

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON OSTOMIAS
INTESTINALES DE ELIMINACIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI
MARTINS – ESSALUD, 2013 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS
QUIRÚRGICOS**

JUDITH HERMILA DELGADO OSORES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Judith', written over a circular scribble.

**Callao, 2017
PERÚ**

contribuyendo de este modo a elevar la calidad de vida de los niños ostomizados de nuestro país.

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidado de Enfermería en el Paciente con Ostomías Intestinales de eliminación en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, 2013 - 2017" tiene por objetivo describir los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con ostomías intestinales de eliminación, de tal modo que podamos conocer los cuidados que necesitan dichos pacientes a fin de prevenirles complicaciones y/o sufrimientos innecesarios. Con la información brindada mediante este informe la enfermera podrá replantear su actuar diario y proponer cuidados que contribuyan a elevar la calidad de vida del paciente pediátrico con ostomías intestinales de eliminación. Así como también podrían proponerse programas educativos que involucren a la madre y/o familiares del niño para potenciar habilidades en el cuidado y manejo de dichas ostomías.

Consta de VII capítulos, en El capítulo I: planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

Una Ostomía intestinal de eliminación es una abertura creada de manera quirúrgica en la pared del intestino para llevar el contenido de éste hacia la pared abdominal, para su posterior eliminación, culminando de éste modo el proceso de la digestión en el niño enterostomizado. En pediatría es más frecuentes encontrar niños con ileostomías y colostomías. (4)

Una colostomía es una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso (5). Una ileostomía es la apertura del íleon distal hacia la pared abdominal. El contenido ileal es líquido y de una composición química muy irritante que puede dañar fácilmente la piel (6).

En ambas ostomías intestinales de eliminación es fundamental el cuidado extremo de la piel a fin de evitar laceraciones que produzcan disconfort en el niño, o retarden el tiempo para la programación del cierre quirúrgico de la ostomía.

En el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins son frecuentes los pacientes portadores de ostomías; los cuales en muchos casos presentan, al momento del ingreso, complicaciones como consecuencia del mal manejo, en el hogar, de las mismas. Se observan prolapsos de colostomías, irritación de la piel periestomal, prolapsos de ileostomías, etc.

Según lo expuesto, es necesario describir el Cuidado de Enfermería en el manejo de los pacientes con ostomías intestinales de eliminación a fin de identificar cuáles son las complicaciones más frecuentes y las causas que las producen; de tal modo que podamos intervenir oportunamente en la prevención de éstas. Favoreciendo la pronta recuperación de los pacientes y contribuyendo a elevar su calidad de vida.

1.2. Objetivo

Describir el Cuidado de Enfermería en el paciente con Ostomías Intestinales de eliminación en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2013 – 2017.

1.3. Justificación

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en el niño con ostomías digestivas de eliminación. Se brindará capacitación al familiar o cuidador del paciente. De acuerdo a un modelo lineal el informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y la contribución de autores basados en la materia, y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos ostomizados.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes pediátricos con ostomías digestivas de eliminación en el servicio de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre los cuidados de ostomías digestivas de eliminación en el niño.

Nivel Económico: La atención de niños ostomizados constituye un gran reto para los profesionales de Enfermería y un problema para la salud pública como para la familia por la morbilidad que suponen, como por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan ya que provocan prolongaciones de la estancia hospitalaria con incremento de costos sanitarios y ocasiona en el paciente, pérdida de autonomía, independencia y autoestima.

Con la información recolectada la enfermera podrá replantear su actuar diario y proponer cuidados que contribuyan a elevar la calidad de vida del paciente pediátrico con ostomías intestinales de eliminación. Así como también podrían proponerse programas educativos que involucren a la madre y/o familiares del niño para potenciar habilidades en el cuidado y manejo, en el hogar, de las ostomías digestivas de eliminación.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- AGAPITO Esquerre, Karla y Reaño Pérez, Liz: "Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, 2012-2013". Investigación de tipo cuantitativo, cuasi experimental, de secuencia temporal longitudinal con diseño de un solo grupo con pre y post test. Objetivo: Determinar la influencia del programa educativo a domicilio en la adaptación de la persona ostomizada. La muestra estuvo conformada por 20 personas ostomizadas, a las cuales se les midió el nivel de adaptación al proceso de ostomización antes y después de aplicar el programa educativo, usando un cuestionario tipo Likert, conformado por 25 reactivos y usando las categorizaciones de comprometido, compensatorio e integrado de la teórica Sor Callista Roy. Los resultados revelaron que antes de aplicar el programa el 65 % se encontraba en nivel comprometido, el 35% en el nivel compensatorio y 0% en el integrado, posterior al programa el 80% se encuentra en el nivel compensatorio y el 20% en el nivel integrado. Conclusión: "La adaptación en la mayoría de personas ostomizadas fue producto de la aplicación del programa educativo individualizado". (7)

Observamos en el presente estudio, la importancia del actuar de la enfermera en su rol como educadora, a través de un programa educativo individualizado a pacientes ostomizados. Lo que permitió que los pacientes incluidos en el programa pudieran adaptarse a vivir adecuadamente con la ostomía.

b) COLLADO Boira, Eladio: "Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados". Valencia-España 2014. Estudio Descriptivo transversal. Objetivo: Conocer los autocuidados desarrollados por los pacientes enterostomizados y su relación con la salud y bienestar percibidos. Conclusiones: "Si bien el nivel de autocuidados es aceptable, el análisis de segmentación realizado, permite clasificar a los pacientes en cuatro grupos, detectándose déficits de autocuidados. El nivel de calidad de vida detectado en los pacientes de la muestra, es elevado en comparación con grupos de poblaciones similares" (8).

El estudio muestra a pacientes que no forman parte de una asociación o programa educativo, se trata de pacientes que no han recibido educación ni apoyo constante por parte de la enfermera, lo que se traduce en la carencia de conocimientos por tanto en el déficit de autocuidado.

c) LÓPEZ Madrid, Ana: "Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado" 2014. Jaén-España. Trabajo de Investigación de fin de grado. Cuyo objetivo fue: describir los cuidados más frecuentes en el estoma y en la piel periestomal. Metodología: revisión narrativa-descriptiva de la literatura existente sobre el tema. Resultados: se hace una relación de los cuidados más frecuentes y de cómo llevarlos a cabo. Conclusión: "Son necesarios más artículos con evidencia científica para que las enfermeras puedan actuar de igual manera en base a la evidencia" (9)

El trabajo de Investigación muestra riqueza en la revisión de la Literatura, lo que sirvió de mucha ayuda en la elaboración del Marco Teórico del presente Informe de Experiencia Profesional.

d)PAREDES Haro, Jessica: “Manejo del paciente con ostomía en el área de Cirugía del Hospital IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas, Periodo Mayo a Octubre del 2015” Trabajo de Investigación Deductivo - Inductivo y Analítico – sintético. Objetivo: Diseñar una Guía de Cuidados de Enfermería para pacientes ostomizados en el servicio de Cirugía del hospital IESS Santo Domingo de los Tsáchilas. Resultados: Se trabajó con un universo total de 31 profesionales de enfermería, se realizaron encuesta teniendo como resultado de que no poseen guías de cuidados para los pacientes ostomizados y que no han tenido capacitaciones últimamente sobre el manejo de estomas. También se tabuló que hay un índice moderado de pacientes con ostomías y su estadía en tiempo de hospitalización es de 15 días a un mes con mínimas complicaciones, que la mayoría de estos pacientes son de sexo masculino y que normalmente reingresan pero por problemas con sus ostomas. Conclusiones: “El personal afirma que se debería protocolizar el manejo de enfermería para pacientes ostomizados con una guía de cuidados para superar la calidad de atención del mismo disminuyendo el tiempo de hospitalización” (10). Este trabajo sirvió de base en la elaboración del programa Educativo al Familiar del niño con ostomías intestinales de eliminación.

e) PAT Castillo, Lucía: "Intervención Educativa de Enfermería para la rehabilitación de personas con Ostomías". 2010. Zaragoza – España. Estudio de tipo cuasi-experimental. Objetivo: Analizar el efecto que tiene la intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. La muestra se constituyó de 110 personas ostomizadas de cuatro hospitales a las que se les aplicó un instrumento que fue validado por expertos en el área. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. Resultados: En los resultados se observa diferencia estadísticamente significativa entre la intervención educativa y la rehabilitación laboral ($p=0.000$), también se observó diferencia estadísticamente significativa entre la intervención educativa y la rehabilitación social y familiar ($p=0.000$). Discusión: Coincidiendo con Montovani en donde afirma que la falta de información, educación y comunicación son la causa para que el paciente no pueda participar activamente en su autocuidado. De acuerdo con Boccardo se establece que la mayoría de los pacientes ostomizados no retornan totalmente al trabajo pero sí parcialmente a sus actividades siendo ésta la parte más difícil de superar. Conclusiones: "Se sustenta que la intervención educativa en personas ostomizadas planificada, estandarizada y evaluada, es fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar" (11).

El Estudio realizado proporcionó ayuda en la construcción de la base teórica en el presente Informe de Experiencia Profesional.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Ostomía:

La palabra ESTOMA u OSTOMA es de origen griego y significa “boca” o “apertura”. Un estoma u ostoma es una apertura creada quirúrgicamente para el desvío de secreciones, heces o la orina del cuerpo. Existen varios tipos de ostomas, para fines del presente informe revisaremos los ostomas digestivos de eliminación más frecuentes en Pediatría (12).

A. Ileostomía:

Es la apertura del ileon distal hacia la pared abdominal. El contenido ileal es líquido y de una composición química muy irritante que puede dañar fácilmente la piel, por ello esta ostomía debe ser siempre protuida unos 2-3 cms sobre el plano de la piel. Generalmente el estoma se sitúa en el lado inferior derecho del abdomen.

En las ileostomías se observa contenido líquido o pastoso. No existe control de la evacuación. Contiene una gran cantidad de enzimas digestivas y pH ácido, lo que hace que éste sea muy agresivo para la piel periestomal. Las deposiciones son muy abundantes. En promedio de unos 600 a 800 ml (13).

B. Colostomía:

Es una abertura en el intestino grueso, creada mediante una intervención quirúrgica cuyo objetivo es establecer una comunicación artificial entre el

colon y la pared abdominal, a fin de conducir al exterior la materia fecal y/o descomprimir el intestino grueso a través de una vía alternativa.

Implica la pérdida del control voluntario de la evacuación intestinal y el uso de bolsas colectoras (14).

Dentro de las principales diferencias entre colostomía e ileostomía podemos mencionar las siguientes:

ILEOSTOMÍA	COLOSTOMÍA
<ul style="list-style-type: none"> -Intestino delgado -Ostomía protuída -Volumen alto de efluente -Flujo semilíquido o líquido -Alto riesgo de dermatitis -Flujo continuo -No reeducable -Diagnósticos asociados a ileostomía: Enterocolitis Aguda Necrotizante y Obstrucción intestinal. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intestino grueso -Ostomía plana -Volumen bajo de efluente -Flujo semisólido o pastoso -Bajo riesgo de dermatitis -Flujo discontinuo -Reeducable -Diagnósticos asociados a colostomía: Malformaciones Ano Rectales (Ano imperforado) y Enfermedad de Hirshsprung.

En las ostomías de eliminación (Ileostomía y Colostomía) la ubicación del estoma es muy importante para evitar complicaciones, procurar buena calidad de vida al paciente y minimizar su dependencia en el manejo del estoma.

Teóricamente debe ser situado en una zona plana del abdomen, evitando pliegues cutáneos para facilitar la adaptación de los dispositivos, pero en

pediatría y especialmente en neonatología se dispone de poca superficie corporal.

A pesar de existir diferencias entre colostomía e ileostomía, los cuidados que precisan en general, son similares.

2.2.2. Complicaciones de las ostomías:

Dentro de las complicaciones, ya sean de presentación inmediata o tardía, merece especial atención la dermatitis periestomal, que está estrechamente relacionada con el manejo y los cuidados de las ostomías.

A. Complicaciones inmediatas:

- **Hemorragia y hematoma:** Representan el 2% de las complicaciones. Cuando la hemorragia es de la mucosa no reviste gravedad pudiéndose resolver con compresión o puntos hemostáticos. Otras veces, puede deberse a una lesión de un vaso de la pared del abdomen o del mesocolon, causando importantes hematomas o sangrados que llegan a descompensar al paciente. El diagnóstico es básicamente clínico. Si la hemorragia no es importante y el hematoma es pequeño el tratamiento es el control, y evacuación de la colección hemática. Cuando la hemorragia es importante obliga a reoperar al paciente, deshacer la ostomía, realizar la hemostasia, comprobar la vitalidad del intestino y reconstruir la colostomía.

- **Supuraciones periostomales:** Ocurren en el 10 al 25% de los casos con complicaciones, y se relacionan con la contaminación de un hematoma periostomal. (Fig. 2). Está relacionada a una mala preparación del colon por lo que es más frecuentes en operaciones de urgencia. Cuando no es imperioso abrir la ostomía el diferir la apertura 24 horas permite la adhesión del intestino a la pared disminuyendo la posibilidad de contaminación. El tratamiento si no existe colección es con antibióticos que cubran el espectro de bacilos Gram (-) y anaerobios. En el caso de colección, ésta debe ser drenada en lo posible en un sitio alejado del ostoma para evitar inconvenientes en el manejo del mismo.
- **Edema y Necrosis del Ostoma:** El edema y necrosis del ostoma está muy relacionado con la técnica y las condiciones vasculares, su incidencia varía entre 1 a 10% de las complicaciones. Es una de las causas más importante de muerte atribuible a una complicación colostómica. Las causas de esta complicación se deben a una excesiva esqueletización del asa colostómica o compresión de los vasos. Los vasos que llegan al intestino deben siempre quedar protegidos con algo de meso en las colostomías terminales y en las laterales debe respetarse la continuidad de los vasos marginales. Siempre se debe verificar el estado de vascularización por el color y estado de la víscera, y en el caso de abrir la colostomía su sangramiento. La otra causa de isquemia del

intestino puede estar dada por una lesión vascular inadvertida, a que el asa intestinal quedo tensa o se produjo su torsión.

- **Oclusión:** Se produce por problemas de tipo mecánico. Esta se puede deber a la encarcelación de un asa intestinal, torsión del asa exteriorizada, obstáculo del trayecto: orificio muy estrecho, o por error de montaje con oclusión del segmento proximal. El tratamiento depende de la causa. Se deben descartar causas locales como la estrechez de la ostomia con el tacto digital o la oclusión por el impacto de materias fecales. La reintervención se indica en las otras causas y será de urgencia si se acompaña de compromiso inflamatorio peritoneal.
- **Retracción del Ostoma:** La retracción del ostoma es un incidente grave y representa alrededor del 5% de las complicaciones. Se produce cuando el asa del ostoma que se halla sometido a tracción debido generalmente a un meso corto engrosado o retraído. La retracción del ostoma se ve favorecida en pacientes obesos, cuando hay íleo postoperatorio (con distensión abdominal), supuraciones periestomales, factores que producen la desinserción de los puntos de fijación del ostoma. El tratamiento consiste en la observación si la retracción es parcial. Cuando la retracción es mayor o si ha desaparecido el ostoma se debe reintervenir al paciente para reconstruir un nuevo ostoma. Deben

tomarse los cuidados para reducir al mínimo la contaminación intraperitoneal.

- **Evisceración Paraostomal:** Las evisceraciones se producen entre el asa de la colostomía y la pared. Favorecen su producción un orificio grande en la pared y el aumento de la presión intrabdominal en el postoperatorio (Ej. íleo, esfuerzos abdominales, etc.) antes que se logre la unión del intestino con la pared. La evisceración puede ser del mismo intestino grueso, intestino delgado o el epiplón. Es una complicación que se observa en alrededor del 3% de las colostomías. Su frecuencia es mayor en operaciones de urgencias y en pacientes obesos. Esta complicación frecuentemente se acompaña de obstrucción intestinal y requiere su tratamiento quirúrgico de urgencia.
- **Dermatitis periestomal:** A pesar de que el contenido colónico no es tan irritativo como el de las ileostomías, puede provocar lesiones inflamatoria en la piel pericolestómica. Uno de los motivos es el atrapamiento de materia fecal debajo de la placa de protección de la bolsa, la cual macerará la piel y que a diferencia de la ileostomía, puede llegar a provocar ulceraciones cutáneas. Otra causa de dermatitis es la reacción alérgica a alguno de los componentes utilizados en las bolsas de ostomía (pegamentos, solventes, material de la bolsa). El tratamiento consiste en

mantener una correcta higiene y evitar el contacto de la piel con la materia fecal.

B. Complicaciones Tardías: Las complicaciones tardías son aquellas que se producen posteriores a los 30 días de confeccionado el ostoma, ocurren entre un 25% de las colostomias aproximadamente y requieren una reintervención para su tratamiento entre un 13 y un 33%.

- **Prolapso:** El prolapso de la colostomía se observa entre el 2 y 10% de los complicaciones. En la mayoría de los casos es solo de la mucosa (prolapso mucoso propiamente dicho). Las causas que favorecen la aparición de un prolapso son: Orificio parietal grande, un asa intestinal larga y móvil, un meso colónico largo y laxo que permite el deslizamiento del colon y la constipación. El encarcelamiento del meso entre la pared interna y externa del prolapso repercute sobre la vascularización provocando isquemia y necrosis. El tratamiento difiere con la magnitud del prolapso. Los prolapsos deberán tratarse por varios motivos: imposibilidad de adecuar la bolsa colostómica por el tamaño del prolapso y cuando tiene eventos isquémicos. El tratamiento quirúrgico consiste en reseca el prolapso y rehacer el ostoma.
- **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. Puede originar cuadros suboclusivos u oclusivos. Se manifiesta por la dificultad en la evacuación. Valoraremos el grado de estenosis según el paso de la sonda, empezando por un calibre pequeño que iremos aumentando progresivamente. Las dilataciones con sonda deben realizarse siempre bajo supervisión del cirujano. Hay que valorar la necesidad de irrigaciones con suero fisiológico tibio para evitar la formación de fecalomas.

- **Granuloma:** Es una protuberancia epidérmica periestomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periestomal. Debemos controlar la retirada de los puntos o del estado de la sutura en caso de puntos reabsorbibles. Aplicaremos el dispositivo correcto para evitar fugas del efluente y utilizaremos cremas de barrera o niveladoras para conseguir una buena adaptación entre la piel periestomal y el dispositivo. El crecimiento del granuloma se puede controlar con la aplicación de nitrato de plata.
- **Retracción:** Es el hundimiento del intestino hacia el interior del abdomen a causa de una tensión excesiva del intestino, debida generalmente al aumento ponderal del niño; se puede acompañar

de una dehiscencia. Colocaremos un dispositivo que facilite la salida cutánea del estoma y aplicaremos pasta niveladora en la zona desinsertada para conseguir un buen ajuste del dispositivo y evitar fugas hacia el interior del abdomen.

- **Lesiones yatrogénicas:** Suelen ser ulceraciones y lesiones por decúbito provocadas por materiales inadecuados, inespecíficos o mal utilizados. Hay que emplear siempre el dispositivo adecuado a cada caso y situación. También se pueden producir por una limpieza deficiente o incorrecta.
- **Dermatitis Periestomal:** Es una alteración de la piel que rodea el estoma y que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. Son frecuentes y repercuten en el bienestar y calidad de vida del paciente. La integridad de la piel está condicionada por varios factores como son el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad de las heces, el estado nutricional y general del paciente, la higiene y la habilidad de los cuidadores. Hay diferentes tipos de dermatitis, según las causas que la producen: o

Dermatitis Química: Es la más frecuente, sobre todo en las ileostomías. Es una irritación producida por el contacto de la piel con el contenido intestinal y suele ser debida a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma.

Dermatitis alérgica de contacto: Se produce por una alergia al adhesivo del dispositivo lo que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo y que no responde a las medidas habituales de prevención y cura. Hoy en día es poco frecuente gracias al avance en la composición de los materiales.

Dermatitis física o traumática: puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente de dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados.

Todas ellas presentan los mismos síntomas. Si la dermatitis es de primer grado la zona presenta eritema, edema y dolor; si es de segundo grado la zona presenta erosiones de la piel, llagas y sangrado. En cualquier caso el paciente tiene prurito en la zona.

2.2.3. Cuidados de enfermería en pacientes con ostomías intestinales de eliminación:

A. Cuidados de la piel periestomal:

En el postoperatorio inmediato procederemos a valorar el aspecto del asa intestinal: color, tamaño y sangrado; puede estar edematosa por la propia manipulación quirúrgica. A continuación, colocaremos el dispositivo adecuado. El dispositivo debe permitir

la visualización del estoma para facilitar la detección y valoración de complicaciones.

La "curación" consistirá en la limpieza del estoma y la zona circundante con agua estéril tibia para eliminar bien los restos; protegeremos el estoma con vaselina o tul graso y la piel periestomal con pasta lassar, tapando la zona con gasas y poniéndole el pañal. Hay que controlar la herida quirúrgica y evitar su contaminación manteniéndola aislada del estoma. Se lava el estoma y la piel de alrededor con una esponja suave y agua tibia y jabón neutro, con movimientos circulares desde el interior hacia el exterior, no friccionando ni usando sustancias irritantes (colonias, etc.). El uso sistemático de toallitas infantiles no es aconsejable ya que dejan la piel húmeda y pueden producir irritación. Secar suavemente la piel y el estoma a golpecitos con un pañuelo de papel o una toalla suave. Nunca se debe frotar ni utilizar gasas que puedan erosionar la mucosa. No hay que utilizar secadores ni otros métodos similares, ya que pueden producir irritaciones y quemaduras en la mucosa del estoma. Es conveniente dejar la piel al aire unos minutos. El yodo y las soluciones yodadas pueden producir quemaduras, por lo que nunca se deben aplicar al estoma ni a su alrededor. Hay que evitar el uso de aceite y cremas de baño que dificulten la adherencia de la bolsa. A veces se observa

una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma, esto entra dentro de la normalidad.

B. Sistemas Colectores:

Los sistemas colectores son los que se utilizan para recoger de manera cómoda y eficaz las excreciones intestinales. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de deshecho. La primera debe tener un poder de adhesión que garantice la movilidad del niño a la vez que previene la irritación de la piel periestomal. La bolsa tiene que ser de un material que no haga ruido, resistente e impermeable al olor, de manejo fácil para aplicarla o retirarla y eficaz para recoger los residuos y eliminar los gases. La bolsa suele llevar incorporado un filtro de carbón activado que permite el paso del aire pero retiene el mal olor, si no lo tiene se le puede añadir. Existen diversos tipos de sistemas colectores de manera que se debe elegir el adecuado a cada ostomía y a cada paciente. Tienen una parte suave que está en contacto con la piel y la parte exterior es transparente para visualizar el estoma.

Según el tipo de vaciados los sistemas son (Anexo 01):

Cerrados: son bolsas termoselladas válidas para un solo uso. Son las más adecuadas para las heces sólidas o pastosas.

Abiertos: en el extremo inferior presentan una abertura que se cierra con una pinza o grifo, lo cual permite el vaciado de la bolsa.

Según el sistema de sujeción los sistemas son (Anexo 01):

De una pieza: el adhesivo y la bolsa forman un solo elemento que se coloca directamente sobre la piel. Permiten una gran discreción ya que son muy flexibles y poco aparatosas. Son las más cómodas si la piel aguanta bien los cambios frecuentes del adhesivo y las heces son sólidas.

De dos piezas: el adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de un anillo. La placa adhesiva puede mantenerse durante 2 o 3 días, siempre y cuando no haya fugas y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periestomal. Son las más adecuadas cuando la piel es muy sensible o cuando el número de evacuaciones es elevado, sin embargo son menos discretas, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas difíciles de la piel.

De tres piezas: son como las de dos piezas pero además tiene un clip de seguridad rígido en el anillo, que en este caso es de plástico.

C. Accesorios de los Sistemas Colectores:

- Filtros de carbono.
- Plantilla medidora del estoma.
- Pasta niveladora y tiras de resina moldeable. Se utilizan para llenar los desniveles de la piel y conseguir una superficie lisa alrededor del estoma, favoreciendo la adaptación de los dispositivos y evitando fugas.
- Crema barrera: se utiliza en la cura de la dehiscencia y las fístulas. Tienen propiedades regenerativas de la piel, ya que tiene hidrocoloides. Si se utiliza hay que retirarla con aceite.
- Crema protectora: se utiliza cuando la piel periestomal presenta irritaciones o dermatitis importantes. Se aplica una capa fina y cuando está seca se coloca directamente el adhesivo.
- Película protectora: es un spray que se utiliza para prevención de las irritaciones de la piel, no para tratamiento (Cavilon). Aumenta la adhesividad de las resinas. Cuando se aplique debemos proteger el estoma con una gasa.
- Placas adhesivas para protección de la piel: tienen una elevada proporción de hidrocoloides con lo cual son muy absorbentes y protectoras. Se utilizan en el tratamiento de las dermatitis (hidrocelulares adhesives).

- **Pastillas gelificantes:** se utilizan en las ileostomías. Son unas pastillas que se colocan dentro de la bolsa colectora y convierten el líquido en una masa gelatinosa que se mueve menos.

D. Recambio del sistema colector:

Los sistemas cerrados se cambian cuando están a 2/3 de su capacidad, evitando de esta forma el peso y el riesgo de desprendimiento del dispositivo. Los abiertos se vacían, igualmente, cuando estén a 2/3 de su capacidad y se cambia la bolsa cada 24 horas. El disco de los dispositivos de dos o tres piezas se cambia cada 2-3 días. El dispositivo debe cambiarse siempre que haya el mínimo signo de filtrado entre el adhesivo y la piel, sobretodo en las ileostomías, ya que en estas el flujo es continuo y el efluente muy corrosivo. Nunca se debe perforar una bolsa para eliminar los gases, ya que perderá su hermeticidad y producirá escape de olor constante. En caso de necesitarlo se pondrá un filtro de carbono. No se debe recortar ni modificar la parte externa del dispositivo, hay que buscar el adecuado.

E. Retirada del sistema colector:

- Preparamos el material que vamos a necesitar para la higiene de la zona y el recambio del dispositivo.

- Los dispositivos de una pieza se retiran tirando con cuidado, sin frotar ni rascar, de arriba hacia abajo por si emite alguna excreción y sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones.
- Para retirar la bolsa de los dispositivos de dos o tres piezas, abrimos el clip de seguridad, si lo tiene, y tiramos de ellas hacia arriba y hacia fuera para separarla del disco, sujetando éste con la otra mano para evitar que se despegue.
- Si es necesario, limpiaremos el aro antes de aplicar la nueva bolsa. Si hay que cambiar también el disco lo haremos igual que con los dispositivos de una pieza. Para retirar las placas adhesivas se debe aplicar aceite o vaselina líquida.

F. Colocación del Sistema Colector:

- Tras la limpieza de la piel y el estoma medimos el diámetro de este para recortar la placa adhesiva lo más exacto posible. El estoma suele reducirse durante los primeros meses, por lo que hay que medirlo constantemente para adecuar el diámetro interno del dispositivo.
- En caso de estomas irregulares tenemos que tomar dos medidas (horizontal y vertical).
- En los dispositivos de una pieza retiramos el film protector y adherimos el dispositivo alrededor del estoma, alisándolo bien para evitar fugas.

- En los dispositivos de dos o tres piezas retiramos el film protector y adherimos el disco adhesivo a la piel. Si es necesario aplicamos pasta niveladora alrededor del estoma para sellar el contacto con la piel periestomal y encajamos la bolsa en el círculo de plástico del disco, y en los de tres piezas cerrando el clip de seguridad.
- Valoraremos la necesidad de aplicar una película protectora que aumenta la adherencia de los sistemas.

G. Educación al niño y familiar:

La ostomía supone una agresión física y psíquica que afecta a la propia imagen y a la calidad de vida, por lo que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente. La enfermera puede ayudar al niño y a su familia a aceptar el cambio y adaptarse a él, enseñándoles a cuidar la ostomía, subrayando los aspectos positivos de la cirugía y destacando que se puede llevar una vida normal a pesar de la desviación intestinal. La enfermera debe estar consciente que aprender a vivir con una ostomía puede significar un gran desafío.

La actitud y la respuesta de los padres a la situación condicionarán de manera importante la respuesta del niño enfermo. El profesional de enfermería debe realizar una función docente con la unidad familiar para facilitar la adaptación a la nueva situación y minimizar la alteración de la vida cotidiana de la familia.

El objetivo del plan de enseñanza al familiar está dirigido a proporcionar los conocimientos necesarios para el cuidado del niño ostomizado, lo que mejorará su calidad de vida y facilitará la normalización de la vida familiar. Antes de brindar la educación la enfermera realizará la valoración necesaria para identificar el nivel de conocimiento que tienen el paciente y/o familiares, situación socioeconómica, origen cultural, costumbres, nivel de comprensión, etc. Todo permitirá realizar un plan de formación adaptado a las características de cada persona. Por lo general se deben utilizar palabras sencillas, exponiendo ideas claras.

Se debe informar lo siguiente:

- La ostomía no es estéril.
- Se puede bañar al niño con la bolsa puesta o quitada.
- Secado cuidadoso de la piel.
- Evitar el uso de aceites o cremas alrededor del estoma.
- Advertir que puede observar pequeño sangrado al frotar el estoma.
- Cambiar la bolsa sólo cuando sea necesario.
- Proteger la piel que queda por debajo de la bolsa colectora

2.2.4. Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem:

Dorothea Orem fue una de las enfermeras teóricas estadounidenses más destacadas. Fue una teórica de la enfermería Moderna y creadora de la Teoría enfermera del déficit de autocuidado, conocida también como Modelo de enfermería Orem.

Orem define el objetivo de la enfermería como: Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad. Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: Actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para desarrollo. El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud.

Según Orem el rol de la enfermera consiste en persuadir a la persona a avanzar en el camino para conseguir responsabilizarse de sus autocuidados utilizando cinco modos de asistencia: actuar, guiar, apoyar, procurar un entorno que favorezca el desarrollo de la persona y enseñar. Para ello el profesional de enfermería se vale de tres modos de actuación: sistema de intervención totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio o de asistencia/enseñanza según la capacidad y la voluntad de las personas.

Dorothea Orem, demostró interés e inclusión en todas y cada una de las funciones en las que existe participación activa de enfermería como lo son: asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. Lo que le favoreció para conceptualizar un modelo teórico que hasta nuestros días ayuda a brindar un cuidado integral al usuario de los servicios de salud, basándose en el autocuidado.

Este modelo nos muestra el autocuidado como protagonista en la recuperación de la salud de las personas. En el Manejo de Ostomías, el autocuidado, cobra máxima importancia porque de ello va a depender la disminución de complicaciones de las mismas.

El rol de la enfermera es de vital importancia en la enseñanza de acciones para el autocuidado, puesto que en muchas oportunidades las personas con ciertos problemas de salud, son dados de alta del hospital, portando consigo ostomías. En pediatría se incorpora a la madre en el cuidado del niño ostomizado. La enfermera proporcionará la educación necesaria para potenciar o de ser necesario corregir conductas, de tal modo que la madre posea la capacidad de brindar cuidados domiciliarios a su niño, disminuyendo las posibles complicaciones que podrían presentarse.

2.3. Definición de términos.

a. Ostomía: Ostoma es una apertura creada quirúrgicamente, para el desvío de secreciones, heces o la orina del cuerpo.

b. Ostomía intestinal de eliminación: Abertura quirúrgica en el intestino, exteriorizada hacia la piel del abdomen, con el fin de evacuar el contenido intestinal, en pediatría las más frecuentes son la colostomía y la ileostomía.

c. Colostomía: Es una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso.

d. Ileostomía: Abertura quirúrgica en el abdomen para desembocar al exterior el contenido del ileon.

e. Cuidado de enfermería: Acciones que realiza la enfermera, utilizando conocimientos científicos y basados en principios bioéticos, en beneficio de los pacientes pediátricos portadores de ostomías.

f. Paciente pediátrico: Llamado también niño o niña, es aquella persona que aún no ha alcanzado un grado de madurez suficiente para tener autonomía, cuya edad está comprendida entre los 30 días de nacido hasta los 13 años, 11 meses y 30 días.

g. Niño ostomizado: Persona cuya edad fluctúa entre los 30 días de nacido hasta los 13 años, 11 meses y 30 días; portador de una ostomía.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos:

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevaron a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los Registros de Enfermería del Servicio, como el Libro de Ingresos y algunas Historias Clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los Registros de Enfermería e Historias Clínicas.
- **Recolección de Datos:** Se revisaron el Libro de Ingresos del Servicio, el cual es un Registro de Enfermería y algunas Historias Clínicas de pacientes que se encontraban hospitalizados en el momento.
- **Procesamiento de Datos:** Luego de revisar el Libro de Ingresos del Servicio, se procedió a realizar el paloteo manual de los casos encontrados (pacientes con colostomías e ileostomías), organizando los datos por grupos etáreos y por sexo.

- **Resultados:** Se organizaron en cuadros, los cuales serán presentados en el capítulo IV.
- **Análisis e interpretación de resultados:** Los cuadros con datos estadísticos serán presentados en el capítulo IV, con su respectivo análisis e interpretación.

3.2. Experiencia Profesional

- **Recuento de la Experiencia Profesional:**

En Marzo del año 2003 obtuve el Título de Licenciada en Enfermería, en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En Mayo del mismo año empecé a trabajar en la Clínica Montesur, atendiendo pacientes mujeres en el perioperatorio de Cesárea.

En Junio del 2003, inicié mi SERUMS en la compañía de Bomberos B-169 de los Olivos, donde tuve la oportunidad de atender a pacientes que necesitaban cuidados pre hospitalarios.

En Diciembre del 2003 ingresé a laborar en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas, mediante contrato por Servicios no Personales. De este modo, durante un año tuve que organizar mi tiempo para poder desempeñarme eficientemente en los tres trabajos mencionados. Luego del cual continué trabajando en la Clínica y el INEN por dos años más.

En Setiembre del 2005, ingresé a Essalud, Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, mediante contrato a plazo fijo por suplencia,

durante tres meses, teniendo la oportunidad de atender pacientes niños y adultos de las diferentes especialidades, puesto que trabajaba como enfermera RETEN.

En Marzo del 2006 Ingresé al Hospital Edgardo Rebagliati Martins, mediante contrato a plazo indeterminado, luego de lo cual fui designada para el cuidado de pacientes pediátricos. Los cinco primeros meses en Medicina Pediátrica (Clínica Pediátrica), atendiendo a niños con diferentes patologías. Posteriormente, **en Agosto del 2006** en el Servicio de Cirugía Pediátrica; Servicio de hospitalización de niños con patologías quirúrgicas de las diferentes especialidades: Cirugía de abdomen, Urología, Cirugía Plástica, Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Neurocirugía, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, etc.

- **Descripción del área laboral:**

El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, es un Hospital especializado, netamente de referencia, es decir que los pacientes son referidos a nivel nacional correspondientes a la red, los cuales poseen diversas patologías de alta complejidad. Cuya **Misión** Institucional es "Somos una institución de seguridad social de salud que persigue el bienestar de los asegurados y su acceso oportuno a prestaciones de salud, económicas y sociales, integrales y de calidad, mediante una gestión transparente y

eficiente”, teniendo por **Visión** “Ser una institución que lidere el proceso de universalización de la seguridad social, en el marco de la política de inclusión social del Estado”.

El Servicio de Cirugía Pediátrica es una unidad orgánica que depende del Departamento de Cirugía Pediátrica, que es un órgano de línea de la Gerencia de Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de ESSALUD, se encuentra ubicado en el 2do piso del Block G, cuenta actualmente con una capacidad instalada de 30 camas distribuidas, entre lactantes, pre-escolares y escolares.

En el Servicio de Cirugía Pediátrica se brinda Cuidados de Enfermería Quirúrgica Especializada, de acuerdo al avance tecnológico y a las nuevas exigencias del mundo actual; lo que exige alta preparación del Profesional de Enfermería, que le permita enfrentar las tendencias y los retos que supone la atención y el cuidado de dichos pacientes pediátricos. De tal modo que el servicio cuenta con más del 60% de enfermeras especialistas (tituladas) en Enfermería Pediátrica, más un porcentaje mínimo de enfermeras con estudios concluidos en la especialidad de Enfermería Pediátrica y en la especialidad de Enfermería en Cuidados Quirúrgicos, que se encuentran tramitando el título respectivo.

El Servicio de Cirugía Pediátrica se caracteriza por brindar Cuidados de Enfermería durante las 24 horas del día, basados en la Filosofía de la calidad, calidez, trabajo en equipo, prácticas seguras de gestión de riesgos de seguridad del paciente, Educación continua al familiar y a la población infantil dentro de su jurisdicción de población pediátrica asegurada.

- **Funciones Desarrolladas en la Actualidad:**

- a) **Asistencial:**

- Entregar y recepcionar a los pacientes según guía de Reporte de Enfermería.
- Recepcionar al paciente y brindar atención inmediata cumpliendo con el manual de procedimientos.
- Participar en la visita médica y proporcionar apoyo en los procedimientos médicos especializados, curaciones y otros.
- Administrar la terapéutica descrita en el plan de tratamiento médico, observando las reacciones adversas y/o complicaciones.
- Observar, evaluar y registrar en la historia clínica las reacciones y progresos de los pacientes a través de la valoración de las funciones vitales y signos de alarma.
- Establecer y aplicar el proceso de atención de Enfermería de los pacientes según el grado de dependencia.

- Ejecutar la Ronda de Enfermería para identificar necesidades del paciente.
- Dar atención al fallecido de acuerdo a normatividad vigente.
- Elaborar y mantener actualizado los registros e informes que competen a Hospitalización.
- Brindar educación y apoyo emocional al paciente y familia.
- Tramitar y coordinar transferencias, altas, programación a sala de operaciones, interconsultas, procedimientos especiales inherentes a la especialidad.
- Elaborar y mantener actualizado los registros e informes que competen al área.
- Colaborar en la organización y prestar servicios en situaciones de emergencia y desastres (Defensa Civil).
- Manejar con destreza Equipos Biomédicos de Tecnología de Punta.
- Participar en investigaciones específicas y otras en el campo de la salud.
- Participar en la capacitación del personal y en el de otras disciplinas.
- Asistir y participar en reuniones técnico administrativas del servicio.

b) Área Administrativa:

- Participar junto con la Enfermera Jefe en el proceso administrativo: planeamiento, organización, dirección, supervisión control y evaluación de las actividades de la unidad y del personal.
- Cumplir y hacer cumplir las disposiciones Técnico Administrativas del servicio y de los niveles superiores.
- Reemplazar a la enfermera Jefe en caso de ausencia.
- Realizar la visita de enfermería identificando las necesidades y problemas del servicio comunicando a la enfermera Jefe del servicio.
- Planificar, organizar, dirigir, coordinar y evaluar el trabajo que realiza en el servicio el personal asistencial.
- Observar la evolución de los pacientes y hacer las modificaciones necesarias en el plan de Atención de enfermería en coordinación con la enfermera asistencial.
- Participar en la visita médica de los pacientes de la unidad a su cargo registrando las indicaciones en el Kárdex.
- Coordinar acciones del plan de atención con otros profesionales del equipo de salud para la atención integral del paciente.
- Realizar la actualización del kárdex e Historia Clínica archivando los resultados de los exámenes auxiliares.

- Usar criterios, normas técnicas para la solución de problemas inherentes al cargo, tomando medidas correctivas a la ausencia de la Jefa de la unidad.
- Participar en la capacitación del personal de enfermería y otras disciplinas afines.

c) Área Docencia:

- Integrar el Comité Científico del Servicio (año 2015), participando en la elaboración, diseño e implementación del Programa de Educación Continua para Profesionales de Enfermería y Técnicos de Enfermería.
 - Evaluar junto con los Comités del Servicio (Comité del Programa del Familiar Acompañante y Comité de Mejora de la Calidad) las necesidades de Aprendizaje en los familiares del paciente.
 - Planificar el Programa Educativo al Familiar Acompañante.
 - Ejecutar las Actividades Educativas diseñadas dentro del Plan Educativo al Familiar Acompañante.
- d)** Contribuir, con la experiencia y conocimientos obtenidos, en el aprendizaje de los alumnos de Enfermería, Internos de Enfermería y personal profesional y Técnicos de Enfermería de reciente ingreso al Servicio de Cirugía Pediátrica.

e) Área Investigación:

- Participación en la Elaboración de Guías de Atención al Niño con Hidrocefalea, post operado de colocación de Sistema de Derivación Ventricular Externa (Sistema DVE).
- Trabajos de Investigación Realizados:

Tesis para obtener el título de Licenciada en Enfermería:
"Percepción del paciente sobre el Consentimiento Informado durante el Cuidado de Enfermería en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen". Año 2002.

Trabajo de Investigación para obtener el título de Especialista en Enfermería Pediátrica: "Calidad del Cuidado de Enfermería según la percepción del familiar del paciente en el Servicio de Cirugía Pediátrica. HNERM - 2016"

3.3. Procesos Realizados en el tema del informe:

- **Cuidados del paciente pediátrico con eritema periestomal:**
 - Hasta el año 2006, año en el cual ingresé a trabajar en el Servicio de Cirugía Pediátrica, para el manejo del Eritema Periestomal se usaba la clara de huevo, con buen resultado en la mayoría de los casos. Sin embargo esta práctica ha ido quedando en desuso debido a que en algunos casos exacerbaba el eritema, por ejemplo en pacientes sensibles a la clara de huevo.

- Actualmente en nuestro Servicio, para el manejo de las Ostromías usamos los productos comerciales, que la Institución nos proporciona: Cavilon, Polvo Periestomal, Adhesivo para ostromías, Crema protectora, gel protector, spray protector, etc.

- **Casos Relevantes:** En el Servicio de Cirugía Pediátrica, se observan con cierta frecuencia pacientes con Dxto Ileostomía, que ingresan al servicio para el cierre quirúrgico de la misma; los cuales ingresan presentando eritema periestomal marcado debido al inadecuado manejo de la ostromía en el hogar. El eritema interfiere con la Cirugía, puesto que estos pacientes no pueden ser operados por las posibles complicaciones que podrían presentarse debido al eritema (Infección de herida operatoria, dehiscencia, etc.). En estos pacientes es fundamental el cuidado especializado que brinda la enfermera en el Servicio de Cirugía Pediátrica (Anexo N° 02 y 03):
 1. Limpieza prolija con agua destilada tibia de la piel circundante a la ostromía. Se limpia aplicando toques suaves con una toalla, no ejercer fricción.

 2. Dejar secar al aire libre.

 3. Aplicar la Crema Barrera Cutánea (puede ser pasta lassar) para evitar que la piel siga en contacto con el contenido

intestinal eliminado a través de la ileostomía, el cual es altamente irritante por contener gran cantidad de enzimas digestivas y pH ácido. Este procedimiento se va a repetir cada vez que se elimine contenido intestinal a través de la ileostomía.

4. Intentar la colocación de la bolsa colectora, a fin de evitar que la piel siga en contacto con el contenido intestinal. Primero se realiza limpieza prolija, se aplica el spray protector sobre la piel periestomal, se deja secar. Se aplica polvos para ostomía sobre la piel, con una gasa retiramos el exceso. Se aplica sobre el pegamento de la bolsa la pasta adhesiva, se deja secar y se coloca la bolsa, quedando adherida al estoma.
5. De ocurrir desprendimiento parcial de la bolsa, se procede a retirar la misma, puesto que no está cumpliendo su función, al permitir filtraciones de contenido intestinal, lo que lacera la piel. Para el retiro de la bolsa, se procede a aplicar sobre la zona de pegamento que aún sigue adherida, el spray para retiro de adhesivos.
6. Se realiza todo el procedimiento detallado en los pasos del 01 al 05, para colocación de nueva bolsa colectora.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

“DIAGNÓSTICOS MÉDICOS MÁS FRECUENTES DE EGRESOS HOSPITALARIOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 – 2017”

Diagnósticos Médicos	N°	%
1. Apendicitis Aguda	2424	35,57
2. Apendicitis Aguda con Peritonitis Generalizada	166	2,44
3. Hidrocefalea	163	2,39
4. Deformaciones Congénitas de la Cadera	115	1,69
5. Colostomías	110	1,61
6. Ausencia, Atresia y Estenosis Congénita del Ano, Con Fístula.	110	1,61
7. Malformaciones Arteriovenosas de los Vasos Cerebrales	86	1,26
8. Fractura de Epífisis Inferior del Húmero	81	1,19
9. Hipoacusia Neurosensorial Bilateral	80	1,17
10. Otros Tipos de Apendicitis	79	1,16
Total de los primeros 10 Diagnósticos	3414	50,10%
Total de Egresos	6814	100,00%

Fuente: Base de Datos del Sistema Hospitalario del HNERM 2013 – 2017

En el Cuadro 4.2 “Diagnósticos Médicos más frecuentes de egresos hospitalarios en el Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2013-2017” Se observa que: De 6814 pacientes hospitalizados durante los años 2013 al 2017, son 10 los diagnósticos médicos que más se presentan. Entre ellos las Colostomías ocupan el 5to lugar con el 1,61 % (110). Otro diagnóstico asociado a colostomías es la Ausencia, Atresia y Estenosis Congénita del Ano, Con Fístula, el cual ocupa el 6to lugar con el 1,61 % (110).

De lo presentado podemos afirmar que en el Servicio de Cirugía Pediátrica del HNERM, son frecuentes los pacientes portadores de Colostomías, por lo que se hace fundamental que la enfermera conozca el manejo correcto de dichos pacientes.

CUADRO 4.2

“EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON COLOSTOMÍAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 – 2017”

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Lactantes (29 días hasta 2 años y 6 meses)	61	51,26	78	70,27	139	63,18
Pre escolares (2 años 7 meses hasta 5 años 11 meses)	38	31,93	23	20,72	61	27,72
Escolares (6 años hasta 13 años 11 meses)	10	8,40	10	9,00	20	9,09
Total	119	100	111	100	220	100

Fuente: Libro de Ingresos del Servicio de Cirugía Pediátrica 2013 - 2017

En el cuadro 4.2. “Edad y sexo de los pacientes con colostomías del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2013” De un total de 220 pacientes, observamos que predominan los lactantes de sexo masculino, en un 70,27% (139) portadores de colostomías, seguidos de lactantes de sexo femenino 51,26% (61) Las Colostomías en la edad pediátrica están relacionadas con las malformaciones ano rectales (MAR). Según la Literatura existente las MAR se presentan mayormente en los recién nacidos de sexo masculino; donde mayormente se opta por la realización de una colostomía dentro de las primeras 48 horas de vida. Posteriormente luego de algunos meses, en los cuales el lactante haya ganado peso y se hayan controlado otras patologías asociadas; se programa la corrección quirúrgica de la malformación anorrectal. Para finalmente en la edad pre escolar se realiza el cierre definitivo de la colostomía.

CUADRO 4.3

EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ILEOSTOMÍAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS 2013 - 2017

Grupo de edad	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lactantes (29 días hasta 2 años y 6 meses)	12	63,15	9	56,25	21	60
Pre escolares (2 años 7 meses hasta 5 años 11 meses)	5	26,31	3	18,75	8	22,85
Escolares (6 años hasta 13 años 11 meses)	2	10,52	4	25	6	17,14
Total	19	100	16	100	35	100

Fuente: Libro de Ingresos del Servicio de Cirugía Pediátrica 2013 - 2017

En el cuadro 4.3. "Edad y Sexo de los Pacientes con Ileostomías del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2013-2017" se observa que el 60% (21) son lactantes, cuyas edades están comprendidas entre los 29 días hasta los dos años y seis meses de edad. Al respecto la Literatura registra que las Ileostomías están relacionadas con Enterocolitis Aguda Necrotizante, Atresia Intestinal y Obstrucción Intestinal, diagnósticos médicos que por lo general se presentan en recién nacidos y lactantes principalmente.

V. CONCLUSIONES

- a) Los Cuidados de Enfermería en el paciente pediátrico con ostomías digestivas de eliminación están dirigidos a disminuir las complicaciones a fin de favorecer la recuperación y el cierre temprano de la ostomía.

- b) La educación al familiar sobre los cuidados del paciente pediátrico ostomizado debe ser continua, de tal modo que se identifiquen oportunamente debilidades en el cuidado domiciliario que podrían condicionar complicaciones en el paciente.

- c) Los Programas de Educación Continua al Familiar del paciente pediátrico con ostomías, permiten mejorar el manejo de las ostomías, evitando complicaciones que alteran la calidad de vida del niño.

VI. RECOMENDACIONES

a) A los Profesionales:

- Que mantengan actualizados los conocimientos y destrezas en el cuidado del niño con ostomías digestivas de eliminación a fin de brindar un cuidado de calidad.
- Que realicen Estudios de Investigación con Enfoque Cualitativo, sobre los cuidados domiciliarios que brinda el familiar al niño ostomizado.
- Que promuevan la formación de grupos u asociaciones de ayuda al familiar del paciente pediátrico ostomizado.

b) A la Institución-AI Servicio:

- Que el Departamento de Enfermería del HNERM y el Servicio de Cirugía Pediátrica, elaboren Programas de Educación Continua a los Profesionales de Enfermería, sobre los cuidados del niño ostomizado, enfatizando un cuidado de calidad y calidez en el marco del proceso de humanización, considerando la participación de los familiares en el cuidado durante la hospitalización.
- Que el Departamento de Enfermería del HNERM y el Servicio de Cirugía Pediátrica, diseñen Programas de Educación dirigidos al familiar del niño con ostomías.

- Que la Jefatura de Enfermería del Servicio de Cirugía Pediátrica, promueva en el Profesional de Enfermería la elaboración, diseño e implementación de material educativo (trípticos, dípticos, talleres y dinámicas de grupo) sobre los cuidados al niño con ostomías digestivas de eliminación, que permita que los familiares participen activamente en los cuidados que éste necesita.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) CORRALES, JUAN y Colb. "Ostomías en niños Indicaciones y Complicaciones". Revista Médica Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". San José. Costa Rica. 1983.
- (2) KEITH W. ASHCRAFT. "Cirugía Pediátrica". III Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México 2002.
- (3) CRUZ C. OTILIA y Colb. "Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal". Revista CONAMED. Pag:15-19. 2010.
- (4) (5) (6) MARTÍNEZ F. MARCELO. "Neonatología Quirúrgica". Ed. Grupo Guía S.A. Paraguay. 2008.
- (13) (14)
- (7) AGAPITO E. Karla y REAÑO P. Liz: "Influencia del Programa Educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, 2012-2013".
- (8) COLLADO B. Eladio: "Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados". Valencia-España 2014.
- (9) LÓPEZ M. Ana: "Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado" 2014. Jaén-España.
- (10) PAREDES H. Jessica E. "Manejo del paciente con ostomía en el área de Cirugía del Hospital IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas, Periodo Mayo a Octubre del 2015"
- (11) PAT C. Lucía: "Intervención Educativa de Enfermería para la rehabilitación de personas con Ostomías". 2010. Zaragoza – España.
- (12) HIERRO J, ABED G y GALINDO F; Complicaciones de las colostomías. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; III-311, pag. 1-12.

VIII. REFERENCIALES

1. AGAPITO E. Karla y REAÑO P. Liz: "Influencia del Programa Educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo Chiclayo, 2012-2013".
2. BEARE/MYERS. "El tratado de Enfermería Mosby". Ed. Mosby – Doyma Libros. S.A. España 2005.
3. CORRALES, JUAN y Colb. "Ostomías en niños Indicaciones y Complicaciones". Revista Médica Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera". San José. Costa Rica. 1983.
4. COLLADO B. Eladio: "Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados". Valencia-España 2014.
5. CRUZ C. OTILIA y Colb. "Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal". Revista CONAMED. Pag:15-19. 2010.
6. HIERRO J, ABED G y GALINDO F; Complicaciones de las colostomías. Cirugía Digestiva, F. Galindo. www.sacd.org.ar, 2009; III-311, pag. 1-12 .
7. KEITH W. ASHCRAFF. "Cirugía Pediátrica". III Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México 2002.
8. LÓPEZ M. Ana: "Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado" 2014. Jaén-España.
9. MARTÍNEZ F. MARCELO. "Neonatología Quirúrgica". Ed. Grupo Guía S.A. Paraguay. 2008.
10. PAREDES H. Jessica E. "Manejo del paciente con ostomía en el área de Cirugía del Hospital IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas, Periodo Mayo a Octubre del 2015"
11. PAT C. Lucía: "Intervención Educativa de Enfermería para la rehabilitación de personas con Ostomías". 2010. Zaragoza – España.
12. WHALEY y WONG. "Enfermería Pediátrica". Ed. Mosby – Doyma Libros. S.A. España 2012.

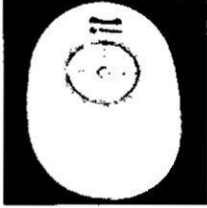

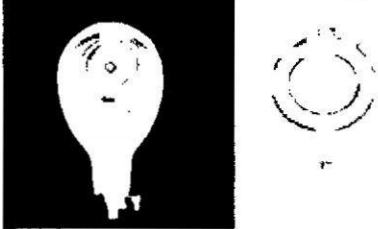
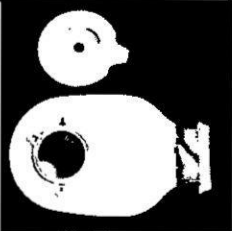
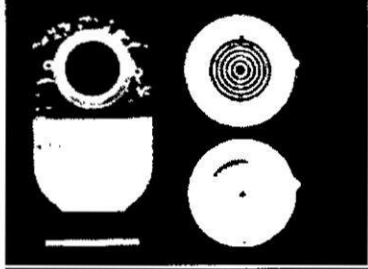
ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO		Pág.
01	“Clasificación de los Sistemas Colectores en Ostomías”	53
02	“Fotografía: Eritema periosotmal: Caso Relevante”	54
03	“Cuidados de Enfermería en Eritema Periostomal-Caso Relevante”	55
04	“Proceso de Atención de enfermería a paciente pediátrico con prolapso de Ileostomía”	57
05	“Organigrama Estructural de Enfermería del Servicio de Cirugía Pediátrica”	65
06	“Organigrama Estructural Funcional de Enfermería del Servicio de Cirugía Pediátrica”	66
07	“Organigrama Estructural del Servicio de Cirugía Pediátrica”	67
08	“Fotografías de pacientes con ostomías intestinales de eliminación en el Servicio de Cirugía Pediátrica”	68

ANEXO N° 01

“CLASIFICACIÓN DE LOS SISTEMAS COLECTORES EN OSTOMÍAS”

Según el tipo de vaciado	Sistemas cerrados	
	Sistemas Abiertos	
Según el número de piezas	De una pieza	
	De dos piezas	
	De tres piezas	

ANEXO N° 02

“FOTOGRAFÍA: ERITEMA PERIOSTOMAL-CASO RELEVANTE”



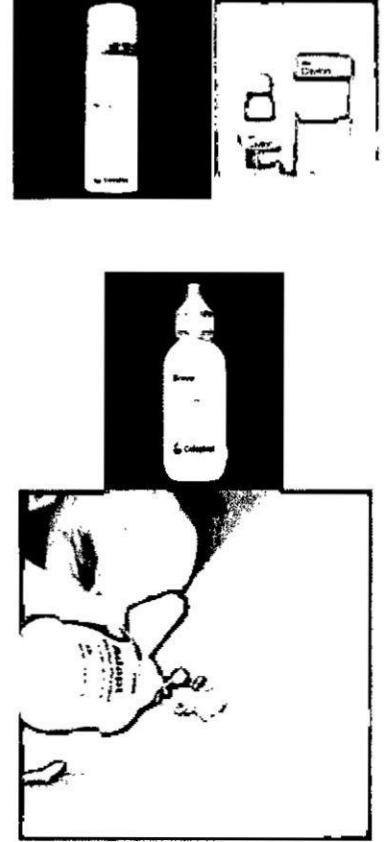







CASO RELEVANTE

- Paciente pre escolar de sexo femenino.
- Eritema Periestomal severo.
- Cirugía: Cierre de Ileostomía.
- El Eritema interfiere con la programación de la Cirugía.

ANEXO N° 03

“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ERITEMA PERIOSTOMAL- CASO RELEVANTE”

<p>1. Limpieza de la piel cada vez que fue necesario. Secado prolijo.</p>	
<p>2. Se coloca Crema Barrera Cutánea en varias oportunidades : Disminuye irritación e hidrata la piel.</p>	
<p>3. Al mejorar el estado de la piel: se intenta colocar bolsa colectora, previa curación del eritema:</p> <ul style="list-style-type: none">- Limpieza y secado prolijos.- Aplicación del spray protector sobre la piel eritematosa. Indicado para proteger la piel de efluentes y adhesivos.- Dejar secar.- Aplicar polvos para ostomía. Excelente capacidad de absorción. Disminuye irritación.- Retirar el exceso.	

<p>4. Colocar Pasta adhesiva sobre el adhesivo de la bolsa. Permite la mejor adherencia .</p>	
<p>5. Se colocó la bolsa colectora. 6. Duró algunas horas adherida.</p>	
<p>7. Se remueve el pegamento de la bolsa con el spray para retirar adhesivos.</p>	
<p>8. Se coloca segunda bolsa colectora, siguiendo los pasos ya descritos en el procedimiento anterior. 9. Se logra adherencia óptima.</p>	
<p>10. Mejora la piel periestomal: Paciente se programa para cierre de ileostomía.</p>	

ANEXO N° 04

“PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE PEDIÁTRICO CON PROLAPSO DE ILEOSTOMÍA”

1. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

En el Servicio de Cirugía Pediátrica del HNERM, Cama 103, se observa a un lactante de sexo femenino de aproximadamente 1 ½ de edad, pálido, adelgazado, despierto, activo, irritable, con llanto enérgico por momentos. Recibiendo Hidratación por vía periférica en MID. Con SNG a gravedad con contenido verde claro. Presenta zonas de equimosis por múltiples venopunciones. Al interactuar con el paciente se muestra incómodo, irritable, llora aparentemente por temor. La madre refiere: “Ya les tiene miedo a las enfermeras”.

1.2. RECOLECCIÓN DE DATOS

a. Por Historia Clínica:

Datos Generales:

- Nombre: A.A.C.
- Seguro Social: 160204—0-008.
- Edad: 2 meses.
- Sexo: Femenino
- Lugar de Nacimiento: Lima.
- Lugar de Procedencia: Lima, Miraflores

-Fecha de Ingreso: 26-04-2016

Antecedentes de Salud:

-Inmunizaciones: Todas para la edad Excepto Neumococo.

-Enfermedades: RNPT 36 ss, Gastrosquisis, CIA, PCA.

-Intervenciones Quirúrgicas: Cierre Primario de Gastrosquisis (04-02-16). Laparotomía Exploratoria + Rafia Intestinal por perforación ileal (07-02-16). Laparotomía Exploratoria + Resección Intestinal + Lavado + Ileostomía por Necrosis Ileal (19-02-16).

Diagnóstico Actual:

-Prolapso de Ileostomía.

Indicaciones Médicas:

-NPO.

-SNG a gravedad.

-Dextrosa al 5% 1000 cc + NaCl 20% cc { a 15 cc/h.

-Omeprazol 3 mg EV. C/24h.

-Metamizol 90 mg EV. PRN.

-Metronidazol 35 mg EV. C/8h.

b. Por Examen Físico:

-Funciones Vitales: FC: 102 X'. FR: 32X' P.A.81/47. Sat. O2 100%. T° 37 °C.

-Peso: 3220g.

-Talla: 52 Cm.

- Estado de Conciencia: Despierta, Reactiva al Estímulo Táctil.
Llanto Enérgico.
- Piel: Palidez marcada. Tibia. Presenta Eritema Periostomal.
Llenado Capilar menor de 2 segundos.
- Cara: Simetría Facial. Presencia de SNG.
- Tórax: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. No hay sibilancias, ni estertores, ni soplos.
- Abdomen: Globuloso, depresible. Ruidos Hidroaéreos escasos.
Presencia de Ileostomía a doble boca Prolapsada.
- Genitourinario: De características femeninas normales para la edad.
- Extremidades: Presencia de vía periférica en MID. Moviliza ambas extremidades con normalidad. Presenta zonas equimóticas por múltiples venopunciones.

2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Para fines didácticos se priorizarán los diagnósticos de Enfermería relacionados con el Prolapso de Ileostomía.

DOMINIO	CLASE	CÓDIGO	DIAGNÓSTICO
Dominio 11: Seguridad	Clase 2: Lesión física, lesión o daño corporal.	00046	Deterioro de la integridad cutánea (en zona periestomal)
		00044	Deterioro de la integridad tisular relacionado con prolapso de ileostomía.
Dominio 2: Nutrición	Clase 5: Hidratación	00025	Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con cirugía abdominal: ileostomía.

3. PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Objetivos:

- Mantener el equilibrio hidroelectrolítico.
- Favorecer la restauración de la integridad cutánea.
- Favorecer la integridad tisular en la porción de intestino prolapsado.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

Diagnósticos de Enfermería	Intervenciones (NIC)	
Deterioro de la integridad cutánea (en zona periestomal)	Código	Acciones de Enfermería
	3584	<p>1. Cuidados de la piel. Cuidados de la ileostomía.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar higiene de la zona periestomal sólo con agua. Con toques suaves, evitando la fricción. • Antes de colocar la bolsa colectora, emplear protector cutáneo. • Vaciar el contenido de la bolsa colectora cada vez que sea necesario.
	6650	<p>2. Vigilancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las características de la lesión, identificar la causa, hacer un seguimiento de la extensión y el grado de profundidad. • Vigilar el dispositivo colector, comprobando que no haya fugas. • En las dermatitis de primer grado se limpiara la zona, dejaremos secar y a continuación pasta barrera. En las dermatitis de segundo grado se deben utilizar apósitos y pomadas hidrocoloides.

Diagnóstico de Enfermería	Intervenciones (NIC)	
	Código	Acciones de Enfermería
Deterioro de la integridad tisular relacionado con prolapso de ileostomía.	0490	1. Manejo del prolapso: <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el grado del prolapso y la funcionabilidad del estoma. • Colocar al paciente en decúbito supino, realizar maniobras de reducción del prolapso. • Comunicar al Cirujano en caso no se logre reducir el prolapso. • Cubrir el intestino prolapsado con gasas humedecidas con solución fisiológica, para evitar la resequedad del tejido. • Preparar para la cirugía. Mantener en NPO, Administrar premedicación prescrita.

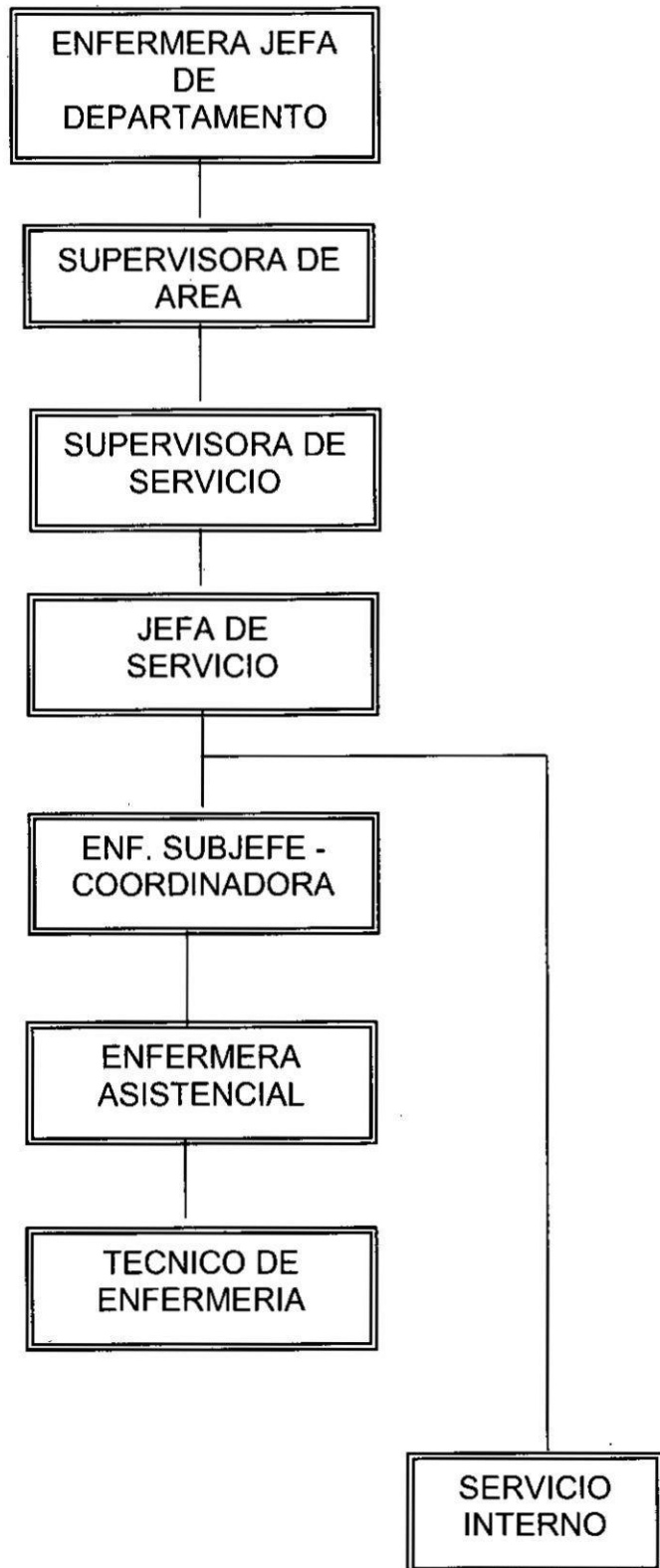
Diagnósticos de Enfermería		Intervenciones (NIC)	
Riesgo	de	Código	Acciones de Enfermería
desequilibrio	de	6680	1. Monitorización de signos vitales: <ul style="list-style-type: none"> • CFV C/4 h. FC: 102 X' FR: 32 X' PA: 81/47 mmHg. Sat 02: 100%. T° 37 °C.
volumen	de		
líquidos	de		
relacionado con	con	2080	2. Manejo de líquidos y electrolitos: <ul style="list-style-type: none"> • Contar con una vía periférica en óptimas condiciones. • Mantener hidratación prescrita: Dextrosa al 5 % 1000 cc + Nacl 20% cc, a 15 cc/h. • Mantener BHE.
cirugía abdominal:		6650	3. Vigilancia: <ul style="list-style-type: none"> • Observar características de los líquidos eliminados por la SNG. Medir volumen. • Medir Volumen de la eliminación por Ileostomía. • Reponer pérdidas anormales. • Comunicar oportunamente al cirujano.
ileostomía.			

5. EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de Enfermería	Evaluación (NOC)	
	Código	Parámetros Observados
Deterioro de la integridad cutánea (en zona periestomal)	1101	1. Integridad Tisular: <ul style="list-style-type: none"> • Se observa que lesiones dérmicas no aumentan, existe leve mejoría
Deterioro de la integridad tisular relacionado con prolapso de ileostomía	1101	1. Integridad Tisular: <ul style="list-style-type: none"> • Tejido prolapsado de características normales: tejido rosado, tibio, húmedo. No signos de necrosis tisular.
	0422	2. Perfusión Tisular
	1615	3. Autocuidado de la ostomía: <ul style="list-style-type: none"> • Se observa que el familiar demuestra un correcto manejo de la lleostomía.
Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con cirugía abdominal: ileostomía.	060	1. Equilibrio Hídrico: <ul style="list-style-type: none"> • Paciente presenta piel tibia, llenado capilar menor de dos segundos, piel húmeda. • Adecuado flujo urinario. • Funciones Vitales dentro de valores normales.

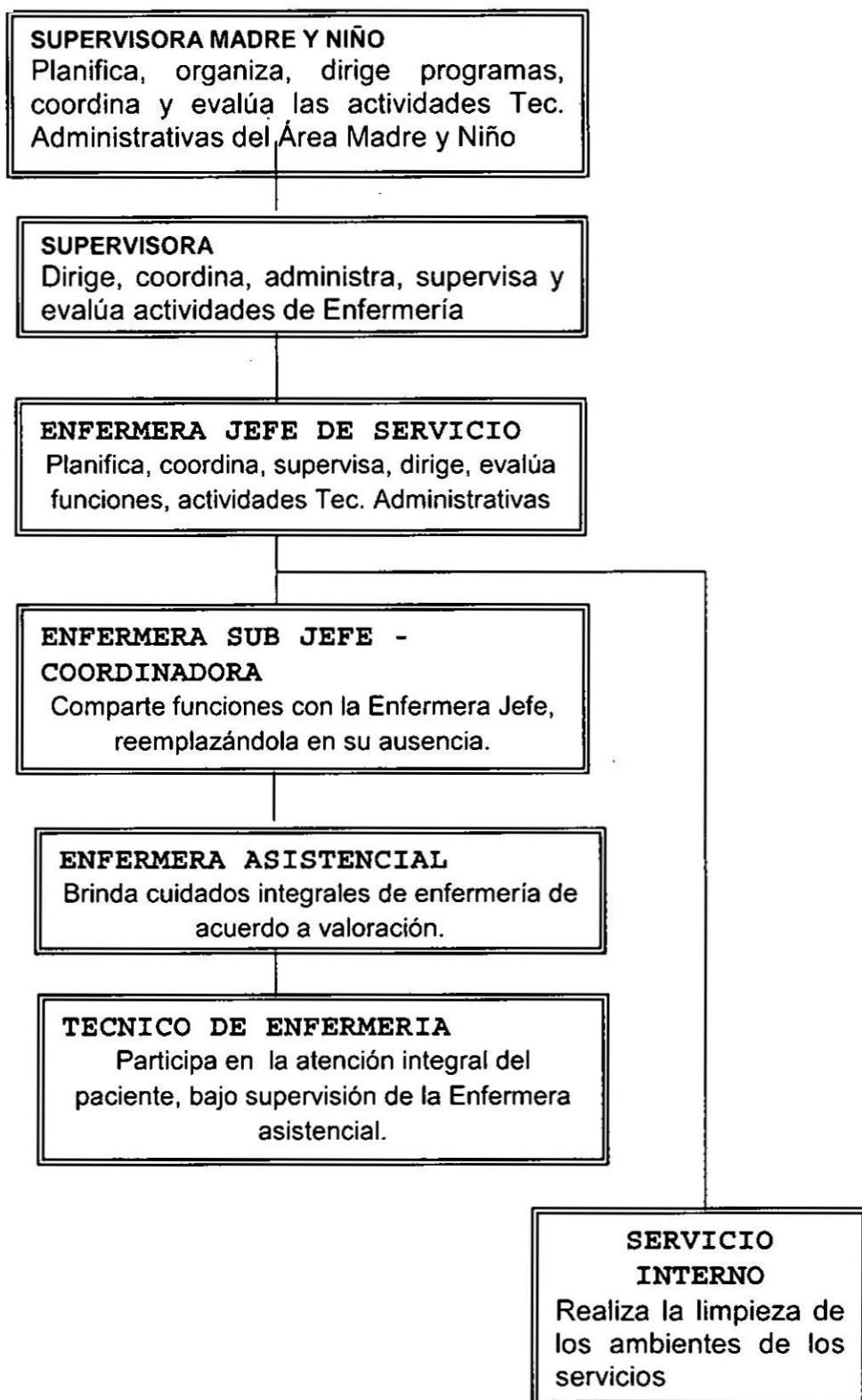
ANEXO N° 05

“ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA”



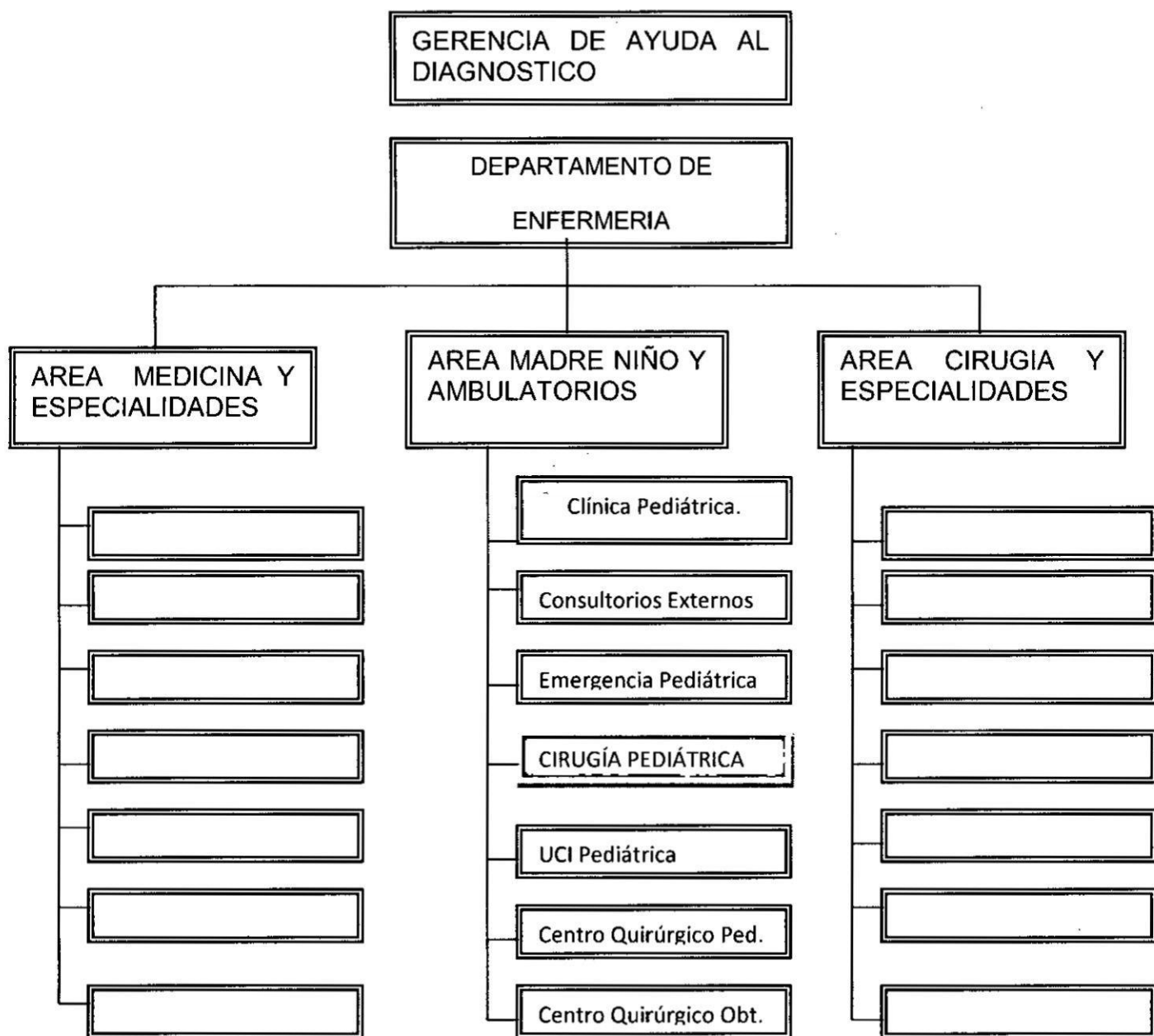
ANEXO N°06

**“ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE ENFERMERÍA DEL
SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA”**



ANEXO N° 07

“ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA”



ANEXO N° 08

“FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES CON OSTOMÍAS INTESTINALES DE ELIMINACIÓN EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA PEDIÁTRICA”

Realizando limpieza de la zona periestomal (Ileostomía). Gracias a los cuidados de Enfermería la piel permanece intacta.



Lactante de sexo femenino portadora de Ileostomía (izquierda) y colostomía prolapsada.

Lactante con dos ostomías: Colostomía (Derecha) e Ileostomía (Izquierda).



Lactante con colostomía (a doble boca) retraída.

Lactante con colostomía a doble boca, en buenas condiciones.

