

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA PIEL PERIESTOMAL
EN PACIENTES ILEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO
HEREDIA ESSALUD – PIURA, 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA
OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

JENNY MARLENE SOLÍS RICRA

CALLAO – 2017

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 243

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato Nº 1700-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

| | PÁG. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 3 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 5 |
| 1.2 OBJETIVO | 7 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 7 |
| II. MARCO TEÓRICO | |
| 2.1 ANTECEDENTES | 9 |
| 2.1.1 Antecedentes Internacionales | 9 |
| 2.1.2 Antecedentes Nacionales | 11 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 14 |
| 2.2.1 Definición de Estoma u ostromía | 14 |
| 2.2.2 Tipos de Ostromías | 14 |
| A. Ostromía digestiva..... | 14 |
| B. Ostromía Urológica..... | 18 |
| 2.2.3 Ileostomía | 19 |
| A. Función de la Ileostomía..... | 19 |
| B. Indicaciones de la Ileostomía..... | 21 |
| C. Técnicas quirúrgicas..... | 23 |
| D. Complicaciones de las ileostomías..... | 25 |

| | | |
|---|--|----|
| 2.2.4 | Bases Teóricas..... | 29 |
| A. | Teoría de Dorothea Orem..... | 29 |
| B. | Teoría de Callista Roy..... | 30 |
| 2.3 | DEFINICIÓN DE TÉRMINOS..... | 31 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | | |
| 3.1 | RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 33 |
| 3.2 | EXPERIENCIA PROFESIONAL..... | 33 |
| 3.3 | PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME..... | 39 |
| IV. | RESULTADOS | 44 |
| V. | CONCLUSIONES | 48 |
| VI. | RECOMENDACIONES | 49 |
| VII. | REFERENCIALES | 50 |
| | ANEXOS | 53 |

INTRODUCCIÓN

La lesión periestomal se define como una afección por la que la piel presenta inflamación, irritación o incluso ulceración de la piel debido al contacto del contenido que sale a través del estoma. Esta patología se presenta con mayor frecuencia en pacientes adulto mayor. (1)

El presente informe denominado CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LA PIEL PERIESTOMAL EN PACIENTES ILEOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA, tiene como objetivo proporcionar una correcta asistencia e información del paciente ileostomizado y reflexionar el trabajo profesional de enfermería en este grupo de pacientes sometidos a cirugía abdominal, que redundará en beneficio de los pacientes y profesionales de enfermería.

Para el desarrollo de este informe se utilizaron técnicas de entrevista observación, análisis documentado y registros fotográficos de cómo se maneja el cuidado de piel periestomal en el servicio de cirugía general donde laboro actualmente.

Además se aborda la experiencia laboral del profesional licenciado en la atención de Enfermería de estos pacientes. El presente informe descriptivo identifica los actuales problemas de la situación hospitalaria como: insuficientes recursos humanos, insuficiente material e insumos y personal que no se identifica con el trabajo por la excesiva demanda de paciente, se llega a proponer algunas recomendaciones que pueden optimizar el trabajo hacia el bienestar del paciente y a la familia.

El Presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El Capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivo, justificación. En el Capítulo II consignado al marco teórico se menciona los antecedentes, marco conceptual y la definición de términos. En el Capítulo III: se hace mención de la experiencia profesional, recolección de datos y procesos realizados en el tema del informe, Capítulo IV: resultados; Capítulo V: Conclusiones, Capítulo VI recomendaciones y finalmente en el Capítulo 7 se menciona a las referenciales, además contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Las ostomías de eliminación son procedimientos frecuentes en los hospitales, una intervención oportuna y eficiente se refleja en la calidad de vida y sobrevida de los pacientes que requieren de atención específica y estandarizada.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2016, el cáncer colorrectal es la cuarta causa más común de cáncer en el mundo, con aproximadamente 875.000 nuevos casos por año, correspondientes al 8,5% de todos los casos nuevos de cáncer. La tasa de operabilidad en cáncer colorrectal es algo superior al 90%, por lo que un elevado número de pacientes diagnosticados serán intervenidos y portarán una ostomía temporal o definitiva debido a este motivo.

El cáncer colorrectal es la segunda malignidad más común en el mundo occidental. Es una enfermedad predominante en gente mayor, pero también puede darse en gente joven. Menos del 5% de los pacientes con esta condición tienen menos de 40 años, mientras que más de la mitad tienen más de 60 años, con un pico de incidencia en personas que tienen entre 70 y 80 años. (2)

A Nivel de Latinoamérica los hombres de Argentina enfrentan una alta incidencia de cáncer colorrectal propio de países desarrollados, pero la mortalidad es mayor en Argentina (14,6/100.000) que en EEUU (8,3/100.000). Los factores que pueden influir en la prevalencia son obesidad, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol, dieta alta en carne roja y procesada y baja en vegetales y fruta. (3)

En México (2016), en el estudio “Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de Salud del Distrito Federal” reportan que de 1,688 pacientes, el 53% son del sexo masculino y 47% femenino, respecto al grupo etáreo, la prevalencia de las ostomías fue de 30% entre los 19-50 años, 24% de 51-62 años, y 24% de más de 63 años. La especialidad médica que realiza la mayor cantidad de ostomías es Cirugía General 52%, seguidos de oncología 23%, cirugía pediátrica 17% y urología 6% .(3)

A nivel Nacional el jefe del Departamento de Cirugía General y Digestiva del Hospital Edgardo Rebagliati M.- ESSALUD, Iván Vojvodic Hernández, informó que hasta hace ocho años se operaba a unas 100 personas al año en el hospital, pero que actualmente esa cifra alcanza las 250 personas. En Perú (Minsa-2016) se reporta que 2 de cada mil habitantes son portadores de algún tipo de ostomía, lo que significa un total de 30,000 personas, la incidencia de ostomía por edad se incrementa a 3 de cada mil peruanos en edad adulta. En países occidentales se reportan cifras que oscilan entre 2 y 4 por mil de los adultos. (4)

Por otro lado las complicaciones tempranas son las que ocurren en un periodo menor a un mes del posoperatorio donde se incluyen colostomías e ileostomias, se reporta en un promedio 34% de complicaciones de las cuales el 21% son tempranas y 6 % tardías. Las causas son de diversa índole como en las que se encuentran la enfermedad inflamatoria intestinal, pacientes mayores de 65 años de edad, cirugías de emergencia, pacientes con grados mayor a III de acuerdo a American Society of Anesthesiologists, diabetes mellitus, obesidad e incluso las características del servicio quirúrgico en donde se realiza el procedimiento. (5)

A nivel local se ha reportado pacientes operados de los cuales el 63% son varones y el 37% son mujeres, una de las principales causas para la realización de esta intervención quirúrgica fue cancer colorectal seguido por infección abdominal, como en el caso de diverticulitis perforada o un 1,

lesión al colon o al recto (una herida con arma de fuego y herida por arma blanca), Fístulas o heridas en el perineo, a zona entre el ano y la vulva (mujeres) o el ano y el escroto (hombres).

Por ello se deberían elaborar guías de práctica clínica brindando a los profesionales de salud información actualizada basada en evidencia, sobre cuidados de enfermería en pacientes con lesión periestomal con la finalidad de ofrecer una atención oportuna y eficiente al mismo tiempo de coadyuvar a una mejora asistencial educativa y de investigación, con la intención de mejorar las perspectivas de vida de los pacientes y su entorno familiar.

1.2 Objetivo

- Describir los Cuidados de Enfermería de la piel periestomal en pacientes ileostomizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud, Piura 2014-2016

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia laboral tiene por finalidad dar a conocer los Cuidados de Enfermería de la piel periestomal en pacientes ileostomizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital III José Cayetano Heredia Essalud, Piura durante el periodo 2014-2016 con el propósito de disminuir las complicaciones tempranas en piel y el reingreso hospitalario del paciente.

De la misma manera el presente informe se justifica:

A Nivel teórico: este presente estudio servirá para ahondar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería de la piel periestomal en pacientes Ileostomizados, que insumos y productos aplicar cuando hay

lesión de la piel periestomal en el servicio de Cirugía General del Hospital III “José Cayetano Heredia”.

A Nivel Práctico; este informe beneficiará a los Licenciados en Enfermería, y estudiantes de enfermería que atiendan a pacientes ileostomizados en el servicio de hospitalización. De esta misma manera los resultados que se obtengan serán de mucho valor para desempeñar con calidad y calidez la labor en el servicio de hospitalización y brindar una atención especializada a este tipo de pacientes.

A nivel social; El paciente ostomizado se encuentra sujeto al estoma, por lo tanto precisa de una adecuada información y un adiestramiento, tanto práctico como teórico, que le permita desenvolverse con conocimiento y soltura en el manejo de su ostomía; no sólo a nivel físico o técnico, sino readaptándose a su nueva imagen corporal y vida social.

Nivel Económico: los pacientes ileostomizados que hacen complicaciones inmediatas son un permanente problema para la salud pública, así también como para la familia prolongando de esta manera o la estancia hospitalaria y provocando mayos gasto económico a la institución y al estado.

Al llevar a cabo este trabajo se pretende disminuir los casos de lesión de la piel periestomal en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cirugía General, mediante los cuidados de enfermería, siendo los beneficiarios los pacientes portadores de ileostomía y sus respectivas familias.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Para el presente trabajo de investigación se recurrió a diversos trabajos de investigación Internacionales y Nacionales los cuales se detallan a continuación:

2.1.1 Antecedentes internacionales

- FERREIRA UMPIERREZ, Augusto (2013) - Uruguay. En su estudio titulado “VIVIENDO CON UNA OSTOMIA: PERCEPCIONES Y EXPECTATIVAS DESDE LA FENOMENOLOGIA SOCIAL”. Cuyo objetivo fue Comprender la experiencia de vida de un grupo de pacientes portadores de ostomía develando sus expectativas en relación al cuidado de enfermería. Usaron el método Cualitativo, con un enfoque fenomenológico social de Alfred Schutz. La población estuvo conformada por 9 pacientes de ambos sexos comprendidos entre los 49 – 72 años de edad, quienes residen en la Ciudad de Montevideo-Uruguay. La muestra estuvo conformada por 9 pacientes. Los resultados : los sujetos en estudio muestran en sus discursos que la experiencia se construye desde las capacidades de adaptación a la nueva forma de vida, la enfermera como asesora del proceso es pieza fundamental como asesora del proceso, también surge el deseo de ser atendido en forma humana, cercana y con calidez. os deseos mostrados de un cuidado humanizado es un aspecto resaltado por todos los sujetos. Las necesidades de una atención cálida y cercana permean las entrevistas realizadas en este estudio. El develar esta necesidad por encima de otras, que podrían ser de igual o mayor preocupación del paciente, denota la importancia que supone la comprensión del fenómeno de estudio, dando insumos para abordar al ser humano desde todas sus dimensiones, de acuerdo a estudios que destacan los valores y sentimientos de las personas. (6)

- ALMENDAREZ Juan, LANDEROS Martha (2013) – México. En su estudio titulado “AUTOCUIDADO DE PACIENTES ENTEROSTOMIZADOS ANTES Y DESPUÉS DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE ENFERMERÍA” cuyo Objetivo fue : determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Método: estudio de intervención previa y posterior a enterostomía, realizada durante febrero-julio de 2013 en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí, México. La muestra fue por conveniencia en 13 pacientes enterostomizados. Se aplicó una encuesta antes de la intervención y tres posteriores a esta. Se validó por expertos con una confiabilidad con alfa de Cronbach = 0.670; contó con 20 ítems de respuesta cerrada. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Resultados: la media de edad fue 41.8 años (mínima 21 y máxima 73 años), predominó el sexo masculino (84.6 %) y la colostomía (46.1 %). Los conocimientos sobre prácticas de autocuidado en alimentación y cuidado de ostomía fueron incrementados después de la intervención, lo cual quedó demostrado por comparación de medias de las mediciones ($t = -3.570$, $t = -6.390$, $t = -3.695$, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Conclusión: los conocimientos sobre prácticas de autocuidado incrementaron y mostraron vigencia posterior a la intervención educativa de enfermería, aspectos que promueven la adaptación del paciente a su condición de salud y mejoran su calidad de vida. (7)
- DE FRUTOS MUÑOZ, Rocío, SOLIS MUÑOZ, Montserrat, (2012) – España. En su estudio titulado “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA A CORTO Y MEDIO PLAZO” cuyo objetivo fue conocer la calidad de vida percibida a corto y medio plazo de los pacientes enterostomizados (colostomías o ileostomías). Método: estudio de cohorte prospectivo

con enterostomizados del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid). Instrumentos: el SF-36 y Stoma-QOL .Población y Muestra 44 pacientes.

Resultados: 44 pacientes ostomizados; 68% hombres, con edad media 66 años, y 32% mujeres, con edad media 59 años, el 73% casados; 48% jubilados/incapacidad; 57% con estudios medios/superiores; 57% de cirugía programada; 75% padecían cáncer colorrectal; 52% fueron colostomías. Hubo 25% cierre precoz, 36% ostomía temporal y 39% permanente. Los cambios en las puntuaciones globales a lo largo de los cuatro tiempos fueron significativos en el área funcional del SF-36. También resultaron significativos los cambios en las puntuaciones globales del Stoma-QOL al comparar los valores a los 15 días del alta 3 meses de la cirugía. (8)

2.1.2. Antecedentes nacionales

- BASTIDAS LOPEZ Jairo, GALARZA MORAN Jhoselyn (2015) - Lima en su Estudio titulado "TIPOS DE COLOSTOMIA SEGÚN SU LOCALIZACION Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES COLOSTOMIZADOS QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN. Cuyo objetivo fue Determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados. El Método utilizado fue Estudio de tipo cuantitativo, diseño no experimental, de tipo correlacional, transversal. Poblacion y Muestra: la muestra estuvo constituida por 90 pacientes colostomizados. Resultados: se evidenció que existe relación entre colostomía ascendente, transversa y calidad de vida en dimensión física y mental. En cuanto a la colostomía descendente y calidad de vida en la dimensión física no existe relación, y en la dimensión mental existe

relación, asimismo en la colostomía sigmoidea y calidad de vida en las dimensiones física y mental no existía relación. Existe relación entre el tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida. La calidad de vida global de los pacientes colostomizados es de nivel bajo 27,8%, medio 51,1 % y alto 13,4 %. Conclusión: los tipos de colostomía según su ubicación y la calidad de vida de los pacientes colostomizados se relacionan significativamente ($p \text{ value}=0,028$), ya que estos pacientes experimentan situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos que experimentan tras la cirugía. (9)

- PALOMINO GRADOS, Gladys (2014) en su Estudio titulado “CONOCIMIENTO DEL PACIENTE OSTOMIZADO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACION POST-OPERATORIO EN LA CLINICA DEL INSITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS”. Lima - 2014 Cuyo Objetivo fue Determinar los conocimientos del paciente ostomizado sobre el proceso de recuperación postoperatorio en la clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2012. EL Método utilizado fue estudio cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Población y Muestra: La población estuvo conformada por todos los pacientes ostomizados, hospitalizados en la Clínica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, durante los meses de octubre a noviembre de 2012. Resultados: En cuanto a los datos generales; del 100% (50), 38% (19) tienen edades entre 51 a 58 años, 30% (15) 43 a 50 años , 18% (09) 35 a 42 años y 14% (07) 59 a 66 años; respecto al sexo el 68% (34) son varones y 32% (16) mujeres; sobre el estado civil el 42% (21) son convivientes, 26% (13) casados, 20% (10) divorciados y 12% (06) solteros; según el grado de instrucción el 34% (17) tienen instrucción secundaria, 30% (15) primaria, 26% (13) superior y 10% (05) técnico; en relación a la ocupación el 38% (19) son comerciantes,

... 24% (12) profesionales, 16% (08) amas de casa, 14% (07) obreros, 08% (04) jubilados; y respecto a si hay tenido antecedentes de cirugía anterior el 62% (31) si tuvieron y el 38% (19) no la tuvieron. (10)

- AGAPITO ESQUERRE, Reaño (2013) - Perú. En su Estudio Titulado “INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO A DOMICILIO EN ADAPTACIÓN DE PERSONAS OSTOMIZADAS DEL HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO CHICLAYO, 2012-2013” , cuyo Objetivo fue determinar la influencia del programa educativo a domicilio en la adaptación de la persona ostomizada. El Método que se utilizó fue de tipo cuantitativo, cuasi-experimental de secuencia temporal longitudinal con diseño de un solo grupo con pre y pos test. La muestra para la investigación fue no probabilística, conformada por 20 personas ostomizadas. Los resultados fueron que existe influencia del programa educativo en la personas ostomizadas, ya que al aplicar la prueba estadística T de Student, dió como resultado $p - \text{valor} = 0.0000 < 0.05$. Concluyendo que la adaptación de la persona a la ostomia se dio principalmente por las competencias alcanzadas las cuales fueron adquiridas gracias al programa educativo a domicilio. Al analizar el nivel de adaptación en el pre y post test se observa que la mayoría de los participantes se manenían en el nivel compensatorio ya que de un 65% aumenta a un 80%, sin embargo se logro que 20% de los participantes pasaran al nivel integrado; es decir que las 8 sesiones educativas individualizadas y la participación activa de las personas ostomizadas fueron favorables para mejorar el nivel de adaptación de la persona a su nuevo estilo de vida. Al comparar el Modo Fisiológico y Psicosocial en el pre y post test, observaron que en el modo fisiológico las personas que participaron en el programa educativo, lograron pasar de un nivel comprometido a un compensatorio e integrado, sin embargo se evidencia un mínimo cambio en el modo psicosocial, esto se debido a que con la educación la persona adquiere conocimiento y habilidades

para poder enfrentar los posibles cambios dados por la ostomía, sin embargo a nivel emocional no se logró un mayor porcentaje debido a la ausencia de un especialista. En los resultados demográficos se obtuvo que la mayoría de los participantes fueron de sexo femenino, y de ellos adultos mayores; el 30% cuentan con nivel educativo secundario y superior universitario completo, 60% son casados y el porcentaje de ingreso mensual no es mayor de 1500 soles. Asimismo, la enterostomía que mayor porcentaje tuvo en este estudio fue la colostomía con un 95% del total de los participantes. (11)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Definición de Estoma y ostomía.-

La palabra estoma es de origen griego y significa “boca” o “apertura”. Un estoma es una abertura formada quirúrgicamente para el desvío de las heces o la orina del cuerpo. Hay varios tipos de estoma, quirúrgicamente formados a partir de secciones del intestino, tal como ileostomía, colostomía y yeyunostomía, o a partir de los uréteres, tal como urostomía. Todos ellos nombrados a partir del órgano del que se originan. (12)

El estoma es la abertura al exterior que se crea en la ostomía. El color normal del estoma sano es rojo, tirando a rosado, y puede ser comparado al color del revestimiento interior de la boca. Las palabras ostomía y estoma se usan en general como equivalentes.(12)

2.2.2 Tipos de ostomías

Dependiendo de los órganos implicados, se pueden dividir en:

A. Ostomías digestivas: se clasifican en

Estomas de alimentación: Una ostomía de alimentación es un procedimiento quirúrgico, radiológico o endoscópico mediante el

cual se coloca una sonda, normalmente en estómago o yeyuno, que se exterioriza a través del abdomen, para utilizarla como vía de alimentación en los pacientes en que así esté indicado . Algunas de ellas son: Faringostomía, esofagostomía, gastrostomía o yeyunostomía.(13)

La más empleada es la yeyunostomía, no solo como técnica complementaria de la cirugía gástrica, sino como vía enteral de cualquier tipo de cirugía abdominal.

Estomas de eliminación: la ostomía de derivación intestinal o enterostomía, es la exteriorización del intestino a través de la pared abdominal a la piel, con objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal. Las ostomías intestinales se clasifican de acuerdo con:

1. La localización anatómica: se clasifican según su localización en el abdomen y el tipo de fluido, dependiendo de la porción del tracto intestinal afectada, en la figura 1 se muestra la localización del estoma en función de la parte abocada al exterior, reciben el nombre de:

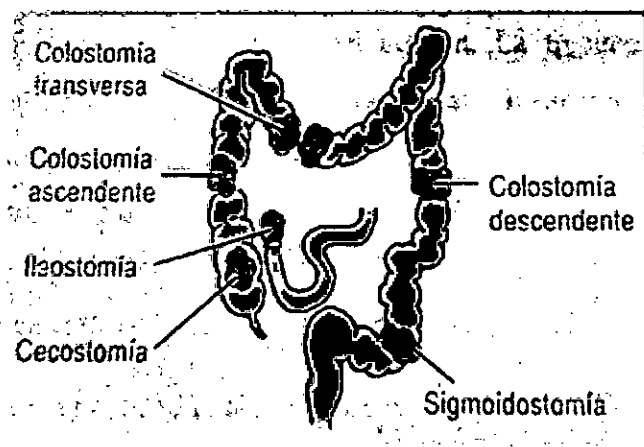
Colostomía: El estoma se efectúa a nivel del colon. Según el segmento del colon resecado puede ser: ascendente (el estoma se localiza en el cuadrante superior derecho), transversa (el estoma se localiza en la zona superior derecha del abdomen), descendente (el estoma se localiza en el cuadrante superior izquierdo del abdomen) o sigmoidea (el estoma se localiza en el cuadrante superior izquierdo del abdomen). (13)

Ileostomía: es una abertura en la pared abdominal que se hace mediante una cirugía. El extremo terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es reubicado a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. (15)

2. El tiempo de permanencia

Ostomías permanentes: son aquellas en las que no se puede restablecer la continuidad intestinal, bien por amputación completa del recto o por cierre permanente del mismo.

Ostomías temporales: Son aquellas en las que se puede restablecer la continuidad hasta el ano. Las actuales mejoras de las técnicas quirúrgicas permiten la unión anal en todas aquellas enfermedades en las que se puede conservar sin afectación los últimos centímetros del recto.



Fuente: Society American Cáncer

Figura 1: Localización anatómica del estoma en función de la parte intestinal abocada al Exterior

Características de la excreción de las ostomías de eliminación.

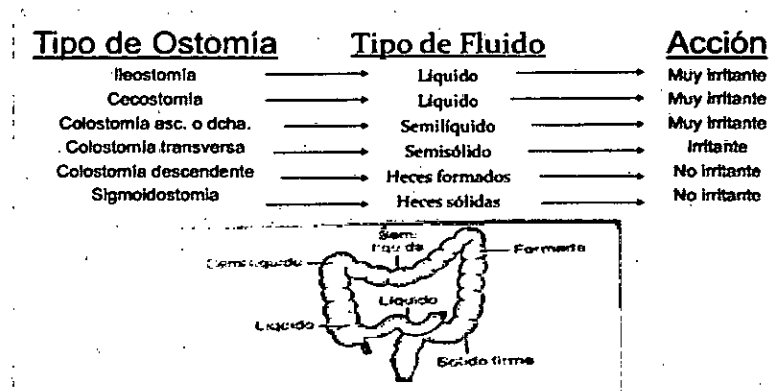
Colostomía terminal: Las características de la excreción vienen dadas por la localización del estoma. En la figura 2 se muestra un cuadro en el que se describe el tipo de heces y su acción dependiendo del tipo de ostomía efectuada las heces se van configurando a medida que avanzan por el tracto intestinal hasta alcanzar su morfología, color y olor típicos, ya que las funciones intestinales (secreción de enzimas, absorción de sodio y agua, fermentación bacterial, etc.) varían a lo largo de este trayecto. (21)

Cuanto más distal sea la localización del estoma, más se parecerán las deposiciones a las normales. Por el contrario, cuanto más proximal sea, menos formadas serán las deposiciones, presentando poca similitud en cuanto a características y frecuencia con las normales. En la colostomía terminal permanente generalmente se trata de heces normales o casi normales de consistencia sólida, con olor fecal normal. La frecuencia de las deposiciones es de 1 o 2 veces al día. Hasta llegar a alcanzar esta consistencia y frecuencia, se sigue un largo proceso de adaptación del organismo a este nuevo estado. El contenido en enzimas de las heces en la colostomía sigmoidea es bajo, ya que la secreción de enzimas en este tramo intestinal es muy poco importante. (21)

Colostomía temporal: la descarga de un estoma situado en el colon transversal va de semilíquida a semisólida. Su acción es frecuente, casi continua y copiosa. Esta descarga de heces es corrosiva para la piel debido a la presencia de enzimas proteolíticos. Su olor es fuerte debido a la intensa actividad bacteriana a este nivel.

El paciente con este tipo de ostomía debe evitar que la dieta favorezca la producción de gases en exceso, mal olor o diarreas.

Ileostomía terminal e ileostomía temporal: En el periodo que sigue a la intervención, la descarga será líquida y copiosa. La pérdida puede alcanzar los 1000-1500 ml diarios. Hay que controlar cuidadosamente la entrada y salida de fluidos, que debe mantenerse equilibrada para remediar cualquier déficit de líquidos o alteración del equilibrio electrolítico. Posteriormente, cuando la ileostomía es estable y está bien regulada, disminuye el volumen (500-800 ml de líquido) y la consistencia se hace pastosa, con un color más pálido que las heces formadas en el intestino grueso. Es relativamente inodora. Los líquidos que fluyen por la ileostomía contienen enzimas proteolíticas que lesionan la piel circundante si se producen fugas.(21)



Fuente: Society American Cáncer

Figura 2: Tipo de fluido y acción de la excreción dependiendo del tipo de ostomía .

B. Ostomías urológicas: Este término se aplica a todos aquellos procedimientos quirúrgicos o instrumentales que conllevan a la exclusión del reservorio vesical desviando el curso de la orina a piel o a la luz intestinal.

2.2.3 Ileostomía

El íleon, incluso formando parte del intestino delgado, suele ser con frecuencia una estructura sobre la que se realizan ostomías de eliminación. El íleon, siendo parecido en forma y función al yeyuno, está alojado en la región hipogástrica y pélvica, asciende sobre el psoas mayor derecho y los vasos linfáticos derechos para terminar en la fosa iliaca derecha en el lado medial de la unión entre el ciego y el colon. Tiene un diámetro de 3,5cm, su pared es más fina que la del yeyuno y tiene pocos pliegues circulares, que desaparecen en su porción distal. Los nódulos linfáticos son más abundantes y grandes que en el yeyuno. La inserción mesentérica del yeyuno y el íleon permite una movilidad libre a cada asa, adaptándose a los cambios funcionales.(22)

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la ileostomía es la apertura del íleon distal hacia la pared abdominal. El contenido ileal es muy irritante para la piel y el flujo diario a través de una ileostomía es de 500 a 800ml, con un pH levemente inferior a 7 y un contenido en sodio alrededor de 115mEq.

A. Función de la ileostomía

La principal función del intestino delgado es absorber los nutrientes y el agua de lo que se ingiere. Se liberan enzimas (químicos que produce el organismo para desintegrar el alimento) en el intestino delgado para dividir el alimento en partículas pequeñas, a fin de que el cuerpo pueda obtener las proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales. La materia fecal que sale por la ileostomía también contiene estas enzimas y éstas pueden irritar la piel. Por esta razón, la piel que circunda el estoma siempre debe estar protegida. (15)

La cirugía de la ileostomía se hace debido a muchas enfermedades y afecciones diferentes. Usualmente se hace cuando el intestino tiene una enfermedad o daño que no se puede tratar con otros métodos. La razón más común para hacer esta cirugía es por enfermedad inflamatoria intestinal, que incluye la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa. Las ileostomías también son necesarias debido a defectos congénitos, poliposis familiar, lesiones o cáncer.

Dependiendo de la razón por la que se requieran, las ileostomías pueden ser temporales (de corto plazo) o permanentes (de largo plazo). (15)

- **Ileostomía temporales**

Ciertos problemas intestinales se pueden tratar al poner en reposo esa parte o mediante cirugía para extirpar la parte afectada. Se requiere que el intestino esté vacío para que pueda sanar. Para evitar que la materia fecal llegue al intestino, se crea una ileostomía de corta duración (temporal). Puede que la sanación tome varias semanas, meses o incluso años. Con el tiempo, la ileostomía se revierte quirúrgicamente (extraída) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes. La ileostomía también puede ser temporal cuando es la primera etapa de la construcción de un reservorio ileoanal. (1)

- **Ileostomías permanentes**

Cuando parte del intestino enferma, se tiene que hacer una ileostomía permanente. La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, no se espera cerrar (extraer) la ileostomía en el futuro. (15).

B. Indicaciones de la Ileostomía

Las ostomías digestivas bajas son exteriorizaciones del tubo digestivo a través de la pared abdominal. Las principales son la colostomía e ileostomía, dependiendo de si se trata del colon o del íleon, respectivamente, lo que se exterioriza. Este orificio no es natural, por tanto, puede que esté sometido a múltiples complicaciones que pueden ser minimizadas si se realiza una buena técnica quirúrgica en el lugar apropiado y con la indicación adecuada.

Una de las causas por las que se realiza una ileostomía es la enfermedad inflamatoria del intestino que se diagnostica principalmente a personas jóvenes entre 25-40 años. (22)

Las indicaciones de realizar una u otra son múltiples y se pueden hacer distintas clasificaciones en función de si estas ostomías van a ser definitivas o temporales, terminales o en asa, etc.

Se va a realizar a continuación un repaso de cuáles pueden ser las indicaciones para la realización de un procedimiento quirúrgico, que de entrada es mal tolerado por los pacientes y muchas veces por aquellas personas que los rodean.

En primer lugar, se hará referencia a aquellas patologías que requieran una ostomía definitiva como única posibilidad de tratamiento, con intención curativa para el paciente.

La necesidad de realizar ileostomías definitivas afortunadamente es menos frecuente. Se pueden efectuar fundamentalmente en dos cuadros clínicos:

- **Colitis ulcerosa:** es una enfermedad inflamatoria intestinal que afecta al colon, a parte o a su totalidad. Normalmente el tratamiento es médico, pero cuando surgen complicaciones (hemorragia, perforación o degeneración maligna) el tratamiento es quirúrgico y consiste en la extirpación de todo el colon y el recto, realizando una reconstrucción del tránsito con

una neobolsa creada con el ileon para sustituir la función del recto. Sin embargo, a veces el paciente no quiere tener más complicaciones de las que ya ha tenido ni tampoco que se le haga el reservorio. En estas ocasiones hay que hacer una exéresis de todo el colon, recto y ano y esto obliga a efectuar una ileostomía definitiva en la fosa iliaca derecha. (23)

- Poliposis adenomatosa familiar: Se trata de una enfermedad que se trasmite por herencia autosómica dominante y que se caracteriza por presentar más de cien pólipos en el colon, aunque también pueden desarrollarse pólipos en otras localizaciones del tubo digestivo. A los 40 años, si no son intervenidas quirúrgicamente, casi el 100% van a desarrollar un adenocarcinoma de colon.

Por ello, todos estos pacientes suelen ser intervenidos antes de que se desarrolle el tumor. El tratamiento quirúrgico es similar al de la colitis ulcerosa y cuando el paciente no quiere que se le haga un reservorio pélvico o no se pueda efectuar por cuestiones técnicas, se deberá proceder a una ileostomía definitiva.(23)

Las ileostomías temporales sin embargo, se realizan cada vez con más frecuencia y su principal función es la protección de suturas hechas a distancia, con el objetivo de evitar el paso de contenido intestinal por ellas y en caso de dehiscencia de sutura el tratamiento sea más sencillo.

Estas suturas con riesgo de dehiscencia son fundamentalmente las que se llevan a cabo en el tratamiento del cáncer de recto medio o bajo cuando tras una resección del recto y su mesorrecto las suturas quedan a menos de 5cm del margen anal. Otro tipo de suturas que pueden obligar a hacer una ileostomía

temporal son las que se efectúan en la colitis ulcerosa, cuando se reconstruye el tránsito intestinal con un reservorio pélvico. (22)

Por último, estas ileostomías temporales se pueden realizar para proteger suturas de colon que se han hecho en urgencias con un colon no preparado o con dudas de su viabilidad. Lo fundamental a la hora de realizar una buena ostomía es efectuar una técnica quirúrgica meticulosa. Lo primero, es la correcta elección del lugar para su realización.

C. Técnicas quirúrgicas - Ileostomías

Es crucial la valoración preoperatoria pues, los estomas deben colocarse en el músculo recto abdominal, donde el paciente pueda manejar con facilidad el dispositivo y la piel periestomal debe ser tan plana como sea posible para evitar escapes. El tamaño del orificio tiene que ser tan pequeño como el asa que se va a extraer. A través de dicho orificio se saca el tubo digestivo, abriéndose posteriormente al cierre de la laparotomía para minimizar el riesgo de infección de la herida quirúrgica.

Debido al contenido ileal, la ileostomía hay que construirla con eversión de toda la pared intestinal. Este líquido daña la piel por lo que la ostomía debe ser siempre protuida, 2-3cm sobre el plano de la piel, para que el colector pueda adaptarse al diámetro exacto del íleon. La elección del sitio donde efectuarla es de vital importancia. En general, se realiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen por debajo del ombligo a través del músculo recto abdominal, alejado de prominencias óseas, de pliegues de la piel y cicatrices.

- La ileostomía terminal o de tipo Brooke.- se efectúa con una porción de íleon distal de 6-8cm de largo, con buena irrigación y se extrae a través de una apertura en la pared abdominal. La técnica de construcción es similar a la de la colostomía, salvo que se exterioriza mayor cantidad de intestino para poder evertirlo de tal manera que el contenido ileal caiga directamente a la bolsa de la ileostomía evitando que toque la piel. Tradicionalmente, el tratamiento de elección para los pacientes con colitis ulcerosa era la resección completa del colon, recto y ano, con la formación de una ileostomía. Sin embargo, a través de los años se han desarrollado alternativas. Estas incluyen resección total del colon y el recto con una anastomosis ileoanal directa, resección total del colon con la preservación del recto y una anastomosis ileorectal, y la ileostomía continente o bolsa de Kock.

En 1978, el Doctor Alan Parks desarrolló el procedimiento de la bolsa ileoanal que se conoce ampliamente como la bolsa de Park, bols pélvica o reservorio ileoanal.

Dado que estas técnicas no requieren el cuidado del estoma ni la utilización de dispositivos, sólo se ha realizado una breve mención de ellos. (22)

- La ileostomía en asa.- consiste en la extracción de un asa de intestino delgado a través de una apertura en la pared abdominal que puede realizarse con varilla o sin ella. Esta varilla se deja siete días hasta que la serosa de intestino delgado se adhiera al tejido celular subcutáneo y a la aponeurosis. Para que la ileostomía quede protuida, se efectúa un corte en el borde antimesentérico de la porción distal del intestino delgado y se everta sobre la porción proximal quedando protuida de 2 a 3cm. Posteriormente se suturan los bordes del intestino a la piel de la ostomía. (22)

D. Complicaciones en las ileostomías.

La realización de un ileostomía conlleva una serie de cambios físicos y psíquicos en el paciente, que van a influir en su percepción sobre su calidad de vida. Además se asocia con una elevada tasa de complicaciones, que también impactan en la calidad de vida del paciente y suponen un mayor costo económico para el sistema sanitario.

Por tanto, dadas las consecuencias metabólicas, mecánicas y psicosociales que este acto quirúrgico conlleva, el personal de salud debe ser consciente de la importancia de dedicarle la máxima atención.

Complicaciones médico-quirúrgicas: se clasifican según el momento de aparición en precoces y tardías. Se consideran precoces, cuando ocurren en el postoperatorio inmediato (menos de un mes) y tardías, cuando aparecen después de este periodo de tiempo.

Las complicaciones precoces representan el 39-82% de las complicaciones de los estomas²⁰. Suponen un aumento de la estancia hospitalaria y de los cuidados ambulatorios, lo que incrementa los costes tanto económicos como psicológicos.

Pueden ser graves, con necesidad de reintervenciones (7%) y mortalidad (0.6- 8%). Las complicaciones precoces pueden aparecer de forma aislada, pero se pueden asociar 2 o más en el mismo paciente:

- Infección/absceso: Su tratamiento incluye antibioterapia y curas locales. Si existe absceso es necesario drenarlo, realizando la incisión en la unión mucocutánea o en la piel por fuera de la zona de aplicación de la bolsa, de modo que el drenaje quede dentro de la bolsa o en la piel por fuera. (24)

- Dehiscencia de la unión mucocutánea: Puede ser limitada a un sector o total, y es un factor predisponente de estenosis. Se ha observado mayor incidencia con sutura multifilamento trenzada y menor con monofilamento. Son esenciales los cuidados de enfermería para mantener limpio el espacio subcutáneo entre el estoma y la piel, rellenándolo con productos absorbentes, pasta o polvo según la profundidad, hasta que la nueva unión mucocutánea se forme por segunda intención.(22)
- Hemorragia: es más frecuente en las primeras horas del postoperatorio. Es debida a la pérdida de sangre a través de vasos subcutáneos a nivel de sutura o por úlceras en la mucosa provocadas por las maniobras quirúrgicas. Se manifiesta por la presencia de sangre roja en la bolsa colectora. El tratamiento depende del origen e intensidad. Si es enterocutánea puede resolverse aplicando compresas con suero frío o adrenalina. Si hay un vaso sangrante se hace hemostasia local con sutura reabsorbible.
- Necrosis: Aparece cuando se produce una obstrucción del flujo sanguíneo al intestino con el que se realiza el estoma. Aparece dentro de las 24h del postoperatorio. Es prioritario confirmar la extensión de la isquemia.(22)
- Hundimiento: se produce cuando hay un deslizamiento del intestino hacia el interior de la cavidad abdominal, debiéndose a una tensión excesiva de la unión mucocutánea, provocada por una movilización intestinal inadecuada. El hundimiento o retracción ocurre cuando el extremo del estoma se sitúa por debajo de 0.5cm de la superficie de la piel durante las 6 primeras semanas. La retracción sin dehiscencia mucocutánea completa, con umbilicación del estoma es lo más frecuente. El tratamiento se realizará con medidas conservadoras cuando son superficiales. La intervención será urgente en los casos en que el hundimiento llegue al peritoneo.

- Alteraciones hidroelectrolíticas: hasta el 20% de pacientes portadores de ileostomía padecen diarrea y deshidratación, con pérdidas de sodio, lo que provoca un hiperaldosteronismo que es responsable de la compensación. Por ello, la mayoría de las veces es un problema subclínico y mejora gradualmente.
- Obstrucción intestinal: es más frecuente en pacientes con ileostomía. Es útil el tacto a través del estoma, dado que en algunos casos permite la inserción cuidadosa de una sonda tipo Foley a través de la ileostomía para descomprimir el asa obstruida o hacer una irrigación con suero fisiológico. El tratamiento inicial es conservador, si no se resuelve o si aparecen signos de irritación peritoneal, debe procederse a la re operación.(22)
- Edema: puede surgir en las primeras horas después de la intervención y también a largo plazo. Es debido a una disminución del orificio del estoma o a una tracción excesiva. El estoma presenta unas dimensiones mayores y un aspecto pálido.

Las complicaciones tardías se describen principalmente en estomas definitivos. Sin embargo, algunas pueden manifestarse tempranamente o presentarse en estomas temporales.

- Estenosis: se produce por estrechamiento en el orificio del estoma. Debiéndose a complicaciones anteriores como: necrosis, infección, retracción, técnica quirúrgica defectuosa o recidivas de la enfermedad causal. La presencia de estenosis en una ileostomía puede ocasionar aumento de flujo y signos de oclusión intestinal. Para su tratamiento se pueden emplear medidas dietéticas, teniendo cuidado con la fibra que debe triturarse. Si no se resuelve se debe rehacer el estoma mediante laparotomía o laparoscopia.
- Prolapso: es la excesiva protusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen. Puede ser debida a factores que aumentan la

presión intraabdominal. Cualquier estoma puede prolapsar pero es poco frecuente en las ileostomías. El tratamiento quirúrgico se establece cuando las molestias alteran la calidad de vida del paciente o en los raros casos de complicaciones, como estrangulación o incarceration del estoma.

- **Hernia paraestomal:** es más frecuente en estomas terminales. Es debida al fallo o defecto de la pared abdominal por el que protuyen las asas intestinales recubiertas por peritoneo. Puede ser debida a la localización del estoma. La mayoría se desarrolla durante los primeros años tras la cirugía. Pueden producir molestias locales, sensación de masa, dolor, dificultad de adherencia del dispositivo colector. Menos frecuentes son la obstrucción, la estrangulación o la perforación intestinal.(25)
- **Malposición:** su tratamiento supone un reto, dado que el estoma estará situado en pliegues. Se usarán dispositivos de tipo convexo, pastas de relleno o cinturones para mejorar la adherencia y evitar fugas. En muchos casos será necesario cambiar su localización, marcado previamente en el preoperatorio.
- **Dermatitis periestomal:** La dermatitis es un problema bastante frecuente que consiste en molestias y enrojecimiento de la piel que rodea al estoma. Todos los dispositivos van pegados a la piel, por lo que es necesario mantenerla en las mejores condiciones posibles para una buena adherencia. En el caso de que haya aparecido una irritación cutánea, lo más importante es eliminarla cuanto antes. Para solucionar los problemas de irritación, tendremos que cambiar de dispositivo o utilizar accesorios como placas adhesivas de hidrocoloides, cremas, pastas y los polvos en ulceraciones húmedas. Se pueden clasificar en:

Dermatitis Irritativa: Si la causa es el contacto de la piel con las heces, por un problema de mal ajuste del disco adhesivo

provocando fugas o filtraciones por mala ubicación, pliegues o hundimiento del estoma o estoma plano.

Dermatitis Mecánicas: La irritación de tipo mecánico, se puede dar por cambiar el adhesivo con demasiada frecuencia, por maniobras agresivas al retirar el disco o limpiar la zona.

Dermatitis Alérgica: La dermatitis ocupa toda el área del disco adhesivo; cuando se sospecha que es de tipo alérgico, se cambiara de marca de dispositivo, y asegurarse que el nuevo dispositivo no contenga el componente que causa el problema, tratar la piel si es origen Micótica o Microbiana: En caso de dermatitis por hongos o bacterias habrá derviar al dermatólogo para un tratamiento adecuado. (16)

2.2.4 Bases teóricas

El profesional de enfermería debe tener una visión clara de los principios científicos y filosóficos que orientan su práctica profesional, para actuar en concordancia con ellos, en el presente informe laboral se mencionan a dos reconocidas teóricas.

A. Teoría de Dorothea Orem.- La teoría de Dorothea Orem que se basa en ayudar al paciente ostomizado a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. Esta teoría es una herramienta fundamental en el ejercicio profesional, guía el trabajo práctico de forma sistematizada, centrándose en las necesidades de salud del paciente ostomizado con un enfoque holístico, para proporcionar cuidados individualizados durante su hospitalización y al alta.

Según Dorotea Orem la enfermera instruye y orienta a cada persona para que lleve a cabo el auto cuidado necesario. El paciente ostomizado es capaz de aprender y tomar las decisiones necesarias en lo referente al auto cuidado, ya que no tiene limitaciones e incapacidades. (17)

Con este informe de experiencia laboral profesional se quiere demostrar la vigencia de la teoría de Dorothea E Orem en nuestro quehacer diario, la teoría del autocuidado en el paciente ostomizado se adapta a nuestra realidad y en todos los campos de la práctica de Enfermería pues como dijo D. Orem: “La enfermera ayuda al individuo a llevar a cabo y a mantenerse por sí mismo de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

- B. Teoría de Callista Roy.- Quién trabajó profundamente sobre los procesos adaptativos fue Callista Roy, en su modelo “los posicionamientos adaptativos de sujetos para enfrentar los estados de salud”. Quien define en su modelo el concepto de adaptación como “el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamiento y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental”.(17)

Puesto que Callista Roy nos dice que la persona es un sistema abierto y adaptativo que reacciona ante estímulos externos; es decir, que la persona para alcanzar su adaptación máxima requiere tener un conocimiento apropiado de su realidad dentro de su propio contexto; capacidad desarrollada gracias a un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje; razón por la cual, la educación constituye el mecanismo regulador y cognitivo para el afrontamiento efectivo y el logro de la adaptación. Esto quiere decir

que las personas ostomizadas requieren un cuidado individual, especializado e integral basado en la educación como sistema regulador que les ayude a enfrentar este proceso, sobretodo en la etapa postoperatoria dentro y fuera del hospital, porque es ahí cuando el paciente enfrenta su nueva realidad, sufriendo muchas veces las consecuencias de la desinformación acerca de estos cuidados. Es aquí donde la enfermera ejerce el rol de educador que posee como parte del equipo multidisciplinario, buscando que el paciente ostomizado se adapte a su nueva condición de vida mediante una comprensión cabal de la realidad y un afrontamiento efectivo de la misma.

2.3 Definición de términos

Dermatitis periestomal: Dermatitis es un término médico que describe una inflamación o hinchazón de la piel, que suele caracterizarse por una fuerte comezón, irritación y diferentes lesiones en la piel periestomal como pústulas o ampollas, producto del contacto con material fecal, la dermatitis papilomatosa crónica, mecánica, y alérgica por contacto. (18)

Piel periostomal: Pertenece a la zona de piel que rodea un estoma u orificio creado quirúrgicamente en la pared abdominal. (1)

Cuidados de enfermería: cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mismo luego que éste haya sido sometido a una práctica quirúrgica. (19)

Paciente ostomizado: es aquella que se ha sometido a una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboque al exterior por un punto diferente al orificio natural, conllevándole a alteraciones biológicas, psicológicas y sociales. (13)

Ileostomía: La palabra "ileostomía" proviene de las palabras "íleon" y "estoma". El íleon es la parte más baja del intestino delgado. "Estoma" quiere decir abertura. Para realizar una ileostomía, el cirujano realiza una abertura en la pared de su vientre y lleva el extremo del íleon a través de la apertura. Posteriormente, el íleon se sujeta a la piel. (1)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Para la realización del presente Informe de Experiencia Laboral Profesional se llevó a cabo lo siguiente:

- Autorización a la coordinadora del Servicio: se solicitó con anticipación la autorización respectiva a la coordinadora del servicio, con la finalidad de tener acceso a los libros de ingreso, sistema de gestión hospitalaria e historias clínicas.
- Autorización al Jefe de Estadística e informática.- para que nos brinde datos estadísticos desde el año 2014 y 2016 de pacientes ileostomizados.
- Revisión de registro de ingresos a SOP
- Permiso consentido al paciente ileostomizado
- Revisión del Libro de ingreso de pacientes hospitalizados al Servicio de Cirugía General
- Kardex de tratamiento
- Ingreso al Sistema de Gestión Hospitalaria - Intranet
- Revisión Historias clínicas de pacientes ileostomizados

Datos que posteriormente han sido procesados en Excel los cuales se detallan en los graficos

3.2 Experiencia profesional:

Mi experiencia laboral se inició el año 2004 con el SERUMS laboré en el Departamento de Amazonas, en una posta de Salud que estaba a 12 horas de Camino de la ciudad de Chachapoyas, un lugar con difícil acceso por las constantes lluvias torrenciales ahí me desempeñaba como única Enfermera

realizando las labores asistencial y preventivo promocional; trabajamos bajo metas institucionales salíamos hacer trabajo de campo para captar a pacientes que no acudían a la Posta de Salud ya sea por difícil acceso de camino o por ignorancia.

En la localidad se presentó el brote de Bartonelosis aguda con más de 400 casos, en ese entonces se hizo una intensa campaña para captar pacientes y evitar que se compliquen lamentablemente fallecieron 10 pacientes que fueron evacuados unos llegaban con vida y otros fallecían en el camino ya que no había movilidad terrestre, como personal de salud adquirí la enfermedad de Bartonelosis complicada teniendo que ser evacuada a la ciudad de Lima para un tratamiento y estudio en al área de Enfermedades Tropicales del Hospital Cayetano. A los 2 meses después de mi retorno vino el brote de tos ferina que puso en alerta sanitaria al MINSA también se captaron 120 casos fallecieron 3 pacientes y también se trabajó mucho a pesar del poco interés del gobierno regional, como personal de salud eso no era limitación para seguir realizando trabajo de campo. Después de 2 años de intenso trabajo comunitario decido retornar a Lima.

Mi experiencia hospitalaria se inició el año 2006 en una Clinica Privada en Lima en el Servicio de Emergencia y Hospitalización laboré por 2 años mi labor fue netamente asistencial y docente, luego postule a una plaza de enfermera en la Red Asistencial Piura el año 2008, inicio mi labor en el servicio de Cirugía Especialidades del Hospital José Cayetano Heredia los primeros tres meses me dedique a la parte administrativa gracias a esto pude reforzar y tener una visión más amplia de como es un servicio de cuidados quirúrgicos, además de planificar, organizar y brindar cuidados de enfermería a los pacientes en pre y post operatorio, fomentando una cultura de salud en la promoción y la prevención de la enfermedad como formas importantes de atención de salud.

Estructura del Servicio de Cirugía General

El servicio de Cirugía General se encuentra situado en el 3er piso a la derecha del Hospital III "José Cayetano Heredia", consta de: Un pasillo con 13 habitaciones que albergan 45 camas hospitalarias, numeradas correlativamente desde la cama 1 al 45, las dos habitaciones frente a la estación de Enfermería son para cuidados intermedios, las habitaciones están distribuidas en torno al control de enfermería ubicado en el tercio medio del pasillo y organizadas de la siguiente forma: Cirugía General ocupa 34 camas y Ginecología 11 camas. Aunque esta distribución se haya realizado en función de la necesidad de camas por especialidad, en la práctica es difícil mantener tal organización dentro de la Unidad debido a las urgencias, enfermos de otras especialidades y por la propia dinámica del servicio, tratándose en la medida de lo posible de ajustar la ubicación de los nuevos ingresos a sus servicios ya que ello facilita el trabajo, al final del pasillo encontramos dos ambientes para pacientes aislados, que en ocasiones por necesidad de cama se utiliza para pacientes con patologías comunes.

El Ambiente de tóxico: ubicado a la mitad del pasillo donde los pacientes reciben preparación pre-quirúrgico y donde se realizan procedimientos médicos.

La Estación de Enfermería: Situado frente a la habitación del 8 al 11, a la derecha del pasillo, donde se encuentran las historias clínicas de los pacientes ingresados, y dispone de teléfono, un ordenador (para visualización de imágenes, analíticas, control de los tratamientos médicos a farmacia) e impresora. Pizarra para anotaciones (pacientes para quirófano, para pruebas diagnósticas. Es acá Donde el personal asistencial puede realizar sus notas de evolución médica y notas de enfermería respectivamente, está ubicado en un lugar donde facilita la visualización de la sala de cuidados intermedios por parte de médicos y enfermeros. También en el Estación se proporcionan las

recetas y ordenes de laboratorio y se brinda información por parte de la enfermera a los familiares de acuerdo a nuestra competencia profesional.

El Tópico del personal técnico: El lugar lo utilizamos también como pequeño almacén con: termómetros, material quirúrgico como lavatorios, cubetas, riñoneras estériles, estantería con algo de ropa estéril, campos mascarillas de oxígeno, nebulización, etc.

El Tópico de Enfermería: ubicada detrás de la estación de Enfermería. En ella se encuentra los casilleros enumerados de los pacientes según número de cama, contamos con dos coches de administración de medicamento además del material más utilizado a diario (glucómetro, tubos de analíticas, jeringas, agujas, sistemas, tensiómetros etc.), coche de paro con balón de oxígeno portátil, el Cuarto de ropa sucia: Situado al final del pasillo a la derecha. En él está la ropa de cama sucia. El Ambiente lavachata: Situado al frente de tópico. En él se limpia el material sucio y se guardan chatas, papagayos.

El Ambiente del ecógrafo: ubicada al costado de tópico en él se dispone además de un estante donde están los formatos de historia clínica, también se utiliza como pequeño “almacén” provisional del material solicitado semanalmente.

Oficina del Médico Jefe de Cirugía: ubicado a la entrada derecha del servicio. La secretaria desempeña su labor, encontramos un ordenador con impresora, no contamos con sala de estar de enfermería.

Patologías más frecuentes en el servicio:

Las patologías más frecuentes que son tratadas se mencionan a continuación: Abdomen agudo, Apendicitis aguda y complicada, Plastrón apendicular, Peritonitis, Sepsis foco abdominal, dérmico, Íleo paralítico, metabólico, Colecistitis, coledocolitiasis, piocolecisto NM vías biliares y páncreas,

Tumores hepáticos, intestinales, Tumores abdominales, Trauma abdominal y toraxica por PAF y arma blanca, Seudoobstrucción intestinal, NM colon, Fistulas entero cutánea, estercorácea, biliocutánea, Mamas supernumerarias, Hernias umbilicales, inguinales, crurales, epigástricas, Eventraciones, Hemorroides, prolapso rectal, Varices, Perforación de vísceras huecas intraabdominal, Ruptura de vísceras macizas intraabdominal, Hernia diafragmática, Lipomas en cualquier región corporal, Úlceras en miembros inferiores, Infecciones de Heridas Quirúrgicas, Tumores de tejidos blandos, Enfermedad del flujo gastroesofágico, Lesiones benignas y malignas del colon, Lesiones benignas y malignas del recto, Vólvulo de sigmoides, Quiste hidatídico hígado, Ulcera péptica o duodenal perforada, Quispe pilonidal, Pancreatitis

Cirugías más frecuentes en el servicio:

Laparotomía Exploradora por obstrucción intestinal, Laparotomía Exploradora por traumatismo abdominal, Laparoscopia diagnostica, Liberación de bridas y adherencias, Apendicetomía, Eventroplastía, Retiro de cuerpo extraño, Esplenectomía total o parcial, Gastrostomía, Yeyunostomía, Colectomía (quistes de colédoco, traumas, tumores), Derivación biliodigestiva, Exploración de Vías Biliares, Colostomía, ileostomía, Restitución del tránsito intestinal, Cirugía del reflujo gastroesofágico, Reparación de Hernias, Resección y anastomosis intestinal, Reparación de perforación de vísceras huecas intraabdominales, Exéresis de quistes y tumores de partes blandas, Gastrectomía parcial o total, Incisión y drenaje de abscesos, Cecostomia, Derivaciones biliodigestivas, Cirugía de Páncreas, Cirugía de bazo, Hemorroidectomía, Safenectomía con o sin ligadura de colaterales, Colostomías, Promontofijación

Recursos humanos:

El Servicio de Cirugía General cuenta:

Un médico jefe de servicio, 17 facultativos quienes pasan visita médica, realizan cirugías, responden interconsultas, atienden consultorios externos y atención en emergencia, 6 residentes de Cirugía, 3 Internos de Medicina, 01 Coordinadora de Enfermería, 10 enfermeras asistenciales con turnos rotatorios. El horario habitual se trabaja de acuerdo a plantilla tarde, mañana y noche de 6 y 12 horas, El personal técnico de Enfermería está formado por 11 técnico, 2 Personal de limpieza (Silsa) en toda la unidad en el turno de mañanas, por las tardes y noches el personal no permanece fijo con lo cual, debido a la gran carga asistencial a la que están sometidas, depende de la buena voluntad de cada una el que el trabajo se realice con efectividad.

Recursos materiales biomédicos:

El servicio cuenta con 45 camas, ambientes con baño propio a excepción de las habitaciones con 6 camas. Éstas son seminuevas, con mecanismos para movilizar al enfermo, algunas con barandillas incorporadas, soportes para sueros (últimamente éstos están muy deteriorados). Cada cama cuenta con un velador, mosquitero, una banqueta, silla por enfermo y con placas acrílicas para la identificación y valoración de riesgo de caídas y escaras del paciente, Parantes con ruedas móviles, para los enfermos que pueden caminar y llevan fluidoterapia, 3 Silla de ruedas, 3 camillas para traslado de pacientes, 4 balones de oxígeno, 1 aspirador de secreciones, 3 tensiómetros manuales, 10 termómetros de mercurio, 1 glucómetro, 6 bombas de perfusión parenteral (Terumo y Hospira), Coche de paro equipado, 2 coches de curaciones equipados, 1 cama ginecológica.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe:

A inicios del 2009 inicié mi labor asistencial, administrativa, docencia e investigación en el servicio de cirugía general, donde he podido volcar a mi trabajo diario los conocimientos aprendidos en las aulas universitarias y en mis prácticas de Internado ya que estuve cuatro meses por el servicio de Cirugía General del Hospital Arzobispo Loayza.

Durante mi experiencia laboral en el servicio de cirugía integre los comités de capacitación donde presentamos el Plan Anual donde los fines de mes se desarrollaban temas relacionados con cuidados al paciente quirúrgico. También conforme el Bioseguridad del Departamento de Enfermería, en esa oportunidad elaboramos el Plan Operativo Anual , se realizó visitas a los diferentes servicios para ver el cumplimiento de las Normas de Bioseguridad, donde pude conocer más de cerca las necesidades, deficiencias y carencias en las que trabaja el profesional de enfermería también el poco compromiso de parte del personal en cuanto a las convocatorias para las capacitaciones.

Con respecto a Innovaciones Técnico-administrativas, se solicitó incluir al petitorio de insumos: Placas autoadhesivas con una elevada proporción de hidrocoloides, Pasta niveladora: se usa como pasta de relleno en pliegues cutáneos. Desodorante: polvos que eliminan el mal olor el cual se aplica dentro de las bolsas antes de su colocación, hasta el día de hoy no se hace efectivo, actualmente los pacientes compran dichos productos. También a través de nuestra experiencia se pudo comprobar una determinada marca de bolsa de colostomía que se mantenía por más tiempo mejor adherida a la piel su sugirió a la coordinadora que incluyeran al petitorio dicha marca el cual si se da hasta la actualidad.

Además el personal de enfermería del Servicio actualiza mensualmente el periódico, participación para la realización del Plan Operativo Anual 2016, plan de capacitación 2016, Realización y organización del 1er Curso Internacional de Cuidados Quirúrgicos contando con ponentes internacionales muy destacados, Actualización de las Guías de procedimiento, Participación activa en los desfiles institucionales, Reunión de confraternidad entre el personal del servicio.

Al momento del alta de un paciente portador de una ostomía en el Servicio de Cirugía General se entrega la presente Guía sobre cuidados de la ostomía.

- Permitirle de cualquier tipo (preferencia por desayuno de hecho, cualquier por retirar el dero cualquier veces a de manera breves, ofrezca por el tiempo a algún componente del dero a la bolsa, cualquier por tiempo.)

La Alimentación

Es aconsejable la consulta post-intervención con el servicio de Nutrición para que le preparen unas reglas básicas de alimentación.

En principio la persona ostomizada puede tomar cualquier tipo de alimento, tan sólo puede ser necesario limitar algo de tiempo para decidirlo lo que mejor le sirva a cada uno.

Evitar algunos temas generales que parecen con extrema frecuencia:

- Comer con regularidad
- Beber líquidos abundantes
- Mastegar bien los alimentos
- No abusar de los picantes

Cómo obtener los dispositivos

Los dispositivos para ostomías se disponen en los Paralelos mediante la receta correspondiente.

Sean considerados "Efectivos y necesarios" y se de mayoría estén cubiertos por la Seguridad Social.



SERVICIO CIRUGIA GENERAL HDJCH

GUÍA DE CUIDADOS PARA PACIENTES OSTOMIZADOS



CUIDADOS DE ESTOMA

Normas de higiene

Un buen cuidado de la piel de alrededor de la mejor garantía de bienestar, de seguridad y de bienestar. Pero mantener la piel en un estado fundamentalmente sano requiere: un cuidado que y evitar la contaminación de ésta, una rutina a respectiva momento desde la intervención. Una vez que la piel está bien limpia y seca, aplicar la bolsa.

Comidas

La dieta puede realizarse con bolsa o sin bolsa (en los dispositivos de 2 piezas se distingue con el disco y por bolsa para el filtrado de agua). Es conveniente probar ambos procedimientos y hacerlo de la manera que resulte más cómoda.

No utilizar alcohol en la piel de la zona de la ostomía.

No tocar la piel con alcohol.

No cubrirse con el protector del estoma, comer con higiene, no usar maquillaje.

Es fundamental apartar perfectamente el adhesivo al estoma no dejar nada de piel al aire.

Recordar: si dejó piel al descubierto, esto se irritará por el contacto con los heces.

Durante los primeros meses el estoma es más ruidoso de tamaño por el proceso de adaptación, por lo que conviene ir reduciendo paulatinamente el diámetro del adhesivo.

COLOCACIÓN Y RETIRADA DE LA BOLSA

Bolsa de 2 piezas

1. COLOCACIÓN

Las bolsas no deben tener el WC, Tener a la mano un recipiente para recoger el contenido de la bolsa.

Objetos de la bolsa

• Uso de pasta

Se unta sobre la piel para disminuir la fricción y la adherencia que puede haber entre la bolsa y la piel. Se aplica una pequeña cantidad de pasta para retirar los restos.

• Uso de pasta

Se aplica para retirar el pegamento, en zonas de fricción entre piel y estoma, y para fortalecer el adhesivo entre disco y piel, alrededor del estoma.

Uñas cortadas

Se deben mantener cortadas las uñas de las manos y los pies.

Si se va a duchar con la bolsa y lavar no se lo se a cambiar, aconsejamos ponerle una pequeña toalla para que se seque y evitar el contacto con la bolsa para que ésta no se moje y deje de funcionar.

Comprobación

Después de aplicar la bolsa para detectar posibles complicaciones que, aunque raras, pueden aparecer. Dirigirse al Hospital en caso de que:

- Se estoma presente un color anormal (rojo o azul) en caso de que el estoma tiene un aspecto anormal de color.

- Si entre el estoma y la piel hay un "hueco" (adhesivo de estoma no ha sellado los puntos de unión entre estoma y piel).

- Siempre observar (observar) el estado de la bolsa desde el momento de su uso, por una muestra en la zona del estoma en la zona del intestino y la pared).

- Inspección alrededor de la ostomía (observar) el estado del estoma y el estado del intestino con color, temperatura y presencia de heces.

- Presión en dicho nivel el adhesivo sobre el estoma.
 - A continuación se debe retirar el adhesivo del estoma del estoma para que quede lo más ajustado posible.
 - Retirar el papel protector que protege al adhesivo.
 - Regularmente cubrirlo cuidadosamente sobre la piel. Es mejor si se usa un protector de agua o un filtro.
 - Mantener la zona encima del adhesivo durante unos segundos lo que con el calor de la mano el adhesivo se pega mejor.
 - Los cambios de la bolsa de 2 piezas se realizan al menos 1 vez al día.
- 2. RETIRADA:**
- Para retirar el adhesivo de la piel hay que hacerlo lentamente, despegando de arriba hacia abajo y deslizando la piel por la zona.
- Bolsa de 3 piezas**
- 1. COLOCACIÓN**
- Mantener el adhesivo sobre la piel del estoma y retirar el disco adhesivo a una medida.
 - Seguidamente retirar el papel protector y pegar el adhesivo del disco a la piel.
- A continuación retirar el papel protector de la bolsa y pegar sobre la bolsa transparente del disco de agua hacia arriba.
- El disco se debe cambiar cada 3 días y la bolsa de nuevo 1 vez al día.
- 2. CAMBIO DE BOLSA:**
- Suprimir la última manija de fijación del disco, mientras se retira la bolsa de arriba hacia abajo.
 - Colocar una bolsa sobre el mismo disco.
- 3. RETIRADA**
- Para retirar el disco, hay que hacerlo lentamente de arriba hacia abajo, deslizando la piel por la zona.
 - • y limpiar los dispositivos.

Plan de Cuidados en pacientes con Lesión Periestomal:

Objetivo: Brindar cuidados adecuados con el fin de evitar complicaciones prevenibles, dar énfasis en el autocuidado, detectar tempranamente dificultades y facilitar la rehabilitación.

Los cuidados de las personas con estomas en general, se realizan mediante una serie de medidas simples y prácticas que deben adaptarse a las necesidades de cada persona, edad, capacidades físicas, psicológicas, intelectuales y del entorno social y económico. Además se enfatiza en detectar precozmente complicaciones. Cuando se presenta la complicación, lo ideal es reconocer la causa, de esta forma contribuimos a proteger a la persona del dolor, el sufrimiento y de costos adicionales. Una de las maneras más efectivas para planear el cuidado de una manera eficiente, comprensiva y cuidadosa es usar los diagnósticos de enfermería. (13)

Diagnóstico de Enfermería: Déficit del conocimiento en relación con el cuidado de la piel periestomal.

Intervención de Enfermería • Planear e impartir la enseñanza del cuidado de la piel periestomal • Realizar evaluación y autoevaluación sobre el cuidado de la piel periestomal.

Diagnóstico de enfermería: Cambios en la integridad de la piel.

Intervención de enfermería: • Realizar los cuidados específicos para favorecer la regeneración de la piel. • Identificar el uso de dispositivos adecuados • Enseñar a

identificar dispositivos apropiados según las características del estoma. • Enseñar para el autocuidado.

Diagnóstico de Enfermería: Aceptación en el cambio de la imagen corporal

Intervención de Enfermería • Reforzamiento del autoestima • Permitir la presencia de un miembro de la familia • Brindar educación precisa, clara y concreta • Informar y motivar a participar en la reuniones con los grupos de apoyo • Lograr que se adapte a la nueva situación. • Brindar apoyo emocional.

Diagnóstico de enfermería: Daño actual o potencial de la conservación del hogar, relacionada con las preocupaciones financieras.

Intervención de Enfermería: • Enseñar diferentes técnicas para la protección de la piel, la recolección del efluente y la forma de cuidar los dispositivos. • Orientar e informar sobre implementos adecuados y su uso correcto.

Diagnóstico de Enfermería: Disfunción sexual como reacción psicológica a la ostomía y ansiedad como resultado de la alteración sexual.

Intervención de Enfermería • Proporcionar información correcta para que los mitos y la desinformación no contribuyan a aumentar los problemas de la persona con estoma • Ayudar a la persona a comprender lo que significa la sexualidad y las posibilidades para su completa expresión. • Ayudar a la persona a identificar maneras de afrontar la crisis, los efectos de la enfermedad y de la cirugía. • El impacto social de la ostomía también afecta la sexualidad, la persona puede tener miedo a ser rechazada por su pareja, es importante motivar a la persona a tener una comunicación abierta.

Diagnóstico de enfermería: Cambios en la integridad de la piel.

Intervención de enfermería: • Realizar los cuidados específicos para favorecer la regeneración de la piel. • Identificar el uso de dispositivos adecuados • . Enseñar a identificar dispositivos apropiados según las características del estoma. • . Enseñar para el autocuidado.

LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE OSTOMIZADO:

Inicialmente la persona está preocupada con aspectos prácticos del cuidado del estoma, la piel, las aplicaciones apropiadas y no exterioriza sus preocupaciones psicosexuales; por esto importante poder hacerlo durante el seguimiento durante la hospitalización, preocupaciones varían, unas pueden ser sobre cuándo volver a tener relaciones sexuales y como cuidar la bolsa, otras inquietudes giran alrededor de si su compañera(o) la desea o la rechaza por tener un estoma o si él o ella son físicamente capaces de tener una relación sexual.

La persona misma es el mejor juez para saber cuándo puede iniciar su actividad sexual, las recomendaciones más importantes son: Una buena higiene • Desocupar la bolsa antes de la actividad • Usar funda para cubrir la bolsa de ostomía.

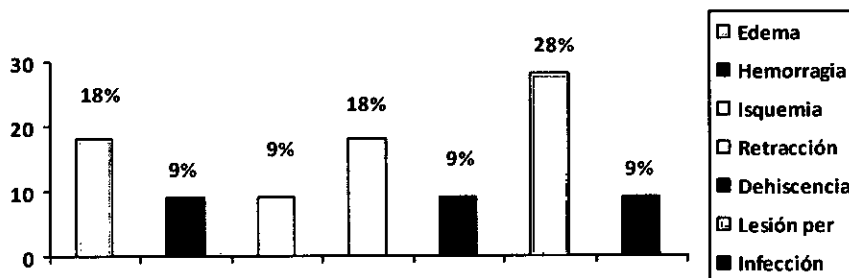
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS TEMPRANAS EN PACIENTES ILEOSTOMIZADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA – PIURA 2013-2016

| Complicación | N° | % |
|------------------------|----|------|
| Edema | 2 | 18 |
| Hemorragia | 1 | 9 |
| Isquemia - Necrosis | 1 | 9 |
| Retracción del estoma | 2 | 18 |
| Dehiscencia | 1 | 9 |
| Dermatitis periestomal | 3 | 28 |
| Infección | 1 | 9 |
| Total | 11 | 100% |

Fuente: Unidad de Estadística HRCH-Piura (2016)

Gráfico N° 4.1 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS TEMPRANAS EN PACIENTES ILEOSTOMIZADOS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA – PIURA 2013-2016



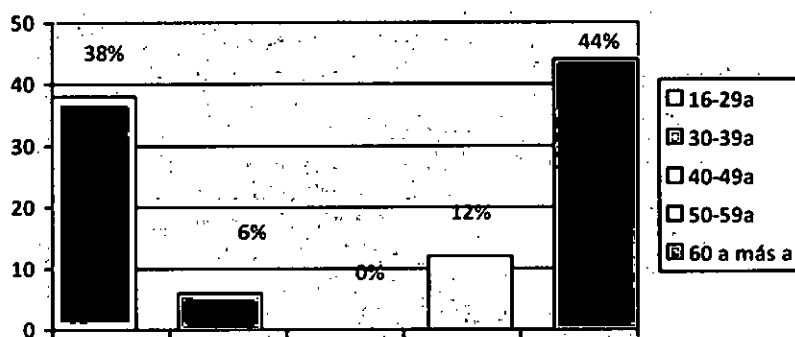
INTERPRETACIÓN: Según este gráfico se puede observar que dentro de las complicaciones más frecuentes durante el periodo de hospitalización en pacientes ileostomizados fue el de lesión periestomal con un porcentaje de 28%, seguido están el edema y retracción del estoma como complicaciones tempranas, y en un 9% están la hemorragia, isquemia, infección y dehiscencia del estoma.

**Cuadro Nro. 4.2 PACIENTES ILEOSTOMIZADOS SEGÚN EDAD EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III "JOSÉ CAYETANO
HEREDIA PIURA" 2013-2016**

| EDAD | Nro. | % |
|---------------|-----------|-------------|
| 16 -29 años | 6 | 38% |
| 30-39 años | 1 | 6% |
| 40-49 años | 0 | 0% |
| 50-59 años | 2 | 12% |
| 60 a más años | 7 | 44% |
| TOTAL | 16 | 100% |

Fuente: Unidad de Estadística HRCH-Piura (2016)

**Gráfico Nro. 4.2 PACIENTES ILEOSTOMIZADOS SEGÚN EDAD EN EL
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO
HEREDIA PIURA 2013-2016**



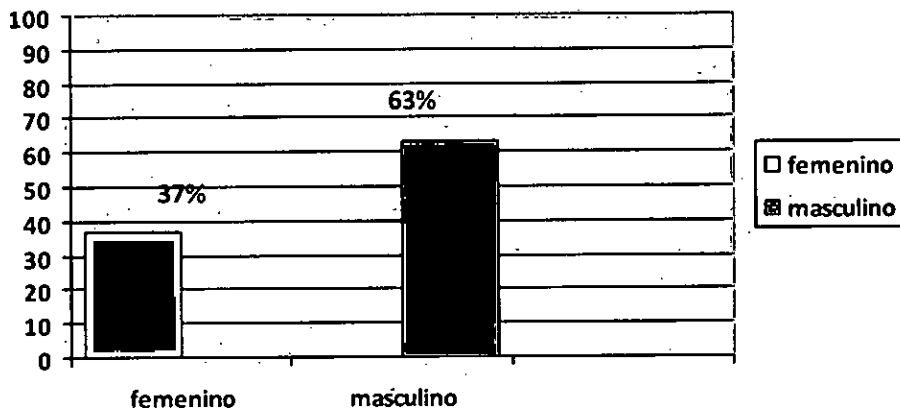
INTERPRETACIÓN: En este gráfico según grupo etáreo se puede observar que las personas mayores de 60 años (44%) fueron intervenidos quirúrgicamente realizándoles Ileostomia, seguidos de del grupo etáreo comprendidos entre 16 a 29 años con un 38%, y con un menor porcentaje están los pacientes comprendidos entre edades de 30 a 39 años.

CUADRO NRO. 4.3 PACIENTES ILEOSTOMIZADOS SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA 2013 – 2016

| SEXO | Nro | % |
|-----------|-----|------|
| FEMENINO | 06 | 37 |
| MASCULINO | 10 | 63 |
| TOTAL | 16 | 100% |

Fuente: Unidad de Estadística HRCH-Piura (2016)

Grafica Nro. 4.3 PACIENTES ILEOSTOMIZADOS SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA 2013 – 2016



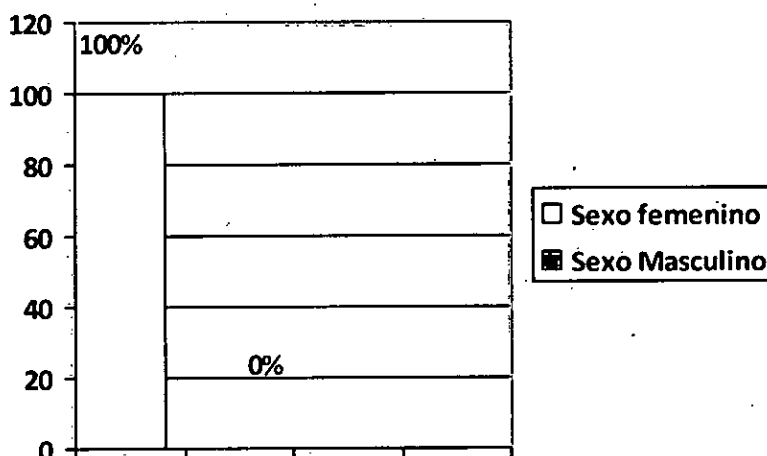
INTERPRETACIÓN:

En este segundo gráfico según sexo se puede apreciar que el mayor porcentaje de pacientes ileostomizados fueron del sexo masculino haciendo un porcentaje de 63% frente a un porcentaje de 37% que fueron pacientes de sexo femenino.

CUADRO NRO. 4.4 PACIENTES CON LESION PERIESTOMAL SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA 2013 – 2016

| SEXO | Nro | % |
|-----------|-----|-----|
| FEMENINO | 03 | 100 |
| MASCULINO | 0 | 0 |
| TOTAL | 03 | 100 |

GRAFICO N°. 4.4 PACIENTES CON LESION PERIESTOMAL SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III "JOSÉ CAYETANO HEREDIA PIURA 2013 – 2016



INTERPRETACION: Según este grafico se aprecia que el 100% de los pacientes con lesión periestomal fueron de sexo femenino y ningún caso de sexo masculino

V.CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, van a permitir que el profesional Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, oportuno, eficiente y seguro al paciente en el cuidado de la piel periestomal.
- b) De los 3 pacientes que desarrollaron lesión periestomal 2 son pacientes de más de 60 años fueron operadas de emergencia con un tiempo de enfermedad de aprox. 1 semana, llegaron en mal estado nutricional con valores de proteínas y albúmina debajo de lo normal, que en su momento no contribuyó a la mejora de la lesión en la piel periestomal.
- c) Según los casos en cuanto a género se puede apreciar que el mayor porcentaje de pacientes con lesión periestomal fueron del sexo femenino haciendo un porcentaje de 37% frente a un porcentaje de 63% en pacientes de sexo masculino.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el conocimiento de cuidados de la piel periestomal en pacientes ileostomizados.
- b) A los profesionales: mantener un nivel óptimo de la nutrición en los pacientes antes y después de la cirugía, sugerir el aumento de aporte calórico y proteico parenteral y enteral en coordinación con el servicio de nutrición
- c) A la institución y al servicio: realizar trabajos de investigación que nos permita encontrar que factores intervienen para que los pacientes de sexo femenino sean más propensas a desarrollar lesión periestomal frente a las pacientes de sexo masculino.

VII. REFERENCIALES

1. Burch J. What every nurse should know.. In Burch J. Caring for peristomal skin.; 2012. p. 166-170.
2. OMS. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. [Online].; 2016 [cited 2016 NOVIEMBRE 18. Available from: HYPERLINK "<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>"
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> .
3. Dolci DGF. Epidemiología de ostomías. Conamed. 2014 agosto; 2(12).
4. MINSA. PLAN ESTRATEGICO 2006-2016. LIMA: MINISTERIO DE SALUD PERU, LIMA; 2016.
5. Blogger Cltd. Cuidados Enfermeros frente a una Colostomia. [Online].; 2012 [cited 2016 octubre 3. Available from: HYPERLINK "<http://colostomiasalud.blogspot.pe/>"
<http://colostomiasalud.blogspot.pe/> .
6. FERREIRA UMPIERREZ a. Viviendo con una Ostomia percepciones y expectativas desde la fenomenologia social. tesis. Uruguay;; 2013.
7. ALMENDAREZ J. Autocuidado de pacientes Enterostomizados antes y despues de intervencion educativa. tesis. México;; 2013.
8. DE FRUTOS MUÑOZ R. Calidad de Vida de los Pacientes con Colostomia e Ileostomia a corto y medio plazo. tesis. España;; 2012.
9. BASTIDAS LOPEZ J. Tipos de Colostomia según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados. Tesis. Lima: Hospital Guillermo Almenara, Consultorio externo; 2015.

10. PALOMINO GRADOS G. CONOCIMIENTO DEL PACIENTE OSTOMIZADO SOBRE EL PROCESO DE RECUPERACION POSOPERATORIA. TESIS. IIMA: INEN; 2014.
11. AGAPITO ESQUERRE R. INFLUENCIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO A DOMICILIO EN ADAPTACION DE PERSONAS OSTOMIZADAS. TESIS. CHICLAYO: HOSPITAL ALMANZOR AGUINAGA; 2013.
12. BRADSHAW E. Managing a Colostomy or Ileostomy in Community nursing. In E B. Community Nurs. Canada; 2008. p. 514-518.
13. MUÑOZ M. protocolo de Enfermería ante un paciente ostomizado. In. España; 2001. p. 24-28.
14. SANTANA J. Significado de ser colostomizado y participar de un programa. In SANTANA J.. Colombia: Cogitare Enferm; 2010. p. 631-638.
15. Society AC. American Cancer Society. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 4. Available from: HYPERLINK "<https://www.cancer.org/es/cancer.html>" <https://www.cancer.org/es/cancer.html> .
16. MIÑO PITA P. CASO CLÍNICO DE DERMATITIS PERIESTOMAL Y. CASOS CLINICOS. 2015 MARZO;(54-58).
17. UNS F. EL CUIDADO. [Online].; 2012 [cited 2016 AGOSTO 4. Available from: HYPERLINK "<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>" <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html> .
18. ACTUALIZACIONES TERAPEUTICAS DERMATOLOGICAS. [Online].; 2016 [cited 2016 AGOSTO 4. Available from: HYPERLINK "<http://www.atdermae.com/ppal194.asp>" <http://www.atdermae.com/ppal194.asp> .
19. ABC D. DEFINICION ABC. [Online].; 2016 [cited 2016 SETIEMBRE 21. Available from: HYPERLINK "CUIDADOS DE ENFERMERIA: cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un

paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mism" CUIDADOS DE ENFERMERIA: cuidados que un enfermero, tal como se denomina al profesional que desempeña la actividad, le brinda a un paciente, ya sea para tratar o prevenir alguna enfermedad que esté padeciendo o bien la asistencia que le proporciona al mism .

20. QUIRURGICA E. PERIODO POS OPERATORIO. [Online].; 2016 [cited 2016 SETIEMBRE 4. Available from: HYPERLINK "<http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-postoperatorio.html>" <http://hannyibarra.blogspot.pe/2012/03/periodo-postoperatorio.html> .
21. José CC. Estomas Manual para Enfermeras Valenciana CdEdIC, editor. Valencia: Cecova; 2005.
22. VASQUEZ GARCÍA MdC. MANUAL DE CUIDADOS EN OSTOMÍAS. Primera ed. Uribe DCM, editor. MADRI: Ediciones Dae (Grupo Paradigma); 2009.
23. Enrique MB. Enfermedad inflamatoria intestinal. [Online]. [cited 2016 12 2. Available from: HYPERLINK "<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/eii.pdf>" <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/eii.pdf> .
24. ELSERVIER. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. [Online].; 2013 [cited 2016 octubre 12. Available from: HYPERLINK "<http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento>" <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-estado-actual-prevencion-tratamiento> .
25. ELSERVIER. Prevención de la hernia paraestomal. [Online].; 2015 [cited 2016 OCTUBRE 12. Available from: HYPERLINK "<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-prevencion-hernia-paraestomal>" <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-hispanoamericana-hernia-357-articulo-prevencion-hernia-paraestomal> .

ANEXOS

Proceso de regeneración en la lesión de la piel periestomal en paciente mujer de 78 años de edad



Fig. 1



Fig. 2

Se aprecia lesión de la piel periestomal y edema de la ileostomía (5to día PO)



Fig. 3



Fig. 4

Día 10 se aplica polvo cicatrizante en el borde periestomal luego pasta para que se adhiera mejor la bolsa de colostomía

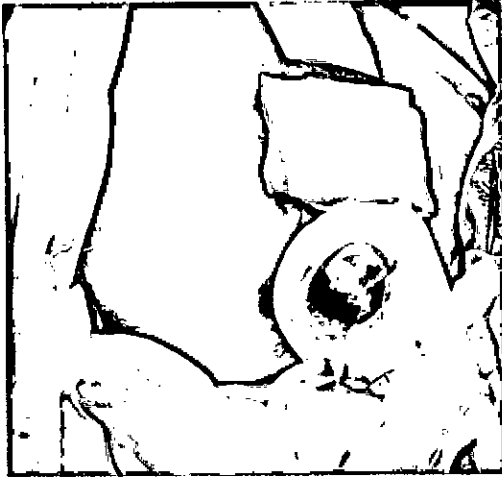
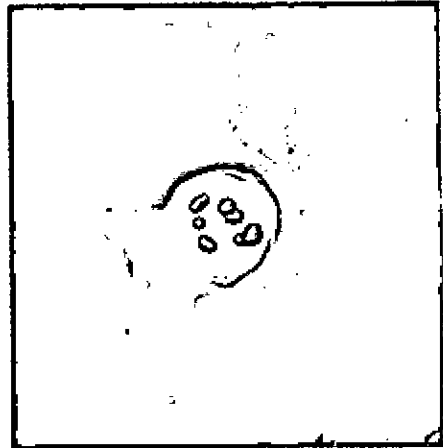


Fig. 5

Dia 16 se conitnua aplicando la pasta antes
De Pegar la bolsa.

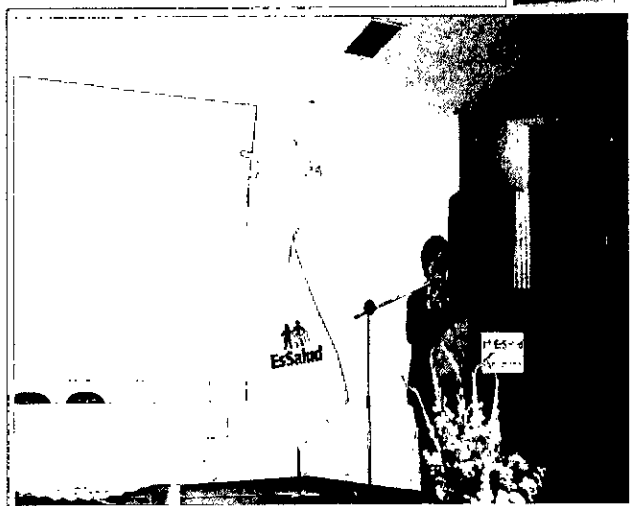
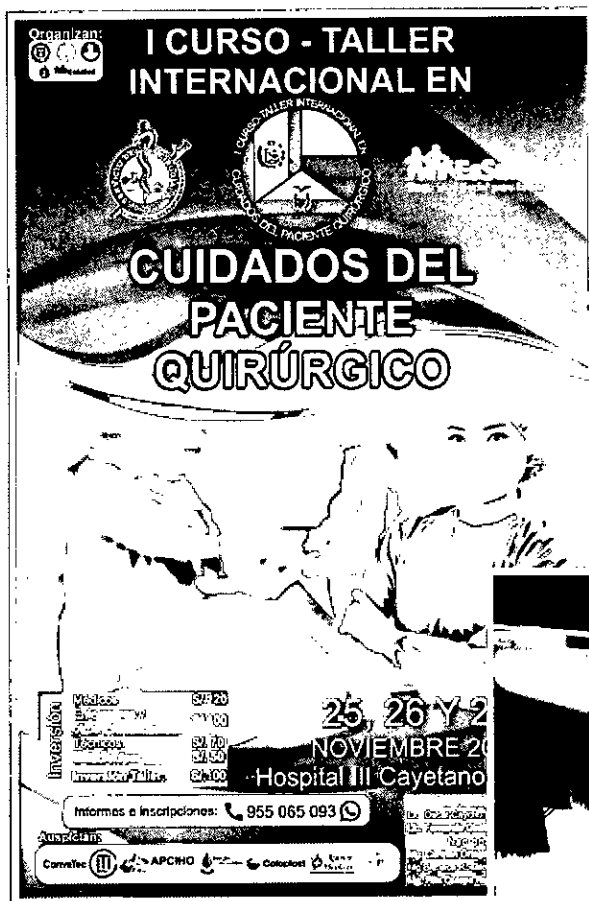


Fig, 6

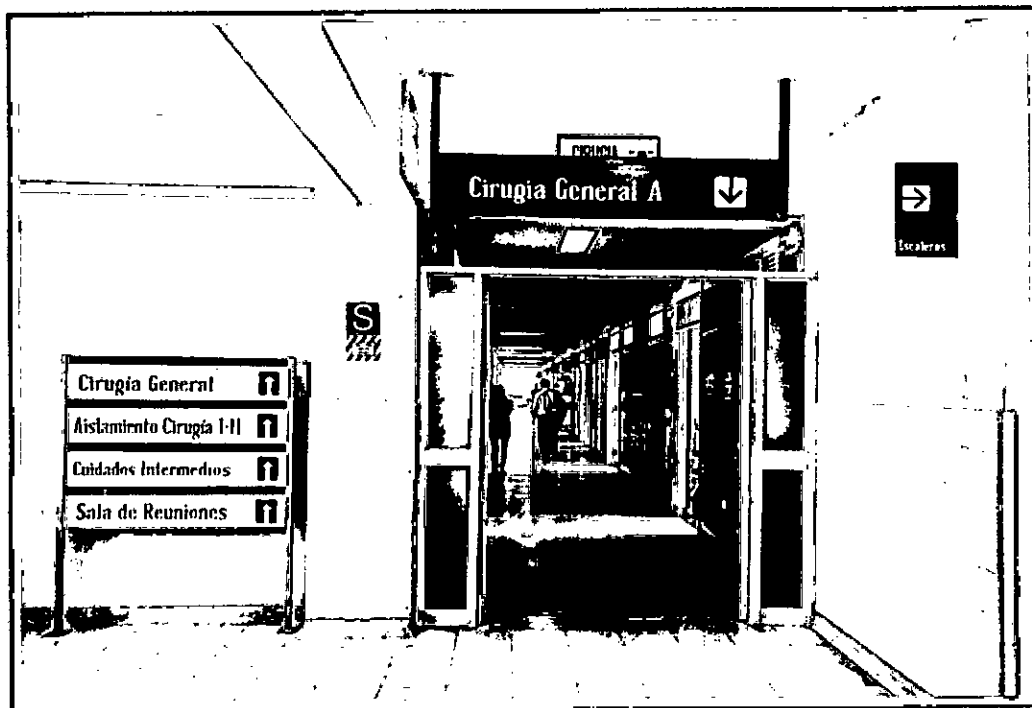
Dia 19 la piel recuperada es dada
De alta.



Organización del 1er Curso – Taller Internacional en Cuidados del Paciente Quirúrgico organizado por el personal de Enfermería del Servicio de Cirugía General del Hospital III “José Cayetano Heredia.



SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL HOSPITAL III JOSÉ CAYETANO HEREDIA - PIURA



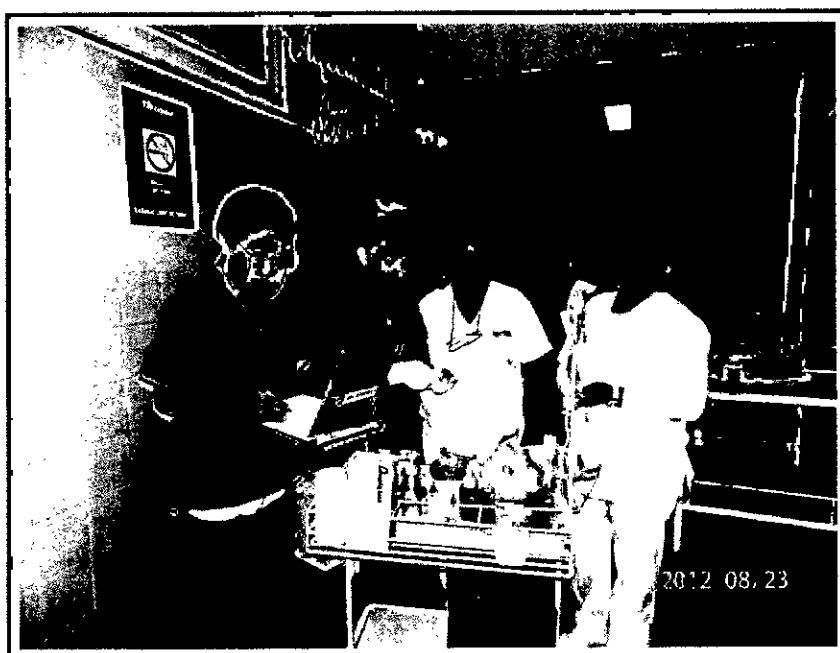
ESTACION DE ENFERMERIA



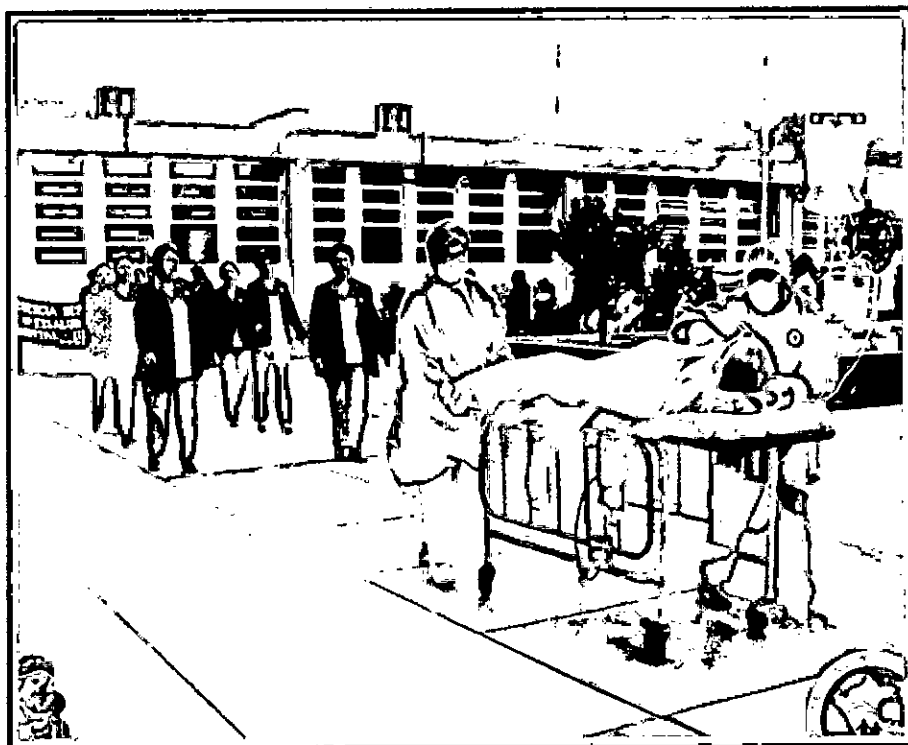
ATENCIÓN AL PACIENTE OSTOMIZADO



**DESARROLLANDO ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS
DOCENCIA INVESTIGACION Y ASISTENCIAL EN EL
SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**



PARTICIPACION EN LOS DESFILES INSTITUCIONALES



REUNIONES DE CONFRATERNIDAD



RECONOCIMIENTOS POR DESEMPEÑO EN EL SERVICIO


EsSalud
RED ASISTENCIAL PIURA

CERTIFICADO DE RECONOCIMIENTO

Otorgado a:

Lic. JENNY SOLIS RICRA

POR HABER SIDO NOMINADO COMO LA MEJOR LICENCIADA DE ENFERMERIA DEL AÑO 2012, EN MERITO A SU DESEMPEÑO EN EL AREA DE CIRUGIA GENERAL Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL III JOSE CAYETANO HEREDIA - PIURA

Piura, Diciembre del 2012.


Aurelia Moran Loayza
CEP 12581
Coord. Serv. Cirugía General
Hospital III Cayetano Heredia - Piura
EsSalud


Luis Saldaña Hernández
Jefe del Departamento Cirugía General
C.A.P. 10145
Hospital III Cayetano Heredia - Piura
EsSalud


DIPLOMA

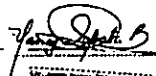
Otorgado a Lic. en enfermería


JENNY MARLENE SOLIS RICRA

en mérito a su destacada labor en el servicio de
CIRUGIA ESPECIALIDADES

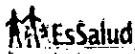
Piura, 26 de Agosto de 2009


Dr. Victor Valderrama
Médico Cirujano
RED ASISTENCIAL PIURA


Lic. Jenny Solis Ricra
Enfermera
RED ASISTENCIAL PIURA


Lic. Lidia Espinoza
Enfermera
RED ASISTENCIAL PIURA

CONFORMACION DEL COMITÉ DE BIOSEGURIDAD DEL SERVICIO DE ENFERMERIA

 EsSalud

“AÑO DE LA INVERSIÓN PARA EL DESARROLLO RURAL Y LA SEGURIDAD ALIMENTARIA”



Piura, 28 de Agosto del 2013

*Licenciada:
Jenny Solís Ricra*


Presente.

ASUNTO: CONFORMACION COMITÉ DE BIOSEGURIDAD

Es grato dirigirme a Ustedes con la finalidad de saludarla, y felicitarla por la designación en la conformación del Comité de Bioseguridad del Servicio de Enfermería y su vez depositar la confianza, desempeño a las funciones encomendadas por esta Jefatura.

Agradecemos su participación me despido de usted.

Atentamente.



Mg. Juan René Aranda Sánchez
C.P. 19701
Jefe de Servicio de Enfermería
Hospital "José Cayetano Heredia" Red Asistencial Peru
E.O. 1983001