

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



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS
EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III JOSÉ
CAYETANO HEREDIA ESSALUD - PIURA, 2014 - 2016**

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

DALILA DEL CARMEN CRIOLLO MARTÍNEZ

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: 222

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

Resolución Decanato N° 1679-2017-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.....	1
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.Descripción de la situación problemática.....	3
1.2.Objetivo.....	5
1.3.Justificación.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1.Antecedentes.....	7
2.2.Marco conceptual.....	13
2.3.Definición de términos.....	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	36
3.1.Recolección de datos.....	36
3.2.Experiencia profesional.....	37
3.3.Procesos realizados en el tema del informe.....	39
IV. RESULTADOS.....	48
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. RECOMENDACIONES.....	55
VII. REFERENCIALES.....	56
ANEXOS.....	63

INTRODUCCIÓN

La colostomía es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) en la pared abdominal, para tratar por ejemplo un cáncer de colon o de ano. Así, el tránsito intestinal es derivado hacia el exterior y las materias fecales pueden llegar a una prótesis específica. Esta prótesis antiguamente se denominó ano artificial, aunque el único punto común con el ano es la posibilidad para el estoma de hacer pasar los excrementos. (1)

El presente informe laboral profesional denominado **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES COLOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL III “JOSÉ CAYETANO HEREDIA” ESSALUD - PIURA**, tiene como objetivo proporcionar una correcta asistencia e información del paciente colostomizado y concientizar la actividad profesional de enfermería en este grupo de pacientes sometidos a cirugía intestinal, que será 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 manejo de enfermería en el paciente colostomizado en el servicio de cirugía general donde trabajo actualmente.

Además se describe la experiencia laboral del profesional licenciado en la atención de Enfermería de estos pacientes.

El presente informe descriptivo identifica los problemas de la situación hospitalaria actual como: insuficientes recursos humanos, insuficiente material e insumos y personal poco motivado 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

En la actualidad, las condiciones y estilos de vida no saludables han provocado que las enfermedades de colon vayan en aumento, constituyendo un gran problema de salud a nivel mundial, que afecta tanto a hombres como a mujeres con predominio en la población adulta y anciana, aumentando la tasa de morbimortalidad. Entre las enfermedades de colon más prevalentes, el cáncer ocupa un lugar predominante; seguidas de patologías benignas como diverticulitis aguda, pólipos intestinales, enfermedades inflamatorias intestinales, obstrucción intestinal, traumatismos abdominales, entre otras. (2)

A nivel mundial la investigación ha demostrado que 120.000 individuos en Estados Unidos se someten anualmente a la cirugía para la creación de una ostomía con el fin de proporcionar un desvío fecal y 13.000 en Reino Unido. (3) En España se afirma que 1 de cada 1000 personas tiene un estoma. El reparto de porcentajes sería 75% de colostomías, 12% de ileostomías y 14% de urostomías. (4)

A Nivel latinoamericano en México, cada día aumenta el número de personas con ostomías, siendo las más frecuentes las colostomías en un 63%, seguidas de ileostomía 24%. Según reporte de la Asociación Colombiana de Ostomizados en el año 2008 muestra

un total de 421 ostomizados. En Chile, actualmente la incidencia de ostomizados se calcula en 1.200 y la prevalencia en 4.500. (5)

En Perú 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. (6)

A nivel local en el Hospital III Jose Cayetano Heredia Piura se ha reportado pacientes operados de ostomias de los cuales el 47% son varones y el 52% son mujeres, la principal causa para la realizacion de esta intervención quirurgica fue infección abdominal, como en el caso de abceso. En segundo lugar lesión al colon o al recto .

Por lo descrito anteriormente es necesario el trabajo conjunto entre los profesionales de la salud, y en especial la atención directa que debe brindar la enfermera en este tipo de pacientes a fin de estandarizar el trabajo mediante la Elaboración de Guías por cada servicio de Cirugía en donde se brinde atención a pacientes portadores de colostomía.

1.2 OBJETIVO

- Describir los Cuidados de enfermería en Pacientes colostomizados en el Servicio de Cirugía General del hospital III "José Cayetano Heredia" Piura 2014-2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe de experiencia laboral tiene por finalidad dar a conocer los Cuidados de Enfermería del paciente colostomizado 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 y mejorar la atención hospitalaria del paciente.

De la misma manera el presente informe se justifica:

A Nivel teórico: este presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de enfermería en pacientes colostomizados.

A Nivel Práctico; este informe beneficiará a los profesionales de enfermería, alumnos de pregrado, ya que nos permitirá elaborar estrategias que se pongan en práctica durante la atención directa con calidad y calidez humana a los pacientes colostomizados en el servicio de Cirugía General del Hospital III "José Cayetano Heredia".

A nivel social; El paciente colostomizado, una vez dado de alta se encuentra con una serie de problemas secundarios a la realización del estoma que podrían ser resueltos con una correcta intervención educativa tras el alta. Que le van a permitir incorporarse a sus actividades diarias con mayor aceptación.

Nivel Económico: la estancia hospitalaria en este tipo de pacientes incrementa los costos para la institución, siendo necesaria una correcta educación tanto al paciente como a la familia.

Al llevar a cabo este trabajo se pretende optimizar los cuidados de enfermería brindados a este tipo de pacientes, mejorando así sus condiciones de vida para incorporarse a la sociedad.

II. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- Bonill de las Nieves, Candela (2014)-España, en su estudio titulado “Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal durante el periodo mayo – junio 2014”. Cuyo Objetivo: describir las estrategias desarrolladas por personas portadoras de estomas digestivos para hacer frente a su situación. El método y material se realizó un estudio cualitativo de carácter descriptivo. Población y muestra con 21 personas ostomizadas residentes en las provincias de Málaga y Granada (España). Resultados: tras el análisis del contenido se obtuvieron tres categorías en torno a las cuales se desarrollaban las distintas estrategias: Autocuidados, Adaptación al cambio corporal y Autoayuda. Conclusiones: las estrategias desarrolladas están enfocadas a conseguir un manejo efectivo del estoma, quedando vinculadas estrechamente a la consecución de la autonomía. Conocer cuáles son las estrategias puestas en marcha se hace indispensable para ofrecer como profesionales de enfermería unos cuidados de calidad centrados en las personas y su proceso.

- De Frutos Muñoz, Rocío, Solís 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.

- López Madrid, Ana (2014) España En su estudio titulado “Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente colostomizado durante el periodo mayo 2014”. Cuyo objetivo fue describir los cuidados más frecuentes en el estoma y en la piel periestomal. Método: 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.
- Paredes Haro, Jessica Eliana (2015) Ecuador En su estudio titulado “manejo de paciente con ostomía en el área de cirugía del hospital del iess de santo domingo de los tsáchilas periodo mayo a octubre deL 2015” Cuyo objetivo: Diseñar una Guía de Cuidados de Enfermería para pacientes ostomizados en el servicio de Cirugía del hospital IESS Santo Domingo de los Tsáchilas Método: Deductivo - Inductivo y Analítico – sintético. 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 tabulo 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. Conclusión: 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.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- Lobato Jeri, Carlos (2014) Lima. En su estudio titulado "Características clinicoquirúrgicas de pacientes de 75 años o más sometidos a colostomía por el servicio de cirugía de colon, recto y ano del hospital nacional edgardo rebagliati martins en el periodo 2013 – 2014" Cuyo objetivo: Determinar las características clinicoquirúrgicas de los pacientes de edad mayor o igual a 75 años colostomizados por el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período enero 2013 – diciembre 2014.

Método y Materiales: Estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisó las historias clínicas del servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014. La población de estudio estuvo constituida por 38 pacientes con edades de 75 años o más, sometidos a Colostomía según los criterios de inclusión y exclusión

establecidos, Los datos se ingresaron en una base de SPSS para su análisis.

Resultados: La edad media fue de 81.37 años. 63.2 % de pacientes tuvo de 75 a 80 años; 21.1 %, de 81 a 90 y 15.8 %, más de 90 años. 73.7 % era de sexo femenino. 81.3 % tenía Hipertensión arterial; 18.8 %, Diabetes mellitus 2; igual que Enfermedad renal crónica. 43.8 % había sido operado previamente en Abdomen o Pelvis y 62.5 % tenía una clasificación ASA III o IV. 42.11 % de pacientes fue colostomizado por Cáncer colorrectoanal irresecable, única causa de Obstrucción intestinal en estos pacientes; mientras que el 21.05 %, como parte de una Resección abdominoperineal. El 68.42 % de Colostomías fue definitiva y el 52.63 %, terminal. 52.63 % de pacientes presentó complicaciones postoperatorias: Shock séptico (15.79 %), Infección de sitio operatorio (10.53 %), Necrosis colostómica (5.26 %), Abscesos intraabdominales (5.26 %) y otras (15.79 %). El 52.63 % de complicados se distribuyó, según grupo etario: 26.32 %, 10.53 % y 15.79 % para los grupos de 75–80, 81 – 90, y más de 90 años, mientras que el 47.37 % sin complicaciones, en 36.84 %, 10.53 % y 0 %, respectivamente.

Los pacientes que tenían una clasificación ASA III o IV se complicaron el doble que los que no la tenían.

Conclusión: El paciente mayor o igual de 75 años, operado de colostomía, es, en su mayoría, del grupo etario de 75 a 80 años, de sexo femenino, operado de obstrucción intestinal por Cáncer colorrectoanal irresecable, con Colostomía definitiva, terminal, con alto riesgo de complicarse, probablemente en relación a una elevada clasificación ASA.

- Palomino Grados, Gladys (2014) Lima. En su estudio titulado "Conocimiento del paciente ostomizado sobre el proceso de recuperación post-operatorio en la clínica del insituto nacional de enfermedades neoplasicas". 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.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

ESTOMA:

La palabra estoma es de origen griego y significa “boca” o “apertura”. Una 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. (7).

Una PERSONA OSTOMIZADA 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. (8) Esta persona ve afectada y disminuida su calidad de vida. Se producen cambios en sus hábitos higiénicos, en sus hábitos alimenticios, en el modo de vestir, en sus relaciones sociales y en el modo de vivir la sexualidad. (9)

Para una mejor adaptación de estos pacientes, es necesario la figura del ESTOMATERAPEUTA, que se define como un profesional de la Enfermería que tiene el conocimiento, la formación y las habilidades específicas para la vigilancia y el cuidado de estas personas, así como para la enseñanza a los pacientes, los cuales necesitan instrucciones específicas que le permitan sentirse seguro y confiado sobre el contexto en el que está incrustado el conocimiento.

El estomaterapeuta pertenece a un grupo multidisciplinar de profesionales, por ello ha de estar pendiente del paciente al cual se le va a realizar un estoma, antes, durante y después de la intervención. (10)

Características del estoma

Una estoma digestiva no es una herida, es mucosa intestinal. (11) Se realiza a partir de un segmento del intestino, por lo que es de color rojizo o rosado y está húmedo al tacto. Lo podríamos comparar con el interior de la boca para explicárselo a un paciente. No hay inervación sensorial al estoma, por lo que las sensaciones, como es el dolor, no pueden ser sentidas. Esto significa que hay que tener cuidado con los daños accidentales en el manejo del estoma, ya que no serán notados hasta el próximo cambio de dispositivo.(12)

En el postoperatorio inicial un edema leve o moderado es normal y el estoma puede tener un ligero sangrado debido a la alta vascularización de la zona. (13)

Suelen tener 30-35mm de diámetro y lo ideal es que estén elevados sobre la superficie de la piel unos 5mm. Tiene que tener la misma temperatura que el resto del abdomen; esto se comprueba tocando el estoma a través del dispositivo. (14)

La COLOSTOMÍA es 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. Por lo tanto, no es una enfermedad, sino que es un cambio en la anatomía. (14)

La realización de una colostomía implica la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales, lo que requiere un adecuado entrenamiento del paciente para desempeñar los cuidados adecuados de su colostomía. (15)

Indicaciones para colostomía

Una enfermedad, lesión o un defecto congénito puede alterar o deteriorar la función gastrointestinal. Si el manejo médico no puede resolver la alteración o restaurar la función, el paciente puede necesitar cirugía para evitar o eliminar el daño. Esto puede conducir a la creación de una colostomía. (16)

Las causas más comunes para la formación de una colostomía con fines terapéuticos son: cáncer de colon, cáncer rectal, cáncer anal, colitis

— ulcerosa, enfermedad de Crohn, traumatismo ano-rectal, reparación del esfínter, incontinencia fecal, malformación congénita, enfermedad diverticular, derivación de las heces al exterior como parte de un tratamiento, en sepsis por dehiscencias de sutura y pelviana, enfermedad inflamatoria intestinal, fístula recto-vaginal, poliposis colónica familiar y enterocolitis necrotizante.(17) Es necesario saber qué tipo de paciente vamos a recibir y el tipo de colostomía que se le va a realizar. (18)

TIPOS DE COLOSTOMIA

Hay varios tipos de colostomías. Según la porción de colon que esté involucrado distinguimos:

COLOSTOMÍA ASCENDENTE: se encuentra en la parte derecha del abdomen y se forma a partir del colon ascendente. Las heces suelen ser líquidas o semilíquidas, muy frecuentemente y contienen enzimas digestivas de gran acidez que pueden irritar la piel.

COLOSTOMÍA TRANSVERSA: localizada en la parte central del abdomen y se forma a partir del colon transversal. Produce unas heces semilíquidas o semisólidas, evacuación semifrecuente y con pocas enzimas digestivas.

COLOSTOMÍA DESCENDENTE: se encuentra en la parte izquierda del abdomen y se forma a partir del colon descendente. Las heces en este tramo son semisólidas o sólidas porque la mayor parte del agua ha sido reabsorbida en este punto, y su evacuación menos frecuente. (19)

COLOSTOMÍA SIGMOIDE: se encuentra en la parte izquierda del abdomen, se forma a partir del colon sigmoide y las heces en este lugar son sólidas. (20)

Según el tiempo que la portan los pacientes (dependen del problema o enfermedad):

COLOSTOMÍA TEMPORAL: si el proceso de la enfermedad se puede resolver sin la irritación constante de las heces o si se quiere hacer una descompresión temporal del intestino. (21) Generalmente son colostomías en asa, en las que un asa del intestino se evoca al exterior a través de la pared abdominal. El intestino es parcialmente dividido y ambas partes se suturan a la pared. Un extremo es proximal, por el cual pasan las heces; y el otro extremo es el distal, por el que no pasa nada o pequeñas cantidades de moco. Pueden servir para descomprimir una obstrucción y liberar gas, o para desviar la corriente fecal. Este tipo requiere una cirugía adicional para revertirla o cerrarla, por lo que los pacientes pueden reanudar el paso de flatos y heces por el ano. (22)

COLOSTOMÍA DEFINITIVA: se realizan de forma más común para tratar una obstrucción en el colon sigmoide que haya sido causada por una lesión maligna. También puede estar indicada en enfermedades como el cáncer, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa o un traumatismo accidental. Generalmente son colostomías terminales, que se forman cuando el extremo del intestino se evoca al exterior a través de la pared abdominal y se cose con suturas absorbibles, las cuales se disuelven a

las seis u ocho semanas. Se realizan cuando la anastomosis no es posible. Por lo general se localizan en el cuadrante inferior izquierdo.(23)

COMPLICACIONES DE LAS COLOSTOMÍAS

La colostomía es una técnica sencilla de realizar, pero a pesar de esto, un 40% de las complicaciones de ésta son secundarias a un defecto en la técnica. Por esto, el personal de enfermería tiene como principal objetivo evitarlas.(24)

2.4.1 Complicaciones en el postoperatorio inmediato:

Edema: normalmente es debido al propio trauma de la intervención. Se produce cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal. Este edema puede producir obstrucción intestinal.(25)

Cuidados de enfermería: utilización de dispositivos transparentes para ver la evolución de la intervención los primeros días, utilización de dispositivos alrededor del estoma pero sin presionarlo para evitar ulceraciones, observación diaria del tamaño y color. También se pueden colocar compresas de suero salino fisiológico frío o con azúcar granulado para realizar terapia osmótica.(25)

Hemorragia: complicación poco frecuente (2-3%) y aparece tras la intervención por culpa de la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso. Los pólipos también pueden conducir al sangrado del estoma, al igual que los problemas más graves, como malignidad. Suele

remitir de forma espontánea haciendo presión sobre el vaso sangrante o suturándolo.(25)

Cuidados de enfermería: registrar el momento del sangrado, intensidad y volumen. Si la hemorragia es enterocutánea se realizará hemostasia local o compresión. Si la hemorragia es de la mucosa, se ha de aplicar frío o una compresa con adrenalina, mientras que si es arterial, se ha de hacer sutura superficial. Las pequeñas áreas de hemorragia pueden ser ligeramente cauterizadas con lápices hemostáticos o con palos de nitrato de plata. Si la hemorragia es por problemas de coagulación, requerirá tratamiento médico específico. (25)

Infeción: complicación frecuente que aumenta cuando la intervención se realiza de urgencias, ya que las condiciones del paciente suelen ser peores. Con la infección aparece dolor en la zona, inflamación, supuración y en algunas ocasiones fiebre.(25)

Cuidados de enfermería: cuando aparecen los primeros síntomas o molestias, hay que controlar la zona afectada y registrar los cambios que se han producido en la colostomía. Si el absceso es mucocutáneo requiere curas locales, es decir, se han de retirar algunos puntos de sutura para drenar el contenido purulento, se han de hacer lavados con suero fisiológico y antiséptico, y los esfacelos se tienen que recortar. El área infectada suele curar por segunda intención. Hay que usar dispositivos de dos piezas para mantener las curas. (25)

Isquemia o necrosis: es generalmente causada por desvascularización, o tensión excesiva que causa la retracción. (26) Es fácil de reconocer por el color morado azulado o grisáceo oscuro que adopta el estoma. Si es superficial, con retirar algún punto de sutura suele ser suficiente, pero si se compromete el colon en su porción interior habrá que pasar nuevamente por quirófano. (27)

Cuidados de enfermería: observar, controlar y registrar la zona afectada durante las primeras horas, para ello utilizaremos dispositivos transparentes. (29)

Complicaciones en el postoperatorio tardío:

Estenosis: reducción del diámetro de la luz del estoma, de tal forma que impide la salida de las heces, así como la posibilidad de realizar un tacto por él. Si la estenosis es de gran magnitud y produce suboclusión, hay que volver a la cirugía.(29).

Actuación de enfermería: aconsejar una dieta rica en fibra para que las heces sean más pastosas y fáciles de eliminar. Si la estenosis es parcial, realizar dilataciones digitales. También es aconsejable realizar irrigaciones periódicas. (29)

Retracción del estoma: en este caso, el estoma es retraído hacia el abdomen en vez de ser mínimamente elevado por encima de la piel.

cuidados de enfermería: controlar el color de la mucosa de estoma (color correcto rosa o rojizo), medición de la boca con guías milimetradas para conseguir la adaptación del dispositivo a utilizar. Una aplicación

convexa puede ayudar, ya que su forma de cúpula empuja dentro del abdomen alrededor del estoma y hace que éste sobresalga.

Prolapso del estoma: es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo. Se produce por una mala fijación del colon a la piel y suele aparecer de una forma progresiva, siendo de unos 15-20 cm. Esto puede reducir la capacidad del dispositivo de colostomía para recoger las heces. A veces el estoma puede volver a su posición, pero en otras puede estar indicada la cirugía para eliminar este problema.

Cuidados de enfermería: vigilar el crecimiento del prolapso, color, úlceras y signos de isquemia. Si es posible, realizar maniobras de reintroducción mediante masajes. Colocar gasas con suero fisiológico para evitar úlceras.

Hernia de la pared abdominal: hinchazón del abdomen alrededor del estoma. Esto es generalmente antiestético e incómodo, ya que impide la correcta colocación de los dispositivos, pero no siempre requiere la intervención quirúrgica. Se produce por hipertensión abdominal, bronquitis, obesidad y estreñimiento. (30)

cuidados de enfermería: descartar la oclusión intestinal. Evitar los esfuerzos y utilizar placas lo más flexibles posible. También se pueden utilizar fajas y cinturones especiales que compriman las hernias pero no al estoma. Si la hernia produce problemas físicos o psicológicos valorar tratamiento quirúrgico. (30)

Otras complicaciones:

Alergias: Una respuesta alérgica se produce cuando el sistema inmune del cuerpo reacciona de manera exagerada a una sustancia. Una alergia a un dispositivo de colostomía, o un accesorio de estoma es muy raro. El porcentaje de una verdadera alergia a productos para el estoma es sólo el 0,6%, pero se puede afirmar que ocurre. (31)

Actuación de enfermería: es fácil reconocer las alergias a estos dispositivos, ya que habrá un área de la piel inflamada con la forma y el tamaño exactamente igual al dispositivo. Para resolver este problema habrá que dejar de usar el material utilizado que lo ha provocado y sustituirlo por otro. (32)

Granulomas: aparecen en la unión mucocutánea del borde del estoma y la piel adyacente y tienen una apariencia similar a la coliflor. Los bultos son generalmente de color rojo y sangran fácilmente al tacto. La causa de esta complicación es un traumatismo, el cual puede ser debido a que las heces toquen la piel o por un dispositivo mal ajustado en el área.(33)

Actuación de enfermería: en estos caso se utiliza el nitrato de plata, ya que es muy eficaz para reducir el tamaño del granuloma y, eventualmente, para eliminarlo por completo. Sin embargo, el nitrato de plata debe de ser utilizado con precaución (sólo dos o tres veces a la semana).(33)

Separación mucocutánea: es posible que la unión entre la piel y el intestino se rompa. Ocurre en diversos grados, pero sobretodo de manera

superficial. La causa de este problema puede ser una infección o tensión en las suturas.

Actuación de enfermería: la mejor opción en estos casos es administrar polvos o pasta protectora en el hueco entre la piel y el estoma.

Marcaje del estoma

La gestión de la piel periestomal comienza en el preoperatorio. Es de suma importancia la selección del sitio del estoma, ya que este procedimiento tiene relación directa con la rehabilitación psicológica y física del paciente. La principal función del marcaje del estoma es la reducción de complicaciones. Entre ellas se encuentran la irritación de la piel y la mala adaptación del paciente.(33)

La enfermera evaluará el abdomen del paciente mientras éste está de pie, sentado y acostado, y a continuación marcará el sitio recomendado para la realización de la colostomía. La enfermera ha de guiarse por una serie de recomendaciones:

1. La apertura del estoma debe ser creado a través del músculo recto del abdomen para minimizar el prolapso y la hernia, y en la parte más prominente para facilitar la visibilidad del paciente. Aunque hay que tener en cuenta que si es demasiado alta, el paciente no podrá ocultar el dispositivo con la ropa.
2. El estoma debe estar lo suficientemente lejos de la incisión quirúrgica y de otros estomas, fístulas o áreas de drenaje, para minimizar la

contaminación bacteriana y proporcionar un área de superficie amplia para la bolsa.

3. Debe ser construido a una cierta distancia del ombligo, cicatrices y otras superficies irregulares, de modo que el área de la bolsa sea lisa y nivelada, minimizando así el escurrimiento y las fugas.

Deben evitarse las prominencias óseas. La cresta ilíaca puede topar con la bolsa cuando la pierna se mueve, y el margen costal puede llegar a ser molesto cuando el paciente se reclina.

5. Evitar la piel que ha sido o será irradiada.

6. El uso de dispositivos ortopédicos, incluyendo los apoyos y sillas de ruedas, también pueden ser considerados antes de sitio selección.

7. Un círculo de 3,5 cm de piel lisa, intacta alrededor del estoma permitirá la adhesión segura de la mayoría de los sistemas de bolsas de colostomía.

Por lo tanto, la determinación del sitio óptimo para la colostomía puede ayudar a reducir los problemas postoperatorios como una fuga, la necesidad de bolsas personalizadas, irritación de la piel, el dolor y las preocupaciones acerca de la ropa.(34)

DIETA DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO:

Después de la formación de la colostomía, el paciente recibirá líquidos y nutrición a través de una infusión intravenosa que continuará hasta que se escuche sonidos intestinales y aparezcan flatos en la bolsa del estoma.

Una vez que los sonidos intestinales se escuchen y se observen flatos en

la bolsa, al paciente se le permite a cada hora tomar pequeñas cantidades de líquido para asegurarnos de que no vomita. Si esto se tolera, en las siguientes 24 horas se le facilitarán alimentos, tales como sopa y helado. Después de esto, el paciente pasa a una dieta ligera, seguida de una dieta normal.

Muchos pacientes muestran preocupación con la dieta que han de seguir el resto de su vida tras la salida del hospital. Los pacientes creen que la dieta debe ser cambiada por completo o que se centra en reducir la producción fecal y por ello solicitan una hoja de dieta, pero esto no es necesario. La enfermera tiene que discutir con el paciente su ingesta nutricional habitual y proporcionar directrices o consejos para mejorar esta ingesta nutricional.

La verdad es que no hay reglas dietéticas para ostomizados, ya que cada individuo responde de manera diferente. La mayoría de los pacientes pueden ser animados a seguir una dieta normal, sana y equilibrada. Una dieta equilibrada es aquella que contiene todos los tipos de alimentos: carbohidratos, frutas y verduras, proteínas, productos lácteos, grasas y azúcares. Sin embargo, los pacientes deben ser conscientes de que ciertos aspectos de la dieta pueden o podrían causar problemas de estreñimiento, diarrea o flatulencia.(35)

Los pacientes colostomizados tienen acciones intestinales que varían desde tres veces al día hasta tres veces a la semana. Depositar menos de tres veces a la semana se denomina estreñimiento, el cual se puede

prevenir aumentando la fibra en la dieta y la ingesta de líquidos. Sin embargo, depositar más de tres veces al día se denomina diarrea, la cual también se puede combatir modificando la dieta.

Por ello, tienen que tener en cuenta los siguientes alimentos:

Alimentos que pueden causar estreñimiento: hongos, fruta seca, maíz tierno, coco, naranja, nueces, palomitas de maíz, frutas y hortalizas de piel dura, apio, verduras chinas y guisantes.

Alimentos que pueden causar diarrea: bebidas alcohólicas, zumo de manzana, café, lácteos, verduras frondosas verdes, frijoles al horno, regaliz, chocolate, tomates, jugo de ciruela y alimentos condimentados.

Alimentos que producen flatulencias y olor: espárragos, manzanas, cerveza, repollo, brócoli, las coles de Bruselas, coliflor, pepino, huevos, alimentos grasos, cebollas, nabos, productos lácteos, chicles, bebidas carbonatadas y ajo.

Alimentos que ayudan al alivio del estreñimiento: frutas cocidas, verduras cocidas, frutas frescas, jugo de fruta, agua y copos de avena.

Alimentos que se ayudan a espesar la salida: patatas, arroz blanco, plátanos, compota de manzana, pan de mantequilla de maní suave, galletas de soda, gominolas y patatas fritas.

Alimentos que controlan el olor: perejil, jugo de arándano, yogur y jugo de naranja.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES:

La adaptación a una ostomía, es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado, tras un cambio importante en este caso, una pérdida de la imagen corporal perfecta. Una introducción positiva dentro de un clima de apoyo comienza con información e instrucción clara y simple, que a menudo requiere ser repetida y reforzada por el profesional de enfermería ya que le permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, que incluye sus valores, creencias, percepciones, emociones, permitiéndole realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que esta atravesando el paciente ostomizado.

IMAGEN CORPORAL:

La comunicación como estrategia de la promoción de la salud facilita la información del personal profesional para contribuir con el autocuidado y la rehabilitación, el intercambio de información y de representaciones (cultura y experiencias diferentes), cumpliendo su gran papel en identificar y propiciar las pautas para lograr las mejores condiciones de vida.

INDICADORES VERBALES: Expresión de sentimiento negativo sobre su cuerpo; expresión de sentimientos de desamparo o impotencia; rechazo a reconocer el cambio de estructura o de función de una parte del cuerpo.
(36).

INDICADORES NO VERBALES: Cambio de una función, cambio de una estructura, conducta de evitación para mirar o tocar una parte del cuerpo. (36).

ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD

Se anima al individuo a analizar lo que siente respecto de la sexualidad y el funcionamiento sexual. Algunos pacientes harán preguntas directas sobre la actividad sexual, en tanto que otros apenas dejarán asimilar sus temores. Algunos consideran que la cirugía los mutila y que constituye una amenaza para su sexualidad, algunos temen a la impotencia, otros se muestran preocupados por fugas y olores durante la actividad sexual. Si bien el dispositivo no es un impedimento para la actividad sexual algunas personas utilizan cubiertas de seda o algodón y bolsas más pequeñas durante el coito, se recomienda otras posiciones. La enfermera valora las necesidades del individuo y trata de identificar sus preocupaciones específicas. (37)

BASES TEORICAS

Para los profesionales de enfermería las teorías son una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática de los fenómenos, predictiva y explicativa que juntamente con los modelos permiten una visión general para enfocar o centrar nuestros pensamientos dando una orientación clara y explícita a las áreas de enfermería.

Las teorías y modelos de enfermería se aplican para facilitar la Práctica de enfermería en la investigación, educación, administración, práctica clínica. (38).

Siendo así existen teóricas que orientan más explícitamente el informe que estoy desarrollando:

a) DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”

Considera su teoría sobre el déficit del autocuidado, tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de la enfermería y que pueden ser ayudados a través de ella. Cuando aplicamos esta teoría dentro de la práctica clínica en el paciente colostomizado debemos considerar los siguientes pasos.

- Examinar los factores y problemas de salud.
- Obtener y analizar datos.
- Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al paciente.

Para Orem, existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería y son:

1. Universales, las que precisan todos los individuos para preservar su funcionamiento integral como persona humana.
2. De cuidados personales del desarrollo, surgen como resultado de los procesos del desarrollo.

3. De cuidados personales de los trastornos de salud, implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida, hábitos. Con este modelo el cuidado es intencionado, tiene objetivos específicos, que orienta a la persona a fomentar la independencia.

Para la implementación de estas actividades existen tres sistemas de compensación:

- Total, requiere que se Actue en lugar de el,
- Parcial ,solo requiere ayuda en actividades terapéuticas
- De apoyo educativo, cuando el paciente puede aprenderla forma de hacer su cuidado bajo ciertas intrucciones pero requiere ayuda emocional.

Considero esta teoría importante y relevante por que permite:

- Examinar los factores y problemas de salud que conllevaron al paciente a ser portador de colostomia ademas del deficit del autocuidado que tendria para manejar el mismo los cuidados.
- Obtener y analizar datos que nos permitan saber si el paciente puede realizar el autocuidado (edad, limitaciones físicas, neurológicas), valorar el conocimiento que tenga acerca de las colostomía, motivaciones que tenga para seguir adelante (familia, trabajo) a pesar de portar una colostomía, lo cual supondra la base para el proceso de intervención de enfermería.

- Diseña y planifica la forma de capacitar y animar al paciente y la familia para que participe activamente de las decisiones del autocuidado de su salud despues del acto quirúrgico, durante su estancia hospitalaria y al momento de su alta.
- Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del paciente portador de colostomia ya que para ellos o ellas es importante el actuar de enfermería no olvidando la mirada y el toque terapéutico

Las actividades del autocuidado se aprenden conforme el paciente colostomizado madura.

La familia no esta ajena a las intervecciones de enfermeria ya que son el soporte principal en los pacientes colostomizados principalmente cuando son dados de alta.

En los pacientes portadores de colostomia reconoceremos quienes requieren ayuda educativa, quienes requieran ayuda parcial o total, de ello depende nuestros cuidados y orientacion.

Los cuidados del paciente colostomizado tambien se orientan a través de las categorias que menciona Orem ya que necesitamos mantener ciertas funciones que permitan al paciente realizar sus propios cuidados, tiene que aceptar que es portador de una colostomia y que por tanto existen mecanismo que atraves de los cuidados de enfermeria le ayudarán a que el mismo preserve la salud, la vida y las consecuencias de dicha enfermedad, además de interactuar con la sociedad y la familia.

b) SOR CALLISTA ROY “MODELO DE ADAPTACIÓN”

El modelo de la hermana Callista Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano de adaptación.

Su teoría contiene cinco elementos esenciales: paciente, meta de la enfermería, salud, entorno y dirección de las actividades. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

1. Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
2. Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
3. Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: fisiológica, autoconcepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. (38)

Considero éste modelo importante y relevante por que:

El paciente es visto como un ser bio psico social en donde la enfermera determina cuales son las necesidades que estan causando problemas al paciente colostomizado ,valorando hasta que punto el paciente y la familia se esta adaptando,el enfermero identifica y busca fortalecer mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación, ya que el paciente colostomizado necesita estar preparado para enfrentar diferentes situaciones que se le presenten con su entorno durante su vida cotidiana, en el trabajo en su hogar, manteniendo el equilibrio entre dependencia e interdependencia, actuando con responsabilidad,y total normalidad lo que demuestra que acepto su enfermedad.

Las persona colostomizada requiere cuidado, especial e integral basado en la educación como sistema regulador que les ayude a enfrentar este proceso, principalmente durante la etapa postoperatoria y al momento de su alta, muchos de los pacientes no aceptan su nueva realidad y es allí donde el profesional de enfermería debe poner énfasis para que se enfrente con toda normalidad a su nuevo estilo de vida.

c) VIRGINIA HENDERSON: "14 NESECIDADES DEL SER HUMANO"

Discute la importancia de la independencia y de la interdependencia de la enfermería con respecto a las demás ramas de la asistencia sanitaria.

Afirma que para que una enfermera ejerza como una experta por derecho propio para que utilice el planteamiento científico para mejorar su ejercicio profesional, necesita un tipo de información adecuada.

Considero importante relacionar mi trabajo con dicha teoría ya que sus cuidados se basan teniendo en cuenta al ser humano de forma integral, dándole importancia al cuidado de enfermería en el paciente portador de colostomía por la necesidad de comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones a fin de brindarle los cuidados necesarios para que pueda superar su crisis emocional.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

COLOSTOMÍA: Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión. (39)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del

sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente. Cuando una persona se encuentra internada en un hospital. (40)

OSTOMIA: El término ostomía viene del vocablo latín ostium y del griego stoma que quieren decir boca, que es el orificio o abertura practicada a un órgano hueco para comunicarlo con el exterior, en cuyo caso el nombre resultante se compone del que corresponde al órgano a que se practica la abertura, seguido del sufijo ostomía (por ejemplo: gastrostomía), o bien para comunicarlo con otro órgano, en cuyo caso el término comienza con el nombre del órgano donde se ha practicado la abertura, seguido del nombre del órgano hacia donde aquél se ha derivado (por ejemplo: gastroduodenostomía).(41)

III EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCION DE DATOS:

Para la realización del presente Informe 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.
- Ingreso al Sistema de Gestión Hospitalaria – Intranet.
- Revisión Historias clínicas de pacientes ileostomizado.
- Datos que posteriormente han sido procesados en Excel los cuales se detallan en los graficos.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Mi experiencia laboral profesional la inicié con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), en el Centro de Salud de Matapalo, Distrito de Matapalo, Provincia de Zarumilla, Departamento de Tumbes, durante el 01 de mayo del 2000 al 31 de abril de 2001, Provincia de difícil acceso ya que solo había un ómnibus que salía de Matapalo a las 5 am. Y de Tumbes retornaba a la 1pm, época que permitió poner en práctica todos los conocimientos adquiridos durante el pre grado, tomando decisiones frente a distintas situaciones que se presentaron durante todo ese año, ya que tenía que ser las veces de médico técnico y enfermera a la vez que atendía y derivaba pacientes que requerían atenciones en otro nivel de complejidad.

Se realizaban salidas programadas juntamente con el médico y el técnico como trabajo de campo además de la atención a cualquier hora frente a una emergencia como por ejemplo mordedura de serpiente, cortes durante su labor agraria con machetes que era lo más común.

Las epidemias más comunes que se presentaron fueron el dengue y malaria por ser una zona semi tropical ceja lo que me permitió poner en práctica distintas estrategias a fin de evitar la mortalidad en el distrito con el equipo de salud que contaba el centro (médico enfermera y técnico) además del apoyo de los profesores del colegio, alcalde, y promotores de salud.

Trabajabamos cumpliendo metas instituciones en los distintos programas de atención.

Trabaje ademas en el Hospital de Sullana II del MINSA durante el 2001 terminado el SERUMS, rote por los servicios de sala de operaciones, ginecologia y medicina lo que me permitio ganar experiencia en el ámbito hospitalario como enfermera asistencial; posteriormente en junio del 2002 se presento la oportunidad de concursar a Essalud ganando una plaza remunerada a palzo indeterminado según ley 728 en el Hospital III Jose Cayetano Heredia Piura Cayetano Heredia Piura, recuerdo que la jefa de enfermeras en ese entoces la Lic Eda Lescano nos reunio a todas las que habiamos ganado plaza y nos pidio a cada una de nosotras que eligieramos el servicio en el que queriamos rotar según afinidad eligiendo primero rotar por el servicio de UCI –UCIN siendo la base para mi experiencia laboral profesional asistencial, por que me permitio ganar experiencia en el manejo del paciente crítico posteriormente rote por emergencia servicio que me permitio perder ciertos temores que tenía y fortalecer mi trabajola con mucha ética y sentido común en la toma de desiciones ya que llegaba todo tipo de pacientes debido a que es el único hospital de referencia de complejidad III en Piura y Tumbes, también rote por medicina, cirugia especialidades teniendo vivencias distintas por el tipo de pacientes(crónicos,operados).

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME:

ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE CIRUGIA 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, 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 comunes.

Ambiente de tópicos. 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 la 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.

Tópico del personal técnico.

Tópico de Enfermería: ubicada detrás de la estación de Enfermería. En ella se encuentran 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.

No contamos con Sala de Star de Enfermería. Cuarto de ropa sucia, situado al final del pasillo a la derecha en él está la ropa de cama

sucia. Ambiente lavachata, situado al frente de tópicos en él se limpia el material sucio y se guardan chatas, papagayos. Ambiente del ecógrafo, ubicada al costado de tópicos 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.

RECURSOS HUMANOS:

El Servicio de Cirugía General cuenta:

01 médico jefe de servicio, 17 facultativos quienes pasan visita médica, realizan cirugías, responden interconsultas, atienden consultorios externos y atención en emergencia, 6 residentes 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.

11 técnicos, 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 de ellas que el trabajo se realice con efectividad.

RECURSOS MATERIALES:

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, 03 Silla de ruedas, 03 camillas para traslado de pacientes, 04 balones de oxígeno, 01 aspirador de secreciones, 03 tensiómetros manuales, 10 termómetros de mercurio, 01 glucómetro, 06 bombas de perfusión parenteral (Terumo y Hospira), coche de paro equipado, 2 coches de curaciones equipados, 1 cama ginecológica.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO:

Apendicitis aguda y complicada, Colecistitis, coledocolitiasis, piocolecisto, neoplasia vías biliares y pancreas, tumores hepáticos, intestinales, Trauma abdominal y toraxica por proyectil y arma blanca, cáncer de colon, fistulas entero cutánea, estercoracea, biliocutánea, mamas supernumerarias, hernias umbilicales, inguinales, crurales, epigástricas, eventraciones.

CIRUGÍAS MÁS FRECUENTES EN EL SERVICIO:

Laparotomía, exploradora, Apendicectomía., Eventroplastia, Esplenectomía total o parcial, Gastrostomía, Yeyunostomía, Colectomía (quistes de colédoco, traumas, tumores), Exploración de Vías Biliares, Colostomía, Cierre de colostomía, Cirugía del reflujo gastroesofágico, Hernioplastias, Resección y anastomosis intestinal, Reparación de perforación de vísceras huecas intraabdominales, Exéresis de quistes y tumores de partes blandas, Incisión y drenaje de abscesos, Cecostomia, Derivaciones biliodigestivas .

En Julio del 2007 inicié mi trabajo profesional, ético y deontológico, en el servicio de cirugía general desempeñandome como:

- Enfermera asistencial brindando cuidados de enfermería a todo tipo de pacientes, todo esto me ha permitido fortalecer los conocimientos y tomar decisiones frente a distintas situaciones; adquiriendo y mejorando cada día las habilidades y destrezas en la atención del paciente durante el perioperatorio; en la actualidad alojamos pacientes de todas las especialidades a los cuales se les brinda atención directa eficaz y oportuna con sentido humanístico.

Durante este periodo los cuidados de enfermería en la cura de la colostomía donde nunca debemos olvidar la identificación del paciente, realizar lavado de las manos, verificar el estado de la colostomía, preparar el equipo y trasladarlo al lado del paciente, retirar la bolsa o cinturón, envolver la bolsa en un papel, al igual que el apósito que cubre el estoma, Lavar delicadamente el estoma utilizando soluciones acuosas en la frecuencia siguiente: solución salina, solución antiséptica y solución salina, sin frotar. Aplicar pomada u otra crema que impida la erupción de la piel alrededor del estoma, en caso que no utilice bolsa plástica, después de realizado el procedimiento acomodar al paciente y brindar apoyo emocional, posteriormente registrarlo en la historia clínica.

Las veces que he realizado irrigación de la colostomía siempre con el paciente sentado frente al servicio sanitario o sobre este colocar un reservorio 45 a 50 cm arriba del orificio (a la altura del hombro cuando el paciente esté sentado) para irrigación con 500 a 1500 mL de agua tibia y se le explica al paciente a medida que se va realizando, de manera que aprenda cómo hacerlo sin ayuda cuando el paciente lo haga sólo o con algún miembro de la familia ya que el propósito de irrigar la colostomía es sacar del colon gas, moco y heces de modo que el paciente pueda dedicarse a sus actividades sociales y de trabajo sin miedo al drenaje

fecal, sabemos por literatura que estoma abdominal no cuenta con control muscular voluntario y puede vaciarse a intervalos irregulares la regulacion del paso de materia fecal se logra irrigando la colostomia o permitiendo la evacuación intestinal de forma natural.

- Docente teórico-práctica en alumnos de pregrado en los cursos de Enfermería en Salud del Adulto y en el curso de Enfermería en Salud de la Mujer.
- Cordinadora del servicio en varios períodos por encargatura enfrentandome a distintos retos a fin de lograr objetivos a corto plazo elaore los palnes operativos anuales del servicio ya que me quedaba en la cordinacion en el mesde febrero epoca en que la jefatura solicitaba dichos planes. Integre el comité de capacitación del hospital organizando cursos de capacitacion para todo el personal del hospital notandose el poco interes de parte del personal durante el desarrollo de las capacitaciones.

ACTIVIDADES EXTRAS: APORTES E INNOVACIONES

- Actualizando el periódico mural mensual a cargo de una Licenciada,
- Realización del Plan Operativo Anual 2016
- Realización del 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.

Con respecto a Innovaciones Técnico-administrativas: durante el desarrollo de las clases de la especialidad nos actualizaron en la realización de las guías de enfermería para el servicio se elaboró una guía para manejo de estomas. Se solicitó incluir al petitorio de medicamentos cremas y lociones para aplicar en las lesiones que 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.

El caso que más me impacto fue el de una adolescente que la operaron de apencicectomía complicada con drenaje laminar que curso con evolución tórpida : Alza térmica,nauseas,vomitos de característica verdoso ,distención abdominal ,se le tuvo que colocar sonda nasogástrica eliminando aproximadamente 1500 cc de fluido verde bilioso ivan transcurriendo los días aparentemente tranquila pero aproximadamente al

decimo quinto dia se observa secreción de característica intestinal por el drenaje laminar lo que evidenció la presencia de una fístula colonocutánea que con el transcurrir de los días no mejoraba a pesar de la nutrición parenteral total que se le administro por prescripción medica. Posteriormente tuvo que ser reintervenida y termino con una colostomía temporal algo que fue traumático para la joven no sabia como afrontar esta situación se le brindo los cuidados de enfermería respectivos despues del post operatorio exitoso fue dado de alta y al cabo de seis meses regreso a internarse para la cirugía de restitución del transito intestinal que culminó con éxito hizo sus deposiciones con normalidad no distención abdominal, toleró dieta y decidieron darle de alta.

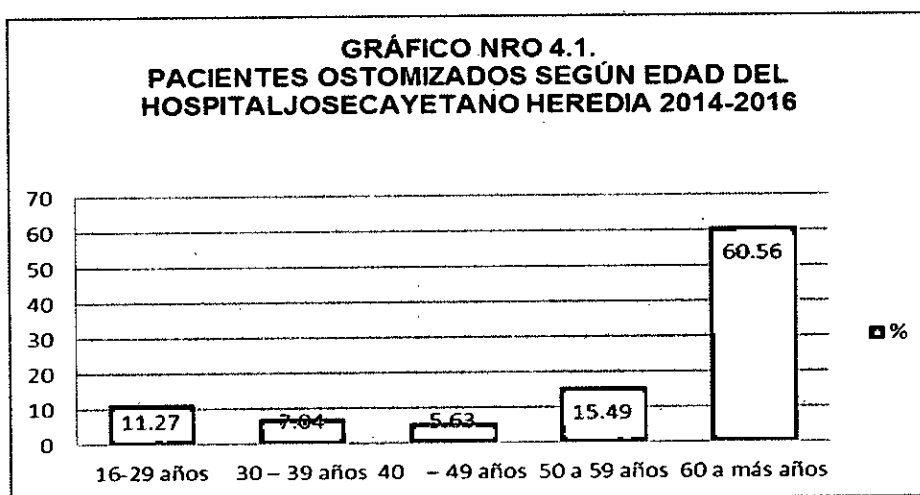
IV RESULTADOS

TABLA NRO 4.1.

PACIENTES OSTOMIZADOS SEGÚN EDAD DEL HOSPITAL JOSECAYETANO HEREDIA 2014-2016.

EDAD	Nro	%
16-29 años	8	11.27
30 – 39 años	5	7.04
40 – 49 años	4	5.63
50 a 59 años	11	15.49
60 a más años	43	60.56
TOTAL	71	100.00

Fuente: Unidad de Estadística HRCH-Piura (2016)



ANÁLISIS

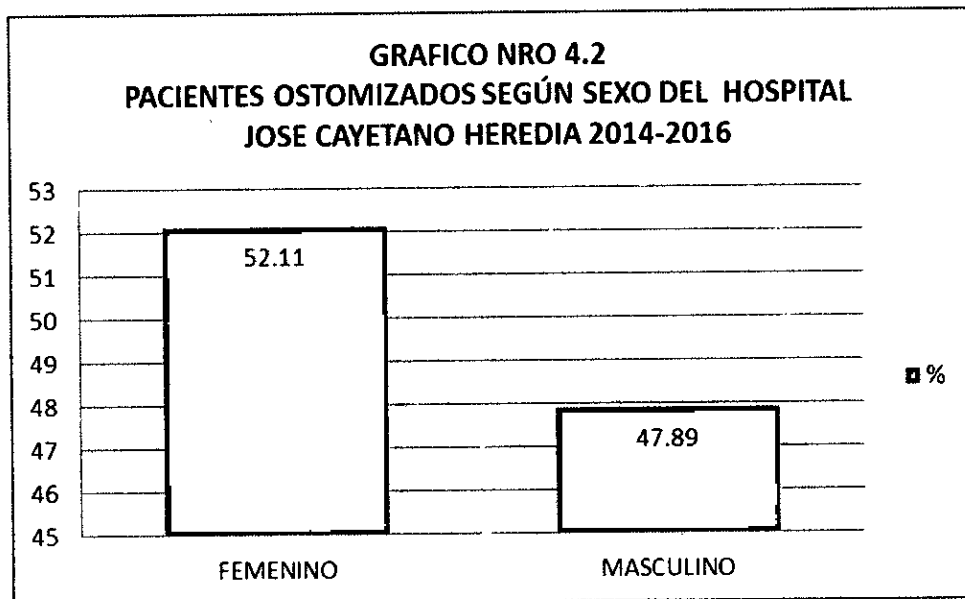
Según este cuadro se puede apreciar que el 60.56 % de los pacientes ostomizados corresponde al grupo etáreo de 60 años a más, seguido de un 15.49% que son de 50 a 59 años de edad, y el menor porcentaje que corresponde a pacientes de 40 a 49 años de edad con un 5.63%.

CUADRO NRO 4.2

PACIENTES OSTOMIZADOS SEGÚN SEXO DEL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA 2014-2016.

SEXO	Nro	%
FEMENINO	37	52.11
MASCULINO	34	47.89
TOTAL	71	100.00

Fuente: Unidad de Estadística HRIIJCH-Piura (2016)



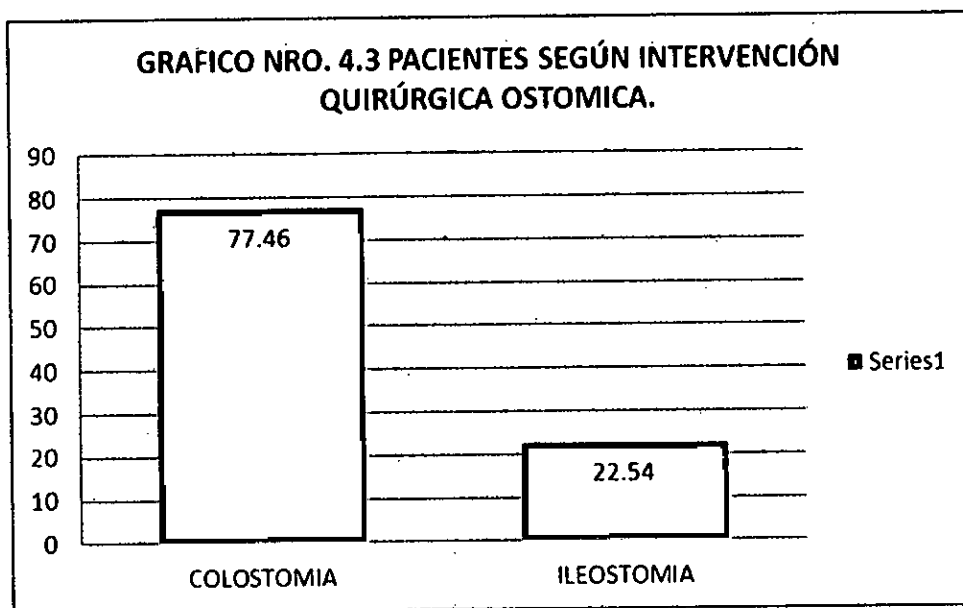
ANALISIS: Según el gráfico se puede deducir que el más alto porcentaje de paciente ostomizados corresponde al sexo masculino con un 52.11%.

CUADRO NRO. 4.3

PACIENTES SEGÚN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA OSTOMICA DEL HOSPITAL JOSE CAYETANO HEREDIA 2014-2016.

OSTOMIA	Nro	%
COLOSTOMIA	55	77.46
ILEOSTOMIA	16	22.54
TOTAL	71	100.00

Fuente: Unidad de Estadística HRIIIJCH-Piura (2016)



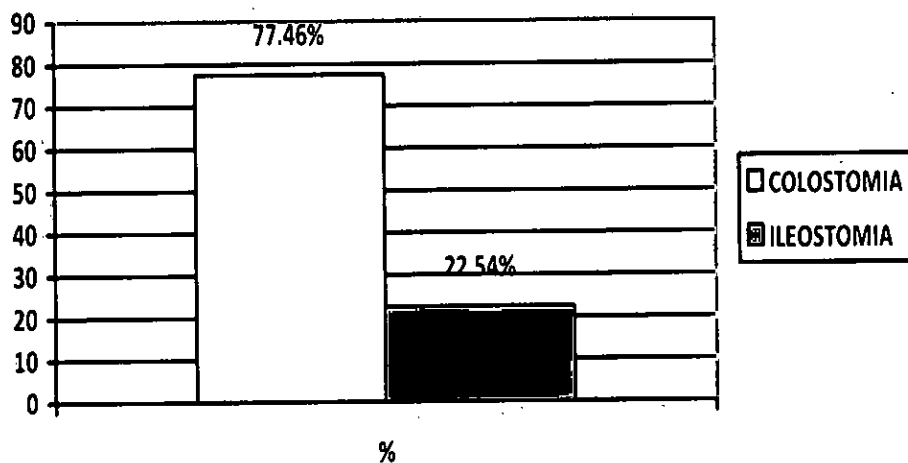
ANALISIS:Según el gráfico se desuce que el mayor porcentaje de pacientes según el tipo de intervencion quirúrgica es la colostomia con un 77.46%.

CUADRO NRO. 4.4

**EDUCACIÓN AL ALTA, SEGÚN EL NÚMERO DE PACIENTES
PACIENTES COLOSTOMIZADOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA
GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA 2014-2016.**

EDUCACIÓN AL ALTA	PACIENTES COLOSTOMIZADOS	
	N°	%
SI	25	45.45
NO	30	54.55
TOTAL	55	100.00

Pregunta encuesta HRIIIJCH Piura -2016



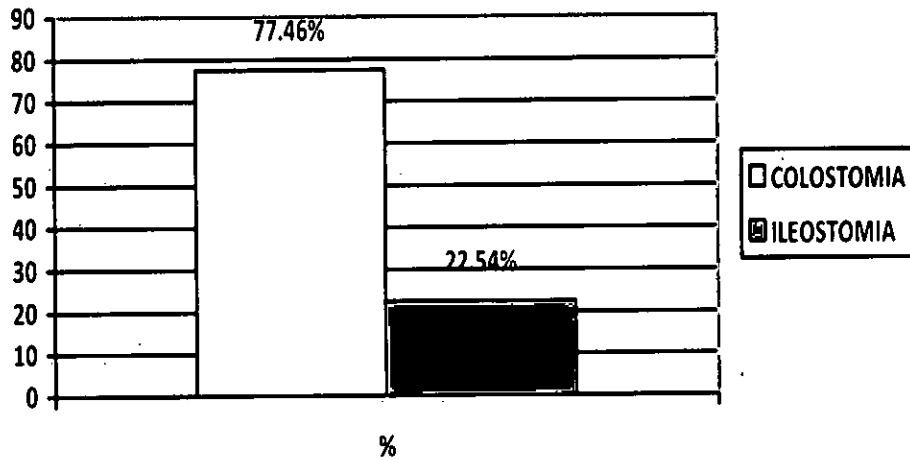
ANÁLISIS: Según el gráfico se deduce que los pacientes colostomizados no reciben educación al momento de su alta demostrándose un alto porcentaje que corresponde a 54.55 %, seguido de 45.45% que recibieron educación.

CUADRO NRO. 4.5

CAUSAS DE LA NO EDUCACIÓN AL PACIENTE COLOSTOMIZADOS SEGÚN EL NÚMERO DE ENFERMERAS DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA 2014-2016.

Causas de la no educación al paciente colostomizado según el número de enfermeras del Servicio de Cirugía General	N°	%
Sobrecarga Laboral	7	70.00
Falta de Conocimiento	0	0.00
Falta de interés del paciente y familiar	1	10.00
Falta de interés del personal de enfermería	3	30.00
TOTAL	11	100

Fuente: propia del investigador



ANÁLISIS: Según el gráfico podemos deducir que causa principal de la no educación por parte del personal profesional de enfermería al paciente colostomizado se debe a la sobrecarga laboral representado por un 70%.

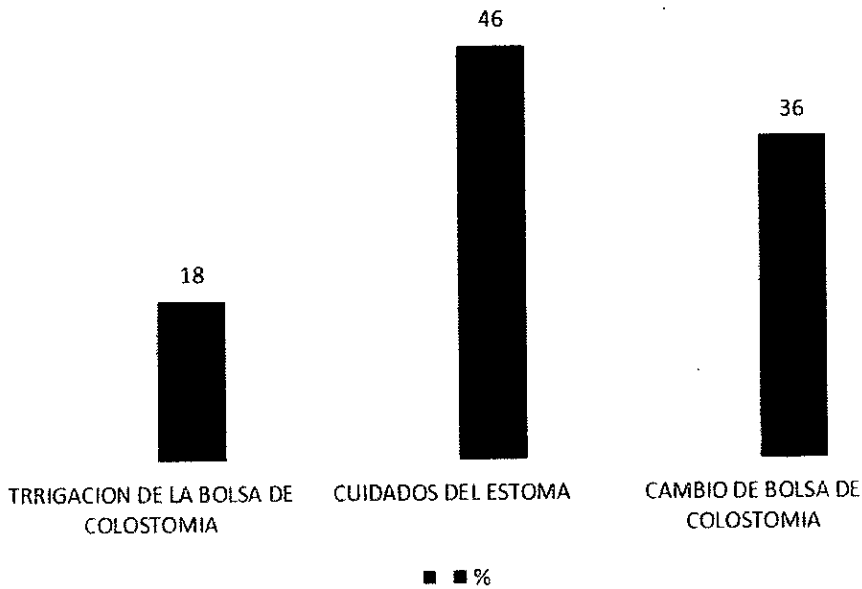
CUADRO NRO. 4.6

CUIDADOS DIRECTOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO. DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA 2014-2016.

CUIDADOS DIRECTOS	N	%
IRRIGACIÓN DE LA BOLSA DE COLOSTOMÍA	10	18
CUIDADOS DEL ESTOMA	25	46
CAMBIO DE BOLSA DE COLOSTOMÍA	20	36
TOTAL	55	100

Fuente: Elaboración propia del investigador

GRAFICO NRO. 4.6 CUIDADOS DIRECTOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO. DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL JOSÉ CAYETANO HEREDIA 2014-2016.



ANÁLISIS: Según el grafico se puede deducir que la relación entre la enfermera y paciente se da en el cuidado del estoma con un 46%.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional permite mejorar las relaciones enfermero-paciente demostrando trabajo con empatía; adquirir habilidades y destrezas mejorando la calidad del cuidado, proporcionando satisfacciones en todo momento, cristalizando así nuestros cuidados como una acción holística humana en el paciente colostomizados.
- b) Del total de pacientes según intervención quirúrgica ostomíca se deduce que el mayor porcentaje corresponde a la colostomía y que pertenecen al grupo etáreo de 65 años a más de sexo femenino.
- c) De las causas de la no educación de enfermería al paciente colostomizados podemos concluir que se debe a la sobrecarga laboral hecho que se demuestra por falta de recurso humano muchas de las veces una enfermera atiende más de 24 pacientes sin considerar situaciones críticas cuando un paciente cambia de grado de complejidad.
- d) El trabajo de las enfermeras a pesar de no dedicarle en tiempo necesario provoca emociones satisfactorias cuando un paciente portador de colostomía ya sea temporal o permanente con evidentes señales de estrés emocional logra aceptar, gracias a los cuidados de enfermería.
- e) Considero que las intervenciones de enfermería fueron insuficientes en el manejo del pacientes colostomizados por la demanda de pacientes.

VI. RECOMENDACIONES

a) Continuar con actualizaciones científicas en el cuidado de pacientes colostomizados a fin de brindar cuidados con calidad, calidez y sentido humano.

b) A los profesionales establecer estrategias multidisciplinarias que permitan captar pacientes en riesgo de adquirir enfermedades intestinales y trabajar con ellos para mejorar sus estilos de vida y disminuir los riesgos de terminar en colostomía.

c) A la institución y al servicio crear consultorios con profesionales especialistas en el manejo de pacientes colostomizados para que todo paciente que es dado de alta sea derivado para la educación respectiva.

VII. REFERENCIALES:

1. wikipedia. [Online].; 2016 [cited 2016 agosto 10. Available from:
HYPERLINK "https://es.wikipedia.org/wiki/Colostom%C3%ADa"
<https://es.wikipedia.org/wiki/Colostom%C3%ADa>
2. HierroJ AG. colostomias.cirugía digestiva. [Online].; 2009 [cited
2016 julio 14. Available from: HYPERLINK "www.sacd.org.ar"
www.sacd.org.ar .
3. Simomons KL SJBKLL. Adjustment to colostomy:stoma
acceptance, stoma care self - efficacy and interpersonal
relationships. In.: J Adv Nurs; 2007. p. 60,627
4. L. PB. Colostomias, técnicas. Prevalencia. Luzen la palabra. In.:
Argia; 2005. p. 5:9-11.
5. Conocimientos y Prácticas sobre el autocuidado en pacientes
colostomizados. tesis. Lima: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati
Martini, Lima; 2010
6. Plan estrategico 2006 - 2016. Lima: Ministerio de Salud.
7. Bradshaw E, Collins B. Managing a colostomy or ileostomy in
community nursing practice. Br J Community Nurs.
2008;13(11):514-518.
<http://search.proquest.com/docview/69747611?accountid=14555>.
8. Solanas Muñoz MP, Noguero Fernández MC. Protocolo de
enfermería ante un paciente ostomizado. Enferm Científ. 2001 jul-
ago(232-233):24-28.

9. Martín Muñoz B, Rojas Suárez L, González Navarro S, Panduro Jiménez R, Crespillo Díaz A. Estudio fenomenológico sobre el afrontamiento del cambio corporal del paciente ostomizado durante el postoperatorio mediato. Biblioteca Lascasas. 2008;4(2). <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/lascasas/documentos/lc0324.php>.
10. Santana JCB, Dutra BS, Tameirão MA, Silva PF, Moura IC, Campos ACV. O significado de ser colostomizado e participar de un programa de atendimento ostomizado [el significado de ser colostomizado y participar de un programa de atendimento al ostomizado]. Cogitare Enferm. 2010;15(4):631-638. <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20358/13519>.
11. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. Enferm Integral. 2012(99):12-16. <http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.
12. Burch J. Essential care for patients with stomas. Nurs Times. 2011;107(45):12-14.
13. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses / American Society of Perianesthesia Nurses. 1997;12(3):188-190. <http://search.proquest.com/docview/79107663?accountid=14555>.

14. Yu DH. Recent advances in colostomy care. *Patient Educ Couns*. 1995;26(1-3):349-352.
<http://search.proquest.com/docview/77594804?accountid=14555>.
15. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses / American Society of Perianesthesia Nurses*. 1997;12(3):188-190.
<http://search.proquest.com/docview/79107663?accountid=14555>.
16. Deitz D, Gates J. Basic ostomy management, part 1. *Nursing*. 2010;40(2):61-62.
<http://search.proquest.com/docview/734240236?accountid=14555>.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000367871.51435.fe>.
17. Thompson H, North J, Davenport R, Williams J. Matching the skin barrier to the skin type. *Br J Nurs*. 2011:27-30.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011324310&site=ehost-live&scope=site>.
18. Burch J. Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *Br J Nurs*. 2011;20(7):S4-S8.
<http://search.proquest.com/docview/864959752?accountid=14555>.
19. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012(99):12-16.
<http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.

20. Deitz D, Gates J. Basic ostomy management, part 1. *Nursing*. 2010;40(2):61-62.
<http://search.proquest.com/docview/734240236?accountid=14555>.
<http://dx.doi.org/10.1097/01.NURSE.0000367871.51435.fe>.
21. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses / American Society of Perianesthesia Nurses*. 1997;12(3):188-190.
22. Rothstein MS. Dermatologic considerations of stoma care. *J Am Acad Dermatol*. 1986;15(3):411-432.
<http://search.proquest.com/docview/77055385?accountid=14555>.
23. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses / American Society of Perianesthesia Nurses*. 1997;12(3):188-190.
<http://search.proquest.com/docview/79107663?accountid=14555>.
24. Solanas Muñoz MP, Noguero Fernández MC. Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Enferm Científ*. 2001 jul-ago(232-233):24-28.
25. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012(99):12-16.
<http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.

26. Carabajal B. Practical points in the care of patients recovering from a colostomy. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of Perianesthesia Nurses / American Society of Perianesthesia Nurses*. 1997;12(3):188-190.
<http://search.proquest.com/docview/79107663?accountid=14555>.
27. Santana JCB, Dutra BS, Tameirão MA, Silva PF, Moura IC, Campos ACV. O significado de ser colostomizado e participar de un programa de atendimento ostomizado [el significado de ser colostomizado y participar de un programa de atendimento al ostomizado]. *Cogitare Enferm*. 2010;15(4):631-638.
<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/20358/135>
19.
28. Solanas Muñoz MP, Noguero Fernández MC. Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Enferm Científ*. 2001 julio(232-233):24-28.
29. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012(99):12-16.
<http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.
30. Burch J. Management of stoma complications. *Nurs Times*. 2011;107(45):17-8, 20.
<http://search.proquest.com/docview/911947096?accountid=14555>.

31. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. 2012(99):12-16.
<http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.
32. Burch J. Caring for peristomal skin: What every nurse should know. *Br J Nurs*. 2010;19(3):166-170.
<http://search.proquest.com/docview/733697115?accountid=14555>.
33. Ratliff CR, Scarano KA, Donovan AM, Colwell JC. Descriptive study of peristomal complications. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN*. 2005;32(1):33-37.
<http://search.proquest.com/docview/67441139?accountid=14555>.
34. Fernández Camiñas JA, Méndez López E, Lorenzo Díaz C, Barral Rodríguez MJ, Sobrado Otero MJ, Pérez Taboada MJ. GUÍA FOTOGRÁFICA PARA EL MARCAJE PRE QUIRÚRGICO DE PACIENTES SUSCEPTIBLES DE SER PORTADORES DE OSTOMÍAS DIGESTIVAS. *Rev Paraninfo Digital*. 2011;5(13).
35. Black P. PRACTICAL STOMA CARE. NURSING STANDARD (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987). 2000;14(41):47-53.
<http://search.proquest.com/docview/70526837?accountid=14555>.
36. BRUNNER LSD. ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO. In. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.

37. SUDARTH BY. ENFERMERIA MEDICO QUIRÚRGICA. 10th ed.
MEXICO: McGraw-Hill Interamericana; 2006.
38. BRAVO PEÑA M. GUIA METODOLÓGICA DEL PAE:
APLICACION DE TEORIAS DE ENFERMERÍA. 3rd ed. LIMA:
GRAFICA JESUS; 2012.
39. EDITH LENNEBERG E. GUIA DE COLOSTOMIA. [Online].; 2005
[cited 2016 NOVIEMBRE 10. Available from: HYPERLINK
"http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_colostomy_
es.pdf?direct=1"
http://www.ostomy.org/uploaded/files/ostomy_info/uoa_colostomy_
es.pdf?direct=1 .
40. Porto JP. DEFINICION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA.
[Online].; 2014 [cited 2016 DICIEMBRE 2. Available from:
HYPERLINK "http://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/"
41. Azoy CC. Ostomías. Clasificación, indicaciones, técnicas y
cuidados posoperatorios. [Online].; 2010 [cited 2016 OCTUBRE 20.
Available from: HYPERLINK "http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-
bin/library?e=d-00000-00---off-0cirugia--00-0----0-10-0---0---0direct-
10---4-----0-11--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-
00&a=d&c=cirugia&cl=CL1&d=HASH86805e5511fc180853dab7.6.
23" http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-
0cirugia--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-es-50---20-
about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-
00&a=d&c=cirugia&cl=CL1&d=HASH86805e5511fc180853dab7.6.
23 .

ANEXOS

FOTO: 01

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL REGIONAL III" JOSÉ CAYETANO HEREDIA" PIURA

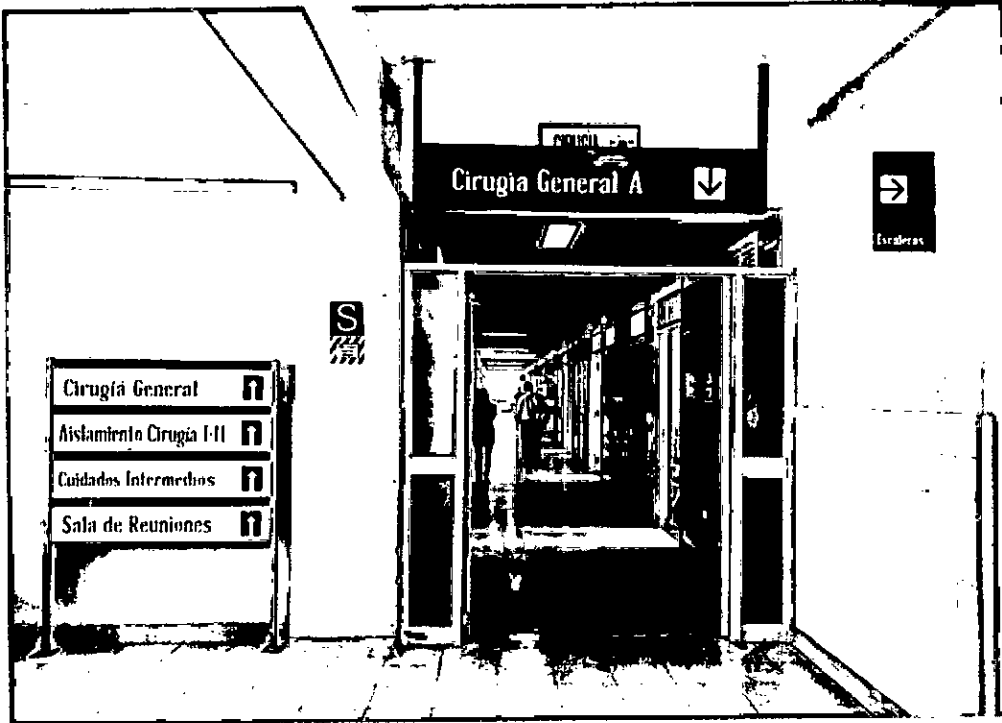


FOTO:02

ENFERMERAS ASISTENCIALES REALIZANDO FUNCIÓN ADMINISTRATIVA



FOTO:03

ENFERMERA CULMINANDO IIRIGACION DE COLOSTOMÍA.



FOTO: 04

PACIENTE ADULTO MAYOR OPERADO DE COLOSTOMÍA SIN LOS CUIDADOS ADECUADOS DE ENFERMERÍA (BOLSA DE COLOSTOMÍA LLENA)

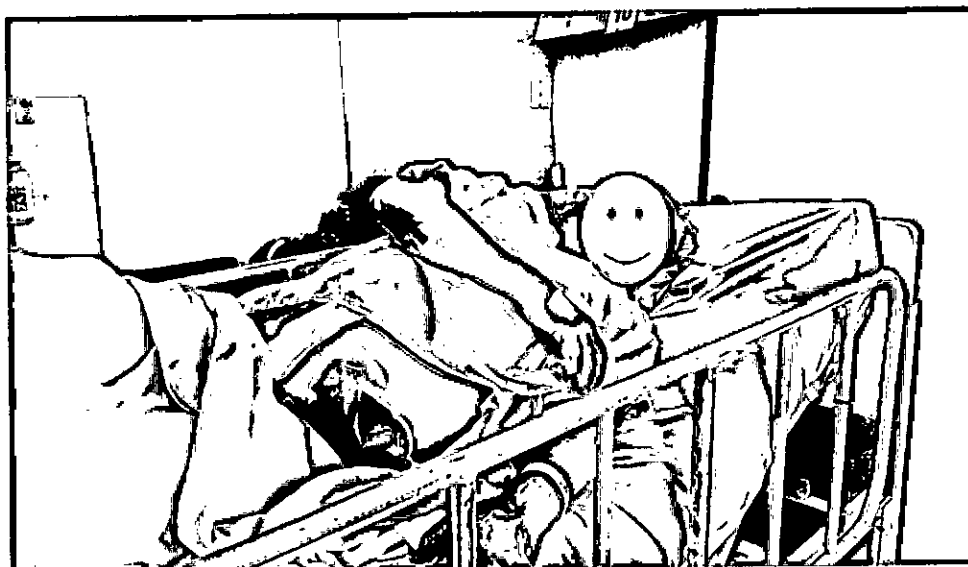


FOTO: 05

PACIENTE RECIBIENDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA

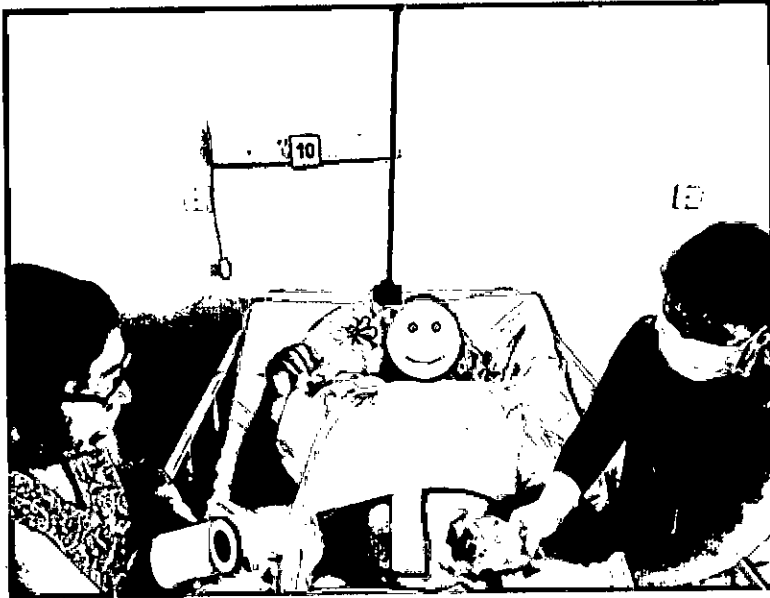


FOTO: 06

PACIENTE ADULTO JOVEN OPERADO DE COLOSTOMÍA

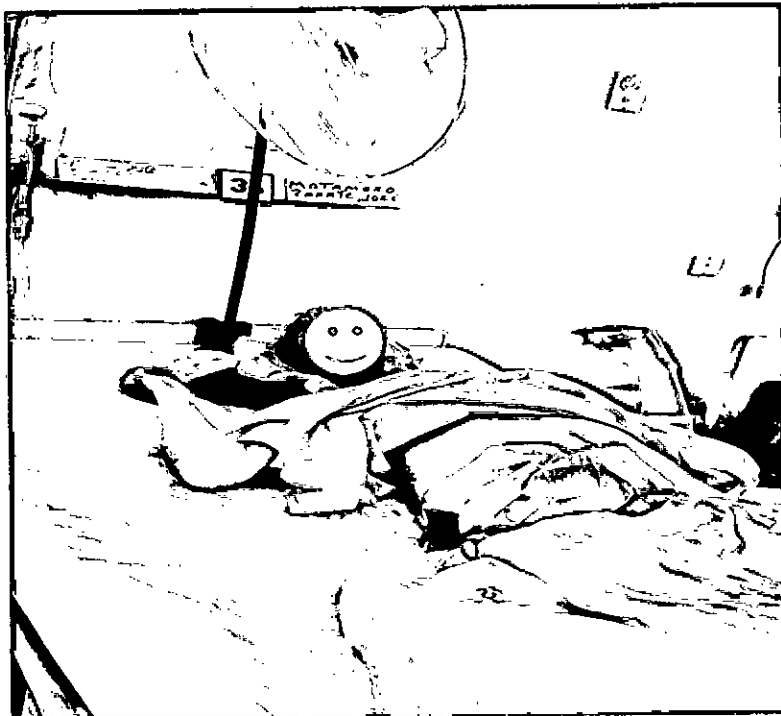


FOTO: 07

PACIENTE SATISFECHO CON LOS CUIDADOS Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA DE PARTE DE ENFERMERÍA



FOTO: 08

ADOLESCENTE RECIBIENDO LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA PORTADORA DE UNA COLOSTOMÍA TEMPORAL PRODUCTO DE UNA APENDICETOMÍA COMPLICADA BASADOS EN EL APOYO EMOCIONAL CONSIDERANDO SU EDAD.

