

I. INTRODUCCIÓN

Hoy en día ha aumentado la cantidad de patologías que afectan seriamente la salud de la población y que necesitan de la creación de un estoma de eliminación, el cual es el resultado de un procedimiento quirúrgico realizado en función de un diagnóstico médico, que consiste en re-direccionar la salida intestinal o urinaria a la pared abdominal, a fin de suplir la función natural del cuerpo para eliminar sus desechos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de un paciente, que en la mayoría de los casos se enfrenta a un padecimiento crónico; entre los más comunes diversos tipos de cáncer y trastornos en los sistemas digestivo y urinario¹.

El paciente postoperado de un estoma como parte de su tratamiento, por razones importantes comprometen sus funciones digestivas, sufren una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales, al modificarse la fisiología para cumplir las funciones de evacuación por lo que pueden tener dificultades de integración y reinserción en su vida cotidiana, situación que afectara su calidad de vida².

El personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención de estos pacientes, ya que debe contar con los conocimientos y las habilidades que permitan intervenir de manera holística de acuerdo a las características y la situación de vida por la que ésta atravesando el paciente portador de un estoma.

Ante esta situación es indispensable que el profesional de enfermería tenga un marco de referencia y un modelo de atención, por lo que surgió la necesidad de desarrollar una Guía de Cuidados de Enfermería basada en el Proceso del cuidado enfermero (utilizando la taxonomía NANDA,NIC y NOC) , ya que a través de esta , orientara la toma de decisiones , unificara criterios ,estandarizara y optimizara la calidad

asistencial ya que los Planes del Cuidado Enfermero podrán ser aplicados a todos los pacientes enterostomizados y pueden ser adaptados a sus características individuales.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Elaborar, una guía de cuidados de enfermería para pacientes que tengan un estoma de eliminación, ubicados en el área de hospitalización, con el uso de la taxonomía NANDA-NIC-NOC.

2.2 Objetivos específicos

- Fundamentar las intervenciones de enfermería ante el manejo del paciente con estomas de eliminación.
- Determinar los Diagnósticos Enfermeros prevalentes en pacientes enterostomizados que se encuentran en el área de hospitalización.
- Establecer un plan de cuidados estandarizado para cada uno de los diagnósticos enfermeros más importantes que presentan los pacientes portadores de un estoma de eliminación en el periodo posoperatorio.

III. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

En la actualidad la salud de la población se ve seriamente afectada por el surgimiento y aumento de enfermedades, que son ocasionadas principalmente por el estilo de vida que lleva a cabo la sociedad.

Algunos de los principales padecimientos que necesitan como tratamiento terapéutico, la creación de un estoma de eliminación con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente son: el cáncer colorrectal, cáncer de vejiga y la colitis ulcerativa crónica idiopática.

El cáncer colorrectal es uno de los cánceres más recurrentes que afecta tanto a países desarrollados como subdesarrollados ya que ocupa el tercer lugar en incidencia y el cuarto a nivel mundial.

El GLOBOCAN (Agencia Internacional para la investigación sobre el cáncer) en el 2008 reporta una incidencia de cáncer colorrectal de 6,437 casos (5%) y una mortalidad 4,009 casos (5.2%)³.

En nuestro país el INEGI reportó 74,685 muertes por cáncer en 2010 (13% de las muertes en México) de las cuales 5.4% son por cáncer colorrectal⁴.

Para el año 2016, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer de vejiga en los Estados Unidos son: Se diagnosticarán alrededor de 76,960 casos nuevos de cáncer de vejiga, de los cuales 58,950 serán hombres y 18,010 serán mujeres. Alrededor de 16,390 personas morirán a causa del cáncer de vejiga (alrededor de 11,820 hombres y 4,570 mujeres). El cáncer de vejiga es la cuarta causa más común de cáncer entre los hombres⁵.

En 2008, en México según el INEGI la tasa de mortalidad observada de cáncer de vejiga para la población de 60 años presentan la tasa de 9.4 por cada 100 mil habitantes ocupando el noveno lugar de mortalidad por cánceres ⁶.

En cuanto a la prevalencia de colitis ulcerativa crónica idiopática (CUCI) en los Estados Unidos de América es de 2.2 a 14.3 casos por año y por cada 100,000 habitantes. En México, se realizó un estudio por Bosques Padilla y colaboradores en un hospital de tercer nivel al noroeste de México en donde se determinó la frecuencia de nuevos pacientes diagnosticados con CUCI en un periodo de cinco años en el cual se obtuvieron los siguientes resultados: la media de nuevos casos casi se duplicó de 17 a 29 casos por año. La frecuencia se incrementó 1.7 veces, comparando los años 2004 y 2008 ⁷.

De acuerdo con la Organización Internacional de Ostomizados (IOA) , se estima que por cada 1,000 habitantes en el mundo hay un paciente con una ostomía de eliminación, esto quiere decir, que si la población mundial absoluta es de 7,081,014,385 personas actualmente 7,081,014 personas viven con esta condición de salud. Las investigaciones de las organizaciones civiles estiman, por ejemplo, que en Estados Unidos alrededor de 750,000 personas viven con una estoma de eliminación, en el caso de España 100,000, Brasil con 33,864, Argentina con 30,000 y en nuestro país con más de 75,000 personas ⁸.

Se estima que hay un promedio de aproximadamente 100 000 nuevos pacientes por año ⁹.

En América latina los datos que Argentina reporta son: que 2 de cada mil de la población Argentina convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas ¹⁰.

Como antecedente en nuestro país, existen dos publicaciones el estudio realizado por Alcalá Seda y Caballero Villegas en donde en un periodo de 4 años obtuvieron una muestra de 273 pacientes con algún estoma de eliminación en su mayoría se encuentran las colostomías con el 79.4%, ileostomías el 15.3 % y urostomias el 5.13 %¹¹.

Y la otra investigación que realizó Cruz y Cols en la cual su muestra fue de 1688 pacientes de 5 instituciones diferentes y dentro de sus resultados se obtuvo lo siguiente: los grupos de edad donde se presentan con mayor frecuencia las ostomías de eliminación son: de 19 a 50 años con el 30%, de 51-62años el 24% y de 63 años o más 24%. En cuanto al tipo de estoma, las colostomías fueron más frecuentes con 63% seguidos de las ileostomías con 24 % y finalmente las urostomias con el 4%¹².

Ante la situación anterior, el personal de enfermería juega un papel muy importante en la atención del paciente con estomas de eliminación, en la etapa postquirúrgica que inicia las primeras 48 horas hasta el egreso del paciente a su domicilio. Atención que se debe de brindar de manera integral ya que se atiende todo un ser, no una parte de él, a quien no solo sufre el cambio de su imagen corporal si no otros cambios psicológicos y en ocasiones, alteraciones a nivel social, sexual, familiar, las cuales están relacionadas directamente con su nueva situación.

Mediante los cuidados post-operatorios, se persigue el restablecimiento físico, la mejora del equilibrio emocional y suficiente autonomía en los cuidados, para asegurar la recuperación óptima del paciente en su domicilio. Así como la prevención o identificación de posibles complicaciones tempranas (necrosis, hemorragia, dehiscencia, edema, fistulación, evisceración) o tardías (prolapso, estenosis, granuloma, hernia pariestomal, dermatitis pariestomal, retracción y obstrucción)¹³, con la finalidad de evitar mayor estancia hospitalaria o reingresos frecuentes.

Es fundamental que el personal de enfermería tenga los conocimientos y habilidades para realizar los cuidados básicos del estoma así como la educación y el apoyo emocional hacia el paciente y familia que le ayude a adaptarse a su nueva forma de vida.

Por ello la necesidad de realizar esta guía de cuidados de enfermería postoperatorios ,que será una herramienta útil para orientar y apoyar a los profesionales de enfermería en su atención diaria para proporcionar cuidados óptimos y de calidad basados en planes de cuidado estandarizados utilizando la taxonomía NANDA,NIC y NOC, considerando problemas reales y potenciales, que permitan homogenizar las intervenciones, y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería para garantizar la calidad y la eficacia de la atención.

Esta guía podrá ser aplicada a todos los pacientes portadores de un estoma de eliminación y que puede ser adaptado a sus características individuales y así contribuir en mejorar su calidad de vida.

IV. METODOLOGIA

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica así como análisis de diferentes artículos de investigación.

La guía de cuidados está conformada de la siguiente manera:

- 1.-Valoración de enfermería por los 11 patrones de Marjory Gordon.
- 2.-Diagnósticos enfermeros más frecuentes en pacientes con estomas de eliminación.
- 3.-Plan de cuidados para cada uno de los diagnósticos de enfermería.
- 4.-Al final de los planes de cuidado se mencionan las complicaciones tempranas y tardías que pueden presentar estos pacientes así como las intervenciones de enfermería para cada una de ellas.
- 5.-Como complemento a la guía se incluye un apartado de información para brindarle educación para la salud tanto para el paciente como para el familiar.

Esta guía está dirigida a todo el profesional de enfermería que brinda atención al paciente con estomas de eliminación que se encuentra en etapa postoperatoria en el área de hospitalización.

Para la realización de este documento se utilizaron algunos programas de office versión 2007 (Word, power point, pdf) y bases de datos Artemisa.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Fisiopatología de los principales padecimientos que originan la realización de estomas de eliminación.

5.1.1 *Cáncer de colon*

La mayoría de los cánceres colorrectales se desarrollan lentamente durante varios años. Antes de que se origine un cáncer, usualmente se forma un crecimiento de tejido o un tumor que es un *pólipo* no canceroso en el revestimiento interno del colon o del recto. Un tumor consiste en tejido anormal que puede ser benigno (no canceroso) o maligno (canceroso). Un pólipo es un tumor benigno, no canceroso.

Algunos pólipos (no todos) pueden transformarse en cáncer, y la probabilidad de transformarse en cáncer depende de la clase de pólipo:

- Pólipos adenomatosos (adenomas) son pólipos que pueden transformarse en cáncer. Debido a esto, a los adenomas se les llama una afección precancerosa.
- Pólipos inflamatorios y los pólipos hiperplásicos, por lo general, no son precancerosos.

La *displasia* es otra clase de afección precancerosa. La displasia es un área en el revestimiento del colon o del recto donde las células lucen anormales (pero no como células cancerosas verdaderas) .Estás células pueden transformarse en cáncer con el paso del tiempo. Por lo general, la displasia se presenta en las personas que han tenido enfermedades, como la colitis ulcerosa o la enfermedad de Crohn, por muchos años. Ambas enfermedades causan inflamación crónica del colon.

❖ Principio y propagación del cáncer

Si se forma cáncer dentro de un pólipo, con el tiempo, puede comenzar a crecer en el espesor de la pared del colon o del recto. Cuando las células cancerosas se encuentran en la pared, éstas pueden crecer hacia los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. Los vasos linfáticos son canales delgados y diminutos que transportan material de desecho y líquido. El material de desecho y líquido llega primero hasta los ganglios linfáticos adyacentes, que son estructuras que contienen células inmunológicas que ayudan a combatir las infecciones. Una vez que las células cancerosas se propagan a los vasos sanguíneos o linfáticos, éstas pueden trasladarse hasta los ganglios linfáticos adyacentes o las partes distantes del cuerpo, como el hígado. La propagación a partes distantes del cuerpo se denomina *metástasis* ¹⁴.

❖ Factores de riesgo

• Dieta

- Grasas. La ingesta de dietas ricas en lípidos saturados de origen animal aumenta el riesgo de CCR 1, 2.

-Carnes rojas. Su ingesta aumenta el riesgo de CCR. Influyen la temperatura de preparación de la carne ya que a mayor temperatura mayor cantidad de aminas heterocíclicas; de igual forma, influye si la carne se fríe o no. En estos casos la ingesta de carne con estas características incrementa dos veces la prevalencia de adenomas.

• Estilo de vida

-Consumo de alcohol y tabaco

Se ha sugerido que la ingesta de más de dos bebidas alcohólicas por día aumenta dos veces el riesgo de CCR 1.

El tabaquismo prolongado se asocia a mayor riesgo de forma tal que si se consumen más de 20 paquetes al año de cigarrillos se aumenta el riesgo de adenomas, así, si se consumen más de 35 paquetes al año aumenta el riesgo de CCR 2.

- Factores genéticos

-Predisposición hereditaria

Los antecedentes familiares de CCR confieren un riesgo aumentado a lo largo de la vida para CCR.^{1,2} La afección de un familiar de primer grado duplica el riesgo de CCR y aumenta de forma importante si el familiar es menor de 60 años. Asimismo, los antecedentes de CCR incrementan el riesgo de pólipos adenomatosos en familiares directos¹⁵.

- ❖ *Síntomas*

Como todos los tumores malignos, el cáncer colorrectal produce una serie de síntomas, que pueden variar en función de su localización dentro del intestino grueso:

- Sangre en las heces: Es uno de los síntomas más frecuentes puede tratarse de sangre roja, más frecuente en tumores de recto, sigma y colon descendente, o de sangre negra, que se mezcla con las heces dando lugar a deposiciones de color negro también llamadas melenas. Las melenas aparecen con más frecuencia cuando el tumor está situado en el colon ascendente.

- Cambio en el ritmo de las deposiciones: Aparece diarrea o estreñimiento en personas con ritmo intestinal previo normal, aunque, lo más frecuente es que se intercalen periodos de estreñimiento con periodos de diarrea.

- Heces más estrechas: Generalmente esto se produce porque el tumor está estrechando el intestino y no permite el paso de las heces normalmente.

- Tenesmo o sensación de evacuación incompleta: Suele aparecer en tumores localizados en el recto o en el colon izquierdo.
- Dolor abdominal: Suele ser un síntoma frecuente, aunque generalmente, se trata de un dolor inespecífico. Cuando el tumor cierra parcialmente el calibre del tubo intestinal se produce un cuadro de dolor abdominal tipo cólico. Cuando el cierre es completo se acompaña de estreñimiento y vómitos.
- El cansancio extremo o la pérdida de peso sin causa aparente ¹⁶.

❖ *Diagnóstico*

Las personas en alto riesgo de enfermedad o que tiene síntomas requieren que se les realice lo siguiente:

- Enema de bario. Ofrece una imagen clara del intestino grueso y es útil para detectar tumores pequeños.
- Colonoscopia. Permite la visión endoscópica directa y la posibilidad de tomar biopsias de la lesión.
- Radiografía torácica, gammagrafías hepáticas, óseas. Sirven para evaluar lesiones metastásicas.
- Laboratorio. Incluye un hemograma y la medición de los niveles séricos de aspartato aminotransferasa, lacticodeshidrogenasa (LDH), fosfatasa alcalina, nitrógeno ureico en sangre, antígeno carcinoembrionario (el nivel de este marcador esta elevado en las etapas avanzadas del cáncer).

❖ *Tratamiento*

• Cirugía

Su objetivo es la resección del colon dejando márgenes libres de enfermedad. El tumor y los vasos sanguíneos asociados se resecan en bloque junto con las estructuras vascular y linfática. El tamaño y la localización del tumor, así como la metástasis adicional, determinan el tipo y el alcance de la cirugía. Los procedimientos principales son la colectomía, la colostomía (temporal o permanente).

- Quimioterapia

Se considera como terapia adyuvante de la intervención quirúrgica inicial. Se ha utilizado en un intento por prevenir las metástasis provenientes de los tumores no resecables confinados al hígado.

- Radioterapia

Se utiliza en pacientes con penetración tumoral microscópica extensa, afección de los ganglios linfáticos y extensión directa del tumor dentro de las vísceras o el perineo ¹⁷.

5.1.2 Colitis ulcerativa crónica inespecífica

La colitis ulcerativa crónica inespecífica es una entidad caracterizada por una inflamación mucosa difusa del colon y el recto. Ésta comienza a nivel del recto y progresa proximalmente de forma variable. La extensión de la enfermedad se puede dividir en distal o extensa. La forma distal se refiere a la colitis confinada al recto (proctitis) o al recto y sigmoides (proctosigmoiditis). Las formas extensas incluyen la colitis izquierda (hasta el ángulo esplénico), la extendida (hasta el ángulo hepático) y la pancolitis (todo el colon). El 95% de los pacientes tienen afección del recto, el 50% del recto y sigmoides, el 30% colitis izquierda y el 20% pancolitis ¹⁸.

❖ *Síntomas*

A medida que el revestimiento intestinal se inflama y ulcera, pierde su capacidad de absorber agua del material de desecho que atraviesa el colon por lo que ocasiona:

-Dolor abdominal tipo cólico en la parte inferior izquierda del abdomen: puede deberse a la tensión de la pared colónica inflamada durante las contracciones musculares.

-Diarrea y principalmente pospandrial.

-Heces sanguinolentas. El revestimiento intestinal dañado puede comenzar a producir una gran cantidad de mucosidad en las heces. La ulceración ocasiona sangrado. Cuando la enfermedad es severa los pacientes tienen deposiciones líquidas que contienen sangre y pus.

-Urgencia y tenesmo: Son causados por la escasa distensibilidad y la pérdida de la capacidad de reservorio del recto inflamado.

-Pérdida de peso: Por la pérdida de proteínas a través de la mucosa inflamada, el hipercatabolismo y la regulación en menos de la síntesis de la albúmina causada por la inflamación.

-Fiebre: Factor catabólico adicional que acompaña a los episodios agudos severos.

-Falta de aire, fatiga y tumefacción de los tobillos: Síntomas de anemia

❖ *Signos*

Los pacientes con una enfermedad leve o incluso moderadamente severa muestran pocos signos físicos anormales. Estos pacientes pueden tener un aspecto engañosamente bueno: Los ruidos intestinales son normales, el tacto rectal también suele ser normal, pero la mucosa puede sentirse “aterciopelada” y edematosa, el conducto anal puede estar dolorido.

Los pacientes con episodios agudos severos también pueden tener un buen aspecto. Sin embargo, muchos de ellos tendrán mal aspecto, con evidencias de pérdida de peso, anémicos, con edema. Los dedos en palillo de tambor constituyen una manifestación frecuente de la enfermedad crónica. El abdomen puede estar distendido y timpánico, el colon puede ser doloroso a la palpación.

-Manifestaciones extraintestinales:

- Piel: Eritema nudoso se presenta del 2 al 4% de los pacientes. La piodermia gangrenosa ocurre del 1 al 2% de los pacientes.
- Boca: Ocurre en el 10% de los pacientes.

- Ojos: En el 5 al 8 % de los pacientes con una colitis activa se produce una epiescleritis, conjuntivitis leve.
- Articulaciones: En el 10 al 15% de los pacientes se produce una artropatía aguda (las articulaciones se tornan calientes y tumefactas).
- Enfermedades hepáticas: Las elevaciones leves de las transaminasas y la fosfatasa alcalina séricas son comunes debido a la desnutrición, sepsis y un hígado graso ¹⁹.

❖ *Diagnóstico*

El diagnóstico depende del cuadro clínico (principalmente de los antecedentes), del examen de las heces, de los aspectos sigmoidoscópicos o colonoscópicos y de la evaluación histológica de piezas de biopsia del recto o el colon.

-Datos de laboratorio. Anemia ferrópenica por pérdidas crónicas, leucocitosis con neutrofilia y una elevación de la proteína C reactiva y de la VSG, hipoalbuminemia (que es un reflejo de la disminución de la ingesta y de la pérdida entérica de esta proteína a través de la mucosa ulcerada).

-Análisis de las heces. Revela moco, sangre y leucocitos

-Colonoscopia o proctosigmoidoscopia. Revela friabilidad, edema e hiperemia de la mucosa. Es posible encontrar ulceraciones y exudado mucopurulento.

-Radiología. El engrosamiento de la pared a menudo es evidente en una radiografía simple así como distensión del intestino delgado y dilatación colónica.

❖ *Tratamiento*

- Reposo intestinal con líquidos intravenosos. Puede ser más útil para periodos breves. La nutrición parenteral total permite un reposo intestinal prolongado con restitución de vitaminas, minerales, electrolitos y calorías en forma de carbohidratos, proteínas y grasas.
- Ácido 5 aminosalicílico y sulfasalazina. Inducen la remisión y reducen las tasas de recaídas en pacientes con colitis ulcerativa. Así como para bajar la inflamación a nivel del revestimiento intestinal.
- Corticoesteroides. Que se administran mediante enema o por vía sistémica pueden ser efectivos para inducir una remisión.
- Agentes inmunomoduladores: azatioprina, ciclosporina, metotrexato se administran con la finalidad de evitar una operación de urgencia. La Alteran la biosíntesis de las purinas y así inhibe la proliferación celular.
- Resección. Entre 25 y 33% de los pacientes pueden requerir una intervención quirúrgica en algún momento. Exige la remoción e todo el colon con la creación de una ileostomía o una bolsa ileal en J con anastomosis ileoanal. La intervención suele realizarse en las siguientes alteraciones:
 - Episodios agudos severos que no responden al tratamiento médico.
 - Megacolon tóxico (es una dilatación aguda del colon a un diámetro mayor de 6 cm) que no responde a 24 a 72 hrs de medidas conservadoras intensivas,
 - Perforación
 - Hemorragia masiva
 - Carcinoma

-Displasia observada en la biopsia al momento de la colonoscopia

-Curación, en especial después de 10 años de presentar la enfermedad debido al mayor riesgo de cáncer.

❖ *Evolución y pronóstico*

La mayoría de los pacientes (80%) con colitis ulcerosa tiene episodios agudos intermitentes de su enfermedad pero la duración de la remisión varía en forma considerable de unas pocas semanas a muchos años ²⁰.

5.1.3 Cáncer de vejiga

El carcinoma de vejiga es el tumor maligno más común del tracto urinario. La mayoría de los cánceres de vejiga comienza en el urotelio (es el revestimiento más interno está compuesto de células llamadas de *transición* o *uroteliales*).

❖ *Tipos*

Los cánceres de vejiga se dividen en varios tipos según sus células y estos responden de manera distinta a los tratamientos.

- Carcinoma de células de transición (uroteliales)

Este tipo de cáncer es el cáncer de vejiga más común. Más de nueve de cada 10 cánceres de vejiga son de este tipo. Las células de los carcinomas de células de transición (TCCs) se parecen a las células uroteliales que revisten el interior de la vejiga. Las células uroteliales también cubren otras partes del tracto urinario, tal como el revestimiento de los riñones (que se conoce como *pelvis renal*), los uréteres y la uretra.

A menudo, los cánceres de vejiga se describen basándose en cuán lejos han invadido la pared de la vejiga:

- No invasivos aún permanecen en la capa interna de las células (el epitelio de transición), y no han crecido hacia las capas más profundas.
- Invasivos crecen hacia la lámina propia o incluso más profundamente hacia la capa muscular. Los cánceres invasivos tienen más probabilidad de propagarse y son más difíciles de tratar.

❖ *Factores de riesgo*

- Tabaquismo

El tabaquismo es el factor de riesgo más importante para el cáncer de vejiga. La probabilidad de que los fumadores padezcan cáncer de vejiga es al menos el triple de la que tienen los no fumadores. El hábito de fumar causa alrededor de la mitad de los cánceres de vejiga tanto en hombres como en mujeres. Cuando los fumadores inhalan el humo, algunos de los carcinógenos (sustancias químicas que producen cáncer) que contiene el humo del tabaco los absorben los pulmones, y de allí llegan a la sangre. En la sangre, los riñones los filtran y se concentran en la orina. Estos químicos en la orina pueden dañar a las células que recubren el interior de la vejiga, lo que aumenta la probabilidad de cáncer.

- Exposiciones en el lugar de trabajo

Los productos químicos conocidos como *aminas aromáticas*, tales como la bencidina y la betanaftilamina, que se usan algunas veces en la industria de los colorantes, pueden causar cáncer de vejiga.

Entre las industrias con más alto riesgo se incluyen los fabricantes de goma, cuero, textiles y productos para pinturas, así como las compañías de imprenta.

Otros trabajadores con un riesgo aumentado de cáncer de vejiga incluyen: pintores, peluqueros (probablemente debido a la exposición excesiva a los colorantes de cabello), operarios de máquinas, tipógrafos y conductores de camiones (probablemente debido a la exposición a los gases de diesel).

- Raza y origen étnico

Las personas de raza blanca son doblemente más propensas a desarrollar cáncer de vejiga que las personas de raza negra. Los hispanos, los asiáticos americanos y los indios americanos tienen tasas ligeramente más bajas de cáncer de vejiga. Las razones para estas diferencias no están bien precisadas.

- Edad

El riesgo de padecer cáncer de vejiga aumenta con la edad. Se reporta que alrededor de 9 de 10 personas que tienen cáncer de vejiga son mayores de 55 años.

- Incidencia según el sexo

El cáncer de vejiga es mucho más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

- Irritación e infección crónica de la vejiga

Las infecciones urinarias, los cálculos renales y en la vejiga, los catéteres de la vejiga que se usan por mucho tiempo, así como otras causas de irritación crónica de la vejiga, se han relacionado con el cáncer de vejiga (especialmente con el carcinoma de células escamosas de la vejiga), pero no está claro si en realidad causan cáncer de vejiga.

- Antecedente personal de cáncer de vejiga u otro cáncer urotelial

Los carcinomas uroteliales pueden originarse en muchas áreas de la vejiga, así como en el revestimiento de los riñones, los uréteres y la uretra.

Tener un cáncer en el revestimiento de cualquier parte del tracto urinario provoca que haya un mayor riesgo de que se forme otro tumor. El tumor se puede formar en la misma área anterior o en otra porción del urotelio (revestimiento). Esto es así incluso cuando el primer tumor se extirpó totalmente. Por esta razón, las personas que hayan tenido cáncer de vejiga necesitan un seguimiento médico rutinario estricto.

- Defectos congénitos de la vejiga

Antes del nacimiento, hay una conexión entre el ombligo y la vejiga. Esta conexión, conocida como *uraco*, normalmente desaparece antes del nacimiento. Si parte de esta conexión permanece después del nacimiento, podría volverse cancerosa.

Los cánceres que se originan en el uraco usualmente son *adenocarcinomas*, los cuales están formados por células de glándulas malignas.

Otro defecto de nacimiento poco común que se conoce como extrofia tanto la vejiga como la pared abdominal no logran cerrarse por completo durante el desarrollo y se han formado juntas. Esto deja el revestimiento interno de la vejiga expuesto fuera del cuerpo. Una cirugía realizada poco tiempo después del nacimiento puede cerrar la vejiga y la pared abdominal (y reparar otros defectos relacionados), pero las personas que presentan este defecto aún tienen un mayor riesgo de infecciones urinarias y cáncer de vejiga.

- Antecedente familiar y genética

Las personas que tienen familiares con cáncer de vejiga tienen un riesgo aumentado de padecer este cáncer. Además puede que ellos compartan cambios en algunos genes (como *GST* y *NAT*) que causan que sus organismos sean lentos en descomponer ciertas toxinas, lo que pudieran provocar que sean más propensos a padecer cáncer de vejiga.

- Quimioterapia y radioterapia

El uso prolongado del medicamento de quimioterapia ciclofosfamida (Cytoxan) puede irritar la vejiga y aumentar el riesgo de cáncer de vejiga. A las personas que toman este medicamento a menudo se les pide que tomen mucho líquido para ayudar a proteger la vejiga de la irritación y reducir el riesgo de cáncer de vejiga.

- Arsénico en el agua potable

El arsénico en el agua potable ha sido asociado con un riesgo aumentado de cáncer de vejiga en algunas partes del mundo. La probabilidad de exponerse al arsénico depende del lugar donde usted vive y si usted recibe su agua de un pozo o de un sistema público de agua que reúna las normas de seguridad de contenido arsénico.

- Poco consumo de líquido

El poco consumo de líquido pudiera aumentar el riesgo de cáncer de vejiga. Las personas que beben muchos líquidos todos los días presentan una tasa menor de cáncer de vejiga. Se cree que esto se debe a que vacían frecuentemente sus vejigas. Al hacer esto, evitan que los químicos se queden en sus cuerpos.

- ❖ *Signos*

-Sangre en la orina. En la mayoría de los casos, la presencia de sangre en orina (*hematuria*) es el primer signo de advertencia de cáncer de vejiga. Algunas veces, hay suficiente sangre como para cambiar el color de la orina.

Puede que haya sangre en la orina un día y que no la haya el próximo día, y que la orina permanezca sin sangre por algunas semanas o meses. Si una persona tiene cáncer de vejiga, la sangre reaparece en el futuro.

-Cambios en los hábitos urinarios o síntomas de irritación. Algunas veces, el cáncer de vejiga puede causar cambios en la micción, tales como:

- Orinar con más frecuencia de lo habitual.
- Dolor o ardor al orinar.
- Sensación de que necesita orinar inmediatamente, incluso cuando la vejiga no está llena.

Es más probable que estos síntomas sean también causados por una afección benigna, tal como una infección, cálculos en la vejiga, una vejiga hiperactiva o una próstata agrandada (en los hombres).

❖ *Síntomas*

Los cánceres de vejiga que han crecido lo suficiente o se han propagado a otras partes del cuerpo pueden a veces causar otros síntomas, tal como:

- No poder orinar.
- Dolor en un lado de la espalda baja.
- Pérdida de apetito y de peso.
- Hinchazón en los pies.
- Dolor en los huesos ²¹.

❖ *Diagnóstico*

-Clínico. El dato clínico más importante es la hematuria asintomática (85%), la cual puede ser micro o macroscópica, los síntomas urinarios irritativos (20%) se relacionan con carcinoma in situ y tumores que invaden el trigono o cuello vesical. En el caso del adenocarcinoma de vejiga los pacientes pueden presentar mucosuria. En caso de enfermedad avanzada se presenta dolor en flanco, edema de extremidades inferiores y masa palpable.

-Exploración física. La palpación bimanual bajo anestesia antes de la RTUV permite evaluar infiltración a tejidos adyacentes (resección transuretral de vejiga).

-Examen general de orina. En la mayoría de los casos se encuentra hematuria, en el caso del adenocarcinoma se pueden encontrar filamentos mucoides.

-Citologías urinarias. La sensibilidad es baja (12%) en tumores de bajo grado y de 75 a 80% en tumores de alto grado así como en carcinoma in situ.

Para esta prueba, se examina una muestra de orina con un microscopio para saber si contienen cáncer o células precancerosas. La citología también se hará en los lavados de vejiga que se tomaron al momento de la cistoscopia.

-Marcadores tumorales. Las diferentes pruebas de orina identifican sustancias específicas liberadas por las células cancerosas de la vejiga. Estas pruebas se puede usar junto con la citología en orina para ayudar a determinar si una persona tiene cáncer. Estas pruebas podrían incluir la prueba para NMP22 (productos de degradación de fibrinógeno, ácido hialuronidasa) y BTA (antígeno de tumor de vejiga) ²².

-Cistoscopia. Se usa para verificar la presencia de un tumor vesical y caracterizar su apariencia macroscópica. La cistoscopia con biopsias aleatorias se realiza con el paciente bajo anestesia local con sin sedación intravenosa ²³.

-RTUV. Este procedimiento es considerado tanto diagnóstico como potencialmente terapéutico. Se recomienda la resección profunda de la lesión para una adecuada etapificación, se deben realizar biopsias en frío para evaluar la profundidad de la lesión así como para evitar daño térmico al tejido. Se recomienda realizar biopsias aleatorias (mapeo vesical) en caso de citologías positivas y ausencia de tumor visible.

-Biopsias de la vejiga. Una biopsia puede mostrar si el cáncer está presente y de qué tipo de cáncer se trata. Si se encuentra cáncer de vejiga, dos características son importantes: cuán invasivo es el cáncer y el grado del mismo.

-Estudios de imágenes:

Pielograma intravenoso. Un pielograma intravenoso también llamado urograma intravenoso (IVU) consiste en una radiografía del sistema urinario, tomada después de inyectar un colorante especial en una vena. Este colorante es extraído del torrente sanguíneo por los riñones y luego pasa a los uréteres y a la vejiga. El tinte delinea a estos órganos en las radiografías y ayuda a encontrar tumores del tracto urinario.

Tomografía computarizada. La tomografía computarizada usa rayos X para producir imágenes transversales detalladas de su cuerpo. Una CT de los riñones, uréteres y la vejiga se conoce como urograma CT. Puede proporcionar información detallada sobre el tamaño, forma y posición de cualquier tumor que se encuentre en el tracto urinario, incluyendo la vejiga.

-Ecografía (ultrasonido). El ultrasonido (ultrasonografía) usa ondas sonoras para formar fotografías de los órganos internos. Puede ser útil para determinar el tamaño del cáncer de vejiga y si se ha propagado fuera de la vejiga hasta alcanzar órganos o tejidos adyacentes. También se puede usar para examinar los riñones.

-Radiografía de tórax. Se puede hacer una radiografía del tórax para determinar si el cáncer de vejiga se propagó a los pulmones.

-Gammagrafía ósea. Una gammagrafía ósea puede ayudar a detectar pequeña cantidad de material de baja radiactividad en la vena. La sustancia se asienta en las áreas dañadas de los huesos de todo el esqueleto en el transcurso de un par de horas. Luego, durante aproximadamente 30 minutos mientras una cámara especial detecta a la radiactividad y crea una imagen del esqueleto. La imagen muestra a la vez posibles áreas de propagación del cáncer a todos los huesos en el cuerpo ²⁴.

❖ *Tratamiento*

- Cirugía transuretral. Para esta operación, se coloca un tipo de cistoscopio rígido llamado un *resectoscopio* en la vejiga a través de la uretra. El resectoscopio tiene un asa de alambre en su punta para remover cualquier tumor o tejido anormal. El cáncer también se puede destruir usando un rayo láser de alta energía a través del cistoscopio.
- Cistectomía. Cuando hay cáncer invasivo en la vejiga, puede que sea necesario extirpar parte o toda la vejiga existen algunos tipos de cistectomía los cuales son:
 - Cistectomía parcial. Si el cáncer ha invadido el músculo, pero no es muy grande y sólo está en un lugar, algunas veces se puede remover junto con parte de la pared de la vejiga sin la extirpación total de la vejiga. Luego se cierra el orificio en la pared de la vejiga. También se extirpan los ganglios linfáticos cercanos y se examinan para determinar si el cáncer se propagó. La principal ventaja de esta cirugía consiste en que una persona mantiene su vejiga.
 - Cistectomía radical con disección de ganglios linfáticos extendida. Si el cáncer es de mayor tamaño o está en más de una parte de la vejiga, se necesitará realizar una cistectomía radical con disección de ganglios linfáticos extendida. En esta operación se extirpa toda la vejiga y los ganglios linfáticos cercanos. En los hombres, también se extirpa la próstata. En las mujeres, se extirpan a menudo los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y una pequeña porción de la vagina junto con la vejiga.
- Cirugía reconstructiva después de la cistectomía radical. Si se le extirpa toda la vejiga, necesitará otra manera de almacenar y eliminar la orina por lo que existen las siguientes alternativas:

Derivación incontinente: una opción pudiera ser la extirpación de una pequeña parte de su intestino y conectarlo a los uréteres. Este procedimiento crea un conducto, conocido como conducto ileal, para que pase la orina desde los riñones hasta el exterior del cuerpo. Un extremo del conducto se conecta a la piel de la parte frontal del abdomen mediante una abertura llamada *estoma* (también conocida como una **urostomía**).

Derivación continente: Se realiza una válvula al saco creado con la parte del intestino adherida a los uréteres. La válvula permite que la orina se mantenga almacenada en el saco. Se tendrá que vaciar el saco varias veces al día al colocar un tubo de drenaje (un catéter) en el estoma a través de la válvula.

Neovejiga: un método más reciente encamina la orina de regreso a la uretra, para restablecer la eliminación de orina. Una manera para hacer esto es mediante la creación de una *neovejiga* (básicamente una nueva vejiga hecha del intestino). Los uréteres se conectan a la neovejiga. La diferencia es que la neovejiga también se cose a la uretra. Esto permite que el paciente orine normalmente ²⁵.

- ✓ Terapia intravesical para el cáncer de vejiga. Con la terapia intravesical, el médico administra un medicamento líquido directamente en la vejiga.

Inmunoterapia intravesical. La terapia Bacillus Calmette – Guerin . Es la inmunoterapia intravesical más eficaz para el tratamiento del cáncer de vejiga en etapa inicial. Las células del sistema inmunológico del cuerpo son atraídas a la vejiga y activadas por el BCG, y a su vez afectan a las células del cáncer de vejiga. Por lo general, el tratamiento comienza varias semanas después de una resección transuretral del tumor y se administra una vez a la semana por 6 semanas.

✓ Quimioterapia intravesical.

Para este tratamiento, se administran medicamentos de quimioterapia directamente en la vejiga a través de un catéter. Estos medicamentos destruyen activamente las células cancerosas en crecimiento. También se puede emplear de manera sistémica.

✓ Radioterapia.

La radioterapia utiliza rayos de alta energía para destruir las células cancerosas. Enfoca la radiación desde una fuente exterior del cuerpo hacia el cáncer. Cada tratamiento dura sólo unos minutos. Con más frecuencia, los tratamientos de radiación se administran 5 días a la semana por varias semanas ²⁶.

5.2 Tipos de estomas de eliminación

¿Qué es un estoma de eliminación?

También llamada ostomía es una comunicación artificial de un órgano con la pared abdominal realizada quirúrgicamente para suplir la vía natural de excreción urinaria o intestinal (heces, orina) cuando esta sea interrumpido por cualquier causa ya sea una enfermedad crónica o traumatismo .La colostomía, ileostomía y urostomía son ejemplos de este tipo de estomas de eliminación ²⁷.

5.2.1 Colostomía

Es un procedimiento quirúrgico que consiste en hacer una abertura u orificio por medio del cual un segmento del intestino grueso se saca por la pared abdominal, en donde se fija para permitir el paso de la materia fecal.

Las colostomías se practican con las finalidades siguientes:

- a) Para la descompresión del colon obstruido
- b) Para la derivación de la corriente fecal, como preparativo de la resección de una lesión inflamatoria obstructiva o perforada.

c) Para que sirva como el punto de evacuación de las heces cuando el colon distal o rectal ha sido extirpado ²⁸.

Clasificación

✓ De acuerdo a la morfología.

-Laterales o en asa: En general son de carácter temporario aunque en casos de patología maligna irresecable pueden ser definitivas. Tiene la característica que no se interrumpe totalmente la continuidad del intestino, se realizan en un segmento móvil del colon (colon transverso o sigmoideas), o por necesidad en un segmento movilizado, con el objeto de disminuir la presión del colon en un segmento proximal a la colostomía. Los tipos de colostomías de este tipo son: del colon transverso y sigmoidea en asa.

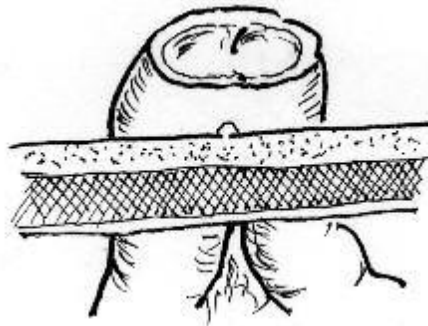


Figura No. 1 Colostomía en asa ²⁹

-Terminales: Son de carácter definitivo en la mayoría de los casos, interrumpen totalmente la continuidad colónica, pueden realizarse en cualquier segmento del colon y tienen por objeto derivar todo el contenido intestinal en los casos en los que se reseca algún segmento distal al mismo.

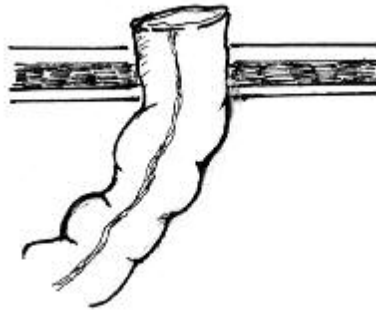


Figura No.2 Colostomia terminal ³⁰

- ✓ De acuerdo a la capacidad de continencia.
 - No Continentes: Cuando no se realiza un método de continencia de las heces.
 - Continentes: Cuando se realiza con técnicas que permiten la función de continencia de las heces.
 - ✓ De acuerdo a la posibilidad de restablecimiento de la continuidad colónica.
 - Temporarias: Son aquellas que se utilizan para derivaciones del contenido colónico en forma transitoria, y que luego de solucionada la patología que las motivo se cierran o reconstruyen.
 - Definitivas: Son las que nunca se reconstruirán debido a amputación del colon distal a las mismas, falta de resolución de la patología que las originó o debido al riesgo quirúrgico del paciente que no pueda ser reintervenido ³¹.
 - ✓ De acuerdo a la posición anatómica se clasifican en:
 - Colostomía ascendente: Construida en la parte ascendente del colon. Si se exterioriza la primera porción del intestino grueso (colon ascendente) el estoma quedara localizado en el lado derecho del abdomen, las heces serán de consistencia líquida o semilíquida y la eliminación frecuente.

-Colostomía transversa: Si la derivación se realiza a nivel del tramo intermedio del intestino grueso (colon transverso), el estoma quedara por encima del ombligo o un poco lateral en este caso las heces son pastosas o semiformadas de eliminación frecuente.

-Colostomía descendente: Si se deriva la última porción del intestino grueso (colón descendente o signoide), el estoma quedará situado en el lado izquierdo del abdomen, y las heces serán sólidas, similares a la que eliminamos por el ano antes de ser operado. Este tipo de ostomía son las más frecuentes ³².

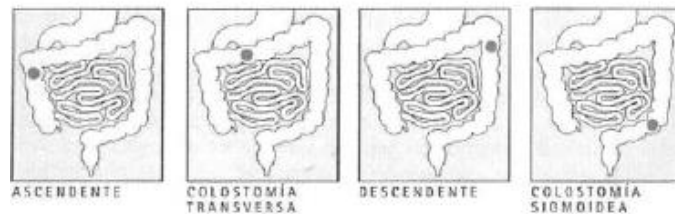


Figura No. 3 Colostomías de acuerdo a la posición anatómica ³³ .

5.2.2 Ileostomía

El íleon es traído a través del músculo rectoabdominal, es evertido sobre sí mismo y se sutura la mucosa a la piel con la finalidad de eliminar la materia fecal sin que ésta llegue al colon .La posición óptima es el cuadrante inferior derecho. La ileostomía carece de músculo esfínter, por lo que la persona no puede controlar la evacuación de forma voluntaria.

Justo después de la operación, las heces procedentes de una ileostomía son por lo general líquidas y constantes con un promedio de 600 a 800 ml. Sin embargo, a medida que el intestino se adapta, las heces se harán más espesas y pastosas. Estas heces contienen enzimas digestivas y un PH ácido que son muy irritantes para la piel. En el estoma no existen terminaciones nerviosas, por lo que no duele y debe ser siempre rojo y estar húmedo.

También puede sangrar fácilmente si recibe un golpe o se roza. Las indicaciones para una ileostomía son:

- Colitis ulcerativa
- Enfermedad de crohn
- Poliposis familiar ³⁴ .

5.2.2.1 Tipos de ileostomías

- ✓ Ileostomía continente (o bolsa abdominal).

En este tipo de ileostomía se confecciona un reservorio mediante la plicatura del intestino delgado distal que ejerce un efecto de válvula y se obtiene un efecto de continencia. Con esta ileostomía el contenido fecal se almacena en el reservorio que sólo se evacua tras sondaje del mismo gracias a la válvula que lo convierte en continente. Se deben realizar lavados periódicos de la sonda con 20 ml de suero para mantenerla permeable y se pinzará y despinzará alternativamente tras la primera semana. Varias veces al día, se colocara un tubo delgado y suave (cáteter), para drenar los desechos fuera del depósito en el estómago. A partir del primer mes el reservorio aumenta progresivamente de volumen y con 3-4 sondajes diarios se puede lograr la deposición, el tipo de drenaje es líquido o pastoso ³⁵ .



Figura No.4 Ileostomía continente (con reservorio de kock) ³⁶.

✓ Convencional o de Brooke.

Es la cirugía que se hace con más frecuencia. El extremo del íleon se jala a través de la pared abdominal, se voltea hacia atrás y se sutura a la piel, dejando una sección lista, redondeada y al revés del íleon como el estoma. Usualmente el estoma se coloca en la parte inferior derecha del abdomen, en una superficie plana de la piel, normal y lisa. Drenaje líquido o pastoso constante que contiene enzimas digestivas ³⁷.



Figura No.5 Ileostomía convencional o de brooke ³⁸ .

✓ Ileostomía en asa.

La ileostomía en asa es útil cuando se requiere derivación intestinal y descompresión fecal, con la ventaja de no requerir laparotomía para revertir el procedimiento. La indicación más común es para protección de anastomosis digestiva distal (ileocólica ileorrectal o ileonal), otras indicaciones incluyen derivación en patologías malignas irresecables, sepsis pélvica, o enfermedad inflamatoria severa.

El asa de intestino delgado se abre en el borde antimesentérico, en sentido longitudinal o transversal al asa. Se debe tener en cuenta que el extremo proximal es mucho más productivo por lo que su calibre debe ser mayor y quedar mayor longitud de mucosa evertida. La ileostomía se fija con puntos sueltos a piel.

Se coloca una varilla de plástico a través del mesenterio que cruza perpendicularmente el asa y la fija a la pared abdominal evitando su retracción. Esta varilla se retirará a partir del 7^o día.

Para madurar la ileostomía en asa, se incide transversalmente cuatro quintas partes de la circunferencia del asa a 1cm del margen de la piel en la extremidad recesiva o no funcional; siendo esta porción la primera en madurarse con tres puntos de espesor total intestinal a la dermis, colocando las suturas medial y lateral cerca del ángulo en la apertura abdominal para reducir su diámetro ³⁹.

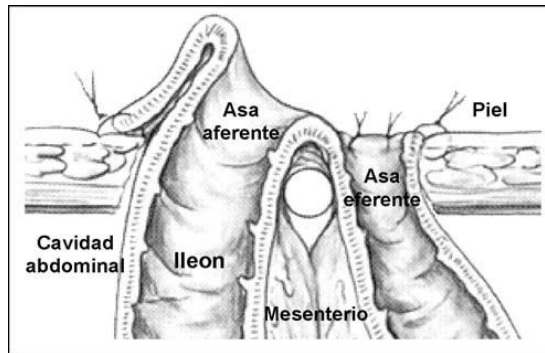


Figura No.6 Ileostomía en asa ⁴⁰ .

5.2.3 Urostomía

La urostomía es una cirugía que es necesaria cuando la vejiga no funciona como debería. Ésta puede ser el inicio de una vida nueva y más sana para miles de personas que padecen enfermedades graves de la vejiga. Si padece un problema crónico (por largo tiempo) o una enfermedad que puede representar una amenaza para la vida, como cáncer de vejiga. La urostomía es una abertura en la pared abdominal con la finalidad de desviar la orina fuera de la vejiga que está enferma o que no funciona como debería.

La desviación urinaria ha sido definida como la alteración parcial o total del recorrido fisiológico de la orina.

En la eliminación de la micción por la vía natural, se crea, como alternativa al método fisiológico, un método artificial de drenaje de la orina.

La excreción de una urostomía está formada por orina, y en el caso de la urostomía a través del asa ileal, por mucosidad de la pared, lo que le da un aspecto un poco turbio. En condiciones normales la cantidad de orina es alrededor de 1.800 ml diarios. La orina fluye y gotea por el estoma continuamente. La orina es ácida (pH 6,5), por lo tanto, es corrosiva para la piel y puede causar lesión o ulceración ⁴¹.

5.2.3.1 Tipos e indicaciones

Las funciones de transporte y eliminación de la orina pueden alterarse a causa de distintas enfermedades, tanto congénitas como adquiridas, que pueden afectar al aparato urinario o al sistema nervioso que controla la función vesical. En estos casos será necesario practicar una derivación urinaria a la pared abdominal.

Las urostomías se clasifican:

- ✓ Según el tiempo de permanencia.
- Temporales. Son aquellas en las que se puede, posteriormente, restablecer la continuidad del trayecto normal de la orina. Sus indicaciones son:
 - Uropatías obstructivas
 - Reflujo vésico-ureteral
 - Válvulas uretrales

-Permanentes o definitivas. Son las que posteriormente no se va a poder restablecer la continuidad del trayecto normal de la orina, ya que una parte ha sido extirpada o es afuncional. Sus indicaciones básicas son:

- Cáncer de vejiga
- Incontinencia urinaria.
- Cistitis intersticial
- Malformaciones congénitas de vejiga y/o uretra
- Extrofia vesical.
- Cáncer de uretra

✓ Según la técnica de derivación urinaria utilizada.

-Ureterostomía cutánea: consiste en abocar el cabo ureteral directamente a la piel. Puede ser uni o bilateral.

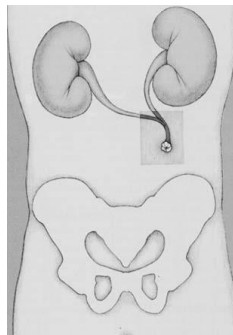


Figura No.7 Urostomía cutánea ⁴².

-Ureterostomía “in situ”: consiste en la canalización del uréter mediante un catéter.

-Anastómosis ureterocolónicas (conducto colónico): consiste en la utilización de un segmento aislado de colon (sigma), en un extremo del cual se implantan los uréteres y el otro extremo se aboca en forma de estoma.

-Cistoileocutaneostomía: consiste en cerrar el cuello vesical, y anastomosar un extremo de asa ileal aislada a la vejiga y abocar el otro extremo a la pared abdominal. Se utiliza en la incontinencia urinaria ⁴⁰.

-Ureteroileocutaneostomía (Briker): Consiste en la anastomosis de ambos uréteres a una porción de íleon aislado, de unos 10-20 cm de longitud, se cierra el extremo proximal y el distal es abocado a la piel de la pared abdominal en hemiabdomen derecho formando un estoma, el que mejor resultado proporciona es el evertido o en puño de camisa, que protuya unos 2 cm (Brooke), la disposición que ha de tener el asa hacia el exterior, ha de ser isoperistáltica, para facilitar la expulsión de la orina al exterior. Esta orina es canalizada durante un periodo desde los uréteres hasta el exterior por unos catéteres introducidos en su interior. Se diferencian uno del otro por ser biselado el extremo del izquierdo y recto el que procede del uréter derecho⁴³.

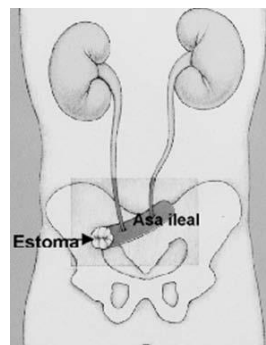


Figura No.8 Ureteroileocutaneostomía (briker) ⁴⁴ .

-Urostomías continentales: Para una urostomía continente, el cirujano hace una bolsa interna. En este caso, la bolsa tiene válvulas para evitar que la orina regrese desde los uréteres hacia los riñones. También hay una válvula para mantener la orina en la bolsa hasta que sea removida. La bolsa se tiene que vaciar de 4 a 5 veces al día con un tubo flexible llamado un *catéter* ⁴⁵.

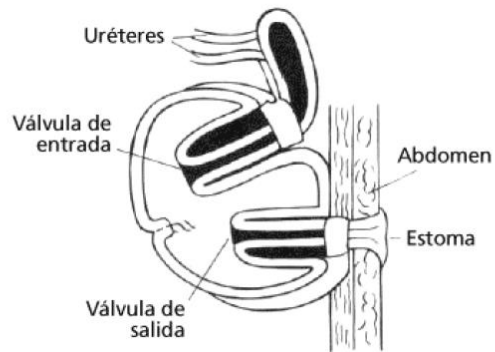


Figura No.9 Bolsa de Kock (la bolsa, las válvulas y la salida están hechas de íleon terminal)⁴⁶.

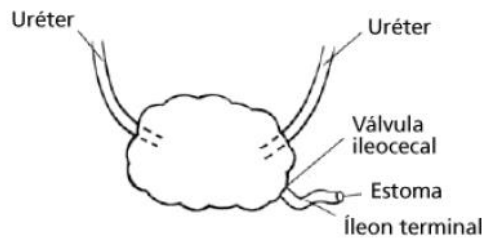


Figura No.10 Bolsa de Indiana (la bolsa está hecha del intestino grueso colon ascendente. La válvula ileocecal natural se utiliza como válvula de salida hecha del íleon terminal)⁴⁷.

5.3 Guía de intervenciones o de cuidados de enfermería

Se tiene como concepto de guía de intervenciones o de cuidados de enfermería que es un documento que orienta la atención de enfermería en base al proceso de enfermería, donde se consideran problemas reales o potenciales del sujeto de atención ⁴⁸ .

Las guías de cuidados nos permiten la formalización y la estandarización de las intervenciones, permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería para garantizar la calidad y eficiencia de la atención ⁴⁹ . Estas guías deben de ser estructuradas de acuerdo al Proceso de atención de enfermería (PAE) , utilizando la taxonomía NANDA,NIC y NOC para estandarizar el cuidado y de esta manera tener un mismo lenguaje entre profesionales de enfermería.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977 definió al Proceso de Atención de enfermería (PAE) como un sistema de intervenciones propias de enfermería sobre la salud de los individuos, las familias, las comunidades o ambos ⁵⁰ .

El Proceso del Cuidado de Enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería integrales y progresivos; se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas a las necesidades de salud; proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de salud ⁵¹ .

El proceso tiene como objetivo la interacción entre la teoría y la práctica clínica; es un método sistemático, racional y flexible de aplicación que permite al profesional brindar cuidados integrales para satisfacer, mejorar el estado de salud acorde a las respuestas humanas ⁵².

Para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería es necesario que el profesional de enfermería tenga los siguientes requerimientos como lo son; conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la Enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la morfo-fisio-patología, la psicología y las ciencias sociales. Las habilidades, que se crean y fortalecen en el proceso formativo de la disciplina profesional tanto en términos científicos como procedimentales, conductuales y actitudinales y, finalmente, la crítica entendida como las consideraciones a partir de la revisión, interiorización y aplicación de los contenidos de las ciencias en general y de la experiencia con una postura lógica, coherente y constructiva ⁵³.

Para Alfaro el PAE es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico con el fin de asegurar que una persona o un grupo de personas reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería; es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto por cinco etapas ⁵⁴

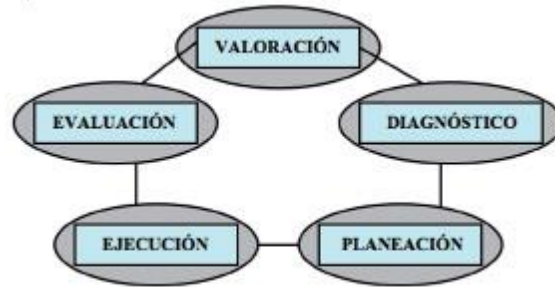


Figura No 11.Modelo de proceso de atención en enfermería ⁵⁵

La valoración, consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona, familia o comunidad. En la cual se utilizan métodos y técnicas como la entrevista, la observación y el examen físico. Existen diferentes modelos para organizar los datos, como ejemplo están: teorías de Orem, Virginia Henderson, Callista Roy y la tipología de patrones funcionales de Marjorie Gordon ⁵⁶.

Marjorie Gordon introduce el término de patrones funcionales creados en el año 1973, definidos como una expresión de integración psicosocial, influidos por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales, que surgen de la evolución entre el cliente y el entorno, son once (tabla 1) ⁵⁷. Para realizar la valoración del sujeto de cuidado, se identifican los patrones alterados para trabajar sobre ellos y definir el diagnóstico de Enfermería.

Tabla 1. Patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón 1	Percepción-manejo de la salud
Patrón 2	Nutricional-metabólico
Patrón 3	Eliminación
Patrón 4	Actividad-ejercicio
Patrón 5	Sueño- descanso
Patrón 6	Cognitivo-perceptual
Patrón 7	Autopercepción -autoconcepto
Patrón 8	Rol-relaciones
Patrón 9	Sexualidad-reproducción
Patrón 10	Adaptación-tolerancia al estrés
Patrón 11	Valores y creencias

Reina G, 2010 ⁵⁸

La segunda etapa, que es el Diagnóstico es definido en 1990 por la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (NANDA) como “ juicio clínico sobre respuestas del individuo, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales o potenciales” proporciona las bases para la selección de aquellas actuaciones de enfermería ⁵⁹. Es la base para las posteriores fases del proceso.

En 1973 se aprueban los primeros diagnósticos de Enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales fueron evolucionando mediante la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de Enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados ⁶⁰

La planeación es la tercera etapa del proceso de atención de enfermería; en ella se establecen las intervenciones de enfermería que conduzcan a la persona a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

Alfaro señala que es el momento en que se determina cómo brindar cuidados de enfermería de forma organizada, individualizada y orientada a objetivos ⁶¹.

La cuarta etapa es la ejecución en la cual se pone en marcha el plan de cuidados (PLACE) y está enfocada en el inicio de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan a la persona a lograr los objetivos deseados. Esta etapa debe demostrar flexibilidad en el plan de cuidados ya que puede haber cambios en el estado de salud del paciente y en los recursos del hospital ⁶².

La quinta y última etapa es la evaluación, es donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan y se miden los resultados obtenidos. Esta evaluación se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso ⁶³.

Griffith -Kenney y Christensen, menciona que el plan de cuidados de Enfermería (PLACE) “Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello”. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, son los siguientes:

- Individualizado: permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto.

- Estandarizado: Según Mayers es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad.
- Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería ⁶⁴ .

5.3.1 Taxonomías para el cuidado de enfermería NANDA, NIC Y NOC

La utilización de las taxonomías NANDA, NIC Y NOC facilita a los profesionales de enfermería la planificación de los cuidados al utilizar un lenguaje estandarizado, así como un marco de análisis y reflexión en la toma de decisiones.

- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Proporciona una clasificación diagnóstica que sirve de herramienta, a través de la cual, se unifica internacionalmente el lenguaje de enfermería. El diagnóstico de enfermería es un referente metodológico, representa la identificación del problema que atenderá el personal de enfermería, es la base para elegir las intervenciones ⁶⁵.
- Nursing Outcomes Classification (NOC). Clasificación de resultados de enfermería. Se utiliza para conceptualizar, denominar, validar y clasificar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería. Cada resultado posee un nombre, una definición e indicadores y medidas para su evaluación de escalas ⁶⁶.

- Nursing Interventions Classification (NIC). Clasificación de intervenciones de enfermería. Es una clasificación normalizada y completa de las intervenciones que realiza el profesional de enfermería. Esta taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales: las intervenciones y las actividades de enfermería. Las intervenciones son todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades ⁶⁷.

5.4 Etapa posoperatoria

El periodo posoperatorio se extiende desde el momento en que el paciente deja el quirófano hasta la última visita de seguimiento con el cirujano. Este periodo puede ser de apenas una semana a prolongarse varios meses. Durante el periodo postoperatorio, los cuidados de enfermería se dirigen a restablecer el equilibrio fisiológico del paciente, aliviar el dolor, prevenir complicaciones y enseñar los cuidados personales necesarios ⁶⁸. Ya que la educación que se le brinda al paciente y al familiar en el ámbito hospitalario es de vital importancia ya que debe fortalecer su egreso de acuerdo a las necesidades que presenta y evitar complicaciones que pueden detener o retardar el proceso de rehabilitación ⁶⁹.

VI. RESULTADOS

Se realizó la guía de cuidados de enfermería postoperatorios para pacientes que presentan algún tipo de estoma de eliminación en el área de hospitalización.

La guía está conformada de la siguiente manera:

1. Valoración focalizada de enfermería en base a los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
2. Contiene 4 diagnósticos enfermeros reales y 2 diagnósticos potenciales los cuales se seleccionaron de acuerdo a las principales necesidades que presentan estos pacientes.
3. Planes de cuidados para cada uno de los diagnósticos enfermeros en donde cada una de las actividades se encuentran fundamentadas.
4. Se mencionan las complicaciones tempranas y tardías que pueden presentar estos pacientes así como las intervenciones de enfermería específicas para cada una.
5. Como complemento a la guía se incluye un apartado de información que será de apoyo para brindarle educación para la salud tanto al paciente como al familiar.

6.1 GUIA DE CUIDADOS ANTE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS



VALORACIÓN FOCALIZADA DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

PATRÓNES FUNCIONALES	
<p>1.Percepción- manejo de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué enfermedades padece? • ¿Cuál fue el motivo por el cual se le realizó su estoma? • ¿Tipo de estoma que se le realizó? • ¿Cuáles son las intervenciones quirúrgicas que se le han realizado? • ¿Cuándo se le realizó su estoma? • ¿Motivo por el cual se le realizó su estoma de eliminación? • ¿Es alérgico algún medicamento? • ¿Qué medicamentos toma? • ¿Conoce los cuidados que se deben de realizar a su estoma? • ¿Cuáles? 	<p>2.Nutricional-metabolico</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas comidas realiza al día? • ¿Qué alimentos consumo con mayor frecuencia? • ¿Sabe que alimentos puede consumir para evitar flatos y mal olor en las evacuaciones u orina? • ¿Ha tenido cambios de peso y apetito? • ¿Ha presentado algún malestar asociado a la ingesta de algún alimento? • ¿Hay algún alimento que no consume o evita indique porque? • ¿Ha presentado sed extrema en esta semana? <p>Exploración física</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características de la piel(coloración, turgencia, estado de hidratación) • Características de la piel periestomal (sin datos de dermatitis, hematomas, eritemas) • Características del estoma(rosado, sin presencia de sangrado, ni dolor) • Temperatura corporal

<p>3. Eliminación</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué tipo de estoma de eliminación presenta? • ¿Se realiza su irrigación de la colostomía? • ¿Ha presentado reducción o interrupción de la orina? • Características de las heces • Características de la orina (color, cantidad, olor) • Observar si presenta endoprótesis o sondas ureterales. 	<p>4. Actividad- ejercicio</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo percibe su nivel de energía? • ¿Qué actividad física realiza? • ¿Qué actividades a dejado de realizar después que se le realizo su estoma? • Con respecto a su autocuidado ¿qué actividades se le ha imposibilitado realizar (bañarse, cambiarse la bolsa y su vaciado, irrigación de colostomía) <p>Exploración física Signos vitales -Tensión arterial -Frecuencia cardiaca -Frecuencia respiratoria -Saturación de oxígeno</p>
<p>5. Cognitivo-Perceptual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel de conciencia(anexo E) , escala de Glasgow (anexo D) • ¿Ha presentado dolor (valorar características del dolor)? • Valorar escala de eva (anexo F) • ¿Se le ha dificultado realizar los cuidados de su estoma? ¿Porque? • ¿Tiene algún problema para ver o escuchar? 	<p>6. Sueño- descanso</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuántas horas duerme al día? • ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño desde que se le ha colocado el estoma? • ¿Qué ha realizado para dormir mejor?

<p>7. Autopercepción-autoconcepto</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se ha sentido a partir del momento que le informaron que le iban a realizar un estoma de eliminación? • ¿Cómo se siente consigo misma(o) en este momento? • ¿Qué significa para usted que se le haya realizado un estoma? • ¿Tiene temor a que lo rechazen los demás? • ¿Cómo participa en su autocuidado? 	<p>8. Rol- relaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es su relación con su familia? • ¿Cómo es su relación con sus compañeros de trabajo? • ¿Quién ha sido su mayor apoyo? • ¿Su estado de salud ha afectado la relación que tenía con su familia? • ¿De que manera? • ¿Cómo ha sido su relación con sus compañeros de trabajo desde el momento que fue afectado su estado de salud?
<p>9. Sexualidad-reproducción</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo es su relación con su pareja? • ¿Su relación de pareja ha sido afectada por la creación del estoma? • ¿Se siente aun con deseo sexual hacia su pareja? • ¿Se ha sentido apoyada y comprendida por su pareja? • ¿Ha buscado ayuda para mejorar su vida sexual? 	<p>10. Adaptación-tolerancia al estrés</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo maneja su estrés? • ¿Cuál fue su reacción al momento que supo que se le iba a realizar su estoma de eliminación? • ¿Cuándo tiene una situación difícil que persona es su mayor apoyo?

11. Valores-creencias

- ¿Qué religión profesa?
- ¿Es importante para usted la religión?
- ¿Cómo ha afectado su enfermedad en sus creencias espirituales?

Diagnósticos enfermeros comunes en pacientes enterostomizados

00016 Deterioro de la eliminación urinaria

00126 Conocimientos deficientes

00118 Trastorno de la imagen corporal

00059 Disfunción sexual

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos

PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

Patrón :03 Eliminación	Dominio 03: Eliminación e intercambio	Clase 01: Función urinaria	
Diagnóstico de enfermería (nanda): Deterioro de la eliminación urinaria	RESULTADO (NOC) :Eliminación urinaria		
Factores relacionados (R/C): Multicausalidad (derivación quirúrgica, edema posoperatorio)	Dominio 02: Salud fisiológica Clase F: Eliminación		
Características definitorias (M/P): retención, incontinencia, cambios en la cantidad y características de la orina.	INDICADOR 50303. Cantidad de la orina. 50306. Claridad de la orina. 50304.Color de la orina	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Gravemente comprometido. 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	PUNTUACIÓN DIANA Mantener :4 Aumentar:5

INTERVENCIÓN:0590 Manejo de la eliminación urinaria	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Comprobar la presencia de endoprótesis o de sondas ureterales y observar el flujo de orina a través de cada una.	Las endoprótesis ureterales o sondas ureterales se coloca durante la intervención quirúrgica para facilitar la cicatrización de la anastomosis interna al mantenerlas sin orina. Es necesario comprobar que tanto los riñones como los uréteres son funcionales.
Comprobar la diuresis y si se produce una reducción o interrupción repentina del flujo de orina.	Una disminución repentina del flujo de la orina puede indicar obstrucción o disfunción o deshidratación. La reducción de la diuresis asociada a distensión abdominal, fiebre y supuración clara o acuosa en la incisión, indica la presencia de una fístula urinaria, que precisa también de una intervención inmediata.
Observar el color de la orina .Comprobar si existe hematuria o hemorragia, o ambos, en el estoma.	La orina puede tener un color ligeramente rosado, que debe aclararse en 2 a 3 días. El frontamiento o lavado del estoma puede causar una supuración temporal de naturaleza vascular .Si la hemorragia continúa, hay sangre en la bolsa, o si existe supuración alrededor de la base del estoma, es precisa una intervención o evaluación médica inmediata.
Demostrar al paciente las técnicas de autosondaje y de irrigación del depósito, como sea adecuado.	Los pacientes con derivaciones continente no precisan de un sistema de recolección externa. El sondaje periódico vacía el depósito interno y reduce el riesgo de lesión por hiperdistensión. A los pacientes con bolsa de Kock conectada a la uretra se le informa que deben orinar cada 2 horas durante el día y cada 3 horas durante la noche.

	Este acto se realiza aplicando una presión sobre la parte inferior del abdomen para facilitar el vaciado de la bolsa.
Recomendar al paciente aumentar el consumo de líquidos y mantener una ingestión precisa.	Mantiene la hidratación y un flujo de orina adecuado.
Controlar los signos vitales. Valorar los pulsos periféricos, la turgencia de la piel, el llenado capilar y la mucosa oral	Son indicadores de equilibrio hídrico. Reflejan el grado de hidratación y la eficacia del tratamiento de reposición hídrica ⁷⁰ .

<p>Patrón 05 :Cognitivo-perceptual</p>	<p>Dominio 05:Percepción-Cognición</p>		<p>Clase 04:Cognicion</p>
<p>Diagnóstico de enfermería (nanda): 00126 Conocimientos deficientes</p>	<p>RESULTADO (NOC) 1615. Autocuidado de la ostomía Dominio 04.Conocimiento y conducta de salud Clase Q. Conducta de salud</p>		
<p>Factores relacionados (R/C): Limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje, mala interpretación de la información</p> <p>Características definitorias (M/P): Informa del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones, comportamientos inapropiados (hostilidad, apatía).</p>	<p>INDICADOR</p> <p>161502.Describe el propósito de la ostomía</p> <p>161519.Expresa aceptación de la ostomía</p> <p>161511.Sigue un programa para cambiar la bolsa de la ostomía.</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <p>1. Nunca demostrado 2.Parcialmente demostrado 3.Ocasionalmente demostrado 4.Casi siempre 5.Siempre demostrado</p>	<p>PUNTUACIÓN</p> <p>DIANA</p> <p>Mantener :4 Aumentar:5</p>

INTERVENCIÓN: 0480 Cuidados de la ostomía	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Instruir al paciente y familiar en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía.	La información proporcionada a la persona ostomizada y la familia en el ámbito hospitalario debe fortalecerse a su egreso de acuerdo a la necesidad de cada uno de ellos, por lo cual la educación debe de comenzar desde el momento en que el paciente conoce el tratamiento a seguir de acuerdo a su patología hasta el momento en que pueda ser autosuficiente ⁷¹ .
Hacer que el paciente o familiar muestren el uso del equipo.	Al llevar a cabo esta actividad se pueden aclarar varias dudas o reafirmar la información con la que se cuenta.
Vigilar la curación del estoma /tejido circundante y la adaptación al equipo de ostomía	El manejo temprano del equipo en forma adecuada por el paciente es importante ya que en esta etapa se decide cual es el que utilizará, esto es fundamental para cubrir sus necesidades haciendo su adaptación más fácil a su nuevo estilo de vida, por lo que la selección del equipo y el manejo adecuado del mismo son primordiales para su rehabilitación ⁷² . Así como se realizara una retroalimentación de la información adquirida.

<p>Ayudar al paciente a practicar los autocuidados.</p>	<p>La incorporación satisfactoria del cuidado de la ostomía permite al paciente reanudar su estilo de vida anterior a la operación y proseguir con los objetivos e intereses previos. El instruir, motivar y adiestrar debe ser parte activa en el tratamiento de la persona ostomizada, pues como se ha visto en otras patologías la educación sanitaria mejora la evolución de un enfermo hacia su salud ⁷³.</p>
<p>Evaluar los cuidados de la ostomía por parte del paciente.</p>	<p>El personal de enfermería podrá detectar las debilidades y fortalezas que el paciente manifiesta durante su autoevaluación de los cuidados.</p>
<p>Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante.</p>	<p>Un paciente con un estoma está en riesgo alto de presentar abrasión de la piel periestomal. Los factores que influyen en la integridad cutánea comprenden: la composición, la cantidad y la consistencia del efluente de ostomía , humedad, higiene ,irritación física o mecánica , la enfermedad subyacente y su tratamiento ,la construcción quirúrgica y la localización del estoma, la calidad del cuidado de la ostomía y de la piel periestomal , la disponibilidad de un equipo adecuado. Por lo que es importante darlos a conocer al paciente y al familiar quien colabora en su cuidado para combatirlos y evitarlos ⁷⁴.</p>

<p>Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria.</p>	<p>La enseñanza que el personal de enfermería provee, es fundamental para estas personas ya que sienta las bases para la rehabilitación y recuperación de su salud; y que a quienes no se les proporciona esta enseñanza difícilmente tendrá la oportunidad de lograr su autocuidado en el área familiar, laboral y social ⁷⁵.</p>
<p>Enseñar al paciente como se coloca un dispositivo y como se drena la bolsa de ostomía.</p>	<p>Unas técnicas adecuadas de cuidado de la ostomía pueden evitar pérdidas y problemas cutáneos.</p>
<p>Ayudar y enseñar al paciente como se realiza la irrigación del estoma.</p>	<p>El objetivo de la irrigación del estoma es fijar un hábito de defecación constante y favorece la comodidad y confort del paciente porque elimina los malos olores, mantiene la piel y la ropa limpias y secas así como elimina la mucosidad y evita el bloqueo ⁷⁶.</p>
<p>Instruir al paciente como monitorizar la presencia de posibles complicaciones.</p>	<p>Las complicaciones pueden detener o retardar el proceso de rehabilitación, estas alteraciones deben ser detectadas y manejadas en forma inicial, si la persona poseedora de un estoma recibe la intervención educativa adecuada ⁷⁷.</p>
<p>Enseñar al paciente acerca de los alimentos que debe evitar.</p>	<p>Sin embargo después de este tipo de cirugías requieren de información dietética, por lo que las medidas alimentarias son importantes para conseguir un óptimo estado de nutrición y un correcto funcionamiento del estoma ⁷⁸.</p>

<p>Patrón 07:Autopercepción-autoconcepto</p>	<p>Dominio 06 : Autopercepción</p>		<p>Clase 03:Imagen corporal</p>
<p>Diagnóstico de enfermería (nanda): :00118 Trastorno de la imagen corporal</p> <p>Factores relacionados (R/C): factores biofísicos (presencia de estoma, pérdida de control de la eliminación intestinal y urinaria), psicosociales (alteración de la estructura corporal), tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Características definitorias (M/P): cambio real en la estructura / o función corporal (ostomía), el paciente no toca ni mira el estoma, rechaza participar en el cuidado, expresa sentimientos negativos sobre el cuerpo, expresión verbal de un</p>	<p>RESULTADO (NOC): 1200 Imagen corporal</p> <p>Dominio 03:Salud psicosocial</p> <p>Clase M: Bienestar psicológico</p>		
	<p>INDICADOR</p> <p>120001 Imagen interna de sí mismo.</p> <p>120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico y función corporal.</p> <p>120010 Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto y la función.</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <p>1.Nunca positivo</p> <p>2.Raramente positivo</p> <p>3. En ocasiones positivo</p> <p>4.Con frecuencia positivo</p> <p>5.Constantemente positivo</p>	<p>PUNTUACIÓN</p> <p>DIANA</p> <p>Mantener :4</p> <p>Aumentar:5</p>

cambio en la imagen corporal, temor al rechazo/rechazo/ reacción de los demás.			
--	--	--	--

INTERVENCION (NIC): 5220 Mejora la imagen corporal	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTOS
Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía. Animar al paciente a expresar sus sentimientos respecto del estoma. Reconocer que los sentimientos de ira, depresión y aflicción son normales.	Ayuda al paciente a aceptar que sus sentimientos son normales y que sentirse culpable no es necesario ni útil. El paciente debe identificar sus sentimientos antes de poder afrontarlos eficazmente. Ya que la aceptación de la nueva imagen corporal es fundamental para que el paciente acepte el estoma y se integre de nuevo en la sociedad. Ya que la presencia del estoma supone una importante agresión física, psíquica y social provocando un gran impacto en la vida del paciente ⁷⁹ .
Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean prevesibles.	La ostomía está asociada a un aumento de la morbilidad psicológica relacionada con el cambio de la imagen corporal, y esto puede prevenirse si se da al paciente la información adecuada, y asesoramiento y apoyo antes y después de la formación del estoma ⁸⁰ .
Repasar los motivos de la operación y las expectativas futuras.	Puede que el paciente encuentre más fácil aceptar/tratar la ostomía si se ha realizado para corregir una enfermedad crónica/a largo plazo, que debido a una lesión traumática incluso si la ostomía es sólo temporal.
Pedir al paciente que vea y toque el estoma	El profesional de enfermería no debe realizar suposiciones sobre la reacción del paciente frente a una operación de ostomía. El paciente puede necesitar ayuda para aceptar la realidad de la alteración corporal y

	funcional, o controlar una situación abrumadora. El paciente es el protagonista, la enfermera se convierte en apoyo creando un entorno que fomente el desarrollo ⁸¹ .
Conductas de evitación del propio cuerpo. Observar si el paciente manifiesta conductas de retraimiento, aumento de dependencia, manipulación, o falta de participación en el cuidado.	Son indicativas de problemas de adaptación, que pueden precisar otra evaluación y un tratamiento más amplio.
Proporcionar oportunidades al paciente/familiares a tocar el estoma, aprovechando la ocasión para señalar los signos positivos de cicatrización, el aspecto normal. Recordar al paciente que tardará tiempo en adaptarse , tanto física como emocionalmente	Aunque la integración del estoma a la imagen corporal puede llevar meses o, incluso, años, mirar el estoma y escuchar comentarios puede ayudar al paciente a aceptar su situación. Tocar el estoma tranquiliza al paciente en el sentido de que no es frágil y que movimientos ligeros del estoma indican, realmente, un peristaltismo normal. El profesional de enfermería no debe realizar suposiciones sobre la reacción del paciente frente a una operación de ostomía. Ya que el cuidado de enfermería y su gestión es deseable para favorecer la adaptación del paciente a su nuevo modo de vida, rescatando y potenciando sus fortalezas y colaborando en la superación de sus debilidades ⁸² .
Proporcionar una oportunidad al paciente para afrontar la ostomía por medio de la participación en el autocuidado.	La independencia en el autocuidado ayuda a mejorar la autoconfianza y a aceptar la situación.

<p>Mantener una actitud positiva durante las actividades de cuidado, evitando expresiones de desdén y repugnancia .No tomar personalmente las expresiones de ira del paciente.</p>	<p>Ayuda al paciente a aceptar los cambios corporales y sentirse bien sobre sí mismo .La ira la dirigen, con más frecuencia, hacia la situación y la falta de control que el individuo manifiesta sobre lo ocurrido .La adaptación significa amoldar toda una vida en un nuevo contexto, donde algunas cosas importantes tienen, muchas veces, que ser abandonadas, sustituidas o reducidas ⁸³.</p>
<p>Estimular al paciente a hablar sobre los planes para incorporar el cuidado de la ostomía en su estilo de vida</p>	<p>La prueba de que el paciente continuará con sus objetivos y estilo de vida refleja una adaptación positiva.</p>
<p>Identificar los riesgos del paciente en la adaptación insatisfactoria; observar estas características:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ego deficiente b. Capacidad ineficaz para resolver problemas. c. Dificultad para aprender las nuevas técnicas. d. Falta de motivación e. Foco externo de control f. Salud deficiente g. Vida sexual anterior insatisfactoria. 	<p>La adaptación satisfactoria a la ostomía está influida por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Éxitos en afrontamientos anteriores b. Consecuencia de las tareas de desarrollo antes de la operación. c. Grado en que esta discapacidad interfiere con la actividad dirigida a la obtención de objetivos. d. Sensación de control e. Percepción realista el suceso por el paciente y las personas de apoyo ⁸⁴ .
<p>Derivar a los pacientes con riesgo a la consulta de asesoramiento psicológico profesional.</p>	<p>En estos pacientes, está indicada una terapia de seguimiento para ayudarles a adaptarse eficazmente.</p>

<p>Patrón :09 Sexualidad-Reproducción</p>	<p>Dominio 08:Sexualidad</p>		<p>Clase 02:Función sexual</p>
<p>Diagnóstico de enfermería (nanda): 00059 Disfunción sexual</p>	<p>RESULTADO (NOC) :0119 Funcionamiento sexual Dominio 01:Salud funcional Clase B:Crecimiento y desarrollo</p>		
<p>Factores relacionados (R/C): Alteración de la estructura y función corporal, vulnerabilidad.</p> <p>Características definitorias (M/P): Verbalización del problema, incapacidad para lograr la satisfacción deseada, percepción de deficiencia en el deseo sexual.</p>	<p>INDICADOR</p> <p>11907. Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas.</p> <p>11909.Expresa autoestima</p> <p>11910. Expresa comodidad con su cuerpo.</p>	<p>ESCALA DE MEDICIÓN</p> <p>1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3 .A veces demostrado 4.Frecuentemente demostrado 5.Siempre demostrado</p>	<p>PUNTUACIÓN</p> <p>DIANA</p> <p>Mantener :4 Aumentar:5</p>

	11925. Realiza la actividad sexual sin coacción de la pareja.		
--	---	--	--

INTERVENCIÓN: 5248 Asesoramiento sexual	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto	El mantener la confianza en la conversación permite al paciente y su pareja expresar sus inquietudes y sus miedos ⁸⁵ .
Averiguar la relación sexual del paciente antes de la enfermedad o intervención quirúrgica. Identificar las expectativas y los deseos futuros.	La pérdida de la intimidad o de control de una función corporal puede afectar la opinión del paciente sobre su sexualidad personal. La función sexual se puede ver influenciada por la alteración de la imagen corporal dando como resultado un pobre autoconcepto y autoestima baja percibiéndose poco atractivos hacia su pareja ⁸⁶ .
Explicar al paciente y a la pareja que al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que la enfermedad o la intervención quirúrgica, los medicamentos a menudo alteran el funcionamiento sexual.	Se debe tener en cuenta que la ostomía afecta a ambas partes de una relación, por lo tanto, se necesita un tiempo de adaptación para ambos, por tanto es importante que la pareja e incluso las personas que conviven con la persona con ostomía estén al corriente de la situación y de los nuevos hábitos y necesidades para que ellos comprendan y apoyen a la persona ⁸⁷ .
Estimular el diálogo entre el paciente y su pareja. Proponer el uso de una prenda para cubrir la bolsa	Expresar a la pareja lo que debe esperar y lo que le complace o no es una manera de tener una experiencia sexual positiva. Y estar consientes de que la primera vez de reiniciar vida sexual posterior a la cirugía, tal vez no sea perfecto ya que los hombres pueden tener problemas para lograr y mantener una erección y las mujeres a veces tienen dolor durante las relaciones sexuales.

	Debido a que la actitud es el ingrediente más importante para una vida sexual feliz se debe hacer lo que crea necesario para sentirse relajado, libre y tranquilo con su propio cuerpo.
Proponer el uso de una prenda para cubrir la bolsa Adoptar posturas alternativas para el coito.	Utilizar una bolsa de Pasión durante la relación sexual .Estas bolsas son más pequeñas, cerradas, cortas y menos voluminosas. La posición acostada de lado funciona mejor en el lado del estoma porque la bolsa caerá hacia el lado y no entrara entre ambos ⁸⁸ .

Patrón 02: Nutricional-metabólico	Dominio 11: Seguridad/protección		Clase 02: Lesión física
Diagnóstico de enfermería (nanda): 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	RESULTADO (NOC) 1101. Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Dominio 02: Salud fisiológica Clase : Integridad tisular (L)		
Factor de riesgo (f/r): sustancias químicas, excreciones, secreciones	INDICADOR 110113 Integridad de la piel	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Gravemente comprometido. 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido	PUNTUACIÓN DIANA Mantener :4 Aumentar:5
	110123 Necrosis	1. Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno	Mantener :4 Aumentar:5

INTERVENCIONES (NIC): 0480 Cuidados de la ostomía	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Explicar el procedimiento al paciente y familiar	Con la finalidad de disminuir el estrés y la ansiedad durante la realización de las intervenciones.
Observar la incisión del estoma .Así como la piel que rodea el estoma en cada cambio de bolsa. Observar si existe irritación, hematomas (color oscuro, azulado), exantema.	Controla el proceso de cicatrización /eficacia de los equipos e identifica las áreas problemáticas, la necesidad de otra evaluación. La identificación oportuna de necrosis/isquemia del estoma o infección fúngida (por cambios en la flora intestinal normal) permite intervenir oportunamente para evitar complicaciones graves. El estoma debe tener un color rojo y estar húmedo. Las zonas de ulceración en estoma pueden originarse porque la abertura de la bolsa sea demasiado pequeña o si el protector cutáneo reduce el estoma. En pacientes con una ileostomía, el líquido exudado es rico en enzimas, aumentando la posibilidad de irritación cutánea.
Mantener la piel periostomal limpia y seca	Mantener una piel limpia y seca permite evitar desgarros y aumenta la adherencia del equipo de ostomía.
Verificar que la abertura en la parte posterior adhesiva de la bolsa tiene una longitud de, al menos, 2 a 3mm superior a la base del estoma, con suficiente parte adhesiva para colocar la bolsa.	Evita el traumatismo del tejido estoma y protege la piel adyacente .Una zona adhesiva suficiente evita que el protector cutáneo quede demasiado tirante. Si está muy tirante puede causar edema o estenosis del estoma.
Utilizar una bolsa transparente y que no desprenda olores.	Un equipo transparente durante las cuatro a seis primeras semanas permite una fácil observación del estoma sin necesidad de retirar la bolsa/irritar la piel.

<p>Aplicar un protector cutáneo adecuado; por ejemplo de tipo hidrocoloide.</p>	<p>Protege la piel y facilita su retirada cuando sea necesario. Nota: puede que los pacientes con colostomía sigmoide no precisen un equipo de ostomía si la eliminación se regula por medio de irrigación.</p>
<p>Vaciar, aclarar y limpiar la bolsa de ostomía de manera sistemática, con un equipo adecuado.</p>	<p>El cambio frecuente de las bolsas es irritante para piel y debe evitarse. El vaciado y aclarado de la bolsa con una solución adecuada elimina las bacterias y el olor causado por las heces y los flatos.</p>
<p>Sujetar la piel adyacente al estoma cuando se retire suavemente el equipo del estoma. Aplicar los productos que facilitan la retirada de los adhesivos y luego, lavar minuciosamente.</p>	<p>Evita la irritación hística/ destrucción por “tirar” de la bolsa.</p>
<p>Comprobar si el paciente refiere quemaduras/picores/formación de ampollas alrededor del estoma.</p>	<p>Es indicativo de salida de líquido con irritación periestomal o, que precisa de intervención.</p>
<p>Evaluar el producto adhesivo y la idoneidad del equipo del estoma de manera continua.</p>	<p>Proporciona una oportunidad para resolver los problemas ⁸⁹.</p>

Patrón : 02 Nutricional-metabólico	Dominio 02: Nutrición		Clase 05: Hidratación
Diagnóstico de enfermería (nanda): 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos	RESULTADO (NOC) :Hidratación Dominio 02: Salud fisiológica Clase G: Líquidos y electrolitos		
Factores de riesgo (F/R): Alteraciones que afectan la absorción de líquidos(pérdida de la función del colon),pérdidas excesivas a través de las vías normales (gran volumen de efluente de ileostomía),pérdidas por vías anómalas(sonda intestinal o nasogastrica)	INDICADOR 60202.Membranas mucosas húmedas 60212.Diuresis 60215.Ingesta de líquidos 60219.Orina oscura	ESCALA DE MEDICIÓN 1. Gravemente comprometido. 2.Sustancialmente comprometido 3.Moderadamente comprometido 4.Levemente comprometido 5.No comprometido 1. Grave 2.Sustancial 3.Moderado 4.Leve 5.Ninguno	PUNTUACIÓN DIANA Mantener :4 Aumentar:5 Mantener :4 Aumentar:5

INTERVENCIÓN: 2000 Manejo de electrólitos	
ACTIVIDADES	FUNDAMENTO
Controlar rigurosamente el balance Hídrico, cuantificar las heces líquidas.	Son indicadores directos del equilibrio hídrico. La mayor pérdida de líquido se produce en caso de ileostomía, pero, generalmente, no supera los 500 a 800 ml/día.
Controlar los signos vitales, comprobando si presenta hipotensión ortostática y taquicardia. Evaluar la turgencia cutánea, el llenado capilar y las membranas mucosas.	Refleja el estado de hidratación/la posible necesidad de aumentar la reposición hídrica.
Limitar el consumo de cubitos de hielo durante el periodo de intubación gástrica.	Los cubitos de hielo pueden estimular las secreciones gástricas y causar la pérdida de electrólitos.
Administrar IV. Líquidos y electrólitos, como se indique.	Puede ser necesario para mantener una perfusión hística, función orgánica suficientes.
Analizar las posibles manifestaciones de desequilibrio electrolítico: sed extrema, sequedad de la piel o la mucosa oral, disminución de la excreción urinaria, debilidad, fatiga, calambres musculares, calambres abdominales, náuseas y vómitos	El riesgo de deshidratación e hiponatremia está aumentando, sobre todo en tiempo caluroso, además de a través de la ileostomía ⁹⁰ .

6.2 COMPLICACIONES E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA QUE SE PRESENTAN ANTE PACIENTES CON ESTOMAS DE ELIMINACIÓN

6.4.1 Complicaciones tempranas

Estas se presentan dentro de los 30 días de la intervención quirúrgica las cuales son las siguientes:

❖ Necrosis.

Está relacionada siempre con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. La incidencia de necrosis sobre las ostomías se reporta con rangos desde 2.3% al 17%. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. Se identifica por el cambio progresivo de color del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Es importante establecer la extensión de la isquemia y la afección total o parcial de la circunferencia del estoma, así como la profundidad del colon afectado.



Figura No 12. Necrosis de un estoma ⁹¹.

-Intervenciones de enfermería.

1. Avisar y valorar la necrosis cirujano/enfermera.
2. Controlar color, aspecto, la extensión de la necrosis y la funcionalidad del estoma.
3. La extensión se puede valorar por visión directa y/o realizando un tacto manual por el estoma.

4. Si no precisa reintervención quirúrgica, colocaremos un dispositivo de dos piezas transparente.
5. Realizaremos la limpieza del estoma 2 o 3 veces al día con agua y jabón o toallitas húmedas y aplicamos una solución antiséptica y colagenasa con el objetivo de acelerar el proceso de reparación biológica del estoma.
6. Cuando la zona esté en fase de cicatrización aplicaremos alginatos, hidrofibras, colagenasas o hidrogeles.
7. Si la necrosis es de colostomía valorar efectuar irrigaciones de esta cada 12-24 horas y con un volumen mínimo de 500 ml de suero salino o agua con sal tibia.
8. Hacer tacto digital diariamente con el objetivo de prevenir estenosis de la mucosa cutánea.

❖ Hemorragia

Es poco frecuente. Aparece en las primeras horas del post-operatorio y la causa principal es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal. Se observa acumulo de sangre en la bolsa del dispositivo.

- Intervenciones de enfermería

1. Avisar y valorar la hemorragia
2. Registrar cantidad de la pérdida, aspecto arterial de la misma y localización de la zona sangrante.
3. Valoraremos el estado hemodinámica del paciente.
4. Si la hemorragia es cutánea haremos hemostasia local con adrenalina, esponja de gelatina absorbente, nitratos, agua oxigenada, también si procede compresión manual. En algún caso es necesario dar sutura al punto sangrante.
5. Limpiar el estoma igual que en el edema.
6. Utilizaremos dispositivo de dos piezas transparente para una visualización permanente.

❖ Dehidencia

Es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periostomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal. Las causas más frecuentes son infección de los bordes afrontados relacionada con la contaminación del campo quirúrgico durante la intervención, la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del orificio cutáneo demasiado grande en relación al tamaño del intestino y obesidad del paciente.



Figura No 13 Dehidencia ⁹².

-Intervenciones de enfermería

1. Si hay una herida a nivel de estoma, tratar la herida quirúrgica correctamente.
2. Medir la extensión y la localización de la dehiscencia con la técnica de las agujas horarias para un mejor control evolutivo.
3. Rellenar la separación con un material absorbente: polvo, hidrofibra, alginato de calcio, apósito antimicrobiano para minimizar el riesgo de infección.
4. Aplicar pasta niveladora en tira si fuese necesario, para evitar en lo posible filtración de heces y orina.
5. Colocar barrera cutánea sobre el área para protegerla del efluente con cinturón.

❖ **Edema**

Es la inflamación fisiológica y el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa intestinal como consecuencia de la movilización y manipulación propia del acto quirúrgico. Se manifiesta por mucosa brillante y tensa, dilatada y cambia el color.



Figura No 14.Edema de un estoma ⁹³ .

Intervenciones de enfermería

1. Avisar y valorar el edema junto con el cirujano.
2. Registrar aspecto, tamaño, color y funcionalidad del estoma.
3. Limpiar la mucosa con toallitas húmedas o tisúes para evitar sangrado.
4. Aplicar agua fría dos veces al día.
5. Colocar dispositivo de dos piezas abierto o cerrado.
6. Vigilar y evitar que se cronifique ya que podría ocluir y comprometer la funcionalidad del estoma, lo que supone una reintervención.

❖ **Perforación y/o fistulización**

Generalmente, es una complicación secundaria a problemas de la técnica quirúrgica al realizar las suturas entero-aponeurótica, entero-parietal o entero-cutánea. Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por yatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados. Se manifiesta con salida del contenido intestinal en otra zona distinta del orificio del estoma.



Figura No 15. Fistulación ⁹⁴ .

Intervenciones de enfermería

1. Observar y anotar clínica referida por el paciente.
2. Valorar conjuntamente con el cirujano.
3. Retirar dispositivo y observar orificio fistuloso.
4. Valorar trayecto de la fístula con fistulografía.
5. Anotar diariamente: aspecto, débito por fístula y por estoma, color del drenado, consistencia, olor.
6. Intentar independizar orificio fistuloso del dispositivo.
7. Aplicar apósito oclusivo en orificio fistuloso.

❖ Evisceración

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

Intervenciones de enfermería

1 .Aislar la zona con un campo estéril, protegiendo el tramo eviscerado con gasas estériles humedecidas con solución fisiológica tibia , para evitar la contaminación y el secado del intestino.



Figura No 16.Evisceración ⁹⁵ .

6.4.2 Complicaciones tardías

Aparecen después de los 30 días de la realización del estoma las cuales se hacen mención a continuación:

❖ Prolapso

Es la protusión de una asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. Técnicamente puede estar causado por un colon móvil proximal al estoma excesivamente larga o por un orificio muscular demasiado ancho. Otra causa sería la hipertensión abdominal por la tos .Es más frecuente en ileostomías que en colostomías. Su solución es quirúrgica.

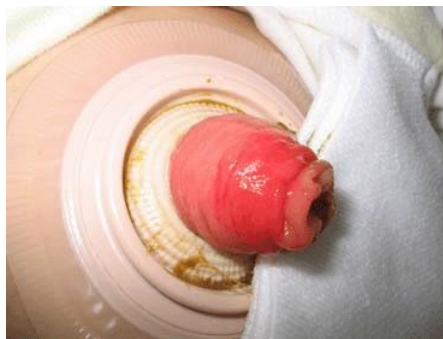


Figura No 17.Prolapso de un estoma ⁹⁶ .

Intervenciones de enfermería

1. Escuchar al paciente cuando comenzó a notar la alteración, valorar crecimiento lento o brusco y que molestias le ocasiona.
2. Retirar el dispositivo y observar la mucosa en posición sentado y acostado.
3. Reducir manualmente la eversión con masajes circulares y presión al mismo tiempo en posición de decúbito supino.
5. Aumentar el diámetro del dispositivo para evitar ulceraciones de la mucosa.
6. Facilitar el contacto con el cirujano.
7. Evitar esfuerzos físicos bruscos y que cuando se note que se salió acostarse e introducirlo para dentro.

❖ Estenosis

Es la disminución progresiva de la luz del estoma. Suele ser secundaria a otras complicaciones como la obesidad, una deficiencia en la irrigación del intestino, nuevos brotes de la enfermedad de base y puede originar cuadros suboclusivos o realmente oclusivos. Se manifiesta por dificultad para realizar el tacto digital, la clínica que manifiesta el paciente puede o no referir dificultad para evacuar.

Intervenciones de enfermería

1. En la revisión del paciente preguntar si ha observado algún cambio en la evacuación en cantidad y forma de lo drenado, si sufre molestias al evacuar, dolor en la zona de la ostomía y/o dolor en fosa renal e impactación fecal que requiere cuidado sanitario.
2. Observamos aspecto del estoma y realizamos tacto digital/uso de dilatadores (sonda vesical).
3. Valorar grado de estenosis: leve, moderada o severa.

4. En caso de estenosis moderada realizar diariamente el paciente/familia una dilatación del estoma con sonda según el calibre de este y pautar dieta molida pobre en residuos. Consultar con el cirujano la cirugía de reconstrucción de forma programada y preferente.
6. En caso de estenosis severa valorar conjuntamente con el cirujano la cirugía de reconstrucción urgente.

❖ Granuloma

Es una protuberancia epidérmica periostomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente debido a material de sutura retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periostomal. Se manifiesta mediante una protuberancia epidérmica periostomal.



Figura No 18. Granuloma periostomal ⁹⁷ .

Intervenciones de enfermería

1. Escuchar clínica referida por el paciente.
2. Retirar dispositivo y observar zona lesionada.
3. Valorar causa: suturas o dermatitis.
4. Si es por sutura aplicar nitrato de plata.
5. Si es por dermatitis aislar zona afectada ajustando tamaño del dispositivo al estoma.

❖ Salida precoz de los tubos

Los tubos ureterales tienen la función de drenado de la vía excretora superior. Sirve como tutor y modela la anastomosis uretero-intestinal, evitando estenosis y retracciones favoreciendo el proceso de cicatrización de las suturas anastomóticas al mantenerla en reposo al paso de la orina y evitando la aparición de fístulas. Si no está contraindicado se retirarán por orden facultativa a los 14 días el primero y a los 15 días el segundo, sólo retirando la fijación y tirando con suavidad de los mismos.

La causa para la salida de los tubos de forma precoz es por mala movilización del paciente, pérdida de anclajes. Se manifiesta por disminución de la diuresis, dolor.

Intervenciones de enfermería

1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería.
2. Precaución en la movilización del paciente.
3. Comprobar los anclajes.
4. Control de diuresis.
5. En caso de salida precoz, avisar a Cirujano.

❖ Obstrucción de los tubos

La obstrucción de los tubos ureterales suele pasar por cuerpos extraños como coágulos, moco o cálculos en la pelvis renal que ocasionaría estancamiento de orina con el riesgo de comprometer el parénquima renal y /o ocasionar un fallo de la sutura de la unión urétero-ileal.

Las manifestaciones que se presentan son disminución de la diuresis y dolor.

Intervenciones de enfermería

1. Vigilancia estricta por el personal de enfermería de la correcta fijación del catéter derecho e izquierdo para control de la diuresis de los riñones respectivos.
2. Descartar acodamientos, desplazamientos o excesiva presión del punto de sutura que los fija a la piel.
3. Permeabilidad de los mismos.
4. Control de diuresis identificando el tubo.
5. Precaución en la movilización del paciente.
6. Avisar a Cirujano en caso de obstrucción.
7. Realizar lavado si está prescrito con las máximas medidas de asepsia. Introducir de 3 a 5 cc de suero fisiológico recogiendo mediante aspiración suave la cantidad introducida.

❖ Hernia periestomales

Es un fallo en la pared abdominal ocasionado por el acto quirúrgico. Manifestado por pequeñas tumoraciones o grandes hernias y pueden acompañarse de prolapso que aumenta la dificultad de adaptación de los dispositivos. Clínicamente vemos un bulto irregular en la zona periostomal que es más evidente al estar de pie o al ejercer presión intraabdominal producida por esfuerzos físicos, tos y obesidad.

Intervenciones de enfermería

1. Observar el abdomen del paciente de pie y acostado.
2. Acostado el paciente explorar manualmente la zona periostomal para valorar integridad muscular.
3. Valorar las dimensiones de la protusión y la rotura de la pared.
4. Indicar al paciente los cuidados descritos en la prevención.
5. Colocar faja especial para hernia periostomal, recordándole al paciente que se la debe colocar acostado.
6. Ponerlo en contacto con el cirujano para que valore la indicación de la cirugía ⁹⁸.

❖ **Dermatitis periestomal**

Es una alteración de la piel que circunda el estoma que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. Las dermatitis periestomales son frecuentes y repercuten en el bienestar y calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante mantener la integridad de la piel para evitar problemas dermatológicos. La pérdida de la integridad cutánea de la zona está condicionada por varios factores: el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad del efluente según sea colostomía o ileostomía, el estado nutricional y general del paciente, la higiene general y de la zona, la disponibilidad del material adecuado.

-Tipos de dermatitis:

a) **Dermatitis química por contaminación del efluente.** Es una irritación química producida por el contacto de la piel con las heces, debido a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma a causa de una mala colocación de los dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.



Figura No 19.Dermatitis química ⁹⁹ .

b) **Dermatitis alérgica de contacto.** La causa es la alergia al adhesivo del dispositivo que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo, que no responde a las medidas habituales de prevención y cura y que provoca una cronificación de la dermatitis.



Figura No 20. Dermatitis alérgica de contacto ¹⁰⁰.

c) Dermatitis física o traumática. Depende siempre de la habilidad para aplicar los cuidados. Puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente del dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados y el uso de material inadecuado o no específico ¹⁰¹.

Sus manifestaciones clínicas son:

- Si es de 1º grado presenta eritema, edema y dolor.
- Si es de 2º grado presenta erosiones, sangrado y exudado. El paciente siempre refiere dolor y/o prurito.

Intervenciones de enfermería

1. Valorar las características de la lesión.
2. Identificar la causa: mecánica, química y/o alérgica.
3. Valorar la extensión y el grado.
4. Adecuar el dispositivo al tipo de ostomía, dibujo del estoma y tiempo de permanencia del dispositivo.
5. En las dermatitis de 1º grado limpiar la piel periestomal con solución astringente, suero fisiológico o manzanilla, aplicar pasta barrera o apósito hidrocólicoide y colocar el dispositivo.
6. En dermatitis de 2º grado, limpiar la piel periestomal con solución salina, manzanilla o sulfato de cobre al 1/1000, aplicar polvos hidrocólicos, crema o pasta de óxido de zinc durante 20 minutos, retirar el producto y aplicar pasta barrera unos 0,5 cm alrededor del borde del estoma y una placa hidrocólicoide transparente en el resto de la piel periestomal con dermatitis, colocar posteriormente el dispositivo de

dos piezas con cinturón, con el objetivo de que el dispositivo tenga una duración superior a 24 horas y un máximo de tres días para la revisión 7. En las dermatitis alérgicas aplicar solución salina y sulfato de cobre al 1/1000 y crema de cortisona durante 20-30 minutos y cambiar la marca del dispositivo ¹⁰².

❖ Retracción

La retracción de la ostomía en el postquirúrgico inmediato se relaciona con mayor frecuencia a la tensión excesiva sobre el mesenterio o el intestino, generalmente secundaria a técnica inadecuada al movilizar el segmento intestinal; otros factores que contribuyen a esta complicación son la selección inadecuada del segmento intestinal para crear la ostomía, desnutrición, obesidad y uso de esteroides. En el postoperatorio inmediato puede ser resultado de la distensión abdominal derivada de un íleo paralítico.

También la retracción de la estoma se presenta con la dehiscencia completa de la anastomosis mucocutánea. Problema que deriva en la falla de adhesión del sistema colector a la pared abdominal, dermatitis periestomal, infección de tejidos blandos, absceso periestomal, fascitis o peritonitis.

Tales estomas con retracción significativa requieren exploración quirúrgica.



Figura No 21.Retracción de un estoma ¹⁰³.

Intervenciones de enfermería

Cuando la retracción llega a peritoneo, requiere de reintervención urgente. Si es parcial se utilizan las medidas conservadoras, mismas utilizadas para la dehiscencia y además:

1. Vigilar el funcionamiento de la sonda nasogástrica en el postoperatorio inmediato para evitar la distensión abdominal o el íleo paralítico.
2. Observar la estoma para advertir la posible aparición de isquemia o infección.
3. Vigilar permeabilidad del estoma y realizar dilatación para evitar la estenosis.

Cuando la retracción se presenta sola sin dehiscencia se sugiere lo siguiente:

4. Utilizar barrera convexa y cinturón para ostomías.
5. Aplicar pasta niveladora para conseguir un buen ajuste de la barrera cutánea y evitar fugas hacia el interior del abdomen.
6. Controlar el excesivo aumento de peso.
7. Evaluar el tipo de barrera cutánea que está utilizando.
8. Evaluar el abdomen del paciente una vez retirada la barrera cutánea y pedirle que cambie de posiciones para determinar el grado de retracción.
9. Requieren de un seguimiento por parte de Médico tratante, Terapeuta enterostomal y Nutrición para evitar el estreñimiento y la obesidad.

❖ Obstrucción

Son diversas sus causas, entre las más frecuentes se encuentran: adherencias intestinales, hernia, estenosis o constricción de la ostomía, enfermedad de Crohn, neoplasia, hernia interna o vólvulo alrededor del intestino terminal, incluso impactación con bolos de alimento. En la mayoría de los casos, el primer evento de obstrucción ocurre dentro de los 3 a 6 primeros meses posterior a la creación de la ostomía.

Intervenciones de enfermería

1. Digitalización de la estoma para desimpactar si la obstrucción es parcial.
2. En caso necesario, realizar marcaje de reubicación idónea de la ostomía previo a la intervención quirúrgica.

❖ Hiperqueratosis y formación de cristales de fosfato en las urostomias

Causas

- Orina con P.H. alcalino
- Infecciones urinarias
- Uso de equipos con abertura mayor que el diámetro de la estoma.

Consecuencias

- Irritación y maceración de la piel.
- Incrustación de cristales de fosfato en la piel periestomal.
- Pequeñas heridas sangrantes en piel y mucosa.
- Granulaciones dolorosas.
- Estenosis.

Intervención de enfermería

- Acidificación interna de la orina a través de la dieta e ingesta de 1 gramo de vitamina c diariamente.
- Fomentos de agua con ácido acético en la dilución al 50%, para cambiar el ph de la piel y romper los cristales ya formados en la piel.
- Ingesta abundante de líquidos.

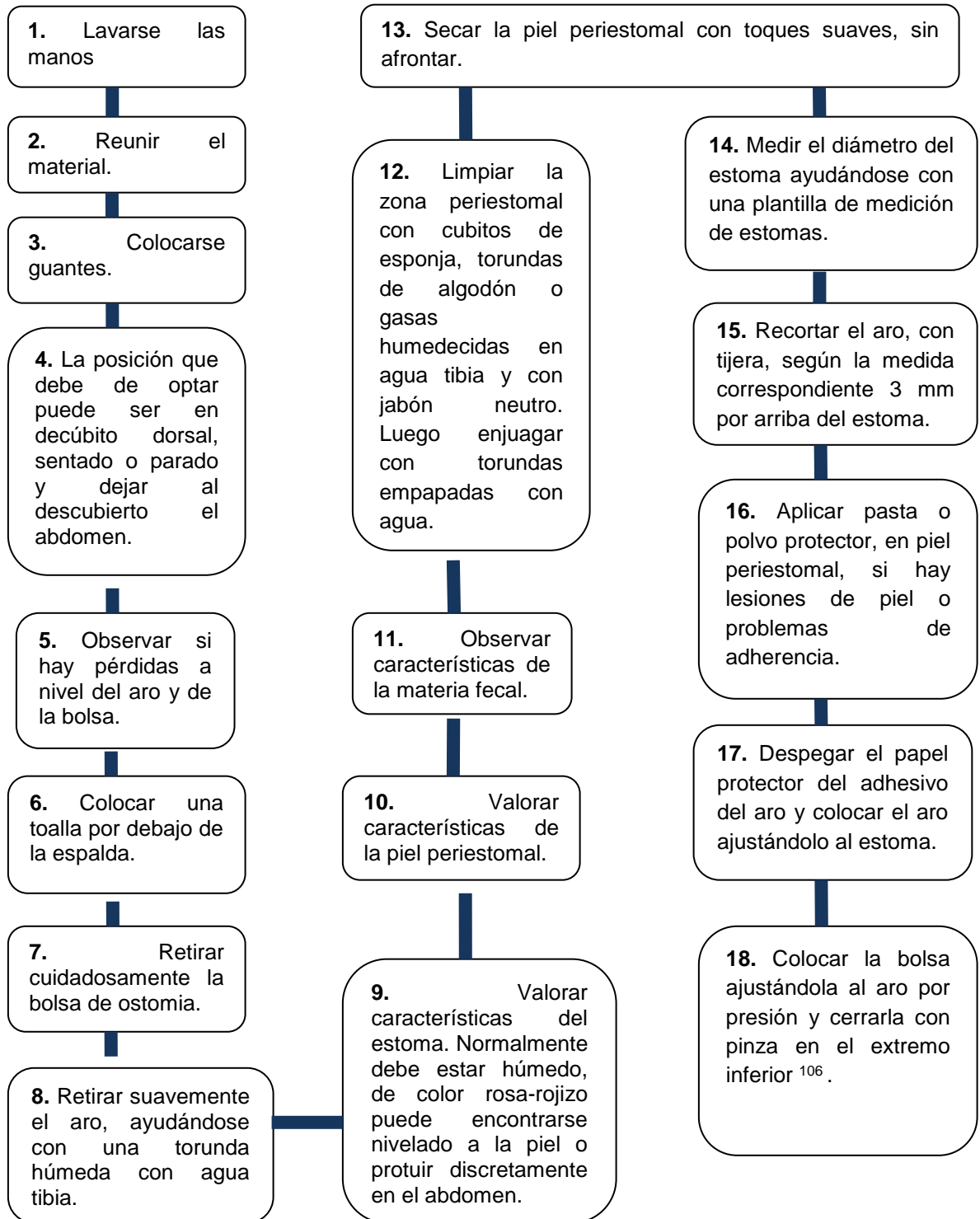
- Desbridar los cristales con bisturí, tijeras y pinzas de ser necesario.
- Uso de equipos especiales para urostomías los cuales constan de barreras de piel más resistentes, bolsas con cámara anti reflujo y válvula de salida.
- La barrera de piel debe recortarse de acuerdo al tamaño y forma de la estoma.
- Indicar el uso de bolsa de pierna durante el día y bolsa de noche fijándola a la cama, para mientras duerma ¹⁰⁴.

6.3 INFORMACIÓN QUE SE LE BRINDARA AL PACIENTE Y FAMILIAR

❖ **Principios básicos para el cuidado del dispositivo del estoma son:**

- 1 • Mantener la piel periestomal limpia y seca
- 2 • Utilizar un dispositivo que se adapte correctamente
- 3 • Cambiar la bolsa cuando se prevea la menor cantidad de drenaje(normalmente al levantarse).
- 4 • Vaciar la bolsa cuando se esté un tercio o la mitad llena y cambiarla habitualmente antes de que se produzca pérdidas.
- 5 • Cambiar la bolsa si se produce escozor o prurito debajo del dispositivo
- 6 • Observar la situación del estoma y la piel periestomal durante los cambios de la bolsa ¹⁰⁵.

❖ Procedimiento para cambiar una bolsa desechable



❖ Vaciado de la bolsa

- 1 • Colocar papel higiénico en la tasa del retrete y sentarse en una silla
- 2 • Retirar la pinza del extremo de la bolsa y vaciarla con cuidado en el retrete.
- 3 • Limpiar el interior y el exterior del extremo de la bolsa con papel higiénico y aplicar desodorante de ostomía dentro de la bolsa .
- 4 • Conectar el dispositivo de urostomía un sistema de drenaje intermitente cuando se va a dormir ya que las bacterias se multiplican rápidamente a medida que la orina se recoge en la bolsa .

❖ **Lavado de la bolsa de ostomía:** Se realiza una vez al día, se recomienda tener en casa 2 bolsas para quince días.

- 1 • Una vez haya vaciado la bolsa se retira y se lava con agua y jabón
- 2 • Luego se enjuaga y se deja sumergida en una taza con una cucharada de vinagre(elimina el mal olor).
- 3 • Pasados 10 minutos, saque la bolsa del vinagre, enjuaguela y séquela con toalla de papel o tela
- 4 • Cuelgue la bolsa a la sombra, separando las paredes de la misma, no le debe de dar el sol ya que es de plástico y se deteriorara.
- 5 • Antes de usarla aplique fécula de maíz,talco , aceite o gel para la bolsa de ostomía para evitar que se adhiera la materia fecal a la bolsa.
- 6 • Colocar tres granos de café tostado o 1/4 de tabletas de aspirina o gel desodorante en la bolsa para disminuir el mal olor.
- 7 • En el caso de las ostomías urinarias se recomienda tener solo una bolsa en uso y cambiarla cada semana ¹⁰⁷ .

❖ Irrigación de la ostomía.

El objetivo de la irrigación de la colostomía es fijar un hábito de defecación constante. Es parecido a un enema por el estoma

Contraindicaciones

- Personas portadoras de urostomías, ileostomías y colostomías transversas o derechas.
- Ostomías de doble boca.
- Descargas fecales líquidas.
- Metástasis.
- Enfermedades inflamatorias intestinales.
- Complicaciones de la estoma.
- Alteraciones físicas o mentales que impidan su uso.
- Tratamientos de quimio o radioterapia

Ventajas

- Permite menos limitaciones en la dieta.
- Reduce los efectos del gas y la constipación.
- Favorece la economía del paciente al requerir menos equipos.
- El equipo de irrigación puede durar varios años si se le cuida adecuadamente.
- Puede evitar la inconveniencia de la bolsa durante la relación sexual.
- Ayuda a lograr una mejor calidad de vida.

Material a utilizar

1. Depósito para el agua con escala graduada.
2. Cono de plástico para unir el depósito con el cono. Lleva una llave para controlar la velocidad de paso.
3. Manga de irrigación abierta en sus dos extremos que se sujeta al abdomen mediante una base y un cinturón ajustable. La manga se cierra en sus extremos mediante una pinza.
4. Agua templada a 37°
5. Objetos para limpiar la piel y el estoma
6. Bolsa limpia y cierre
7. Artículos de cuidado de la piel.
8. Gancho o soporte para el irrigador.

Procedimiento para irrigación de la ostomía

1. Limpiar el estoma y la piel circundante con agua y dejarla secar. Observar su estado y color.

2. Adaptar firmemente el manguito de irrigación y el cinturón.

3. Llenar el recipiente de irrigación de 500 a 1500 l de agua tibia.

4. Sujetar el recipiente de irrigación de manera que el fondo esté paralelo con la parte superior de su hombro.

5. Eliminar todo el aire del tubo.

8. Si se produce meteorismo o estreñimiento, lavar el intestino con 500 ml más de agua el mismo día o utilizar un laxante suave.

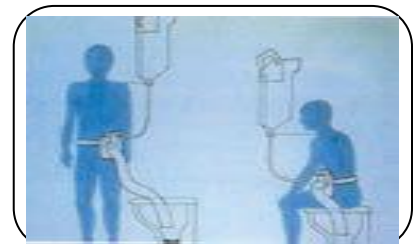
7. Abrir la llave de paso y dejar fluir el agua con lentitud para que entre en el colon en un tiempo de 10 - 15 minutos No forzar la entrada de agua en el intestino.

6. Introducir suavemente el cono de irrigación en el estoma paralelo al suelo. Si es la primera irrigación, es recomendable hacer un tacto con dedo enguantado y lubricado para comprobar la dirección del colon. Comenzar a verter el agua lentamente.

9. Esperar que la mayor parte de las heces se expulsen en aprox. 15 minutos. Cuando la mayor parte esté eliminada aclarar el manguito con agua, secar el extremo final, enrollar y cerrar el extremo.

10. Esperar de 30 a 45 minutos más para que el intestino termine de vaciarse.

11. Retirar el manguito de irrigación y colocar una bolsa limpia y un protector de estoma ¹⁰⁸.



❖ **Estrategias para prevenir y controlar los problemas potenciales de la piel.**

a. Afeitar la piel periestomal con una máquina eléctrica ;evitar el uso de crema de afeitar, jabón y detergentes, excepto en la ducha.

b. Analizar todos los productos de cuidado de la piel ante posibles reacciones alérgicas.

c. No cambiar de marcas de protectores cutáneos ni adhesivos sin motivo.

d. Evitar la irritación por el contacto con el efluente de ostomía. En las urostomía limpiar las incrustaciones de orina con solución.

e. Evitar una presión cutánea prolongada, especialmente si la piel es clara o fina y atrófica.

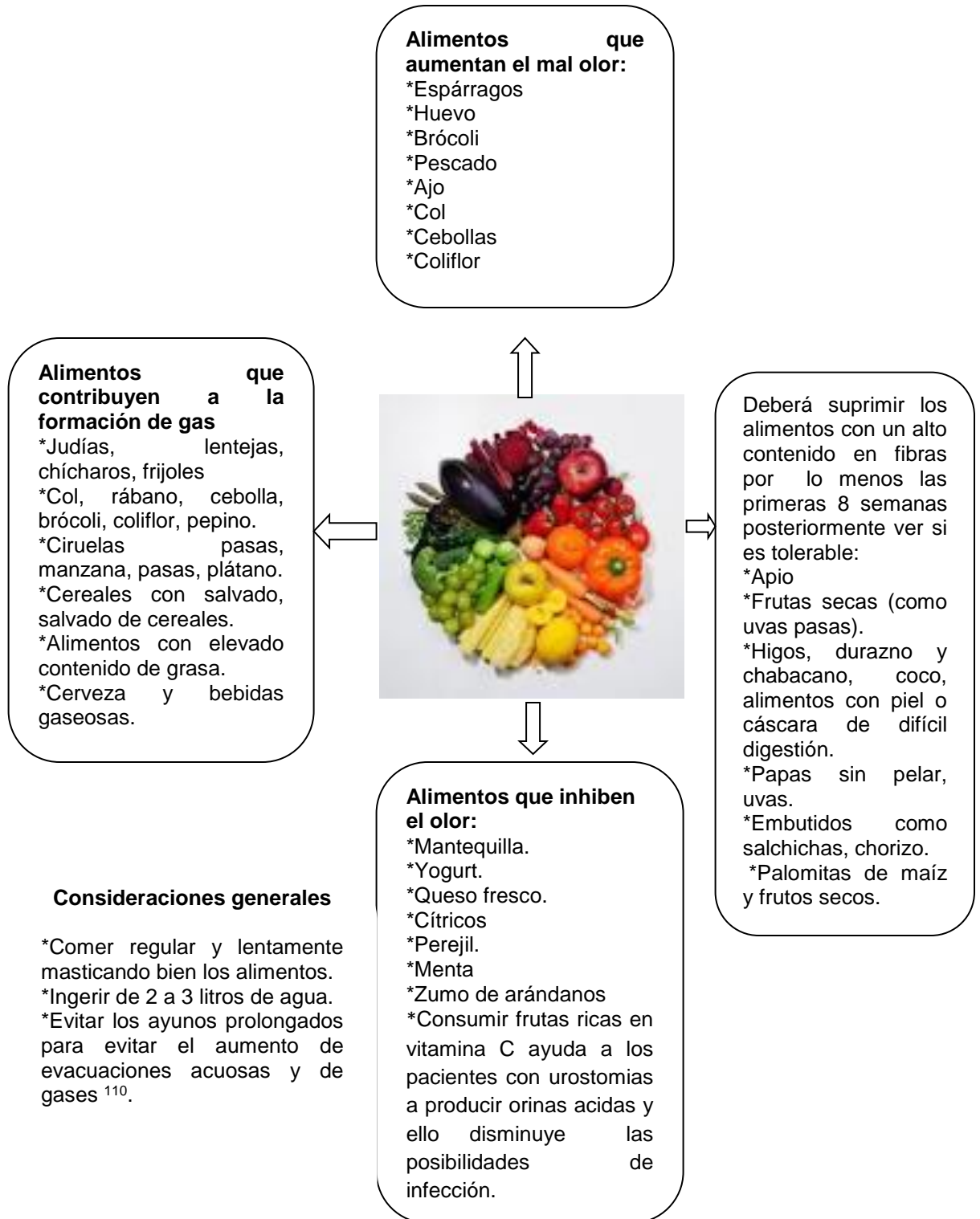
f. Utilizar cremas con corticoesteroides en poca cantidad y ocasionalmente puede causar sequedad e irritación.

g. Evitar la pasta de aluminio y las pomadas grasas que puedan enmascarar problemas cutáneos y también interferir con la adherencia de la bolsa.

h. Proteger la piel con protectores.

i. Esperar a que el estoma encoja ligeramente con el tiempo ¹⁰⁹.

❖ Control de la nutrición y la dieta



❖ Recomendaciones generales

Baño y ducha

- Se puede bañar sin bolsa o con la bolsa ya que es impermeable y el agua no daña el estoma.
- La puede usar mientras se ducha. La bolsa se conservará intacta mientras esté debajo del agua
- Cuando nade recuerde vaciar su bolsa antes de nadar ¹¹².

Viajes

- Llevar suficiente material para el tiempo que dure el viaje.
- Si viaja en avión podría hincharse más la bolsa, debéra de vaciarse más a menudo..
- Llevar un documento que acredite que debe llevar material especial adherido al abdomen y en el equipaje ¹¹¹.

Trabajo

- El regreso a su vida laboral dependerá de su estado general
- Empezar a trabajar poco a poco, reduciendo la jornada al principio, para así adquirir la confianza necesaria y evitar agotarse demasiado.
- Guardar repuestos en el lugar de trabajo ¹¹³.

Ejercicio

- Después de la recuperación el estoma no debe interferir con el ejercicio se pueden practicar deportes siempre que no sean agresivos y puedan dañar el estoma. Caminar es un ejercicio muy recomendable.
- No son inconvenientes los deportes de contacto como: fútbol, karate, basquetball entre otros más ¹¹⁴.

❖ Sexualidad

Tu actitud y como te tratas a ti mismo dará el tono de cómo te tratará tu compañero. Si te sientes cómodo, libre y aceptas tu cuerpo nuevo, tu compañero se sentirá de la misma forma.

Dar y recibir placer se puede expresar de muchas formas; a través de caricias suaves, besos, abrazos, y aún no más darse la mano o dormir en la misma cama que tu compañero. Otras maneras de expresarte sexualmente incluyen la masturbación, sexo oral o simulación con las manos.

Si no logras tener una erección la primera vez que intentas después de la cirugía de ostomía, no te convezas que será así por siempre. Descansa, relájate, recupera tu fuerza e intenta otra vez. Si el problema persiste, habla con tu médico.



Debes estar tranquilo y reasegurar a tu compañero que el contacto corporal cercano y el movimiento durante el sexo no dañarán al estoma.

Debes de decirle a tu compañero lo que debe esperar de ti y lo que te complace o no si esperas tener una experiencia sexual positiva. Ya que una de las cosas más importantes que puedes hacer para fortalecer tu relación íntima es platicar con tu compañero sexual.

Es posible que un hombre tenga un orgasmo sin eyacular. Esto se llama un "orgasmo seco". La mayoría de los hombres que tienen esto no sienten dolor y dicen que la intensidad de su placer permanece igual o, poco menos que antes de la cirugía.

- Tips para mejorar las relaciones sexuales

*Practicar siempre el sexo seguro

*Enfocate en tus sentimientos, ¡no en la bolsa!

*Drena la bolsa

*Asegurate que la bolsa esté segura

*Si utilizas un cinturón de bolsa de ostomía verifica que esté limpio.

*Utilizar un desodorante en la bolsa

*Si estas preocupado sobre la apariencia de la bolsa, utiliza una cubierta de bolsa.

*Si tienes una colostomía que irrigas, irrigar antes del sexo posiblemente te permitira usar un pequeño parche o bolsa de seguridad durante este tiempo.

✓ Sugerencias para mujeres

- a) • Utiliza lubricantes personales para la resequedad vaginal
- b) • Las cremas hormonales o los supositorios vaginales se pueden recetar para la resequedad vaginal.
- c) • Considerar el uso de alguna bata corta o camisón corto.
- d) • En la posición de la mujer arriba coloca el fondo de la bolsa bajo un cinturón o manténla segura con una cubierta de tela.
- e) • Tal vez no llegues al orgasmo la primera vez que hagas el sexo después de la cirugía no te preocupes es normal.

✓ Sugerencias para los hombres

- a) • En la posición del hombre arriba, inclínate un poco hacia el lado libre de la bolsa de tu vientre.
- b) • Considerar utilizar una faja alrededor de tu abdomen para prevenir el movimiento de la bolsa.
- c) • Intenta usar unos shorts atractivos si estás preocupado de exponer la bolsa.
- d) • Los problemas persistentes, como la inhabilidad de lograr o mantener una erección debe ser discutible con el médico ¹¹⁵.

❖ **Datos de alarma**

- 1 • Evacuaciones acuosas que duran más de 5 a 6 horas
- 2 • Irritación grave de la piel o úlceras profundas
- 3 • Una cortadura en el estoma
- 4 • Lesiones en el estoma
- 5 • Mucho sangrado proveniente de la abertura del estoma
- 6 • Obstrucción del estoma
- 7 • Náuseas o vómitos continuos
- 8 • Calambres que duran más de 2-3 horas
- 9 • Mal olor u olor inusual que dura más de una semana
- 10 • Un cambio inusual en el tamaño o color del estoma ¹¹⁶ .

❖ **Caterización de Urostomía Contínente**

1. • Lavarse las manos
2. • Retirar la cubierta del estoma
3. • Limpiar todo el moco del estoma con una toalla
4. • Inserte un catéter limpio suavemente hacia el estoma de tres a cinco pulgadas, hasta que aparezca la orina
5. • Mantén el catéter en su lugar hasta que la orina se haya vaciado completamente.
6. • Retirar el catéter
7. • Colocar la cubierta o gasas limpias

Nota: Estas cateterizaciones no son dolorosas. Generalmente se llevan a cabo en el baño. Puede sentarse en el inodoro (normalmente o de frente al tanque) o pararse frente al mismo. Esto permite que vacíe la orina directamente en el inodoro.



Insertando el catéter en el estoma



Vaciando la orina en el inodoro

Ejemplo de horario de Cateterización

Semana 1 Cada 2-3 horas Cada 3-4 horas

Semana 2 Cada 3-4 horas Cada 4-5 horas

Semana 3 Cada 4-5 horas Cada 5-6 horas

Semana 4 Cada 4-6 horas Cada 6-8 horas

Semana 5 Cada 4-6 horas Ninguna

❖ Irrigación del catéter de urostomía

Las irrigaciones comienzan durante tu hospitalización y continúan hasta que el catéter(es) sea retirado. Las irrigaciones se llevan a cabo para prevenir que el moco tape los tubos y que se acumule en el revestimiento de la bolsa. El catéter generalmente se irriga cada cuatro a seis horas aún durante la noche.

1. • Lavarse las manos
2. • Reunir el material: una jeringa con punta para catéter, solución salina (se puede realizar disolviendo dos cucharadas de sal en un cuarto de litro de agua hervida y dejarla enfriar) contenedor .
3. • Vertir la solución en el contenedor
4. • Cargar de 50 - 60 ml de solución en la jeringa
5. • Desconecte el catéter de la bolsa de drenaje
6. • Empuje la solución lentamente hacia el catéter
7. • Retire la solución suavemente hacia la jeringa o dejarla drenar libremente hacia el inodoro.
8. • Repita los pasos 5 y 6 hasta que no se observe moco.
7. • Reconectar el catéter a la bolsa de drenaje .

❖ **Medidas para evitar las infecciones de vías urinarias en pacientes con urostomía**

- 1 • Ingerir agua abundante
- 2 • Usar bolsas con válvula antirreflujo
- 3 • Usar una bolsa de pierna conectada a la bolsa colectora durante el día
- 4 • Usar un sistema de drenaje nocturno
- 5 • Vaciar la bolsa regularmente ¹¹⁷ .

❖ **Derechos de los ostomizados**

La Asociación Internacional de Ostomizados (IOA) publicó la declaración de los derechos de los ostomizados:

1. Consejo preoperatorio
2. Un estoma bien situado
3. Un estoma bien formado
4. Cuidados posoperatorios por una enfermera experta
5. Soporte emocional
6. Instrucción individual
7. Información sobre los productos disponibles
8. Información sobre recursos disponibles en la comunidad
9. Supervisión al salir del hospital y durante toda la vida
10. Cooperación entre profesionales de cuidado sanitario
11. Información y consejos de la asociación de ostomizados
12. Y sus miembros ¹¹⁸.

VII. CONCLUSIONES

- ❖ Esta guía permitirá al profesional de enfermería estandarizar, unificar y fundamentar cada una de las intervenciones que se lleven a cabo en los pacientes portadores de un estoma de eliminación.
- ❖ Puede ser la base para la realización de un manual y darlo a conocer en mi institución de trabajo.
- ❖ Este trabajo puede ser auxiliar en la educación hacia el paciente durante su estancia hospitalaria así como a su egreso.
- ❖ Esta guía puede ser el inicio de nuevos trabajos de investigación ya que en el país existen muy pocos estudios relacionados con este tema.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foro legislativo de sensibilización sobre Situación Actual de las personas con estomas de eliminación en México y propuesta de la Asociación mexicana para el cuidado integral y la cicatrización de heridas (AMICHAC) hacia la construcción de un modelo de atención integral de las personas con estomas de eliminación [internet]. México D.F: 2013 [consultado el 5 noviembre del 2014].

2. Bernardi CC, Martínez MI, Pinto MH et al. Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados .Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet] 2012 [consultado el 28 de agosto del 2015]; 20 (1):1-8. Disponible en: <http://www.eerp.usp.br>

3. Globoca [internet]. OMS; 2008 [consultado el 27 de octubre]. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/full>

4. Instituto nacional de estadística y geografía [internet] 2010 [consultado el 15 de diciembre del 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>

5. American Cancer Society Atlanta, Ga. Guía de Cáncer de vejiga [internet] 2014 [consultado el 20 de diciembre]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002280-pdf.pdf>

6. Instituto nacional de estadística y geografía [internet] 2011[consultado el 4 de enero del 2015].Disponible en:

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?c=2781&ep=51>

7. Bosques PF, Sandoval GE, Martínez VM. et al .Epidemiología y características clínicas de la colitis Ulcerosa crónica Idiopática en el noreste de México. Rev. Gastroenterol Mex [internet] 2011 [consultado 5 de enero del 2015]; 76 (1):34-38.Disponible en:

<http://www.medicina.uanl.mx/medicinainterna/wp-content/uploads/2013/10/Epidemiolog%C3%ADa-y-caracteristicas-clinicas-de-la-colitis-ulcerosa-cronica-idiopatica-en-el-noreste-de-Mexico.pdf>

8.Foro legislativo de sensibilización sobre Situación Actual de las personas con estomas de eliminación en México y propuesta de la Asociación mexicana para el cuidado integral y la cicatrización de heridas (AMICHAC) hacia la construcción de un modelo de atención integral de las personas con estomas de eliminación [internet].México D.F: 2013 [consultado el 5 noviembre del 2014].

9. Zhang J, Frances W. A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy. Rev. Journal of Clinical Nursing [internet] 2011 [consultado el 7 de noviembre 2014]; 21: 1407–1415. Disponible en: <http://www.online library .wylwy>.

10. Cruz C, Cano GM, Pat CL, et alt . Epidemiología de ostomias de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. Rev. CONAMED [internet] 2009 [consultado el 11 de noviembre del 2014]; 14 (1): 15-19.Disponible en: <http://www.amcichac.com/index.php/area-socios>.

- 11 . Alcala SM , Caballero VM. Experiencia de la clínica del H.R.1 de octubre ,ISSSTE. Revista de especialidades medico-quirúrgicas [internet] 2004 [consultado el 18 noviembre 2014]; 9 (3).Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47390303>
12. Cruz C, Cano GM, Pat CL, et alt . Epidemiología de ostomias de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. Rev. CONAMED [internet] 2009 [consultado el 19 de noviembre del 2014]; 14 (1): 15-19.Disponible en: <http://www.amcichac.com/index.php/area-socios>.
13. Pinedo GG, Gala YP. Cuidados de los estomas, paso a paso. Rev. Actualización en medicina de familia [internet] 2008 [consultado el 29 de enero del 2015]; 4(7):382-88. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=324
14. American Cancer Society Atlanta, Ga. Guía de Cáncer de colon [internet] 2014 [consultado el 12 de enero del 2015].Disponible en: <http://www.cancer.org/espanol/cancer/colonyrecto/guiadetallada/spanish-colon-detailed-toc-df>
15. Villela GM, Uribe AS, Muñoz DS. Factores de riesgo para cáncer colorectal. Rev. Gaceta Mexicana de Oncología [internet] 2008 [consultado el 13 de enero del 2015]; 7(4):12-15.Disponible en: http://www.smeo.org.mx/gaceta/2008/SUPLEMENTOV7_4_2008.pdf#page=18

16. Eguino VA, García AG, Pascual FC. Cáncer colorrectal, una guía práctica. Asociación Española Contra el Cáncer [internet] 2002 [consultado el 15 de enero del 2015] .Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerAno/.../guia%20cancer%20colorrectal.pdf>

17. Shirley E. Enfermería oncológica.3 ed. Madrid España: Mosby; 2006

18. Vergara FO, Takeshi TM, González CH. Conceptos actuales en colitis ulcerativa crónica inespecífica. Rev .Cirujano General [internet] 2006 [consultado el 20 de enero del 2015]; 28 (1):42-49.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2006/cg061i.pdf>

19.Sleisenger M, Feldman M, Klein S. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 6 ed. Argentina: Panamerica; 2000

20. Wolfsthal S. Medicina interna.6 ed. Barcelona España: Wolters Kluwer; 2008

21. American Cancer Society Atlanta, Ga. Guía de Cáncer de vejiga [internet] 2014 [consultado 22 de enero del 2015].Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002280-pdf.pdf>

22. Lokeshwar V, Habuchi T,Grossman H, et al. Bladder tumor markers beyond cytology:international consensus panel on bladder tumor markers. Rev urology [internet] 2005 [consultado el 22 de enero del 2015]; 66 (6A):35-63.Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429505014925>

23. Shirley E. Enfermería oncológica.3 ed. Madrid: Mosby; 2006

24. Jiménez RM, Solares SM, Martínez CP.et al. Oncoguía Cáncer de vejiga. Rev. Cancerología [internet] 2011[consultado el 22 de enero del 2015]; 6: 33-36.Disponible en:

<http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1298054209.pdf>

25. Riomoros S, Herrero C, Carrasco DR. Cistectomía total: un mismo problema, distintas soluciones. Rev. Asociación Española de Enfermería en Urología [internet] 2008 [consultado el 23 de enero del 2015]; 108:10-13.Disponible en: <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2932238.pdf>

26. American Cancer Society Atlanta, Ga. Guía de Cáncer de vejiga [internet] 2014 [consultado el 24 de enero del 2015].Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002280-pdf.pdf>

27. Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos del segundo y tercer nivel de atención [internet].México: SSA. 2015; Disponible en :www.cenetec.salud.gob.mx

28. Gerard M, Lawrence W, Way M, Doherty M. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico .9 ed. México: Manual moderno; 2007

29. Hierro J, Abed G. Colostomías .Rev. Cirugía Digestiva [internet] 2009 [consultado el 25 de enero del 2015]; 3 (309):1-12.Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tinueve.pdf>

30. Hierro J, Abed G. Colostomías .Rev. Cirugía Digestiva [internet] 2009 [consultado el 25 de enero del 2015]; 3 (309):1-12.Disponible en : <http://www.sacd.org.ar/tnueve.pdf>
31. Hierro J, Abed G. Colostomías .Rev. Cirugía Digestiva [internet] 2009 [consultado el 25 de enero del 2015]; 3 (309):1-12.Disponible en : <http://www.sacd.org.ar/tnueve.pdf>
- 32.Suaréz RM. Adaptación a una ostomía. Rev. Cad. Aten.Primaria [internet] 2007 [consultado 24 de marzo del 2015] ;14 :220-226.Disponible en :www.agamfeo.com/antiga 2013
33. Suaréz Ruíz M. Adaptación a una ostomía. Rev.Cad.Aten.Primaria [internet] 2007 [consultado 24 de marzo del 2015] ;14: 220-226.Disponible en :www.agamfeo.com/antiga 2013
34. Gerard M, Lawrence W, Way M, Doherty M. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico .9 ed. México: Manual moderno; 2007
35. American Cancer Society .Ileostomía una guía [internet] 2011 [consultado el 26 de enero del 2015] .Disponible en :<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/ileostomia-una-guia-types-of-ileostomies>
36. Gross L. Guía de ileostomía. United Ostomy Associations of America [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015].Disponible en: <http://www.ostomy.org>

37. American Cancer Society .Ileostomía una guía [internet] 2011 [consultado el 26 de enero del 2015] .Disponible en :<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/ileostomia-una-guia-types-of-ileostomies>

38. Gross L. Guía de ileostomía. United Ostomy Associations of America [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015].Disponible en: <http://www.ostomy.org>

39. Corella CJ, Vázquez PA, Tarragón SM .et al. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015]:122-123.Disponible en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/.../libro_47.pdf

40. Corella CJ, Vázquez PA, Tarragón SM .et al. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015]:122-123.Disponible en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/.../libro_47.pdf

41. American Cancer Society .Urostomía una guía [internet] 2015 [consultado el 28 de enero del 2015]. Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002930-pdf.pdf>

42. Corella CJ, Vázquez PA, Tarragón SM .et al. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015]:122-123.Disponible en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/.../libro_47.pdf

43. Corella CJ, Vázquez PA, Tarragón SM .et al. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015]:122-123.Disponible en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/.../libro_47.pdf

44. Corella CJ, Vázquez PA, Tarragón SM .et al. Estomas Manual para enfermería. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana [internet] 2005 [consultado el 26 de enero del 2015]:122-123.Disponible en: www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/.../libro_47.pdf

45. American Cancer Society .Urostomía una guía [internet] 2015 [consultado el 28 de enero del 2015]. Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002930-pdf.pdf>

46. American Cancer Society .Urostomía una guía [internet] 2015 [consultado el 28 de enero del 2015]. Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002930-pdf.pdf>

47. American Cancer Society .Urostomía una guía [internet] 2015 [consultado el 28 de enero del 2015]. Disponible en:<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002930-pdf.pdf>

48. Obando ZR.Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres.Perú:2006. [Consultado el 10 de agosto de 2016].Disponible en: <http://www.index.com>

49. Obando ZR. Compendio de guías de intervenciones y procedimientos de enfermería en emergencias y desastres. Perú: 2006. [Consultado el 10 de agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.index.com>

50. Aguilar SL et al. Proceso enfermero y su nivel de autoeficiencia. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [internet] 2008 [consultado el 10 de agosto del 2016] ; 16 (1): 3-6.

51. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23. Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

52. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23. Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

53. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23. Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

54. Alfaro LeFevre, R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración . Barcelona: Elsevier; 2007

55. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23. Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

56 .Andrade CR. Proceso de atención de enfermería: guía interactiva para la enseñanza. México: Trillas; 2012

57. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23.Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

58. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23.Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

59. Herdman TH.NANDA international. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificaciones 2012-2014.Barcelona, España: Elsevier; 2012

60. NANDA. Nursing Diagnosis: Definitions & classification 2007-2008 .Madrid, España :Elsevier ;2008

61.Andrade CR.Proceso de atención de enfermería: guía interactiva para la enseñanza. México :Trillas ;2012

62. Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23.Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

63.Reyna G. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet] 2010 [consultado el 12 agosto del 2016] ; (17):18-23.Disponible en: [http:// www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)

64. Comisión permanente de enfermería. Lineamientos para la elaboración de PLACES. [internet].México :SSA ;2011.Disponible en :<http://www.salud.gob.mx>

65. Comisión permanente de enfermería. Lineamientos para la elaboración de PLACES. [Internet]. México: SSA; 2011. Disponible en :<http://www.salud.gob.mx>

66. Moorhead S , Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid :Elsevier ;2009.

67. Bulechek MG, Dochterman MJ, Butcher KH. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier ;2014

68. Smeltzer Cs. Bare GB, Hinkle LJ, Cheever HK. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. Vol I , 10ª ed. España: McGrawHill; 2005.

69. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. 4 ed. Madrid: McgrawHill ; 2005

70. Pat CL, Espinosa EJ, Sánchez B M et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [internet] 2010 [consultado el 5 de marzo del 2015]; 7 (2): 9-14. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni>

71. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. 4 ed. Madrid: McgrawHill ; 2005

72. Hernández FF. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. Rev.Reduca [internet] 2011 [consultado 7 marzo del 2015] ; 3(2): 504-33. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/view/764/780>

73. Canaval GE, Londoño M, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas [internet] 2005 [consultado el 8 de marzo del 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>

74. Pat CL, Espinosa EJ, Sánchez BM et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [internet] 2010 [consultado el 10 de marzo del 2015]; 7 (2): 9-14.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni>

75. Zambrano GJ , Pajuelo VR. Beneficios de la técnica de irrigación de colostomía de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Revista Científica de enfermería. Recién [internet] 2007 [consultado el 15 de marzo del 2015] ; vol . Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/242416701_

76. Canaval GE, Londoño M, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas [internet] 2005 [consultado el 16 de marzo del 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>

77. Pat CL, Espinosa EJ, Sánchez BM et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Rev. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [internet] 2010 [consultado el 10 de marzo del 2015]; 7 (2): 9-14.Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni>

78.Suaréz RM. Adaptación a una ostomía. Rev.Cad. Aten.Primaria [internet] 2007[consultado 24 de marzo del 2015];14:220-226.Disponible en :www.agamfeo.com/antiga 2013

79. Gómez del Río N, Mesa CN, Caraballo CC.et al. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev.ENE [internet] 2013 [consultado el 10 de abril del 2015] ; 7(3).Disponible en :<http://ene.enfermeria.org/ojs/index>

80. Bodega UC, Marrero GC, Muñíz TN et al. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado . Revista de enfermería [internet] 2013 [consultado el 12 de abril del 2015] ; 7 (3).Disponible en: http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/262/pdf_9

81. Ferreira UA. Viviendo con una ostomía: Percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Rev. Texto Contexto Enferm [internet] 2013[consultado el 13 de abril del 2015]; 22 (3):687-89.Disponible en : <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>

82. Silva A, Eri SH. El significado del cambio en el modo de vivir de la persona con ostomía intestinal definitiva Rev Latino-am Enfermagem [internet] 2006 [consultado el 15 de abril del 2015] ; 14(4) :1-8.Disponible en : [http:// www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)

83. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. 4 ed. Madrid: McgrawHill ; 2005

84. Gómez del Río N, Mesa CN, Caraballo CC.et al. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. Rev.ENE [internet] 2013 [consultado el 10 de abril del 2015] ; 7(3).Disponible en :<http://ene.enfermería.org/ojs/index>

85. Sprunk E, Rowland AR.The impact of an ostomy on Sexuality. Rev.Clinical Journal of Oncology Nursing [internet] 2000 [consultado el 22 de abril del 2015]; 4 (2) : 85-88 .Disponible en : <http://www.ncbi.nlm.gov>

86. Ribes MA. La sexualidad en pacientes con ostomias digestivas y urinarias. Rev. Enfermería integral [internet] 2011 [consultado el 24 de abril del 2015]; 95 :42-44.Disponible en : <http://www.enfervalencia.org/ei/95/ENF-INTEG-95.pdf#page=80>

87. Gwen B , Turnbulln RN. Guía de intimidad, sexualidad y una ostomia. United Ostomy Association [internet] 2005 [consultado el 28 de abril del 2015] 1-10.Disponible en: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy.../uoa_sexuality_es.pdf

88. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería.4 ed. Madrid: McgrawHill ; 2005

89. Doenges M, Moorhouse M, Murr A. Planes de cuidados de Enfermería. 7ed.Philadelphia: McgrawHill interamericana; 2008

90. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012[consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

91 . Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012[consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

92. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma[internet] 2012(consultado el 29 de enero del 2015).Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

93. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

94. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

95. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

96. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

97. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en :

<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

98. Pinedo GG, Gala YP. Cuidados de los estomas, paso a paso. Rev. Actualización en medicina de familia. [internet] 2008[consultado el 29 de enero del 2015] ;4(7): 382-88. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=324

99. Pinedo GG, Gala YP. Cuidados de los estomas, paso a paso. Rev. Actualización en medicina de familia. [internet] 2008[consultado el 29 de enero del 2015] ;4(7): 382-88. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=324

100. Pinedo GG, Gala YP. Cuidados de los estomas, paso a paso. Rev. Actualización en medicina de familia. [internet] 2008[consultado el 29 de enero del 2015] ;4(7): 382-88. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=324

101. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en : <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

102. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015].Disponible en : <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

103. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio Canario de Salud. Guía de cuidados a la persona portadora de un estoma [internet] 2012 [consultado el 29 de enero del 2015]. Disponible en : <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e9cf1339-a5a3-11e1-a270-87db0c674047/GUIACUIDADOSPERSONALESTOMA.pdf>

104. Asociación Mexicana para el cuidado integral y cicatrización de heridas [internet]. Mexico: AMICHAC ; 2014 (consultado 29 de enero del 2015). Disponible en: <http://www.amcichac.com/index.php/blog-estomas/124-consejos-para-el-postoperatorio-de-pacientes-con-ostomias-de-eliminacion>

105. Lestido V. Guía protocolizada de atención de enfermería para usuarios con colostomías o ileostomías (pre y post operatorio). Rev. Enfermería cuidados humanizados [internet] 2013 [consultado el 11 de mayo del 2015] ; 1(3):207-209. Disponible en : <http://www.ucu.edu.uy>

106. Guía para el cuidado de la persona con ostomía de eliminación. Fundación Valle de LiLi [internet] 2013 [consultado el 15 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.valledellili.org>.

107. Zambrano GJ, Pajuelo VR. Beneficios de la técnica de irrigación de colostomía de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Rev. Científica de enfermería [internet] 2007 [consultado el 20 de mayo del 2015] :62-71. Disponible en http://www.researchgate.net/publication/242416701_

108. Doenges M, Moorhouse M, Murre A. Planes de cuidados de Enfermería. 7 ed. Philadelphia: McGraw-Hill; 2008

109. Cost MI, Rodon TA. Recomendaciones al alta a pacientes portadores de ileostomía. Biblioteca las casas [internet] 2014 [consultado el 24 de mayo del 2015]; 10 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc075>

110. Una guía para el paciente sobre cuidado de ileostomía. Wound Ostomy and Continence Nurses [internet] 2013 [consultado el 25 de mayo del 2015]. Disponible en: www.nmh.org.

111. Guía práctica para personas ostomizadas. Fundación ayúdate Madrid [internet] 2003 [consultado el 3 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.ayudate.es/pdf/1.pdf>

112. Salido MM, Rodríguez UR. Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación. Rev inquietudes [internet] 2014 [consultado 8 de junio del 2015]; 48 :12-19. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es>

113. Gwen B, Turnbulln RN. Guía de intimidad, sexualidad y una ostomía. United Ostomy Association [internet] 2005 [consultado el 15 de junio del 2015]; 1-10. Disponible en: http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy.../uoa_sexuality_es.pdf

114. America Cancer Society. Colostomía: una guía [internet] 2015 [consultado el 20 de junio del 2015]. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf>

115.Llene FM. Guía de la Urostomia Continente.Ostomy Associations of America [internet 2005 [consultado el 25 de junio del 2015]:7-12.Disponible en: <http://www.ostomy.org>

116.Canaval GE, Londoño M, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas [interne] 2005 [consultado el 26 de junio del 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>

117. Canaval GE, Londoño M, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas [interne] 2005 [consultado el 26 de junio del 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>

118. Canaval GE, Londoño M, Milena HA. Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas [interne] 2005 [consultado el 26 de junio del 2015].Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0026.php>

119. Asociación Mexicana para el cuidado integral y cicatrización de heridas [internet]. Mexico: AMICHAC ; 2014 (consultado 29 de enero del 2015).Disponible en:<http://www.amcichac.com/index.php/blog-estomas/124-consejos-para-el-postoperatorio-de-pacientes-con-ostomias-de-eliminacion>

120. Asociación Mexicana para el cuidado integral y cicatrización de heridas (internet). Mexico.2014 (consultado el 29 de enero del 2015 el).Disponible en:<http://www.amcichac.com/index.php/blog-estomas/124-consejos-para-el-postoperatorio-de-pacientes-con-ostomias-de-eliminacion>

121. Carpenito L. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración. 4 ed. Madrid: McGraw-Hill; 2005.

122. Muñana RA, Ramirez EB.Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado .Rev.Enfermería Universitaria.[internet] 2014 [consultado el 20 de agosto del 2016] ;11(1) :24-35.

123. García S, Sauri SS , Meza DE, Villagómez AJ. Estado de coma y trastornos de la conciencia : una revisión analítica desde un enfoque neurofuncional. Parte I .Rev Esp Méd Quir.[internet] 2013 [consultado el 22 de agosto del 2016] ;18(1):56-68.Disponible en: <http://www.medigraphic.com>

124. Guevara LU, Covarrubias GA, Delille FR, Hernández OA, Carrillo ER, Moyao GD. Parámetros de práctica para el manejo del dolor agudo perioperatorio [internet]2010 [Consultado el 24 de agosto del 2016]. Disponible en.: <http://www.comexan.com.mx/guias/dolor-parametros2.htm>

IX. Anexos

A) Sistemas colectores

Estos son sistemas que se utilizan para lograr una recolección cómoda y eficaz de los desechos de las ostomías de eliminación. Constan de una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa que recoge los productos de desecho. La primera debe adherirse a la piel, garantizándole al paciente una buena movilidad, al mismo tiempo que previene la irritación de la piel periestomal. Algunas bolsas llevan incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso del aire pero retiene el mal olor.

Los criterios básicos a ser considerados al momento de seleccionar un sistema colector, se deben establecer en función de la valoración que se haga del tipo de estoma, altura, construcción, localización anatómica, características del efluente, tipo de abdomen, y características del paciente así como al estado de la piel periestomal.

La barrera cutánea correcta es el elemento de mayor importancia que hay que considerar en la selección. Debe crear un sello seguro alrededor de la estoma que impida el contacto de la materia fecal o la orina sobre la piel. La calidad de vida del paciente, dependerá justamente de un sello seguro y una piel totalmente sana.






El **adhesivo** es un elemento de suma importancia; La piel que rodea a la estoma se debe mantener siempre íntegra y en estado saludable, ya que de eso dependerá el bienestar del paciente. La barrera que impide la irritación por el contacto con las heces es el adhesivo de la bolsa propiamente dicho. Un adhesivo debe de cumplir con cinco propiedades: pegado inicial y adhesión, flexibilidad, absorción, resistencia a la erosión, facilidad de remoción.





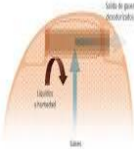
La **válvula de vaciado y antireflujo (sistemas de urostomia)** permite vaciar la orina de la bolsa cada vez que se requiera. Consiste en un pequeño tubo de plástico blando situado en la parte inferior de la bolsa con un tapón estriado que asegura su hermeticidad. La válvula anti reflujo consiste en un plástico termo sellado dentro de la bolsa que permite la bajada de la orina pero que impide su retorno a la zona del estoma; de esta forma se protegerá el tracto urinario de posibles infecciones y se evitara la erosión del adhesivo por el continuo contacto con la orina.



Figura No 22 .Sistema colector para urostomia ¹¹⁹ .

B) Características de los sistemas colectores ¹²⁰ .

TIPO DE DISPOSITIVO	VENTAJAS	DESVENTAJAS
<p>1 pieza</p> 	<p>Es muy flexible se adhiere muy bien dentro de pliegues y estomas complicados.</p>	<p>-Se debe cambiar con más frecuencia. -No se debe usar en estomas planos ya que se requieren cambios más frecuentes</p>
<p>2 piezas</p> 	<p>La barrera cutánea dependiendo de su espesor puede durar más días adherida a la piel. La bolsa se puede cambiar sin retirar la bolsa</p>	<p>-Son menos flexibles -No son convenientes en estomas dentro de pliegues. -Es más costoso</p>
<p>Plano</p> 	<p>Se puede adaptar fácilmente a estomas normales.</p>	<p>Si el estoma es plano o hundido puede provocar filtraciones.</p>
<p>Convexo</p> 	<p>Ayuda a protuir a los estomas planos o retraídos evitando riesgo de fugas.</p>	<p>Puede romper las suturas o prolapsarse el estoma.</p>
<p>Abierto</p> 	<p>Se drenan fácilmente los efluentes</p>	<p>Si no se cierra bien genera fugas.</p>

<p>Para urostomía</p> 	<p>Impide el reflujo del líquido al estoma.</p>	<p>Si existen filamentos abundantes en el líquido se puede tapan la válvula antirreflujo.</p>
<p>Cerrado</p> 	<p>Mantiene las heces dentro de la bolsa sin fugas en la parte inferior.</p>	<p>Se deben hacer cambios constantes del sistema de 2 a 3 veces al día.</p>
<p>Opaco</p> 	<p>No se ve lo que se elimina del estoma</p>	<p>No se debe usar en el postoperatorio inmediato, no se puede valorar el estoma.</p>
<p>Transparente</p> 	<p>Visualiza el material de desecho y el estoma para valoración continua.</p>	<p>Es desagradable a la vista de las personas.</p>
<p>Con filtro</p> 	<p>Filtra los malos olores</p>	<p>En las ileostomías, si se moja se inactiva y mancha la ropa . Nota:Independientemente de que los dispositivos sean de una, de dos o de tres piezas, los cerrados se cambian cuando están a 2/3 de su capacidad y los abiertos se vacían cuando están a 2/3 de su capacidad y se cambia la bolsa cada 24 h.</p>

AMICHAC, 2014 ¹²⁰.

C) Tabla No 2. Accesorios para el cuidado de los estomas .

<p>Pasta adapt: Se utiliza para rellenar superficies irregulares o rellenar los contornos periestomales, evitando así filtraciones y facilitando la colocación del equipo.</p>	
<p>Pasta de Karaya: La Karaya es una resina natural que se mezcla con agentes humectantes, una película a base de alcohol y aglutinantes. Se recomienda en personas que presentan alergia a la pasta Adapt.</p>	
<p>Polvo Premium o de Karaya : Los polvos absorben la humedad y protegen la piel.</p>	
<p>Filtros: están compuestos por un disco de carbón activado adhesivo que se pega en la parte superior de las bolsas y se perfora con un alfiler, para permitir el paso de gases desde la bolsa al exterior, a través del filtro que neutralizará el mal olor. Las características más importantes que debe cumplir un filtro es su duración y eficacia. Ya que el</p>	

<p>carbón activado se inactiva con la humedad, lo ideal es que éste protegido de la misma por una serie de capas para así asegurar un funcionamiento adecuado.</p>	
<p>Cinturones: Están hechos de material elástico y se adaptan al aro del equipo para su fijación con el fin de aumentar la sujeción de estos a la piel.</p>	
<p>Pinzas: Se utilizan para sellar las bolsas drenables. Por su forma anatómica y puntas redondeadas se adapta a la forma de la pierna y evita rozaduras.</p>	
<p>Tubos de Drenable: Son tubos de conexión que se adaptan a la bolsa de urostomía permitiendo mayor movilidad.</p>	
<p>Películas protectoras: forman como una “segunda piel” protegiendo la piel periestomal del efluente. Estas películas aumentan la adhesividad de las resinas. Se pueden aplicar encima de la crema barrera, una vez absorbida, para hacer que el disco adhesivo se pegue mejor.</p>	
<p>Desodorantes: son polvos o líquidos que se aplican dentro de la bolsa antes de colocarla sobre la piel con el fin de neutralizar el mal olor de las heces acumuladas. Eliminan el mal olor que se manifiesta al vaciar o cambiar una bolsa. Hay que tener la precaución</p>	

de no aplicarlos directamente sobre el estoma o la piel y por supuesto no ingerir y evitar el contacto con los ojos.	
--	--

Carpenito L, 2005¹²¹

D) Escala de coma de Glasgow

Es un instrumento para valorar la respuesta del paciente a los estímulos y nos permite medir el nivel de conciencia. Las puntuaciones son de 3 (coma profundo) a 15 (normal).

Concepto	Tipo	Puntos
Apertura ocular	Espontanea	4
	Estímulo verbal	3
	Estimulo doloroso	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece Ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexiona al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Estención al dolor	2
	Ausente	1
Total		3-15

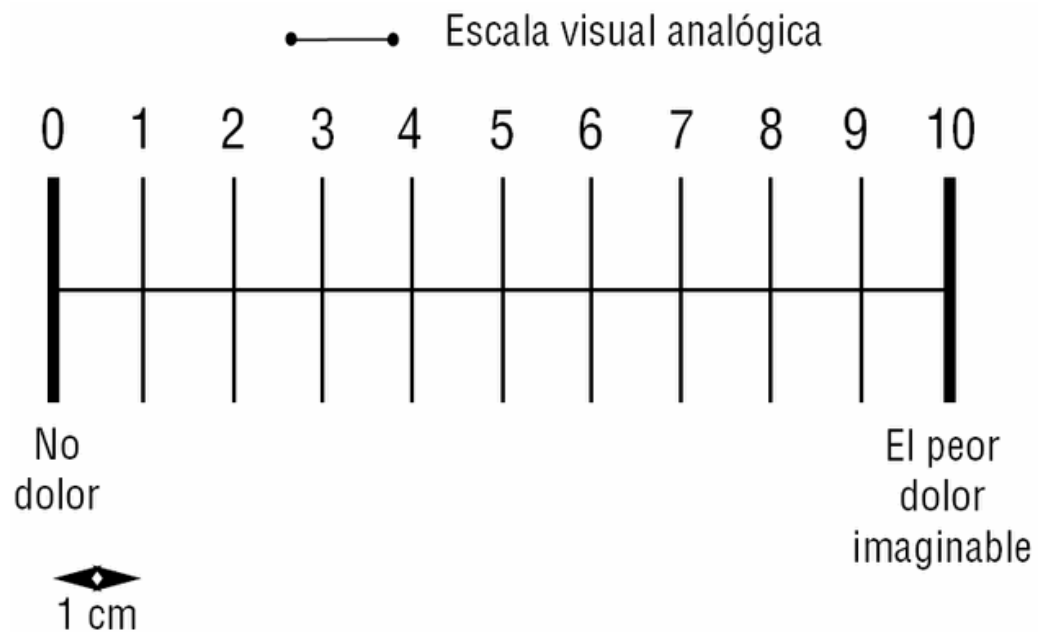
Muñana RA, Ramirez EB, 2014¹²²

E) Estados de conciencia

Estados de conciencia	
Estado	Definición
Alerta	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
Somnoliento	El sujeto tiende a permanecer dormido, puede ser despertado con facilidad con cualquier estímulo sensorial o sensitivo; sin embargo, cuando éste cesa vuelve a dormirse, y así permanece hasta que se genere otro estímulo. Durante el tiempo que esté despierto puede atender adecuadamente órdenes sencillas.
Estupor	El sujeto se encuentra dormido, no atiende a estímulos triviales, pero suele despertar por medio de estímulos vigorosos y repetidos(dolor), retornando al estado inicial una vez que cesa el estímulo.La respuesta a las órdenes verbales es lenta e inadecuada y a veces ausente.
Coma	El paciente se encuentra dormido, carece de respuesta a cualquier estímulo y es incapaz de percibir o responder a las inducciones externas o a las necesidades internas.
Coma superficial	Sólo hay respuesta a estímulos dolorosos profundos con movimiento de defensa y propositivos de las extremidades pero el paciente siempre se mantiene dormido.
Coma profundo	No hay respuesta a estímulos dolorosos ni reflejos; incluso se pierden los reflejos patológicos y el tono muscular

García S, Sauri SS , Meza DE, Villagómez AJ , 2013 ¹²³

F) Escala de EVA



Descripción de la EVA de acuerdo al grado de dolor

Dolor leve (EVA 1 a 3). El dolor con características de baja intensidad puede ser tratado satisfactoriamente únicamente con analgésicos no opioides del tipo de los antiinflamatorios no esteroides

Dolor moderado (EVA 4 a 7). El dolor con características de intensidad media puede ser tratado satisfactoriamente con analgésicos opioides con efecto techo (tramadol, buprenorfina, nalbufina) en bolo o en infusión continua, generalmente en combinación con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (INES)

Dolor severo (EVA 8 a10). El dolor intenso puede ser manejado con opioides potentes (morfina y citrato de fentanilo) en infusión continua y técnicas de anestesia regional El esquema analgésico que sólo contempla la indicación “por razón necesaria” (PRN) debe ser evitado

124

G) PRESUPUESTO

RECURSOS MATERIALES	PRECIO UNITARIO	CANTIDAD REQUERIDA	PRECIO TOTAL
Hojas tamaño carta	\$0.20	500	\$100.00
Plumas	\$3.50	3	\$10.50
Folder tamaño carta	\$2.00	5	\$10.00
Copias	\$0.30	100	\$300.00
Impresiones	\$1.00	700	\$700.00
Engargolados	\$50.00	4	\$200.00
Memoria USB	\$90.00	1	\$90.00
Artículos de revista indexada	\$50.00	3	\$150.00
Encuadernados	\$400.00	7	\$2800.00
Titulación	\$10,000	1	\$10,000
SUBTOTAL			14,360.5
Recursos monetarios			
Renta de computadoras	\$10.00 x hora	20	\$100.00
Comidas	\$35.00	15	\$525.00
TOTAL			\$14 ,985.5

