resto de los pacientes, en que las suturas ceden, la exteriorización se transforma en una colostomía formal.

- **Otras razones** para efectuar colostomía son intervenciones quirúrgicas. La resección del recto en su totalidad en continuidad con el aparato esfinteriano requiere de la confección de una colostomía terminal y permanente, generalmente en colon descendente o sigmoideo. Una resección anterior de recto baja o una anastomosis coloanal en general deben ser protegidas con colostomías transversas en asa (colostomía de Wangenste) que son a su vez colostomías temporales y que no desvían el tránsito en su totalidad. ⁽¹⁷⁾

4.4 DEFINICION DE OSTOMIAS Y COLOSTOMIA

4.4.1 Ostomia es una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal. ⁽¹⁷⁾ Para poder expulsar los residuos orgánicos, que por diferentes alteraciones, no pueden ser eliminados por los orificios naturales. Puede comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. ⁽¹⁸⁾

Los estomas deben ser rojos en el interior de la boca, y deben estar húmedos y suaves. Pueden sangrar un poco al frotarlos o tocarlos .esto es normal puesto que los estomas tienen muchos vasos sanguíneos. Además no duelen al tocarlos, porque no tienen terminaciones nerviosas. ⁽¹⁹⁾

Es muy importante entender que el tejido del el estoma no es piel sino **mucosa intestinal**, tiene unas características diferentes a la piel, su morfología especial hace que pueda estar permanentemente en contacto con las heces sin sufrir irritación que puede ir desde un simple enrojecimiento a una dermatitis agresiva. Las heces son irritantes para la piel pero no afectan el estoma.

El estoma de su hijo puede ser distinto a los de las fotografías o a los estomas de otros niños que usted pueda ver, estas son algunas semejanzas y diferencias entre los estomas. ⁽¹⁸⁾

Semejanzas entre los estomas:

- Los estomas son rojos, se parecen mucho al interior de la mejilla.
- A veces pueden sangrar un poco, esto es normal.

- Usualmente están húmedos y suaves.
- No tienen sensación y no duelen al tocarlos.⁽¹⁹⁾

Diferencia entre los estomas:

- Pueden ser temporales o permanentes.
- Algunos niños pueden tener más de un estoma
- Pueden localizarse en diferentes partes del cuerpo
- Los estomas pueden ser de diferentes formas y tamaños.
- Puede sobresalir o estar un poco por debajo del nivel de la piel.
- Se hace por diferentes motivos y el desecho que sale de ellos es diferente.⁽¹⁹⁾

4.4.2 Colostomía: es la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. ⁽¹⁷⁾ **Pueden ser** ascendente, transversa descendente o sigmoide dependiendo de la zona del colon y podemos saber qué tipo es por la localización del estoma en el abdomen.

- **Ascendente:** en la zona derecha
- **Transversa:** en la zona superior
- **Descendente:** en la zona izquierda y alta
- **Sigmoidea:** en la zona inferior izquierda⁽¹⁸⁾

Características de una colostomía

Las colostomías transversas, descendentes o sigmoideas las heces serán más o menos sólidas y formadas.

Estas características nos van a facilitar la recogida en una bolsa de ostomía y será poco frecuentes las fugas (presencia anormal de heces entre la piel y el adhesivo) en la práctica clínica nos encontramos menos irritación de la piel en las colostomías que en otras ostomías, esto no significa que podamos descuidar la higiene y los cuidados de la piel periestomal.

No existe un control de evaluación, es decir, no nos podemos aguantar pero si podemos esperar que el tránsito intestinal se regularice tras un tiempo después de la cirugía; entonces podemos tener un ritmo intestinal que nos permita prever cuando vamos a hacer deposición; El ritmo intestinal es diferente en cada persona, así hay personas que hacen una deposición diaria, otros dos, otros una deposición cada dos días.

Es conveniente conocer cómo se comporta nuestro intestino y como puede modificarse el ritmo intestinal dependiendo de la dieta u otras circunstancias.

Se utilizan mayoritariamente bolsas cerradas tanto de una como de dos piezas, en situaciones concretas como diarrea o excesivos gases puede estar indicada la utilización de bolsas abiertas.⁽¹⁸⁾

4.5 TIPOS DE OSTOMIAS Y COLOSTOMIAS

Existen diferentes formas de realizar un estoma y la técnica utilizada será de preferencia de los cirujanos o de la situación patológica.

Las formas más habituales son los estomas terminales y los estomas en asa.⁽¹⁷⁾

4.5.1 COLOSTOMÍA TERMINAL: Si la colostomía va a ser permanente debe ser de tipo terminal (derivar totalmente el tránsito) realizada en un lugar de fácil manejo para el paciente y lo más distal posible ya que las deposiciones son más formadas.

El lugar más adecuado para este tipo de colostomía es en el cuadrante inferior izquierdo, por debajo del ombligo, 1 3-4 cm. lateral a la línea media y transrectal, fijando el peritoneo a la serosa del colon y también el mesocolon a la pared lateral del abdomen.⁽¹⁷⁾

4.5.2 COLOSTOMÍA EN ASA: Es un procedimiento que permite desviar el tránsito intestinal en forma temporal, sin desviarlo en forma completa.

Se usa para proteger anastomosis difíciles de realizar por ejemplo resección anterior baja, anastomosis coloanales, en traumatismo de recto para proteger la reparación, desviar el tránsito intestinal en heridas perineales complejas o infecciones perineales graves (Síndrome de Fournier o fasciitis necrotizante de periné). Su confección es muy sencilla, se extrae un asa de colon a la superficie de la piel a través de una apertura en la pared abdominal a través del músculo recto abdominal.

Esta exteriorización se asegura con un vástago de vidrio o plástico en el mesocolon, el que se mantiene por 7-10 días, lo cual permite que la serosa del colon se adhiera a la pared abdominal y que no se retraiga hacia la cavidad peritoneal una vez retirado el vástago.

En general estas colostomías se maduran en forma inmediata, es decir se hacen funcionantes al finalizar el cierre de la pared abdominal.

Tiene la ventaja sobre otras colostomías que es de fácil cierre ya que solo requiere una cirugía local y no una laparotomía formal como lo necesita una colostomía terminal.

Hay nuevas técnicas quirúrgicas que permiten efectuar colostomías en asa de tipo terminal, que se confeccionan con suturas mecánicas dejando el cabo distal adherido a la colostomía a manera de fístula mucosa.⁽¹⁷⁾

4.5.3 ILEOSTOMÍA: Es la apertura del íleon distal hacia la pared abdominal. Esta cirugía es más exigente en su confección que una colostomía debido a que el contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuestos a ella, de manera que esta ostomia debe ser siempre protruida, 2-3 cm. sobre el plano de la piel.

La elección del sitio donde efectuarla es de vital importancia, en general cuadrante inferior derecho del abdomen por debajo del ombligo a través del músculo recto abdominal, alejado de prominencias óseas, de pliegues de la piel y cicatrices.

El flujo diario a través de una ileostomía es de 500 a 800 ml, con un pH levemente inferior a 7 y un contenido de sodio alrededor de 115 mEq. La descarga ileal es continua, aumentando levemente después de la comidas, transgresiones alimentarias, episodios de gastroenteritis, obstrucciones parciales o recurrencias de enfermedades inflamatorias.

Existen estudios que demuestran que estos pacientes viven en un estado de leve deshidratación lo que hace que tengan niveles séricos de aldosterona alta como respuesta a esta situación. Otras alteraciones metabólicas que presentan estos pacientes son las formaciones de cálculos urinarios debido al estado permanente de deshidratación por lo que se recomienda ingerir mayor cantidad de líquido.

La pérdida de sales biliares a través de la ileostomía y la interrupción de la circulación entero-hepática ya sea por resección o inflamación del íleon hacen que un grupo importante de estos pacientes presenten una colelitiasis.

Las indicaciones para efectuar una ileostomía permanente han ido en franca disminución en la actualidad, pacientes con colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon en la actualidad se resuelven efectuando reservorios ileales con anastomosis ileoanales.

Lo habitual es que estos pacientes requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana, En general en estos casos se construye una ileostomía en asa, que requiere de una cirugía local para reconstruir el tránsito. (8 semanas) después de construida.

La ileostomía en asa de fácil construcción, se extrae un asa de intestino delgado a través de una apertura en la pared abdominal, que puede realizarse con o sin vástago. Este vástago se deja por 7 días hasta que la serosa de intestino delgado se adhiera al celular y a la aponeurosis.

Para que la ileostomía quede protruida, se efectúa un corte en el borde antimesentérico de la porción distal de intestino delgado y se vierte sobre la porción proximal quedando protruida 2 a 3 cm., posteriormente se suturan los bordes del intestino a la piel de la ostomia. ⁽¹⁷⁾

4.5.4 COMPLICACIONES DE LAS OSTOMÍAS

4.5.5 ISQUEMIA O NECROSIS

- De una ostomia es una situación grave que ocurre muy cercano a la cirugía (primeras 24 horas). Lo común es que se produzca en pacientes con pared abdominal gruesa y/o en ostomias de tipo terminal.
- En caso de resecciones tumorales del colon sigmoides, debe efectuarse ligadura de la arteria mesentérica inferior en su salida de la aorta, esto puede hacer que la colostomía fabricada con colon descendente sea límite en cuanto a irrigación y necrosarse.
- La confección de una ileostomía terminal requiere de un segmento de íleon de aproximadamente 8 cms., conservando su irrigación para extraerlo a

- través de la pared abdominal y poder evertirlo al exterior. Cuando este segmento se torna isquémico, se reconoce porque cambia de coloración y sus bordes no sangran.
- Si la necrosis del colon o íleon exteriorizado va más allá de la aponeurosis, la indicación es efectuar en forma urgente una nueva ostomía, por el riesgo de perforación hacia la cavidad peritoneal. ⁽¹⁷⁾

4.5.6 PROLAPSO

- De una colostomía ocurre con mayor frecuencia en aquellas en asa y la causa es una confección defectuosa al dejar un orificio aponeurótico demasiado grande y un colon proximal redundante sin fijarlo a la pared. Los prolapsos de ileostomía se originan por razones similares, en caso de ileostomías terminales la falta de fijación del mesenterio a la pared abdominal, es la causante del prolapso. En ocasiones el prolapso puede tener compromiso vascular, lo que requiere de reparación inmediata.
- Los prolapsos que ocurren en ostomias temporales se resuelven al reanudar el tránsito intestinal, en cambio los que se presentan en ostomias permanentes, requieren de corrección quirúrgica local o la fabricación de una nueva ostomía. ⁽¹⁷⁾

4.5.7 ESTENOSIS

- Esta puede ocurrir a nivel de la piel o de la aponeurosis. Aparecen después de isquemia del segmento exteriorizado, infección local o una apertura en la piel demasiado pequeña. Si la estenosis está a nivel de la piel se puede reparar en forma local, en cambio sí está a nivel de la aponeurosis puede repararse localmente o a través de una laparotomía. ⁽¹⁷⁾

4.5.8 HERNIAS PARAOSTÓMICAS

- Ocurre por una apertura de la fascia o aponeurosis demasiado grande o por localizar la ostomía por fuera del músculo recto abdominal, tienen en general poca tendencia a complicarse pero son molestas para el paciente en la medida que no logran adecuar bien la bolsa de colostomía.
- La reparación puede ser local, reparando el orificio herniario colocando una malla alrededor de la colostomía o simplemente reubicando la colostomía en otro sitio. Las hernias alrededor de la ileostomía son raras. ⁽¹⁷⁾

4.5.9 Retracción de la ostomía

- Ocurre por inadecuada movilización del colon, pared abdominal gruesa, o mesenterios cortos, esto hace que la colostomía sea umbilicada provocando derrames frecuentes alrededor de la bolsa de colostomía. Requiere de cuidados de la piel prolijos o simplemente fabricar una nueva ostomía.

- Las retracciones de una ileostomía ocurren en forma frecuente y es una de las causas más comunes por las que hay que rehacer una ileostomía. Se originan por la utilización de un segmento de íleon demasiado corto, por compromiso vascular isquémico del segmento exteriorizado o por aumento excesivo de peso del paciente en el post-operatorio. ⁽¹⁷⁾

4.5.10 ALTERACIONES DE LA PIEL

- No menos importantes para el paciente son las alteraciones de la piel que se generan cuando una ostomía ha sido mal confeccionada, en especial una ileostomía ya que el flujo ileal es corrosivo y puede causar inflamación, infección y dolor en la zona.
- Muchas de estas complicaciones deben ser anticipadas por el cirujano, realizando la ostomía en un lugar de fácil acceso y visibilidad para el paciente, practicando una ostomía a través del músculo recto abdominal, en un lugar de la piel que permite el uso de aparatos protésicos que pueden ajustarse con facilidad.
- Debemos considerar que una ostomía, sea temporal o permanente produce trastornos psicológicos en estos pacientes tales como ansiedad, depresión, problemas sexuales y finalmente aislamiento social.
- Por estas razones, frecuentemente requieren de apoyo psicológico o bien ser integrados en grupos de pacientes ostomizados que les sirven de apoyo. La presencia de una enfermera universitaria con experiencia en ostomías es de gran ayuda para estos pacientes. ⁽¹⁷⁾

4.6 CUIDADOS DE UNA OSTMIA EN CASA

4.6.1 ¿Cómo realizo la higiene del estoma?

Aunque al principio parezca un proceso delicado, con el tiempo la higiene y la colocación de la bolsa será una tarea sencilla y rápida que formara parte de la higiene diaria.

Lavaremos el estoma con agua templada y jabón con la misma fuerza con la que frotaremos cualquier otra parte del cuerpo. A continuación se retira bien el jabón y sacaremos, a golpecitos suaves con una gasa, **nunca debemos utilizar con secador con aire caliente por riesgo de quemadura.**

Podemos utilizar el mismo jabón que se utiliza para el resto del cuerpo siempre que tenga un PH neutro.

No debemos asustarnos si al frotar, el estoma sangra un poco. Si es así, podemos hacer una ligera presión en la zona con la compresa fría, se debe utilizar el frío para cortar la hemorragia pero **nunca hielo.**

No debemos utilizar lociones, colonias o cremas que no hayan sido recomendadas por los especialistas, puesto que podemos provocar irritaciones y dificultar la adhesividad de los dispositivos ⁽¹⁸⁾

Sistemas de bolsa de plástico recolecta el desecho que sale por el estoma, está elaborada de un material diseñado para mantener el olor.

Los accesorios son artículos opcionales. Cada uno de ellos realiza una función específica y se usa únicamente cuando se indica, ejemplos de accesorios incluyen aros de barreras, pasta para barrera, eliminadores de olores o cinturones de ostomía.⁽¹⁹⁾

Barrera cutánea: es la parte cerosa que se pega a la piel y queda alrededor del estoma, protege la piel para que no tenga contacto con excremento, la orina o las enzimas, no es una cinta adhesiva, pero al igual que esta, mantiene el sistema el sistema de bolsa en su lugar, la apertura de la barrera cutánea debe ser del mismo tamaño que el estoma. Una barrera cutánea **cortada a la medida** le permite adaptar a la apertura para que la piel este cubierta y protegida. **El** tipo de barrera que usted usara depende del tipo de estoma. Si su hijo tiene una colostomía o una ileostomía, usted utilizara una **bolsa drenable** que se abre en la parte inferior para que pueda vaciarla.⁽¹⁹⁾

4.6.2 Bolsas que se utilizan en una colostomía (Cerrada o abiertas)

Las cerradas son las que habitualmente están indicadas para las colostomías, al estar cerradas no podemos vaciar el contenido de la bolsa sino que debemos cambiarla, están indicadas para deposiciones formadas.⁽¹⁸⁾ Estas bolsas funcionan bien cuando el estoma tiene poco desecho (ejemplo en bebés prematuros) o con niños pequeños para ocasiones específicas (como nadar).

Los bebés tienden a succionar todo, cuando los bebés succionan o lloran, tragan aire que se va a la bolsa. Demasiado aire en la bolsa puede romper el sello.

Algunas bolsas incluyen un **filtro** que permite que el gas salga de la bolsa sin olor. Estas se usan generalmente en las colostomías y en algunas ileostomías, nunca en una urostomía.⁽¹⁸⁾

Las abiertas disponen de un sistema vaciado por la parte inferior. En una colostomía pueden ser útiles si las heces son líquidas o para vaciar un exceso de gases.

Existen en el mercado bolsas cerrada y abiertas tanto en una como en dos piezas

Una pieza: son aquellas bolsas que se pegan directamente a la piel; llevan incluido el adhesivo. Se recortan a la medida del estoma, se retira el film protector del adhesivo y se pegan a la piel.⁽¹⁹⁾

En el **sistema de bolsa de una pieza**, la barrera cutánea ya está integrada a la bolsa. Es muy flexible y fácil de usar.

Cada vez que sea necesario cambiarla, debemos despegar el adhesivo, lo que supone una mayor agresión de la piel. Por lo tanto no serán aconsejables si tenemos que realizar muchos cambios de bolsa o tenemos la piel muy delicada.⁽¹⁸⁾

Dos piezas: consta de dos partes, una placa o disco que incluye el adhesivo para apegar a la piel y la bolsa propiamente dicha, que se acopla al disco o la placa por diferentes sistemas.

Estos sistemas nos permiten cambiar la bolsa sin tener que despegar de la piel el adhesivo. Por tanto están indicadas en todas aquellas situaciones que debamos proteger especialmente la piel, como por ejemplo si realizamos más de dos cambios al día de la bolsa o en pieles dañadas.

En este sistema de bolsa usted puede poner las puntas de sus dedos debajo del reborde para apoyarse mientras conecta la bolsa a la barrera cutánea. Puede desconectar la bolsa para cambiarla o vaciarla o para dejar salir el gas.⁽¹⁹⁾

Bolsas transparentes u opacas: se aconseja utilizar bolsas transparentes tras la cirugía mientras sea conveniente vigilar el aspecto, las características de las heces y el ritmo intestinal. Cuando todo se normalice podemos utilizar las bolsas opacas y beneficiarnos de su discreción.⁽¹⁸⁾

DIFERENTES TAMAÑOS

Tras la cirugía se recomienda usar bolsas tamaño “maxi” hasta que se normalice el ritmo intestinal; tras este periodo de adaptación podemos elegir otros tamaños más discretos dependiendo la capacidad de deposición.

Es bástate normal utilizar una bolsa más pequeña durante el día, para salir a la calle, para viajar, hacer deporte y otras más grandes durante la noche en situaciones de diarrea o si no vamos a poder cambiarlos en unas horas.⁽¹⁸⁾

4.6.3 Colocación de la bolsa de colostomía (procedimiento)

- Empezaremos por preparar todo el material que vamos a necesitar. Para ello haremos un repaso mental de lo que vamos a realizar hasta que nos acostumbremos
- Siempre debemos lavarnos las manos antes y después del procedimiento. No es necesario guantes estériles, pero si “no estériles” para los cuidados de las personas con colostomías, si somos nosotros mismos los que realizamos los cuidados del estoma es suficiente lavarnos las manos antes y después. ⁽¹⁸⁾

Colocación de bolsa de una sola pieza

- Es tan sencillo como retirar el protector del adhesivo y pegar en la piel, haciendo coincidir el estoma con el orificio que hemos cortado a la medida.
- Para realizar un cambio de la bolsa de colostomía de una pieza podemos realizar los siguientes pasos :

Retirar la bolsa que deseamos cambiar. Despegar una esquina de la parte superior e ir despegando poco a poco sin tirones. Es mejor ir separando la piel del adhesivo que tirar la bolsa para despegarla; esto provoca mayor irritación. ⁽¹⁸⁾

Lavar el estoma con agua templada y jabón neutro, se puede utilizar una esponje suave y limpiar el estoma sin miedo, como una parte delicada del cuerpo pero sin ser una herida. Un ligero sangrado es normal por la gran vascularización de la mucosa del estoma. Secar a golpecitos suaves con una toalla. ⁽¹⁸⁾

¿Cómo y porque medimos el estoma?

Las son muy agresivas e irritantes para la piel pero no para la mucosa del estoma. La mejor manera de proteger la piel de irritaciones es mantenerla cubierta con el adhesivo de la bolsa, especialmente diseñado para este fin. Por ello debemos recortar el adhesivo con la misma medida y forma que el estoma; este si tiene que quedar libre para permitir la salida de las heces, pero no debe quedar piel alrededor al descubierto.

Tras la cirugía el estoma ira reduciendo su tamaño durante los primeros meses y por lo tanto se recomienda medirlo cada 4 o 5 días y ajustar el recorte a esta nueva medida. Posteriormente los cambios no son tan rápidos y es suficiente medirlo cada 15 días; habitualmente una vez al mes.

Existen diferentes tipos de medidores como los de tipo y calibre, las plantillas con círculos o semicírculos de diferentes medidas, pero siempre podemos utilizar una cinta métrica, una regla o cualquier otro sistema de medir.

Es aconsejable tomar medidas para hacer un dibujo, que una vez recortado en el papel, nos pueda servir de plantilla; trasladaremos la plantilla al adhesivo y marcaremos con un bolígrafo o rotulador para facilitar el recorte. ⁽¹⁸⁾

Recortar el adhesivo

Hay bolsas precortadas y recortables. En el caso de tener que recortarlas recomendamos hacerlo con tijeras de punta roma y algo curvas que nos faciliten cortar en círculo.

Podemos encontrar este tipo de tijeras en establecimientos de venta de material quirúrgico-ortopedias o pedírselas al laboratorio del que utilizamos las bolsas.

Solo utilizamos unos sistemas precortados cuando el estoma se adapte perfectamente a la medida la forma que ya viene definida. ⁽¹⁸⁾

Colocar la bolsa pegando el adhesivo de abajo a arriba e intentando que se adapte a todos los pliegue de la piel.

Se debe de empezar a colocar de abajo a arriba; ir presionado levemente y de forma continua para que quede bien pegado y sacar las posibles burbujas que puedan quedar. Ir adaptando el adhesivo a cualquier irregularidad de la piel. (Perecido cuando forramos un libreo con capel adhesivo).

Una vez pegado es conveniente mantener la mano sobre la zona del adhesivo para proporcionar calor y favorecer la adhesividad.

Un truco; si utilizamos bolsas opacas no tendremos la visión del estoma a través del plástico. Podemos plegar el adhesivo hacia afuera (doblarlo por la mitad) y poner primero la media luna inferior y luego la superior. Así centremos a adaptaremos mejor el orificio al estoma. ⁽¹⁸⁾

Colocación de bolsas de dos piezas

Como sabemos las bolsas de dos piezas son aquellas que van unidas a una placa adhesiva (ira pegada a la piel) de forma que nos podemos cambiar de bolsa sin pegar el disco de la piel. ⁽¹⁸⁾

Pegar el disco haciendo coincidir el orificio recortado con el estoma.

Acoplar la bolsa al disco según indicación del fabricante.

Comprobar que hemos unido bien el disco y la bolsa.

La colocación de la pieza adhesiva de estas bolsas se realiza igual que si fuera un sistema de una sola pieza. Es decir, medir recortar y pegar de abajo hacia arriba.

Existen diferentes formas de adaptación; a presión, con pieza de seguridad y últimamente con adhesivo. Todos ellos están preparados para resistir un tirón accidental, es conveniente comprobar si está bien acoplado mediante un pequeño tirón. Algunos sistemas incluyen un sonido “clic” para facilitar la tarea a las personas los invidentes. ⁽¹⁸⁾

Cambio de la bolsa y la barrera

La frecuencia con la que cambiara el sistema de bolsa depende de cuánto tiempo la barrera cutánea permanezca en contacto con la piel de su hijo, el sistema de bolsa gotea o se afloja, es momento de cambiar la bolsa también debe remplazarse si su hijo le dice que le arde la piel, que tiene comezón o si se jala la bolsa o parece estar incomodo cuando no hay otra explicación.

- El tiempo de uso típico de una bolsa en un bebe puede variar de uno a dos días. A veces los niños pequeños pueden alcanzar hasta tres días de tiempo de uso, idealmente, usted encontrara un tiempo de uso predecible, pero también tendrá que ser flexible. El tiempo de uso depende de la cantidad de desecho que sale del estoma, del nivel de actividad de su hijo y de otros factores.
- Al quitar la barrera cutánea, empuje suavemente la piel retirándola del adhesivo con su dedo, un trapo húmedo, una toalla de papel suave lista para limpiar cualquier desecho que pueda salir después de quitar la bolsa.
- Al principio, los cambio de la bolsa pueden ser incomodos para su hijo, quizás usted se siente inseguro mientras aprende que funciona mejor puede tener la seguridad de que esta proceso se facilita con el tiempo y con la práctica. ⁽¹⁹⁾

Vaciado de la bolsa

Una de las primeras cosas que aprenderá es como vaciar la bolsa. No es muy diferente de cambiar a un pañal. No es necesario que utilice guantes, aunque es posible que veas a las enfermeras del hospital los usen.

- Vacíe la bolsa cuando de 1/3 a 1/2 de la misma este llena de gas, excremento orina. Si se llena demasiado, goteara o su duración será menor, siempre es buena idea vaciar la bolsa antes de una siesta antes de irse a la cama o de viajar en auto. Después de vaciar limpie la parte inferior de la bolsa antes de cerrarla, puede usar un pañuelo desechable o una toalla húmeda.
- Si usa pañales desechables, simplemente puede vaciar el contenido de la bolsa en el pañal cuando esté cambiando el pañal de su bebe ocasionalmente el proveedor de servicio de salud de su hijo puede pedirle que mida la cantidad de desecho.
- Si está usando un sistema de bolsa de dos piezas, puede parecerle más sencillo desconectar la bolsa para vaciarla quite toda la bolsa y conecta una vacía.
- Con los bebe es más fácil vaciar la bolsa si la orienta lateralmente al colocarla, con niños más grandes que ya caminan, orientarla verticalmente es mejor para el llenado de la bolsa.
- Si tiene un niño que empieza a andar o un niño en edad preescolar, quizá ya esté ya esté listo para sentarse en el sanitario cuando usted vacié la

bolsa, una bacinica ayudara a que se sienta a gusto, poner un poco de papel higiénico en el agua del sanitario evitara salpicaduras al vaciar el contenido.

- No es necesario limpiar el interior de la bolsa cuando su hijo la lleve puesta, poner agua en la bolsa y enjuagarla pueda debilitar el sello de la barrera cutánea y reducir el tiempo de uso. Si es difícil sacar el excremento de la bolsa, puede considerar el uso desodorante lubricante ADAPT, este producto hace que el interior de la bolsa sea resbaloso, de manera que el contenido sea vacía más fácilmente. También tiene el beneficio de eliminar el olor, no use otros productos tales como aceite de cocina, aceite de bebe o jabón puesto que pueden debilitar el sello de la bolsa. ⁽¹⁹⁾

Cuidados de la piel que rodea el estoma se le llama piel periestomal

- A la piel que rodea el estoma se le llama piel periestomal y es igual que el resto de la piel del cuerpo de su hijo. No es más ni menos sensible. Aunque el estoma no tiene sensación, la piel sí. Uno de los objetivos más importantes para usted es mantener saludable la piel. Si la piel no se mantiene saludable, pueden presentarse problemas de goteo en la bolsa, Para limpiar la piel alrededor de la ostomia, use sólo agua. O puede usar un jabón suave que no deje película ni residuo en la piel y luego enjuagar con agua. Siempre enjuague el jabón. El agua o el jabón no afectarán el estoma.

- No use toallitas para bebé, aceites, polvos, ungüentos ni lociones en la piel que rodea al estoma. Estos productos contienen ingredientes que pueden evitar que el sistema de bolsa se adhiera.
- Si tiene un bebé prematuro, la piel del bebé aún no ha tenido la oportunidad de desarrollarse y madurar. Por tal motivo, es necesario tener más cuidado con todos los productos que se usan en la piel del recién nacido.
- Debido a que la piel inmadura puede absorber sustancias, use sólo productos que hayan sido recomendados por el proveedor de servicios médicos de su hijo. La piel no debe irritarse, pues eso puede causar molestia a su hijo. ^{(19)d}

4.7 CUIDADOS GENERALES

4.7.1 Planear con anticipación el cambio de la bolsa

Los niños tiende a tener sus propios horarios, pero usted puede estar preparado si planea con anticipación. Existen muchas maneras de hacer que el cambio de bolsa sea libre de estrés. Estar preparado puede marcar la diferencia, especialmente para los cambios no programados.

- De ser posible, cambie la bolsa cuando el estoma este menos activo. Esto dependerá de cuando haya comido su hijo. Una buena hora es al inicio de la mañana o al menos dos horas después de comer.
- Es útil conocer la rutina de su hijo. si existe una hora durante el día en la que su hijo normalmente está tranquilo, ese es el mejor momento para cambiar la bolsa. Por ejemplo, en la mañana o después del baño vespertino pueden ser buenas horas en su hogar.
- Si es necesario cambiar la bolsa y su bebe está muy inquieto y llorando, espere un poco cárguelo Hasta que se tranquilice. los dos se sentirán mejor y todo el proceso será más fácil.
- U juguete o un móvil puede ayudar a distraer a un niño inquieto y mantenerlo ocupado mientras se le cambie la bolsa.

Antes de empezar, asegúrese de tener todo el material listo para usarlo.

- Al principio puede ser más fácil cambiar la bolsa a cuando haya otra persona cerca para ayudar. quizá pueda planear un momento en el que su conyugue u otro familiar este presente.
- Los hermanos mayores pueden ayudar entreteniendo al niño durante el cambio de la bolsa. Un niño grande también puede ayudarle a preparar el material o pasárselo a usted.
- Tenga equipo en distintos lugares además de su casa; en la guardería, en la pañalera y el al casa de la abuelos.⁽¹⁹⁾

4.7.2 BAÑO

- Puede bañar a su hijo con la bolsa o sin ella. El agua no se introducirá en el estoma, y no lo dañará. Si su hijo tiene un estoma urinario, pregunte al médico de su hijo antes de permitir que el agua cubra el estoma. Si decide bañar al niño sin la bolsa, no se sorprenda si el estoma funciona en la bañera. Evite usar jabones o lociones grasosas alrededor del estoma, puesto que pueden interferir con la adhesión de la barrera a la piel. Si su hijo usa la bolsa al bañarse, séquela después y revise que el sello esté firme ⁽¹⁹⁾

4.7.3 ROPA

- Su hijo no necesitará ropa especial debido al estoma, pero existen maneras de seleccionar ropa que facilite las cosas para los dos.
- Al seleccionar ropa, evite aquella cuya pretina roce el estoma o que esté tan ajustada que evite que se llene la bolsa.
- La ropa de una sola pieza generalmente funciona mejor. Algunos trajes de dos piezas pueden res balarse y desconectar la bolsa antes de que usted esté listo para hacerlo. Por otro lado, un traje de dos piezas puede facilitar el vaciado de la bolsa.
- Al usar pañales, es probable que deba probar diferentes opciones. A algunos padres de familia les parece mejor poner la bolsa en la parte exterior del pañal, mientras que a otros se les facilita más ponerla dentro del pañal. Pruebe diferentes métodos para ver cuál funciona mejor.

- Cuando su hijo se vuelva más activo, es posible que se desprenda la bolsa y que su actividad afecte más el sello de la bolsa. Las playeras de una sola pieza que se abrochan en la entrepierna sostienen la bolsa más firmemente cerca del cuerpo y pueden mantener alejados a los dedos curiosos⁽¹⁹⁾

4.7.4 ALIMENTACION Y NUTRICION

- La alimentación bien balanceada es importante para todos. Muchos padres se preguntan si sus hijos tendrán restricciones alimenticias por la ostomía. En general puede requerir una dieta “especial” por otras afecciones médicas. Pero no por la estoma.
- La alimentación por seno materno tiene muchas ventajas tanto para el bebe como ara la madre. Usted decide. Si su bebe está en la unidad neonatal de cuidados intensivos (UCIN), quizá sea necesario que usted use un saca leche para guardar la leche hasta que su bebe pueda tomarla. A una persona que se especializa en ayudar a las madres que amamantan a sus bebes se les llama consultor de lactancia, puede preguntar a las enfermera de la (UCIN) si hay un consultor de lactancia disponible.
- Se pude añadir nuevos alimentos a la dieta de su bebe según las recomendaciones del médico. Al añadir un nuevo alimento puede haber cambios en el color o en la consistencia del excremento de su hijo, o pude haber más gas. Esto es normal. Observe la reacción a cualquier alimento nuevo. Si causa problemas en el desecho, consulte al médico.
- El gas es una preocupación común, especialmente con las colostomías. El gas de la bolsa puede deberse al aire que los bebés ingieren al succionar.

- Los niños con ileostomías pueden tener algunas pautas adicionales. Algunos alimentos no se digieren bien y por lo tanto pueden no pasar por el estoma de la ileostomía. Su enfermera de ostomía o pediátrica o un nutricionista del hospital puede ayudarle a identificar dichos alimentos. Para evitar problemas, puede recomendarse limitar u omitir ciertos alimentos. Puede permitirse a los niños mayores que consuman dichos alimentos si los mastican por completo antes de tragarlos.
- Si no hay desecho del estoma durante mucho tiempo y su hijo experimenta cólicos, diarrea o hinchazón abdominal, llame al médico del niño.
- Ingerir líquidos es importante para todos los niños. Los bebés y los niños con ileostomías pueden deshidratarse rápidamente.⁽¹⁹⁾

4.7.5 DORMIR

- Siempre es buena idea vaciar la bolsa antes de ir a dormir, dormir boca abajo no afecta el estoma. Aunque se recomienda que los bebés duerman boca arriba por otros motivos médicos.⁽¹⁹⁾

4.7.6 VIAJE

Al viajar por avión con su hijo, asegúrese de llevar su material en su equipaje de mano. Al viajar en auto, su hijo siempre debe ir en un asiento adecuado para su edad evite colocar en cinturón de seguridad sobre el estoma.

La velocidad y el tiempo del crecimiento físico y desarrollo puede variar mucho de un niño a otro, incluso en niños sin estomas, cuando su hijo esté listo, el estoma no evitara que pueda moverse como lo hará normalmente. Sin embargo, una vez

que el niño sea más activo, el sistema de bolsa será sometido a mayores exigencias. .⁽¹⁹⁾

4.8 SIGNOS DE ALARMA

Debido a que su hijo tiene una ostomía, hay ciertas situaciones que debe tomar en cuenta

4.8.1 IRRITACIÓN DE LA PIEL

- La piel que rodea el estoma puede irritarse, algunas de estas afecciones cutáneas son menores y mejorarán rápidamente. Si la piel se abre y está humedecida, puede interferir con un buen sello. Si hay cambios de bolsa frecuente y no programados (dos veces al día o más), habrá más irritación en la piel. ⁽¹⁹⁾

4.8.2 ESTOMA PROLAPSADO

- Esto ocurre cuando el estoma cambia y se hace más largo o más grande de lo que era. Si esto ocurre, puede causar preocupación. Es importante reportar esto al médico. ⁽¹⁹⁾

4.8.3 ESTOMA RETRAÍDO

- Esto ocurre cuando el estoma se hunde por debajo del nivel de la piel. Puede ocurrir cuando baje la inflamación del estoma o cuando su hijo suba de peso. En ambos casos es normal Si el estoma se retrae, puede disminuir el tiempo de uso del sistema de bolsa de su hijo. ⁽¹⁹⁾

4.8.4 DESHIDRATACIÓN

- Cualquier niño puede desarrollar diarrea, la cual también puede ir acompañada de vómito. Esto puede ocasionar deshidratación
- La deshidratación se presenta al perder demasiado líquido que no puede ser reemplazado bebiendo.
- Las señales de deshidratación incluyen apatía, menor producción de orina y/u orina oscura, boca seca, ojos hundidos, ausencia de lágrimas.
- Los bebés y los niños con ileostomías pueden deshidratarse rápidamente. Usted debe familiarizarse con el desecho normal del estoma de su hijo, poder reconocer la consistencia usual y con qué frecuencia normalmente vacía la bolsa.
- No use medicamentos de venta libre para tratar la diarrea o el vómito sin hablar con el médico de su hijo.
- Si el desecho del estoma aumenta y usted observa señales de deshidratación, llame de inmediato al médico de su hijo. Si no logra contactar al médico, vaya a la sala de emergencias.⁽¹⁹⁾

4.8.5 SANGRADO

- La estoma puede sangrar, y esto es normal. Sin embargo, si el sangrado no se detiene, contacte a su médico de inmediato⁽¹⁹⁾

5. MARCO TEORICO

Teoría de Katherine Kolcaba mediano rango

Katherine Kolcaba, conceptualiza la comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psicoespiritual, social y ambiental)

La comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, es algo positivo, que se logra como consecuencia de los cuidados de comodidad terapéuticos que las enfermeras ofrecen y que tienen como consecuencia la mejora del estado de salud , transcurre paralelamente a la complejidad de la propia vida de los sujetos, cuando estos se enfrentan a situaciones en la que se ven comprometidas sus necesidades de comodidad, se pone de manifiesto la verdadera potencialidad del ser humano, en la búsqueda de la restitución del desorden que estas producen en los procesos vitales, emergiendo así las intervenciones de comodidad que permitan restituir el orden.

La definición que Kolcaba de bienestar y comodidad física y mental, lo hace a partir de otro teorista que se desprende que los cuidados que van orientados al logro de la comodidad holística del sujeto y dentro del entorno donde se lleve a cabo el proceso de cuidar.

El concepto de tranquilidad utilizó el pensamiento de Henderson, otro teorista, que describe las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeostasis. Su concepto de necesidad está planteado como requisito para la vida. Para Henderson el termino necesidad es anterior al problema, de ello se desprende que la comodidad sería un requisito para alcanzar

un nivel óptimo de salud y por tanto un grado de independencia. El problema relacionado con el requisito para la vida sería la incomodidad y por ello la posible pérdida de autonomía.

La trascendencia, Kolcaba lo elaboró a partir de la obra de Paterson y Zderad, estas autoras afirman que las personas pueden superar sus necesidades de salud con la ayuda de las enfermeras.

El confort o comodidad se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consistente en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de comodidad son: alivio, tranquilidad y trascendencia⁴ que se definen cómo:

- **Alivio:** el estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica, se refiere a la satisfacción de necesidades; es decir, se deben aliviar malestares en los pacientes.

En este proyecto se pretende que los padres adquieran conocimiento para que de esta manera sientan alivio y cumplan con la satisfacción de necesidades o sepan interpretar las necesidades que tienen sus hijos ostomizados

- **Tranquilidad:** el estado de calma o satisfacción, hace referencia a la persona entera, a la comodidad en la mente y cuerpo, estado de satisfacción y positivo.

Los padres deberán aceptar el cambio de imagen corporal de su hijo ostomizado, lo que hará que se sientan más tranquilos atendiendo y promoviendo el bienestar de su hijo ostomizado, a partir de una estrategia metodológica que promueve en los padres esa sensibilización.

- **Trascendencia:** estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o dolor. (Kolcaba 2003), es independiente y se refiere a las medidas de comodidad que fortalecen y engrandecen a una persona.

Al proveer a los padres de conocimientos suficientes para darle manejo de las ostomias, podrán entender el significado y la importancia que tiene el dar cuidado a su hijo sobre todo de una manera segura dándole todas las garantías de calidad, confort y bienestar.

La persona surge por encima del dolor o problemas se describió con los contextos sobre holismo, como:

Los cuatro contextos de la experiencia (físico, Psicoespiritual, social y ambiental) (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Fox, 1999). Los tipos de comodidad pueden definirse como (Kolcaba, 2001):

Físico: perteneciente a las sensaciones corporales.

Psicoespiritual: perteneciente a la consciencia interna del yo, como: autoestima, auto concepto, sexualidad, y el significado de la vida, en relación con un orden o estado superior.

Social: se refiere a las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

Ambiental: perteneciente al entorno y condiciones e influencias externas como: luz, ruido, temperatura, entre otros, y como se interrelacionan los sentidos con los contextos surgiendo una estructura taxonómica.

	Tipos de confort	Alivio	Tranquilidad	Trascendencia
Contexto en el que se produce	Físico			
	Psicoespiritual			
	Ambiental			
	Social			

Figura Estructura taxonómica del confort de Kolcaba, Reeduca (enfermería, fisioterapeuta y podología)
Serie de trabajos Fin de Master.1(2):501-515,2009

El cuidado cómodo surge de una situación de estímulos y tensiones negativas, que originan necesidades de comodidad en intervenciones para satisfacer dichas necesidades, moviendo la tensión en una dirección positiva. El paciente percibe si la tensión cambia por aplicación de intervenciones. La enfermera evalúa si la comodidad fue alcanzada por medio de valoración de la percepción del paciente, tanto objetiva como subjetivamente. La enfermera determina si las medidas de comodidad implementadas aumentaron o sí se tiene que implementar nuevas.

Estas medidas pueden ser muy sencillas como por ejemplo, mantener a la persona limpia, seca, en una buena posición, ofrecer alimentos, brindar un ambiente fresco, abrir ventanas o cerrarlas, manejar la luz, eliminar ruidos, proporcionar privacidad, permitir que tome sus propias decisiones, facilitar el

acceso a la familia y enseñarles como proveer cariño físico y cuidado emocional; todo lo cual facilitará que la persona se fortalezca durante una situación de cuidado de la salud.

Los resultados de las pruebas de cada principio se utilizaron por medio del estudio de Kolcaba y Fox (1999) en mujeres con cáncer de mama que se respaldaban mutuamente. Otras áreas de estudio que se han tratado con Kolcaba, incluyen unidades de quemados, hogares enfermeros, atención domiciliaria, dolor crónico, masaje terapéutico, pediatría, oncología, higiene dental, enfermería del transporte, cárceles y discapacidades mentales⁸.

Conceptos metaparadigmáticos

Enfermería: incluye valoración de las necesidades de la comodidad, diseño de las medidas para satisfacer esas necesidades y revaloración de los niveles de después de la implantación de dichas medidas, en comparación con la situación anterior. La valoración y revaloración puede ser intuitiva y/o subjetiva, por ejemplo cuando una enfermera le pregunta aún paciente si está cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida o cambios en los valores analíticos o conducta vales. La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas visuales analógicas o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por Kolcaba (2001).

Paciente: los receptores del cuidado pueden ser individuos, familias, instituciones o comunidades que necesitan cuidados de salud.

Entorno: cualquier aspecto del paciente, familia o instituciones que la enfermera o familiares pueden manipular para que se sienta más cómodo.

Salud: es el funcionamiento óptimo de la persona, familiar o comunidad.

Supuestos

1. Los seres humanos ofrecen respuestas holísticas a estímulos complejos.
2. La comodidad es un objetivo holístico deseable que concierne a la disciplina enfermera.
3. Los seres humanos se esfuerzan por satisfacer sus necesidades básicas de comodidad o para que alguien las satisfaga, tratándose de un esfuerzo activo.
4. El aumento de la comodidad apremia a los pacientes a escoger conductas en búsqueda de la salud.
5. Las personas que están autorizados a participar activamente en estas conductas se muestran satisfechos con su cuidado de salud.
6. La integridad institucional se basa en un sistema de valores orientado a los receptores del cuidado.

Afirmaciones teóricas 1. Las enfermeras identifican las necesidades de confort no satisfechas de sus enfermos, diseñando medidas para satisfacerlas potenciando su comodidad, lo que constituye el resultado inmediato deseado.

La potenciación de comodidad está directa y positivamente relacionada con implicación en las conductas de búsqueda de la salud, lo que constituye el siguiente resultado deseado, Cuando las personas reciben ayuda adecuada para

realizar las conductas saludables por sí solas, como rehabilitación, con y/o el programa de recuperación; así como régimen también se potencializa la integridad estructural (Kolcaba, 1997, 2001)

Forma lógica

Kolcaba (2003); afirmó que desarrolló la teoría del confort utilizando tres tipos de razonamientos lógicos: inducción, deducción y reproducción

Inducción

Consiste en elaborar generalizaciones a partir de un número de casos específicos observados (Bishop, 2002). Cuando las enfermeras están seguras de su práctica y la enfermería como disciplina cumple con sus objetivos entonces se conocen los conceptos implícitos y explícitos, términos, afirmaciones y

Supuestos que subyacen en su práctica. Cuando las enfermeras están estudiando, quizás que se les pide que hagan un diagrama de su práctica (como la doctora Rosemary Ellis le pidió a Kolcaba que hiciera), lo que es un ejercicio engañoso.

La situación a finales de la década de 1980 era la siguiente:

Deducción

Es una forma de razonamiento lógico que infiere conclusiones específicas a partir de premisas o principios más generales; va de lo general a lo específico (Bishop, 2002). El estadio deductivo del desarrollo de la teoría relacionó la comodidad con

otros conceptos, y dio lugar a la teoría. Se utilizó el trabajo de tres teóricas: Orlando, Henderson, Paterson Zderat, para la definición de comodidad, por lo que Kolcaba tuvo que buscar otro espacio común para unificar alivio, tranquilidad y trascendencia. Se dio cuenta de que se necesitaba un marco conceptual más abstracto y general, que fuera coherente con la comodidad e incluyera un número manejable de ideas altamente abstractas. El trabajo del psicólogo Henry Murria (1938); cumplía los criterios para elaborar un marco en el que se situarán los conceptos enfermeros de Kolcaba.

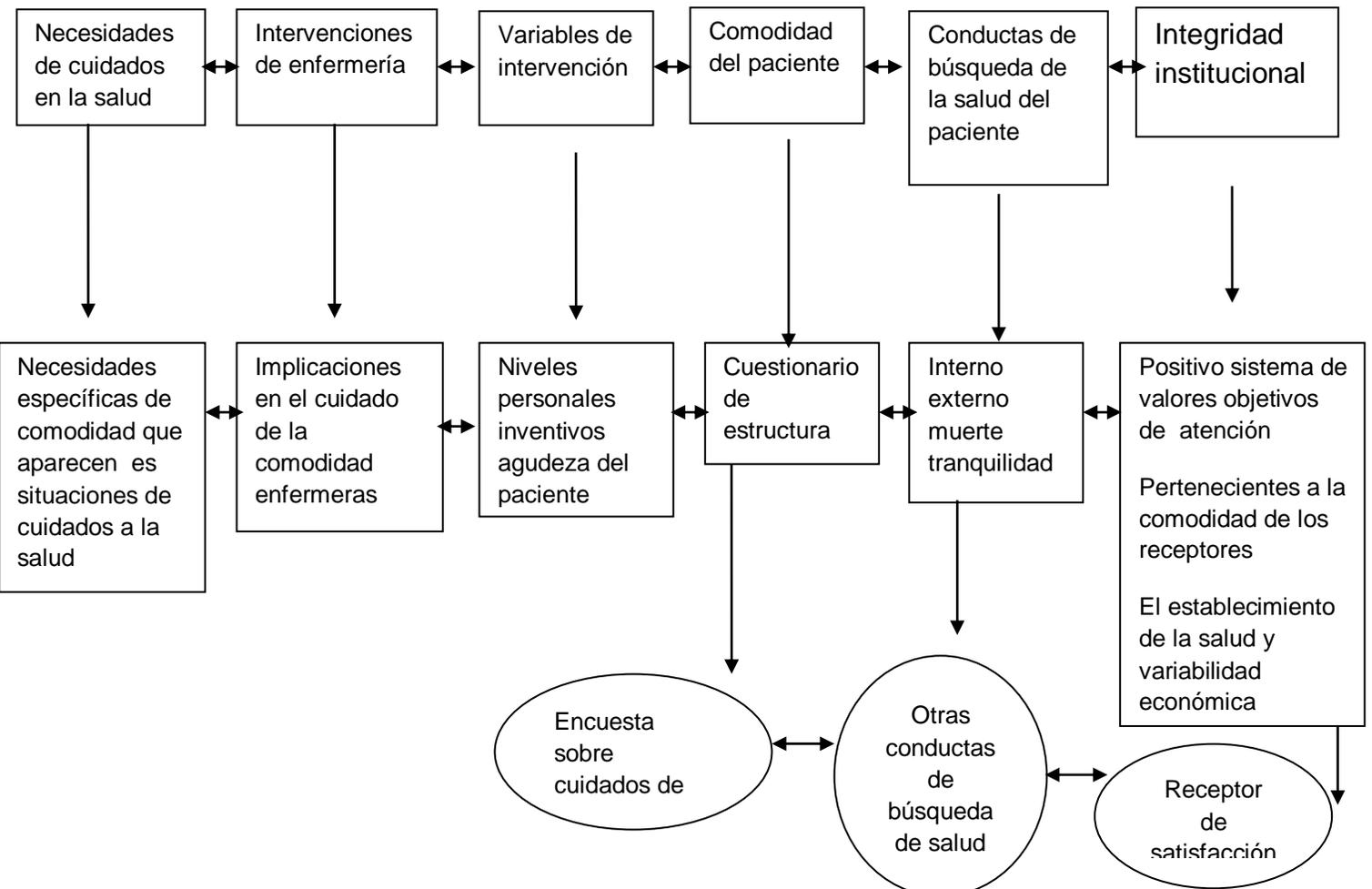


Figura estudio de caso con la utilización del instrumento de Katherine Kolcaba
Enf neurol (Mex) Vol. 9,2; 94-104,2010

6. MARCO METODOLOGICO

6.1 MATRIZ DEL MARCO LOGICO

Es una herramienta que facilita el diseño, ejecución, seguimiento y la evaluación de las acciones.

CATEGORIAS	INDICADOR DE EVALUACIÓN	MEDIO DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>FIN</p> <p>Recién Nacidos egresados de la UCIN recibiendo por parte de los padres un cuidado orientado hacia su confort y bienestar</p>	<p>N° de recién nacidos ostomizados egresados de la UCIN que recibirán cuidado para su bienestar por parte de los padres.</p> <hr/> <p>Total de recién nacidos egresados de la UCN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución satisfactoria del estado de salud del recién nacido ostomizado en el hogar. • Recién nacido ostomizado que no presenta ninguna complicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evolución adecuada del Recién nacido ostomizado • Presencia de los padres y/o cuidador en el hogar para ofrecer al recién nacido ostomizado cuidado orientado hacia el bienestar.
<p>PROPÓSITO</p> <p>Padres empoderados en conocimientos y aplicación del cuidado en el hogar a sus hijos recién nacidos ostomizados que egresa de la UCIN</p>	<p>No de padres que ofrecieron en el hogar cuidado relacionado con el bienestar de su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN</p> <hr/> <p>N° padres capacitados en manejo de ostomias en casa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita Domiciliaria • Llamada telefónica • Encuesta de satisfacción a los padres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción de los padres para responder la llamada telefónica o atender la visita domiciliaria. • Padres se preocupan en para ofrecer cuidado a su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN

<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Preparar a los padres de niños recién nacidos ostomizados que egresan de la UCIN para cuidar a su hijo en el hogar con el fin de dar confort y bienestar</p>	<p>No de padres capacitados que ofrecerán en el hogar cuidado relacionado con el bienestar de su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCI</p> <hr/> <p>Total de recién nacidos egresados de la UCIN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia • Fotografías durante el desarrollo del taller. • Encuesta de satisfacción de los padres 	<ul style="list-style-type: none"> • Felicidad de los padres para la realización de cada una de las actividades. • Autorización de los padres para la toma de fotografías. • Motivación de los padres para ofrecer cuidado a su hijo recién nacido ostomizado
--	---	--	--

TABLA N° 3 Matriz del marco Lógico

7. PLAN DE ACCION

OBJETIVO N° 1

Identificar los conocimientos de los padres sobre el cuidado y manejo de ostomias en el hogar relacionados con los aspectos físicos, psicoespirituales, ambientales y sociales.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>1 PRETEST. Diseño del pretest</p> <p>Aplicación del pretest</p>	<p>Numero de padres que respondieron el pretest</p> <hr/> <p>Total de padres de los recién nacidos ostomizados de la UCI</p>	<p>humano: enfermeros del proyecto</p> <p>Materiales: Computador papelería lapiceros</p> <p>Tecnológicos: Internet</p>	<p>pretest Análisis de los resultados del pretest</p> <p>Lista de asistencia</p>	<p>Interés de los padres en participar</p> <p>Asistencia de los padres</p> <p>Motivación de los padres</p>

TABLA N° 4 Plan de Acción, Objetivo

OBJETIVO N° 2

Determinar el significado que tiene para los padres cuidar en el hogar a su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN para promover confort y bienestar.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Conversatorio con los padres con intercambio de saberes y vivencias alrededor del significado que tiene para ellos tener un hijo ostomizado.</p> <p>Análisis e interpretación de las respuestas de los padres</p>	<p>No de padres que participaron en le conversatorio</p> <hr/> <p>Total de padres de los recién nacidos egresados de la UCI con ostomía</p>	<p>Humano: Enfermeros responsables del proyecto</p> <p>Materiales: Computador papelería lapiceros</p> <p>Tecnológicos:</p> <p>Humano: Enfermeros responsables del proyecto Padres de familia</p> <p>Materiales: Computador , impresora, Formato de lista de chequeo, esferos</p>	<p>lista de asistencias</p> <p>Análisis de las respuestas de los padres obtenidas en las entrevistas</p>	<p>padres comprometidos con el cuidado del bebe</p> <p>Que los padres responda las preguntas de la entrevista</p>

TABLA N° 5 Plan de Acción, Objetivo 2

OBJETIVO N° 3

Involucrar a los padres en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos ostomizados a nivel hospitalario. **JUEGO DE ROLES**

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
3 Realizar una dinámica con los padres de juego de roles.	No. Total de padres que participaron en la actividad <hr/> Total de padres de los recién nacidos egresados de la UCI con ostomía	Humanos: Enfermeros responsables del proyecto. Padres de recién nacidos ostomizados Refrigerio	Listado de asistencia	Motivación de los padres durante la actividad Que los padres les guste la dinámica

TABLA N° 6 Plan de Acción, Objetivo

OBJETIVO N° 4

Promover la aceptación de los padres sobre los cambios en la imagen corporal del recién nacido producto de la ostomía.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
4 Elaboración de una presentación de fotos que permitan sensibilizar a los padres sobre el cambio de imagen corporal.	$\frac{\text{N° padres que participan en la presentación}}{\text{Total de padres de recién nacidos ostomizados de la UCIN}}$	Humano: Enfermeros responsables del proyecto Tecnológicos: Bibliografía (imágenes) disponible Materiales: computador Sillas Refrigerio Enfermeros responsables del proyecto	Lista de asistencia	Participación de los padres Que los padres no se sensibilicen al ver las imágenes.

TABLA N° 7 Plan de Acción, Objetivo 4

OBJETIVO N° 5

Diseñar una estrategia educativa dirigida a los padres sobre cuidado de su hijo ostomizado que garantice confort y bienestar.

ACTIVIDADES	INDICADOR	RECURSOS	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>5 Elaboración de un folleto dirigido a los padres sobre el cuidado de los recién nacidos ostomizados</p> <p>Revisión y aprobación del folleto</p> <p>Presentación del folleto al departamento de enfermería de la clínica el bosque</p> <p>Entrega del folleto a los padres que egresan con bebe ostomizados</p>	<p>N° de asistentes a la presentación del folleto</p> <hr/> <p>Total de invitados</p> <p>N° de folletos entregados a los padres</p> <hr/> <p>Total de recién nacidos que participan en el proyecto</p>	<p>Humano: Enfermeros responsables del proyecto</p> <p>Tecnológicos: Internet , bibliografía disponible</p> <p>Materiales: Computador, impresora Papel</p> <p>Enfermeros responsables del proyecto Docente Departamento enfermería y directivas Padres folleto</p> <p>enfermeros responsables del proyecto enfermaras del servicio padres de familia</p>	<p>Folleto sobre cuidados de los recién nacidos ostomizados</p> <p>Listado de padres que se les entrega del folleto</p> <p>Registro de llamada telefónica de información sobre el estado de salud el recién nacido</p> <p>Formatos de seguimiento telefónico</p>	<p>Que sea llamativo para los padres</p> <p>Aprobación del folleto</p> <p>Impacto positivo en los padres y la institución</p>

TABLA N° 8 Plan de Acción, Objetivo 5

8. DESARROLLO PLAN DE ACCION

OBJETIVO N° 1

Identificar los conocimientos de los padres sobre el cuidado y manejo de ostomias en el hogar relacionados con los aspectos físicos, psicoespirituales, ambientales y sociales.

ACTIVIDAD 1	DESCRIPCION	INTRODUCCION	DESARROLLO	EVALUACION
Se realizó un pretest con preguntas dirigidas para conocer que saben los padres en cuidado y manejo de ostomias en casa.	Se reunieron los padres de los bebes que se encontraban hospitalizados en la UCIN de la clínica el bosque, se realizó la aplicación del pretest y luego el análisis de resultados.	Se hizo una presentación del trabajo a realizar, de las personas que lo componen y los objetivos a lograr.	Aplicación del pretest y posteriormente se realizó el análisis de los resultados.	Se espera conocer que saben los padres sobre el manejo de sus hijos ostomizados y los cuidados que deben brindar, de esta manera de resaltaran las falencias en el desarrollo posterior al trabajo.

OBJETIVO N° 2

Determinar el significado que tiene para los padres cuidar en el hogar a su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN para promover confort y bienestar.

ACTIVIDAD 2	DESCRIPCION	INTRODUCCION	DESARROLLO	EVALUACION
Se realizó un conversatorio con preguntas orientadoras para conocer el significado que tiene para los padres cuidar a su hijo ostomizado para promover confort y bienestar.	Se reunió a los padres de los bebés que se encontraban hospitalizados en la UCIN de la clínica el bosque, se realizó el conversatorio con las preguntas orientadoras y luego análisis de resultados.	Se hizo presentación del trabajo a realizar, de las personas que lo componen y los objetivos a lograr.	Realización del conversatorio con la preguntas orientadoras y posteriormente se realizó el análisis de los resultados.	Se espera conocer que significado tienen para los padres cuidar en el hogar a su hijo ostomizado, de esta manera de identificar las falencias en el desarrollo posterior al trabajo.

OBJETIVO N° 3 Involucrar a los padres en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos ostomizados a nivel hospitalario. **JUEGO DE ROLES**

ACTIVIDAD 3	DESCRIPCION	INTRODUCCION	DESARROLLO	EVALUACION
Se realizó un juego de roles donde se involucraron los padres en el cuidado de los recién nacidos ostomizados que se encontraban hospitalizados.	Se reunieron los padres de los bebés que se encontraban hospitalizados en la UCIN de la clínica el bosque, se realizó el juego de roles con los padres y los estudiantes como espectadores y luego análisis de resultados.	Se hizo presentación del trabajo a realizar, de las personas que lo componen y los objetivos a lograr.	Se realizó el juego de roles con los padres y las personas del proyecto y se fueron aclarando dudas durante la actividad posteriormente se realizó el análisis de los resultados.	Se espera que los padres adquieran los conocimientos adecuados en el manejo de su hijo ostomizado en casa, de esta manera de identificar las falencias en el desarrollo de la actividad.

OBJETIVO N° 4

Promover la aceptación de los padres sobre los cambios en la imagen corporal del recién nacido producto de la ostomía. **GALERIA DE FOTOS**

ACTIVIDAD 4	DESCRIPCION	INTRODUCCION	DESARROLLO	EVALUACION
Se realizó una presentación, galería de fotos, la cual promovió la aceptación de los padres en el cambio de imagen corporal de los recién nacidos con ostomías.	Se reunieron los padres de los bebés que se encontraban hospitalizados en la UCIN de la clínica el bosque, se expuso la presentación con la galería de fotos y luego se realizó un análisis de los sentimientos que desencadenaron estas imágenes en los padres.	Se hizo presentación del trabajo a realizar, de las personas que lo componen y los objetivos a lograr.	Se realizó la exposición de la galería de fotos de bebés Ostomizados, posterior a la actividad se pidió a los padres un relato donde manifestaran sentimientos encontrados y posteriormente se realizó el análisis de los resultados.	Se espera que los padres acepten los cambios de imagen corporal de sus hijos con ostomía de esta manera de identificar posible rechazo De la imagen corporal producto de una ostomía durante desarrollo de la actividad.

OBJETIVO N° 5

Diseñar una estrategia educativa dirigida a los padres sobre cuidado de su hijo ostomizado que garantice confort y bienestar

ACTIVIDAD 5	DESCRIPCION	INTRODUCCION	DESARROLLO	EVALUACION
Se elaboró un folleto dirigido a los padres sobre el cuidado de los recién nacidos ostomizados, previa revisión y aprobación y posterior presentación al departamento de enfermería de la clínica el bosque, Se Entregó del folleto a los padres que egresan con bebés ostomizados	Se entregó el folleto a los padres que tenían sus hijos hospitalizados en la UCIN de la clínica el bosque en el momento del egreso.	Se hizo presentación del trabajo a realizar, de las personas que lo componen y los objetivos a lograr.	Se realizó entrega del Folleto a los padres En donde se encuentra los cuidados básicos que deben saber sobre el manejo de ostomias en casa, posteriormente se diligencio el registro de entrega del folleto.	Se espera que los padres tengan una ayuda en donde puedan consultar en caso de dudas que garanticen confort y bienestar al bebe ostomizado en casa.

8.1 DESARROLLO ACTIVIDADES DEL PLAN DE ACCION

ACTIVIDAD 1: PRETEST (diseño y aplicación)

OBJETIVO 1: Identificar los conocimientos de los padres sobre el cuidado y manejo de ostomias en el hogar relacionados con los aspectos físicos, psicoespirituales, ambientales y sociales.

ACTIVIDAD 2: CONVERSATORIO (diseño y aplicación)

OBJETIVO 2: Determinar el significado que tiene para los padres cuidar en el hogar a su hijo recién nacido ostomizado que egresa de la UCIN para promover confort y bienestar.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: se entrevistaron un total de 7 personas, se explica cada ítem del pretest y el conversatorio, posteriormente se aclaran dudas. Durante la actividad se aplica el pretest y el conversatorio a 7 madres de neonatos con ostomias, luego de responder las preguntas del pretest se abrirá una discusión para analizar los resultados e iniciar con la educación y preparación para el manejo de paciente ostomizado. Para ello se iniciara un conversatorio donde el personal profesional aclara y explica conceptos del tema.

Se abordaron las siete madres de manera individual, contando con la presencia de algún familiar, seguidamente se entregó el pretest y el conversatorio se explicó su contenido, se tomaron 15 minutos en la socialización de las 2 actividades.

Para el desarrollo del conversatorio se iniciara la discusión enfatizando sobre las preguntas orientadoras que sentaran los conceptos analizados y el respectivo objetivo el cual se da a conocer mediante la exposición del tema y la aclaración de dudas para lo que se tomaron 60 minutos en promedio.

Durante la aplicación de la actividad las madres contestan 10 preguntas del pretest con temas relacionados con conceptos previos sobre el procedimiento, sentimientos, signos de alarma y cuidados. Se observó que las madres tenían algunas falencias en los conocimientos, evidenciando la falta de información y educación para el manejo óptimo de las ostomias. Llegando a un consenso el cual se establece así:

- ¿Qué es una colostomía?

Tres madres contestaron “que era un procedimiento quirúrgico realizado en los bebes porque no podían hacer popo.

Dos responden “que es una cirugía realizada al bebe en la cual sacan una parte del intestino hacia el abdomen para que él bebe pueda hacer popo”.

Una responde “que es un procedimiento que se le realiza al bebe al presentar una patología”.

Una responde “se produce por ano inperforado por unión del periné y recto”.

- ¿Cuál fue la razón por la cual le hicieron una colostomía a su hijo?

Tres madres en esta pregunta contestaron que se decía a que no podían hacer deposición y si la hacían era con sangre.

Cuatro madres contestaron específicamente la causa “enterocolitis, fistula y ano imperforado”

- ¿Qué sentimientos le representa que su hijo tenga una ostomía?

En su mayoría contestaron tristeza.

- ¿Qué le han enseñado sobre el cuidado de la ostomía en la casa?

Tres madres coinciden que tiene poca información al respecto por lo tanto tiene dificultades para cuidar a su bebe y dar confort en el hogar.

Cuatro madres reportan que uno de los cuidados más importantes es la higiene y estar pendiente de los signos de alarma.

- ¿Cómo realiza la limpieza de la ostomía y en cuanto el cambio de la bolsa?

Tres madres tienen conceptos diferentes en la limpieza de la ostomía “agua y paños húmedos”, “solo agua”, “con un trapito”.

Otras tres manifiestan que se realiza con algodón húmedo y cada que sea necesario según las deposiciones.

Una define que se realiza después del baño y cada que sea necesario.

- ¿Cómo debe bañar y vestir a su hijo con ostomía?

Tres madres contestaron que se debe tener cuidado de no mojar la bolsa.

Cuatro madres establecen que se realiza de manera normal tanto en el baño como en vestir.

Hay tres respuestas unificadas “lavado de manos”

Otras cuatro respuestas coinciden en la limpieza y aplicación de crema antipañalitis.

- ¿Qué alimentos no le debe administrar a su hijo para evitar gas e irritación periestomal?

Cuatro madres especifican los lácteos como generador de gases, y tres encuentran otros alimentos como “gaseosa, café, ácidos, coladas”.

- ¿Cuáles son los signos de alarma, por los cuales deba acudir al médico?

Las tres madres tienen conceptos diferentes, dos de las madres dice que si presenta vómito y si hace deposición con sangre, otra de las madres dice si presenta fiebre o se desprende la bolsa, dos si no come bien y dos más por irritación del estoma.

- ¿Con que red de apoyo cuenta usted para el manejo de su hijo en casa?

Las respuestas siete respuestas dicen contar con la familia especialmente la de primera generación.

En conclusión las madres cuentan con alguna información del procedimiento y la causa por las cuales llegó su hijo a tener una colostomía, se nota que se presentan algunas falencias en los demás conceptos, lo que nos da a entender que falta preparación y apoyo en el proceso educativo que garantice a los padres brindar cuidado y confort en casa.

No obstante, la actividad arroja información importante para abordar el tema de manera dinámica, ya que se evidencia que hay algunas madres con mejor manejo del tema que otras, por ello se inicia el proceso educativo con ayudas visuales, las cuales facilitan el aprendizaje así como la aclaración de conceptos mediante un

conversatorio, donde también se aborda la parte psicológica, social y cultural expuestas y analizadas a continuación.

Este consta de 5 preguntas orientadoras que complementan el objetivo fundamental en la educación a los padres para el manejo de ostomias del recién nacido en casa.

- ¿Qué significa para usted tener un hijo con una ostomia?

Tres madres manifiestan negatividad “terrible porque no va a ser igual que los demás”, “una responsabilidad muy grande”, y las otras cuatro madres manifiestan positivismo “un hijo igual que los demás, con más cuidados”, “mejora la calidad de vida”

- ¿Qué sentimiento le representa el que su tenga una ostomia?

Dos dicen “hay que tener más cuidados” y las cinco restantes manifiestan “ansiedad, tristeza e impotencia”

- ¿Qué cambios ha tenido que hacer en su vida o en su trabajo ahora que tiene un hijo con ostomia?

Dos no han hecho cambios, el resto manifiestan “cambios en la familia” pedir permiso en el trabajo”

- ¿Qué factores sociales que influyen en su desempeño como madre de paciente ostomizado?

Tres manifiestan lo que más se afecta es “la economía”, el restante dicen “ninguno”

- ¿Qué expectativas tiene frente al aprendizaje y siente segura para ofrecer cuidados en casa?

Dos manifiestan “aprender cosas nuevas”, dos dicen “cuidar bien al bebe”, dos más “proteger la salud del bebe”, una dice “tener más confianza para cuidarlo”

las madres muestran mayor preocupación por la responsabilidad que tienen al enfrentarse a esta nueva condición de su bebe y lo que representa adaptarse. También las falencias económicas a las cuales se enfrentan. Por eso la parte más importante del conversatorio es mejorar la seguridad con la cual los padres dan cuidados a los hijos ostomizados, así que identificar las redes de apoyo con las cuales pueden contar los padres durante el proceso, contribuye a reducir el impacto negativo y la insatisfacción frente al cambio de rutina y roles que satisfagan las necesidades en el núcleo familiar, deduciendo que la mayor parte de las madres expresan sentimientos negativos, cambios en la familia e incapacidad para ofrecer cuidado a su hijo ostomizado; pero, también manifiestan buena disposición para prepararse.

Numero de padres que asistieron al conversatorio

Total de padres de los recién nacidos egresados de la UCI

Durante la aplicación de la actividad surgieron algunos obstáculos en la comunicación, otras dificultades fue la baja rotación de pacientes con colostomías, motivo por el cual se trabajó solo con siete asistentes.

ACTIVIDAD 3: juego de roles (diseño y aplicación)

OBJETIVO N° 3 Involucrar a los padres en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos ostomizados a nivel hospitalario. **JUEGO DE ROLES.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Se involucra un total de 7 personas y enfermeros en el cuidado que se ofrece a los recién nacidos ostomizados por medio de **JUEGO DE ROLES** con el fin que en grupo se puedan identificar las fallas y generar al final y en consenso el cuidado de enfermería que se debe ofrecer al recién nacido ostomizado y la secuencia real y organizada para hacerlo.

Se inicia la actividad dando a conocer el libreto y las pautas a seguir a cada uno de los participantes, a lo cual una madre refiere “estoy aterrada que me observen realizando el cuidado”, “yo hubiese querido que el niño se hubiera quedado en el hospital”, “aún me siento insegura para esta responsabilidad”, “mi sentimientos son de amor, pero temo que le suceda algo negativo por mi inseguridad”, “tengo el apoyo de mi esposo y mi suegra, pero creo que la responsabilidad es mía y debo hacerlo correctamente”

Libreto:

Situación: Recién nacido en cuna, con pop de colostomía de hace 15 días, despierto, con dispositivo y bolsa recolectora llena.

Madre (enfermera): se encuentra muy ocupada y considera que todo está bien, no pone atención al recién nacido, tiene muchas cosas que la preocupan. Manifiesta que la bolsa aun aguanta un poco más, y a pesar que la posición del recién nacido no es la correcta tampoco hace nada.

Enfermera (madre): se muestra indispuesta por la situación e inicia la intervención al recién nacido

Vaciamiento de la deposición y limpieza de la bolsa, revisión del área periestomal, filtraciones, desprendimiento del adhesivo, posteriormente dejar en buena posición al recién nacido

Planteamiento de la discusión: Que piensa sobre el cuidado que recibió este recién nacido en casa, identificación de posibles fallas por parte de cada uno de los actores, se realizara entre los participantes de acuerdo a los conocimientos la aclaración de dudas y refuerzo de los conceptos.

1. Reconocimiento de dudas durante la actividad: se realizara un dialogo
2. Establecer un plan de cuidado con intervenciones adecuadas con una secuencia lógica que facilite el confort para el recién nacido y su familia en el momento de realizar los cuidados.

Evidencia de la actividad

Aclaración de dudas

-La madre se muestra preocupada por si está haciendo bien el cuidado de su hijo ostromizado,

R/ se aclara que el procedimiento será evaluado al terminar la actividad, sin embargo se brinda apoyo durante el cuidado a lo cual la madre muestra más seguridad.

-¿Pregunta cada cuanto tiempo debe limpiar la bolsa?

R/ se explica a la madre que este procedimiento se debe realizar cada vez que tenga deposición y no sobrepasar más de la mitad de la bolsa.

-Se muestra insegura para realizar el cambio del dispositivo ya que el que tiene fue el que le dejaron al egreso de la hospitalización.

R/ se dirige a la madre la retirada y postura de la carayá, se retroalimenta el manejo del dispositivo.

-¿Que debo usar para limpiar el estoma?

R/ se explica que debe hacerse con gasa húmeda, retirando el exceso de residuos.

-¿Me recomendaron aplicar vinagre para evitar el mal olor, lo puedo hacer?

R/ este no debe ser usado directamente dentro de la bolsa si está en uso, solo si esta es retirada de la carayá se puede hacer. El estoma no debe recibir esta sustancia.

Plan de cuidado

1. Alistar todos los elementos necesarios para realizar el baño diario y dispositivos de la ostomia (gasa, jabón neutro, guantes, si es necesario el cambio del dispositivo lo requerido para ello)
2. Baño diario
3. Vaciamiento y limpieza de la bolsa y estoma
4. Vestir (vestuario cómodo)
5. Alimentar con leche materna y/o la dieta o recomendaciones médicas según el caso.
6. Descanso y confort

Recomendaciones

- El cambio del dispositivo y la bolsa debe hacerse cada semana o si hay filtración, tener en cuenta que haya menos actividad del estoma (al inicio de la mañana o dos horas después del alimento, buscar que el niño este tranquilo.
- Preferiblemente buscar ayuda de algún familiar para facilitar el procedimiento.

- Conserve en su pañalera equipo y dispositivos por si se presenta un evento inesperado.
- El gas de la bolsa se debe al aire que los bebés ingieren en el momento de succionar.
- La ropa de uso debe ser cómoda
- Evite la ropa ajustada que roce el estoma o que no permita que la bolsa se llene, no se recomienda la ropa de dos piezas ya que se puede desconectar la bolsa antes de que usted lo haga , es mejor la de una sola pieza.
- El uso de pañal se recomienda para colocar la bolsa en la parte exterior y si es de su preferencia se puede colocar dentro del pañal

ACTIVIDAD 4: galería de fotos (diseño y aplicación)

OBJETIVO.4 promover la aceptación de los padres sobre los cambios en la imagen corporal del recién nacido producto de la ostomía. **GALERIA DE FOTOS.**

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: mediante la actividad participaron un total de 7 padres los cuales manifiestan que los primeros sentimientos que experimentan es al enfrentarse con la noticia de que a su hijo se le practicaría una colostomía fueron incertidumbre por el desconocimiento de que era una colostomía; inicialmente no entienden muy bien el motivo por el cual su hijo a llegado a esto, sienten gran preocupación por la cirugía y luego por el manejo posterior de la ostomía, ansiedad al no hacer las cosas bien cuando se lleven su hijo a casa, Tristeza porque él bebe iba a tener algo que no era natural en su cuerpo,

angustia ya que no saben cuánto tiempo él bebe va a durar con la colostomía, aunque igual hay una sensación de relajación al pensar que salió de las complicaciones. Pero el estrés que se siente es muy grande.

Conclusión

Lo expresado por los padres conforma el estrés producido por el enfrentamiento a la ostomía de su hijo, nerviosismo por el futuro, incertidumbre ante las intervenciones quirúrgicas, angustia al no saber cuánto tiempo su hijo va a durar con la colostomía temor de no hacerlo bien.

A pesar de los factores negativos que expresan los padres, se logró mejorar las expectativas de los padres ante la apariencia corporal, la desigualdad y los obstáculos como barrera que dificultan la aceptación y adaptación de la familia al bebe.

Numero de padres que participaron en el juego de roles y galería de fotos

Total de padres de los recién nacidos egresados de la UCI

ACTIVIDAD.5 FOLLETO (diseño y entrega)

OBJETIVO N° 5 Diseñar una estrategia educativa dirigida a los padres sobre cuidado de su hijo ostomizado que garantice confort y bienestar.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD: De acuerdo a las anteriores sesiones educativas se realizó con la ayuda de los padres de familia un folleto con información educativa para cuidado de ostomía en casa, de una manera fácil

de leer y de comprender. Este folleto quedara en la institución para que pueda ser divulgado como estrategia educativa a futuros padres de familia de recién nacidos ostomizados.

Numero de padres a los que se entregó el folleto

Total de padres de los recién nacidos egresados de la UCI

9. PRESUPUESTO

FUENTES	CANTIDAD	VALOR INDIVIDUAL	VALOR TOTAL
PERSONAL			
Investigador:			
Enf. Azucena Bulla		\$ 20.000	\$ 2.000.000
Enf. Cesar Vargas		\$ 20.000	\$ 2.000.000
Asesor:			
Prof. Carmen Helena Ruiz.		\$ 20.000	\$ 500.000
MATERIALES			
Resma de papel	1	\$ 8.000	\$ 8.000
Lapiceros	3	\$ 2.000	\$ 6.000
Cartucho impresora	1	\$ 50.000	\$ 50.000
Carpetas	3	\$ 1.000	\$ 3.000
Memoria USB	1	\$ 20.000	\$ 20.000
Fotocopias	200	\$ 100	\$ 20.000
Compra de artículos no disponible en la biblioteca	10	\$ 30.000	\$ 300.000
• Transporte y parqueadero			\$ 100.000
• Imprevistos			\$ 100.000
TOTAL			\$ 5.107.000

10. CONCLUSIONES

Basados en la **Teoría de Katherine Kolcaba** “comodidad como la experiencia inmediata y holística de fortalecerse” gracias a la satisfacción de las necesidades de tres tipos de comodidad: alivio, tranquilidad y trascendencia, en los cuatro contextos de la experiencia humana (física, psicoespiritual, social y ambiental) la comodidad y la relación que se establece con las personas que necesitan asistencia en unidades clínicas, motivo por el cual se toma como referencia para la elaboración de un plan educativo dirigido a los padres de recién nacidos ostomizados de la clínica El Bosque, se pudo establecer que la preparación a los padres previo al egreso de la UCIN, garantiza en los recién nacidos ostomizados un cuidado orientado hacia el confort y bienestar. Así, como identificar los conocimientos de los padres en el manejo y cuidado de las ostomias en el hogar relacionados con los aspectos físico, psicoespiritual, social y ambiental de los padres, permite abordar y preparar de una manera idónea el cuidado ofrecido por los padres y que es fundamental determinar el significado que tiene para los padres cuidar a su hijo en el hogar para promover bienestar y confort para así empoderarlos en su rol de padres lo que resulta positivo para mejorar la salud del individuo ya que esta transcurre paralelamente a la complejidad de la propia vida de los sujetos, cuando estos se enfrentan a situaciones en la que se ven comprometidas sus necesidades de comodidad.

ANEXO 01

UNIVERSIDAD DE LA SABANA FACULTAD DE ENFERMERIA DIRECCIÓN DE POSTGRADOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ identificado con cedula numero _____ he recibido explicacion sobre el PROYECTO DE GESTION denominado **NECESIDAD DE LOS PADRES DE PREPARSE PARA EL CUIDADO EN LA CASA DEL HIJO OSTOMIZADO QUE EGRESA DE LA UCIN CLINICA EL BOSQUE.** Que es parte de un proyecto estudiantil de la especialización de cuidado crítico neonatal, de la Universidad de la Sabana.

Este proyecto está dirigido a los padres de los recién nacidos con ostomias que egresan de la UCIN. Con el fin de prepararlos para que brinden cuidado orientado hacia el bienestar y confort del hijo, identifiquen factores de riesgo y signos de alarma. Las personas responsables son los estudiantes Azucena Bulla Piñeros y Cesar Andrés Vargas García bajo la supervisión de la enfermera docente Carmen Helena Ruiz de Cárdenas.

Me han informado que este proyecto será útil para mi crecimiento personal como cuidador de mi hijo ostomizado y que no recibiré ninguna remuneración por mi participación.

Entiendo que la información de este proyecto es importante para el desarrollo del conocimiento en el área del cuidado crítico neonatal, que tendrá un manejo confidencial y será empleada con propósitos académicos. Mi decisión de participar en el estudio solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo para apoyar que en el futuro puedan trabajarse mejores propuestas para los recién nacidos ostomizados.

En el momento en el que yo no esté de acuerdo con el proyecto, puedo retirarme, sin que se afecte mi prestación de servicios de salud.

Declaro QUE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO

Firma _____

Doc. De ID _____

Testigo _____

Doc. De ID _____

**FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION EN CUIDADO CRITICO CON ENFASIS EN NEONATOS**

A continuación contestaran algunas preguntas con fin de evaluar los conocimientos adquiridos por los padres, para el manejo de las ostomias.

FECHA: _____

1. ¿Qué es una colostomía?

2. ¿Cuál fue la razón por la cual le hicieron una colostomía a su hijo?

3. ¿Qué sentimientos le representa que su hijo tenga una ostomia?

4. ¿Cómo realiza la limpieza de la ostomia y en cuanto el cambio de la bolsa?

5. ¿Qué le han enseñado sobre el cuidado de la colostomía en la casa?

6. ¿Cuáles son los signos de alarma, por los cuales deba acudir al médico?

7. ¿Qué medidas preventivas debe tomar usted para el control de infecciones y la irritación del área periestomal?

8. ¿Qué alimentos no le debe administrar a su hijo para evitar gas e irritación periestomal?

9. ¿Cómo debe bañar y vestir a su hijo con ostomía?

10. ¿Con que red de apoyo cuenta usted Para manejo de su hijo en casa?

ELABORADO POR: AZUCENA BULLA PIÑEROS Y CESAR VARGAS

ASESORA: CARMEN ELENA RUIZ

PREGUNTAS ORIENTADORES PARA EL CONVERSATORIO

¿Qué significa para usted tener un hijo con una ostomía?

¿Qué sentimientos le representa el que su hijo tenga una ostomía?

¿Qué cambios ha tenido que hacer en su vida o en su trabajo ahora que tiene su hijo con ostomía?

¿Qué factores sociales que influyen en su desempeño como madre de paciente ostomizado?

- ¿Qué expectativas tiene frente al aprendizaje y se siente segura para ofrecer cuidados en casa?

ELABORADO POR: AZUCENA BULLA PIÑEROS Y CESAR VARGAS GARCIA

ASESORA: CARMEN ELENA RUIZ



GLOSARIO DE TERMINOS

- ▷ **Estoma:** apertura en el cuerpo para eliminar residuos. Es rijo, húmedo y suave.
- ▷ **Piel peristomal:** es la piel que rodea al estoma.
- ▷ **Barrera cutánea:** se la parte más importante de todo el sistema de la bolsa de estoma, protege la piel y ayuda a mantener la bolsa adherida al cuerpo "carayá o galleta".
- ▷ **Bolsa:** está hecha de plástico y recolecta el desecho que sale del estoma, está diseñada en material para mantener el olor.
- ▷ **Excremento:** material de desecho del intestino delgado o grueso "heces o flúidos".
- ▷ **Irritación:** la piel que rodea el estoma puede irritarse, estas afecciones cutáneas son menores y mejoran rápido.
- ▷ **Sangrado:** el estoma puede sangrar y esto es normal, sin embargo si el sangrado no se detiene, consulte al médico de inmediato.
- ▷ **Estoma prolapsado:** esto ocurre cuando el estoma cambia y se hace más largo o más grande de lo que era, acudir al médico.
- ▷ **Estoma retraído:** es cuando el estoma se hunde por debajo del nivel de la piel, ocurre cuando hay inflamación de la piel o si el niño sube de peso, es normal; si el estoma se retrae, puede disminuir el tiempo de uso del sistema de bolsa, consulte al médico.
- ▷ **Deshidratación:** cualquier niño puede presentar diarrea por la pérdida de demasiada líquido, si observa menor producción de orina, que se torna oscura, boca seca, ojos hundidos, consulte de inmediato al médico.

REFLEXION

El momento más esperado para los padres es el de llevar a su bebé a casa, con miedos y temores, pero también con la esperanza de brindarles su cuidado y atención con calidez del hogar y el amor, hacer que la vida para ellos sea más fácil.

Los bebés con colostomía no son diferentes, son bebés especiales, que requieren un cuidado, igual de especial, ellos están expuestos a su labor, su responsabilidad y solo las acciones que esperan habrán la diferencia, sabrán victoriosos de esta batalla, sin temores, con valentía y amor por su bebé.



ELABORADOR:

AZUCENA BULLA PINEROS

CESAR VARGAS

ASESORA:

CARMEN HELENA RUIZ

DICIEMBRE 2014



**COLOSTOMÍAS
E
ILEOSTOMÍAS**

CUIDADOS EN CASA



PARA PADRES

BAÑO

- El agua no daña el estoma, se puede realizar con o sin bolsa, el jabón no lo irrita y el agua no le entrará.
- Limpia el estoma con algodón húmedo (evite frotar).
- No alarmarse si sangra el estoma un poco, si es así presione suavemente con gasa.
- Seque la piel de alrededor del estoma, observe integridad.
- Para el cambio de la bolsa, mida el tamaño del estoma para permitir un mejor ajuste y evitar filtraciones.

Un estoma saludable es de color rojo o rosado fuerte y húmedo.

LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMNADA



CAMBIO DE LA BOLSA

Varia según el dispositivo

1 pieza cerrado: 1 o 2 días

1 pieza abierto: 1 día

2 piezas cerrado: lamina c/3o4 bolsa cuando precise

2 piezas abierto: lamina c/2o 4 días bolsa 1/ día.

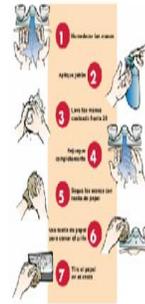
SIGNOS DE ALARMA

- Sangrado activo
- Necrosis (mucosa oscura)
- Pérdida de la continuidad de la piel
- (lesiones ulcerosas- laceraciones)
- Irritabilidad -negación a la lactancia o ingesta de alimentos.
- Salida de producto por la parte de la herida del estoma.
- No salida del producto
- Herida con drenaje de material purulento.
- Abultamiento al lado del estoma.

RECOMENDACIONES

- = Mantener seca la piel alrededor del estoma (área peristomal)
- = No aplicar en esta área soluciones que contengan alcohol.
- = Cuando más frecuente sea el cambio del dispositivo, mayor será el periodo de lesión en la piel.
- = No arrancar el dispositivo, despegarlo de arriba hacia abajo y suavemente.

MANEJO DE BUEN LAVADO DE MANOS



AGRADECIMIENTOS

Damos gracias a Dios por sus bendiciones, por nuestros padres y personas que creen en la responsabilidad de nuestros estudios y que hicieron posible este proyecto.

Agradecemos a la Unidad de Recién Nacidos de la Clínica El Bosque, quienes prestaron sus instalaciones y nos apoyaron en el desarrollo de este proyecto. Al igual que a los padres de los recién nacidos hospitalizados en la UCIN que participaron en este proyecto.

Nuestro agradecimiento especial a la Profesora Carmen Helena Ruiz quien con su asesoramiento se pudo planear, ejecutar y evaluar este proyecto.

BIBLIOGRAFIA

1. Fuente: www.clinicaelbosque.com.co/node/8
2. **REVISTA CHILENA DE HERIDAS Y OSTOMIAS**, enfrentamiento de los padres a las ostomias de sus hijos. E.M PATRICIA MORGADO A. VOL 4 2013, Fundación instituto nacional de heridas
Para personas de escasos recursos que sufren heridas crónicas u
info@inheridas.cl uêê www.inheridas.CL
3. Av.enferm.xxv (1):101-114, 2007, investigación Caracterización de las familias como agentes de cuidado a niños ostomizados SANDRA GUERRERO G. LUISA SOFIA TOBOS
4. Av., enferm, xxxl (1).59-71,2013, articulo de investigación ECUIDADO DE SU HIJO OSTOMIZADO. CAMBIOS EN LA FAMILIA, NIDIA SANDRA GUERRERO GAMBOA, LUISA SOFIA TOBOS DE ALVAREZ, www.securestartdischarge@hollister.co
5. OPS. (2009). AIEPI Neonatal: intervenciones basadas en la evidencia. Washington, DC: OPS.
6. Colombia, R. d. (2007). PROYECTO DE LEY 060. Bogotá, DC: Ministerio de la Protección Social.
7. **LEY 911 DE 2004** capítulo I, principios y valores éticos del acto de cuidado de enfermería, artículo 2, www.pol.una.py/.../principios%20eticos%20de%20enfermeri, principios éticos en enfermería. 1. **Beneficencia: benevolencia o no-maleficencia, principio ético.**
8. Gómez-Gómez M., Danglot-Banck C. Aceves-Gómez M. Clasificación de los recién nacidos. Revista Mexicana de pediatría, Vol. 79, Núm. 1. Enero-Febrero 2012 pp 32-39 . internet HYPERLINK
"http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2012/sp121g.pdf"

9. Los hombres y el cuidado de la salud 2009, informe elaborado para el observatorio de salud de las mujeres (OSM) ministerio de sanidad y política social por: eSeCe servicios integrales, coordinadora del informe Susana covas, investigador: javer naravall, colaborador Luis bonino.
www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.../pdf/.../hombresycuidado09.pdf

10. Ibarra Fernández A. Llanos Ortega I. Tratado de enfermería cuidado pediátrico y neonatal. Capítulo 3. Medio ambiente en cuidados intensivos pediátricos y neonatales. Actualizado 26/02/2014 Internet: HYPERLINK
"http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo3/capitulo3.htm"

11. Cuidados básicos al recién nacido y a su familia
www.aibarra.org/.../Cuidados%20Básicos%20Al%20Recién%20Nacido%...

12. www.glycotrainer.com › Home › El Cuerpo Humano, 7 de jun. de 2009 - **Sistema Gastrointestinal Inferior** El tracto gastrointestinal inferior consta del intestino delgado, el intestino grueso y el ano. Enzimas, las sales ...

13. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001148.htm, Causas. La **enterocolitis** necrosante ocurre cuando el revestimiento de la pared intestinal muere y el tejido se desprende. Se desconoce la causa ...

14. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001131.htm, No se conoce la causa de la **atresia duodenal**, pero se cree que resulta de problemas durante el desarrollo de un embrión en el cual el duodeno normalmente.

15. cirujanopediatracancun.com/procedimientos/atresia-de-colon/, La **atresia de colon** es rara, el diagnóstico debe realizarse con colon por enema que **muestra la anomalía. El antecedente de polihidramnios, vómitos biliares.**

16. www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000260.htm, Causas. La oclusión del **intestino** puede deberse a: Una causa mecánica, lo que significa simplemente que hay algo en el camino. Íleo, una afección en la cual

17. escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/patolquir/PatolQuir_023.html, Ejemplos de ostomias digestivas: **Colostomía**, Ileostomía, Esofagostomía,... Las **indicaciones para realizar una colostomía** son variadas, entre ellas las más.
18. www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf; filesize: n/a; filename: **guia-rapida-col.pdf**; source: **www.tecuidamos.org... guía rápida** de nefrostomía - fundación **te cuidamos**.
19. El cuidado de su niño con ostomía www.securestartdischarge@hollister.co
20. Estudio de caso con utilización de un instrumento de Katherine Kolcaba teoría de rango medio del confort, enfermera neurológica Vol, 9 N°2:90-104, 2010- medición de la comodidad en enfermería y pacientes oncológicos, esperanza Ferrer ferrandis; universidad complutense de Madrid, escuela de enfermería, fisioterapia y podología. Ciudad universitaria, s/n.28040 Madrid
- 21 Principios éticos de enfermería
<http://www.pol.una.py/sites/default/files/files/bienestar/PRINCIPIOS%20ETICOS%20DE%20ENFERMERIA.pdf>