

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de Tesina

Intervención de un Programa Educativo sobre cuidados de ostomias digestivas y el desarrollo de habilidades en los adultos mayores de una institución de Rosario.

Por:

Enf. Tatiana Zapata

Director:

Lic. María Lorena Sutich

Docente Asesor:

Lic. Simón Acosta

Rosario, febrero de 2019

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mis padres por estar siempre a mi lado, ser los pilares de mi existencia y por llenarme de valores.

A mis hermanos quienes siempre me apoyan y me cuidan.

A mis ángeles guardianes que siempre están en mi alma.

## RESUMEN

Las personas portadoras de un ostoma experimentan una serie de cambios que pueden afectar a todas las dimensiones de su vida. Uno de estos cambios se asocia a la higiene personal, ya que la persona será incontinente, teniendo que recoger las heces de un dispositivo colector.

Los pacientes necesitan ayuda física y psicológica, también asesoría profesional sobre el cuidado del ostoma y la elección del dispositivo.

El objetivo de este trabajo fue determinar qué relación existe entre la intervención de un Programa Educativo sobre cuidados de ostomias digestivas y el desarrollo de habilidades según sexo y edad en los adultos de una institución Paraestatal de la ciudad de Rosario entre el 15 de marzo del 2019 hasta el 15 de agosto del 2019.

Se realizará un abordaje cuantitativo a través de un estudio cuasiexperimental post prueba sin grupo control, longitudinal y prospectivo. La población en estudio serán los adultos mayores ostomizados que se encuentren internados en los servicios de sala de guardia y pisos de internación de sala general. Se aplicará un programa educativo sobre cuidados de ostomias, se utilizará la técnica de observación y el instrumento lista de control para la recolección de datos de la variable “desarrollo de habilidades”. Se realizará análisis univariado y bivariado. Se implementará Estadística Descriptiva e Inferencial.

**PALABRAS CLAVES:** cuidados de ostomia- desarrollo de habilidades- programa educativo

INDICE GENERAL	Pág.
Resumen y palabras claves	3
Índice general	4
Introducción	
Estado actual de conocimiento o Estado de Arte	5
Planteamiento del problema en estudio	8
Hipótesis y objetivos	8
Marco teórico	10
Material y métodos	
Tipo de estudio	22
Sitio o contexto de la investigación	22
Población y muestra	23
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	23
Personal a cargo de la recolección de datos	26
Plan de análisis	28
Plan de trabajo	30
Anexos	
I. Guía de estudio de convalidación de los sitios	32
II. Instrumento de recolección de datos	34
Programa educativo sobre cuidados de ostomias digestivas	37
III. Resultado del estudio exploratorio	64
IV. Resultados de la prueba piloto	66
Bibliografía	67

## INTRODUCCION

En las ostomias digestivas se deriva una porción del intestino a la parte exterior del abdomen para facilitar la eliminación de los residuos. La persona ostomizada se ve afectada en sus dimensiones física, psíquica y social. Estudios dieron como resultados que los hábitos higiénicos, la alimentación, el modo de vestir, la sexualidad, la imagen corporal, la autoestima, la seguridad en sí mismo, así como el ocio y vida laboral se ven afectadas.

Esto conduce a que la persona recientemente ostomizada perciba la situación como una amenaza a su integridad física, calidad de vida y estabilidad emocional. (Muñoz & Crespillo Diaz, 2015)

Las ileostomías y colostomías que son estomas digestivos se llevan a cabo con fines terapéuticos en diferentes enfermedades: el cáncer colorrectal que es una de las neoplasias malignas con más frecuencia en el aparato digestivo, enfermedades inflamatorias intestinales, hereditarias como la poliposis familiar, los traumatismos abdominales y las enfermedades congénitas. (Gonzalez Leira, 2014)

El cáncer de colon está muy relacionado con la realización de ostomias digestivas. En Estados Unidos el cáncer colorrectal ha sido la segunda causa de muerte y uno de los más frecuentes y afecta por igual a hombres y mujeres.

En Chile el cáncer colorrectal también fue la primera causa de ostomias, seguida de las enfermedades inflamatorias intestinales, los traumatismos abdominales, las malformaciones anorrectales y el megacolon.

El paciente que presenta un ostoma se somete a cambios importantes que alteran la calidad de vida. La alimentación y la eliminación se ven afectados, como también la aceptación de su ostomia y su imagen corporal. Debe adaptarse a prácticas de autocuidado con las cuales deberá familiarizarse. Algunos estudios evidencian que existe una falta de preparación para el autocuidado en los pacientes ostomizados y señalan que se necesita una planificación de la continuidad de la educación que deben recibir los mismos.

Para fomentar el autocuidado del paciente debe tenerse en cuenta la capacitación y formación del personal de enfermería para abordar pacientes que presentan ostomias, al igual que la implementación de guías o protocolos. (Almendáres, Landeros, Hernández, Galarza, & Guerrero, 2015) Los pacientes necesitan ayuda física y psicológica para poder afrontar su nueva situación y adaptarse a sus nuevos roles para lo cual se necesita un proceso complejo y continuo de aprendizaje. Enfermería y los demás profesionales sanitarios comparten la creencia de que el

estado de salud de una persona no depende solo del buen funcionamiento de sus órganos sino también de la forma en que vive cada día con su enfermedad. (Gonzalez Leira, 2014)

En un estudio realizado en el 2013 en San Luis Potosí, México reportó que los pacientes ostomizados manifestaron inconvenientes en la fuga de la bolsa colectora y dermatitis con un 84.7% y un 15.3% en la presencia de evacuaciones líquidas. Enfermería según el paciente es personal de salud que brindo información en primer lugar con un 38.5%, seguido por el médico con un 23.1% y 23.1 % manifestaron que nadie le brindo información. En cuanto a la información para el autocuidados el 69.2% refirió no haber recibido y el 30.8% si, la cual fue centrada en la bolsa, la limpieza del ostoma, cuidados de la piel, manejo de la bolsa , alimentación e información específica del tema. (Almendáres, Landeros, Hernández, Galarza, & Guerrero, 2015)

Otro estudio realizado en Brasil refirió q la persona ostomizada, a veces, tiene sensación de baja autoestima y también de exclusión social. La insatisfacción de su cuerpo y no poder controlar sus heces fueron los factores desencadenantes. Estos sentimientos cuando se identifican y logran ser trabajados por profesionales en un grupo de apoyo, pueden ser revertidos, en tanto contribuye al apoyo biopsicosocial, objetivando la adaptación y la calidad de vida. En cuanto al autocuidado la mayoría de las pacientes realizan solas en relación a los cuidados de la bolsa. El proceso de la adaptación se logra alcanzar a medida que esta trayectoria avanza. Las mujeres poseen mayor capacidad de adaptación al autocuidado comparado con los hombres quienes poseen dificultades en el cuidado con su ostomia y necesitan ayuda de sus compañeras. La capacidad de implicarse y realizar acciones para el autocuidado depende de algunos factores condicionantes, uno de ellos la edad. Con el pasar de los años se compromete la capacidad funcional, hay disminución de la agudeza visual y la capacidad motora de los miembros. Esto impacta de manera negativa para la realización de las actividades de la vida diaria y consecuentemente en la capacidad de autocuidado, precisando ayuda de la familia. (Galvão, y otros, 2017)

En Granada y Málaga (España), se realizó un estudio cualitativo descriptivo con enfoque fenomenológico, que incluyo a personas portadoras de ostomas digestivos, de ambos sexos, el mismo arrojo como resultados que las personas expresaron su preocupación y miedo por el autocuidado haciendo referencia de no saber cómo tratar el ostoma o como hacer frente a los cuidados que requiere el mismo. Esta preocupación aparece en la mayoría de los casos cuando la persona debe abandonar el hospital, de esta manera surge la inseguridad. También el envejecimiento o encontrarse en una situación de incapacidad que les impida hacerse cargo de su ostomia fueron algunas de las inquietudes que manifestaron los informantes. El afrontamiento ante

la noticia del ostoma se vio condicionada por el tipo de enfermedad, además la normalización del proceso fue la tendencia más observada en la mayoría de las personas informantes.

Enfermería tiene un papel muy importante en las intervenciones cognitivas-conductuales y otros recursos destinados a la promoción de la autonomía de los pacientes. (Hueso, y otros, 2016)

En el trabajo realizado por Ferreira Umpiérrez sobre “comprender la experiencia de vida de un grupo de pacientes portadores de colostomía develando sus expectativas en relación al cuidado de enfermería”, realizado con la participación de nueve pacientes permitió que emergieran cinco categorías representativas de la experiencia de vida y expectativas de los sujetos de estudio. Se denominaron como el poder de adaptación, entorno socio laboral, enfermera como asesora para la transición, el deseo del cuidado humanizado y construcción de nuevos horizontes. En el poder de adaptación los participantes demostraron que la experiencia se logra construir desde las capacidades de adaptación hacia la nueva forma de vida, para ellos es relevante adaptarse a la nueva relación desde lo que cada uno trae consigo. En cuanto a la enfermera como asesora para la transición, emerge fundamentalmente la enfermera como asesora del proceso, siendo fundamental para la transición hacia una nueva vida. El contexto socio laboral tiene especial importancia para la evolución del paciente y la aceptación de su problema. Uno de los aspectos más esperados por los participantes es ser atendidos en forma humana, cercana y con calidez. También los datos obtenidos por los participantes mostraron que se visualizan en nuevos horizontes, construcciones a futuro que nacen de la develación del fenómeno. (Ferreira Umpiérrez, 2013)

Una investigación cualitativa realizada en Colombia que tuvo como objetivo comprender e interpretar la percepción de un grupo de profesionales de enfermería sobre su experiencia educativa en el ámbito clínico, brindo resultados los cuales fueron agrupados en diferentes categorías. Una de estas categorías fue “cuidado y autocuidado”, la cual hace referencia a los fines de la educación brindada por el profesional y la importancia que tiene en ámbito clínico y domiciliario. Los profesionales señalaron que si el paciente, su familia y el personal auxiliar tienen conocimiento sobre lo que se debe realizar y de qué manera realizarlo, se evitaban errores, los cuales ponen en riesgo la salud de los pacientes. También consideran que se brinda educación para que el paciente y su familia cuenten con los elementos necesarios para el cuidado y autocuidado en su domicilio. Otra finalidad sobre la educación refiere el cambio de modos de pensamiento y estilos de vida de las personas, centrándose en el cuidado de la salud más que en la enfermedad. Se plantea que brindar educación a los pacientes disminuye el riesgo de procesos legales y se educa para prevenir estos problemas. Otra de las categorías en la cual fue agrupado los resultados es “lo personal también influye”, haciendo referencia a los factores personales los cuales los participantes

consideran que pueden influir positiva o negativamente en la experiencia educativa y que se centran en los conocimientos, habilidades y actitudes. Reconocen que es de mucha importancia tener conocimientos científicos, estéticos y personales para educar. También refieren la importancia de contar con habilidades y actitudes básicas para la relación educativa. Resaltan la motivación, consideran que el hecho de sentir gusto y placer al educar permite que la experiencia sea efectiva. Los profesionales destacan a la experiencia como un aspecto que favorece a la educación, de esta manera fortaleciendo los conocimientos y dando seguridad.

La categoría “el compromiso es con todos” refiere a los beneficiarios de la acción educativa del profesional de enfermería en los servicios. Algunos de los mencionados fueron los pacientes, familiares, colegas, médicos, personal en formación y público en general. Reconocen que toda persona con la cual interactúan pueden ser beneficiarias de su acción educativa, dada la naturaleza de su profesión (Ángel Jimenez, López Herrera, & Restrepo Múnera, 2013).

El propósito del presente proyecto de investigación es aumentar el conocimiento de las personas que presentan ostomias digestivas mediante la aplicación de una intervención educativa que permita brindar los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para fomentar la autonomía.

## PROBLEMA EN ESTUDIO

En relación al tema que se está desarrollando se desprende el planteo del problema ¿Qué relación existe entre la intervención de un Programa Educativo sobre cuidados de ostomias digestivas y el desarrollo de habilidades según sexo y edad en los adultos mayores de una institución Paraestatal de la ciudad de Rosario entre el 15 de Marzo del 2019 al 15 de Junio del 2019?

## HIPOTESIS

Es posible pensar a raíz de datos relacionados con el planteo del problema dichas hipótesis:

La intervención de un Programa Educativo favorecerá el desarrollo de habilidades de los adultos mayores ostomizados.

Las mujeres ostomizadas que participarán del programa educativo de ostomía desarrollarán mejores habilidades que los hombres en la colocación del dispositivo, higiene y cuidados de la piel.

Las personas menores de 75 años que participarán del programa educativo de ostomía desarrollaran mejores habilidades que las que superen esa edad.

## OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este proyecto es determinar qué relación existe entre la intervención de un Programa Educativo sobre cuidados de ostomias digestivas y el desarrollo de habilidades según sexo y edad en los adultos de una institución Paraestatal de la ciudad de Rosario entre el 15 de Marzo del 2019 al 15 de Agosto del 2019.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Informar sobre la importancia de los cuidados de la piel alrededor del ostoma.

Identificar la manera de realizar el higiene periestomal.

Identificar la colocación correcta del dispositivo.

Identificar la recolocación y vaciado del dispositivo.

## MARCO TEORICO

La persona ostomizada es aquella que a causa de una intervención quirúrgica se realiza un procedimiento que comunica un órgano hueco hacia el exterior en un sitio diferente al orificio natural, esta nueva abertura creada en dicho procedimiento se denomina ostoma. Las ostomias tienen repercusión sobre las pacientes, donde el personal de enfermería y médico tienen un labor importante en informar sobre los cuidados relacionados con la higiene, dieta y cuidados específicos de la ostomia. (Oliva Anaya, 2015)

Para lograr una buena interpretación de los conceptos y ubicación de los distintos tipos de ostomas, es adecuado realizar un repaso del aparato digestivo. La principal estructura del aparato digestivo es el llamado tubo digestivo el cual se encuentra abierto en ambos extremos. El alimento debe digerirse y absorberse a través de sus paredes. La descomposición de los alimentos se diferencia en mecánica y químicas. Los dientes actúan para romper físicamente los alimentos para luego deglutirlos y los mismos siguen con su digestión de manera mecánica en el estómago. Cuando se habla de descomposición química se hace referencia a la acción de enzimas y otras sustancias químicas digestivas. Los alimentos se ven sometidos a los procesos de digestión, absorción y metabolismo. Parte del aparato digestivo actúa también para expulsar el material de desecho procedente del proceso digestivo.

Los principales órganos que constituyen el aparato digestivo son los siguientes:

La boca es una cámara hueca, el alimento se ingiere a través de la misma al tubo digestivo, el proceso de digestión comienza inmediatamente. Al igual que el resto del tubo digestivo se encuentra revestida por una membrana mucosa. También contiene órganos accesorios como dientes, lengua y glándulas salivales (parótidas, submandibulares y sublingual).

La faringe se encuentra formada por músculo y revestida por una membrana mucosa. Tiene una longitud aproximada de 12.5cm y se divide en nasofaringe, orofaringe y laringofaringe. Debido a su estratégica ubicación detrás de las cavidades nasales y boca forma parte de los aparatos digestivo y respiratorio. Los alimentos pasan a través de la faringe en su camino al estómago.

El esófago es un tubo muscular el cual se encuentra revestido por mucosa y conecta la faringe con el estómago. Tiene una longitud aproximada de 25cm. Impulsa los alimentos hacia el estómago. El moco producido por las glándulas de su revestimiento genera una lubricación en el tubo facilitando el paso del alimento hacia el estómago.

El estómago se encuentra situado debajo del diafragma y en la parte superior de la cavidad abdominal. A él llegan los alimentos luego de haber sido masticados, deglutidos y desplazados a través del esófago. La contracción de las paredes musculares permite que se mezclen los alimentos con el juego gástrico para descomponerlos en una mezcla semisólida llamada quimo. Las contracciones del musculo gástrico también producen el peristaltismo el cual impulsa los alimentos hacia adelante en el tubo digestivo. El estómago presenta tres divisiones, el fundus es la porción agrandada a la izquierda y por encima de la entrada del esófago al estómago, el cuerpo que es la parte central y el píloro es la sección inferior que se une a la primera porción del intestino delgado.

El intestino delgado presenta un revestimiento mucoso y contiene glándulas microscópicas las cuales segregan el jugo digestivo intestinal y es adecuado para la absorción de agua y alimentos. Su revestimiento forma pliegues los cuales se encuentran cubiertos de vellosidades. Estas contienen una red de capilares sanguíneos que absorben productos de la digestión. Proporcionan una mayor área de contacto favoreciendo una absorción más rápida desde el intestino hacia la sangre y la linfa. Mide 7 metros de longitud y se constituye por tres partes: duodeno, yeyuno e íleon.

El intestino grueso es la porción inferior del tubo digestivo. Al intestino entran los restos de alimentos que no fueron absorbidos ni digeridos luego de pasar por la válvula ileocecal. Mientras se desplaza, las bacterias actúan sobre dicho material dando como resultado liberación de nutrientes y otras fibras, dichas sustancias pueden ser absorbidas. Otra función es la síntesis de vitamina K y la producción de algunas vitaminas del complejo B las cuales luego pueden absorberse. La mucosa del intestino no presenta vellosidades lo cual disminuye el área superficial de absorción. La eficacia y rapidez del paso de sustancias en el intestino grueso se ve disminuido a comparación del intestino delgado, mide aproximadamente 1.5 metros. Presenta subdivisiones llamadas ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente, colon sigmoide, recto y canal anal. La válvula ileocecal desemboca en el ciego que presenta forma de bolsa, la abertura se encuentra a 5 o 6 cm por arriba del comienzo del intestino grueso. Los restos de alimentos que se encuentran en el ciego se desplazan hacia arriba por el colon ascendente que se encuentra situado en el lado derecho del cuerpo. La flexura derecha es la curva entre el colon ascendente y el transverso, este se extiende de derecha a izquierda. La flexura izquierda marca donde el colon descendente gira hacia la parte inferior en el lado izquierdo del abdomen. El segmento en forma de S que termina en el recto es llamado colon sigmoide. La porción terminal del recto es conocida como canal anal y culmina en el ano. Los músculos esfinterianos se encuentran contraídos para

mantener el ano cerrado, excepto en la defecación. El esfínter interno está compuesto por músculo liso involuntario y el externo por músculo estriado o voluntario. (Thibodeau & Patton, 2008)

Las ostomias según su función pueden clasificarse en estomas de nutrición, drenaje y eliminación. Los estomas de nutrición son la faringostomía en tumores laríngeos, esofagostomía, gastrostomía y yeyunostomía. Los estomas de drenajes son llamados esofagostomía cervical, esofagostomía abdominal, gastrostomía, duodenostomía y yeyunostomía. La colostomía, ileostomía y urostomía pertenecen a los estomas de eliminación. (Checa, 2013)

La colostomía se exterioriza un segmento del intestino grueso por medio de una abertura en la piel abdominal (estoma). (Baily, Lloyd, Claire, & Neeson). Según los vocablos griegos stoma es boca y colon significa intestino grueso. Una de sus clasificaciones es por su ubicación anatómica, la cecostomía es realizada a la altura del ciego, del lado derecho abdominal, es poco frecuente y las heces son líquidas e irritantes para la piel. La colostomía ascendente se realizan en el colon derecho y las heces tienen consistencia semilíquidas e irritantes para la piel. Las colostomías transversas se realizan a la altura del colon transversal y se localiza en la zona superior derecha o izquierda del abdomen, es realizada en la mayoría de los casos en cirugías de urgencia y sus heces son semilíquidas-semisólidas cuando la colostomía es transversa derecha y semisólidas cuando es transversa izquierda. La colostomía descendente es aquella que se realiza en el colon descendente y es localizada en el lado izquierdo del abdomen, las heces son formadas y existe menor riesgo de irritación cutánea. La colostomía sigmoidea se ubica del lado izquierdo abdominal y es efectuada en el colon sigmoideo, sus heces presentan consistencia sólidas disminuyendo el riesgo de irritación cutánea.

Otra clasificación que se puede realizar en las colostomías es por su tiempo de permanencia. Las colostomías definitivas son realizadas en la mayoría de los casos cuando se lleva a cabo la exéresis del recto y del esfínter anal y no puede restablecerse el tránsito intestinal. El estoma se realiza a la derecha del colon descendente o sigmoideo. Las colostomías temporales son aquellas que se llevan a cabo abocando el intestino grueso al exterior de forma transitoria, en tanto se resuelve la patología de base. También las colostomías pueden clasificarse según la construcción del estoma por ejemplo Hartmann se realiza cuando es necesaria una resección de la parte del colon afectado, el colon proximal se exterioriza como una colostomía terminal y el muñón rectal es suturado, pueden ser temporal o definitivas. Otra construcción es llamada doble la cual consta en la presencia de dos estomas uno proximal o estoma funcionante y el distal o estoma de reposo. La construcción nombrada en asa consiste cuando se aboca al exterior una porción del intestino grueso, pero sin

resección, se coloca una pinza para evitar que el colon se reintroduzca en la cavidad abdominal. (Checa, 2013)

En las ileostomías se lleva hasta la piel un extremo del ileon. A diferencia de la colostomía presenta heces de consistencia líquida y muy irritante para la piel, por lo tanto deben aplicarse medidas específicas de protección cutánea. (Baily, Lloyd, Claire, & Neeson) Debido al material emitido puede provocar dermatitis periestomal, el débito emitido es de 600 a 1000ml diario, por lo tanto uno de los riesgos que está expuesto el paciente es al desequilibrio hidroelectrolítico. Otra de sus complicaciones es el bloque digestivo. (Abdo, Adrue, Arzani, Ballistreri, & Benedetto, 2007) La palabra ileostomía procede de los vocablos griegos stoma que tiene por significado boca e ileon. Son localizadas en la mayoría de los casos en el lado derecho abdominal y pueden ser definitivas o temporales. Son indicadas en la enfermedad de Chohn, colitis ulcerosa, poliposis cólica familiar, cáncer de colon y de recto y la enterolitis. (Checa, 2013)

El ostoma presenta coloración rojiza indicando que tiene una buena irrigación sanguínea en la zona. Es húmedo aunque se debe valorar el exceso de humedad o liberación de secreciones ya que puede indicar algún inconveniente. El ostoma no presenta terminaciones nerviosas por lo tanto no tendrá sensación de dolor al manipularlo, también carece de control voluntario no puede controlar la salida de gases o fluidos. (Martinez & Fernandez, 2016)

Existen complicaciones que pueden presentarse en relación a los ostomas como la necrosis la cual se caracteriza por su coloración oscura de la mucosa (negro parduzco), a causa de la obstrucción del flujo sanguíneo. La hemorragia suele aparecer a causa del sangrado de algún vaso en las primeras horas luego del postoperatorio, o también otra de sus causas por el roce del aro del dispositivo. Por el incumplimiento de las técnicas de asepsia la infección puede evolucionar desde una inflamación periestomal hasta la formación d un absceso. La estenosis es otra complicación, es producto del estrechamiento del orificio del estoma, a consecuencia de infecciones o de la incisión estrecha del orificio de la ostomia. Una de las complicaciones más frecuentes es el prolapso que consiste en la protrusión del asa intestinal sobre el plano cutáneo al abdomen por la ostomía. Cuando el intestino se desinserta de la piel y tiende a reintegrarse a la cavidad abdominal estamos hablando de una retracción. (Checa, 2013)

Dentro de las complicaciones que se asocian a la colostomía la obstrucción se manifiesta con dolor abdominal, calambres, náuseas y vómitos. Una perforación incluye el inicio brusco del dolor alrededor del ostoma, fiebre, inflamación y dolor abdominal. (Baily, Lloyd, Claire, & Neeson)

La persona ostomizada necesita adaptarse a su condición y reemprender una vida normal, por este motivo necesita colaboración por parte del personal de enfermería. Dorothea Orem sostiene que las personas necesitan atención de parte de enfermería cuando no logren satisfacer los requisitos de su autocuidado. En la teoría de los sistemas de enfermería se comprenden los modos en que las enfermeras pueden ayudar y se distinguen tres tipos de sistemas. El sistema totalmente compensador en donde la enfermera suplente al individuo, sistema parcialmente compensador en donde la enfermera proporciona autocuidado dependiendo de las limitaciones del individuo y sistema de apoyo educativo cuando se necesita enseñanza y orientación para realizar el autocuidado. La teorista define los cuidados de enfermería como brindar ayuda al individuo a llevar a cabo y lograr mantener acciones de autocuidado para poder conservar la salud y la vida, poder recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias. (Hunsillos, Pascual, Marín, Suarez, & Guijarro, 2013)

Según la conceptualización de Du Gass (Tratado de Enfermería Práctica) la enfermería es una profesión de asistencia o ayuda. En su trabajo ayuda a otros a promover y conservar su salud óptima, evita que se enfermen, restablece su salud después de una enfermedad, afronta las exigencias de las enfermedades crónicas o terminales, etc. En el campo de la salud, a esta relación de ayuda suele denominarse terapéutica, debido que permite al profesional brindar cuidados al paciente. Para lograr ese objetivo lo fundamental es el vínculo enfermero-sujeto de atención, que tiene como propósito específico ayudar a satisfacer sus necesidades de salud, valora la situación identifica el problema y trabaja para su resolución. Un vínculo es la resultante de procesos de interacción en un tiempo y espacios compartidos, en el cual se comparte un objetivo, mediante procesos de comunicación y aprendizaje. Existen elementos que favorecen la construcción de ese vínculo terapéutico, una de ellas es la capacidad de apego en la cual se establecen sentimientos de confianza y seguridad algunos de sus elementos claves son el tacto, la mirada, la sonrisa y la voz. La capacidad de empatía hace referencia al conocimiento del otro, el poder reconocer y comprender los sentimientos de otra persona en un determinado momento, ósea poder pensar las implicancias de algún procedimiento desde la perspectiva del que la padecerá por ejemplo la hospitalización. Otro de los elementos es la capacidad de descentramiento en donde se vincula la capacidad de espera y tolerancia, es aceptar el estilo del paciente con sus rasgos y fases de demanda, negación e inhibición. La capacidad de continencia en donde se acepta lo depositado (por ej. Su angustia o agresión) y también se descifra, interpreta y se devuelve una acción que transmita por ejemplo la comprensión de su dolor. La consideración de la distancia óptima es un proceso de análisis constante, nos permite seguir desempeñando el rol instrumental. La actitud de apertura es lo opuesto al perjuicio y a la generalización arbitraria. En cuanto al pensamiento

dialectico es poder ser capaz de interpretar hechos y fenómenos como procesos de movimiento y cambio. (Novoa, 1994)

Establecer el vínculo es lo primero que el enfermero necesitará realizar en el encuentro interpersonal, para valorar la situación, identificar problemas, aplicar un procedimiento o satisfacer una necesidad. Se necesita mantener la integridad del ostoma y de la piel que lo rodea. Cuando se realiza la higiene disminuye la posibilidad de perder la integridad de la piel, se ve favorecida también la autoestima y el bienestar. (Abdo, Adrue, Arzani, Ballistreri, & Benedetto, 2007)

En cuanto a los cuidados corporales es importante que el paciente pueda sentirse lo más confortable posible con su cuerpo. Se debe respetar su natural sentido de pudor. Uno de los cuidados que hacemos referencia es la higiene. No poder lograr por sí mismo para la atención de esa necesidad básica otorga a esta situación connotaciones afectivas muy especiales, muchas personas se sienten incómodas al ser asistidas en este nivel. Teniendo en cuenta la incidencia que tiene cada detalle sobre su estado anímico, lo que se debe hacer para que el paciente se sienta lo más confortable posible es acercarnos con sumo respeto, ya que a muchas personas les afecta que las toquen, o tienen un sentido de pudor muy elevado e incluso exagerado, que resulta una proeza ayudarlas sin que se sientan avergonzadas. (Dopaso, 1994)

Para poder ayudar a la persona ostomizada en cuanto a la higiene de la ileostomía o colostomía, primero se debe informar al paciente lo que se va a realizar, para lograr disminuir la ansiedad y la tensión. Explicar paso por paso el procedimiento y darle lugar a la persona para que realice preguntas o manifieste inquietudes. Se debe tener en cuenta el ambiente para respetar la intimidad del paciente, contar con el material necesario y dispositivo correspondiente. El lavado de mano debe realizarse para disminuir la transferencia de microorganismos y utilizar guantes para evitar la exposición del personal de enfermería. Se deberá retirar con mucho cuidado el dispositivo y la oblea protectora de la piel levantando la misma de una esquina con la mano dominante y al mismo tiempo con la otra mano presionar la piel hacia abajo, retirar por pequeñas secciones. Una vez que se retiró por completo colocar en bolsa de polietileno para desechar. Esto colabora a que la piel no se desgarre y que se vierta la materia fecal de la bolsa. Se debe utilizar agua jabonosa para limpiar con suavidad el ostoma y la piel alrededor del mismo, enjuagar y secar bien la zona para que la humedad no impida la adhesión de la bolsa. En caso que la materia fecal no logre extraerse con facilidad, dejar gasas o apósitos en la región por unos minutos antes de retirarla suavemente. (Abdo, Adrue, Arzani, Ballistreri, & Benedetto, 2007)

Los antisépticos, colonia, lociones o cremas que nos sean recomendadas por el médico no deben ser utilizados porque el ostoma no es una herida que tenga que ser curada, además pueden causar irritaciones y dificultar la adhesión de los dispositivos. En los primeros días es posible que el usuario tenga dificultad para ducharse y precise ayuda pero es conveniente que logre la autonomía para elevar su autoestima. La ducha la puede realizar con o sin el dispositivo, puesto que estos están preparados para resistir el agua. (PublicacionesDidacticas, 2011)

Los dispositivos han evolucionado muchísimo y en la actualidad se cuenta con materiales muy avanzados. Los mismos están constituidos por dos elementos diferentes, el adhesivo que pega la piel y la bolsa para recolectar las heces. La piel que rodea el ostoma debe permanecer siempre íntegra. El adhesivo actúa como barrera para impedir la irritación por el contacto con las heces, de esta manera cuida la piel por lo tanto deberá estar ajustado perfectamente el adhesivo al ostoma.

Existen dos tipos de bolsas, una de ellas son las cerradas, las cuales no se pueden vaciar ya que su extremo inferior es cerrado y debe cambiarse cada vez que se desee desechar la materia fecal. Son utilizadas en colostomías debido a que las heces presentan una consistencia sólida o pastosa. El otro tipo de bolsa presenta el extremo inferior abierto, lo cual permite que la misma se pueda vaciar y cerrar. Estas se emplean cuando las heces son líquidas, es más utilizada en las ileostomías. Ambas llevan filtro incorporado que sirve para eliminar el mal olor de los gases.

Dentro de cada tipo de bolsa existen dos sistemas de una pieza y de dos piezas. En el primero el adhesivo se encuentra unido a la bolsa constituyendo un solo elemento el cual se coloca sobre la piel y se retira en conjunto en cada cambio. Son muy flexibles y no abultan. El de dos piezas se caracteriza por estar formado por dos elementos por separados, el adhesivo y la bolsa colectora. Ambos pueden estar unidos por un enganche mecánico (clipper) o de un enganche adhesivo. El disco adhesivo puede quedar pegado a la piel dos o tres días y la bolsa se cambiara según necesidades.

Para escoger un tipo y sistema de dispositivos dependerá de la consistencia de las heces y de la piel que rodea el ostoma. Cuando las heces son líquidas se aconseja utilizar bolsas abiertas para poder vaciar cada vez que la misma se llene. Si son sólidas se elegirá una bolsa cerrada que se desechará en cada cambio. Si la piel es sensible y se irrita fácilmente, se recomienda elegir un sistema de 2 piezas que asegure el reposo durante días. Si la piel tolera los cambios frecuentes de adhesivo, lo más cómodo y discreto es el dispositivo de una pieza. (P.A.C.E, 2010)

En los primeros momentos debido a la situación, los pacientes ostomizados piensan que la pérdida de la continencia afectara sus relaciones familiares y sociales, necesitando asesoría profesional en

cuanto al cuidado del ostoma, la elección del dispositivo, orientaciones dietéticas, compartir temores e inquietudes. (Checa, 2013) Algunos autores sostienen, que el paciente necesita un proceso complejo y continuo de aprendizaje en donde los profesionales cumplen un rol esencial, también consideran a la edad como un factor condicionante para lograr su autocuidado. (Hunsillos, Pascual, Marín, Suarez, & Guijarro, 2013)

Para Enrique Pichon-Riviere, el hombre se configura en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, modificante mutuamente con el mundo para satisfacer sus necesidades. Esta relación transformación recíproca define al sujeto como esencialmente cognoscente y sitúa en primer plano el análisis de los procesos de aprendizaje. Estos son caracterizados como apropiación instrumental de la realidad para transformarla y son identificados con la salud mental. El aprendizaje tiene una historicidad, con continuidades y discontinuidades. En cada experiencia hay un aprendizaje explícito que se objetiva y condensa en un objetivo o habilidad, la experiencia en la que se desarrolla ese aprendizaje se inscribe en nosotros afianzando una modalidad de ser en el mundo, de interpretar lo real, de ser el mundo para nosotros. Este es un aprendizaje implícito, estructurante, profundo. Aprendemos a organizar y significar nuestras experiencias, sensaciones, emociones y pensamientos. Se construyen de esta manera hábitos de aprendizaje y maneras de percibir secuencias de conducta. Cada acto de conocimiento es la fase de un proceso en el que se va configurando una actitud de aprendizaje, ósea modalidades relativamente estables y organizadas de pensamiento, sentimiento y acción frente al objeto de conocimiento y al acto de aprender. El proceso de aprendizaje tiene como horizonte las relaciones sociales. Las necesidades del sujeto son el fundamento de un proceso de exploración de lo real, buscando la gratificación. Ese proceso es el aprendizaje. (Quiroga, 1986)

Desde el punto biológico el envejecimiento es definido como cambios anatófisiológicos, psíquicos, funcionales y sociales. Los cuales aparecen a lo largo de la vida. Estos procesos comienzan con anterioridad a las manifestaciones externas, es progresivo e imparable y es condicionado por factores personales, ambientales, comunitarios, laborales, sociales y culturales.

Se pueden diferenciar consideraciones sobre la edad; la edad cronológica refiere a la cantidad de años que transcurren desde el nacimiento de un individuo, la edad fisiológica hace referencia al grado de funcionalidad y deterioro de los órganos, la edad psíquica relaciona la edad del individuo con la competencia conductual y la adaptación con el entorno. Se considera edad social cuando se establece el rol individual teniendo en cuenta los condicionantes sociales del momento.

Existen diferentes teorías del envejecimiento pero ninguna es definitiva, entre ellas se pueden mencionar las teorías fisiológicas (deterioro orgánico, debilitamiento inmunológico y estrés), teorías bioquímicas-metabólicas (acumulación de productos de desecho, envejecimiento celular, radicales libres y colágeno de Burger), teorías genéticas (acumulación de errores, programación genética, soma desechable y agotamiento genético) y las teorías sociales que se componen por la teoría de la comunidad y actividad.

Existen numerosos cambios biológicos en el envejecimiento, haciendo referencia a nivel muscular se puede considerar que se produce una pérdida gradual de la fuerza muscular por alteraciones enzimáticas en las fibrillas musculares, disminución de masa muscular, se ve aumentado el líquido intersticial y de tejido adiposo. A nivel articular se produce estrechamiento del espacio articular a causa de la deshidratación del tejido cartilaginoso, el deterioro de las superficies articulares provoca dolor y limitación del movimiento. También el crecimiento óseo irregular en las articulaciones, provoca deformaciones y dolor localizado. En cuanto a la vista, la agudeza visual disminuye y se presentan problemas en la visión nocturna y periférica. En las capacidades intelectuales como la inteligencia fluida que es la capacidad que permite adaptarse a situaciones nuevas y resolver los problemas nuevos, disminuye con la edad. La memoria es la primera función cognoscitiva que se ve alterada y la capacidad intelectual con mayor frecuencia que se observa alterada en los ancianos.

El anciano precisa mayor tiempo para procesar la información, seleccionarla antes de almacenarla y expresarla. En cuanto a la reacción ante algún estímulo es menor y la latencia de respuesta es mayor. (Hunsillos, Pascual, Marín, Suarez, & Guijarro, 2013)

La capacidad del lenguaje y expresión también pueden alterarse con el pasar de los años al igual que la capacidad de adaptación. Es necesario conocer las modificaciones que acontecen en el ser humano en sus dimensiones, para lograr responder a las demandas, para la satisfacción de sus necesidades y para conseguir que la vejez llegue en las mejores condiciones posibles. (Checa, 2013)

En cuanto a la salud, en la vejez aparece el miedo y riesgo a enfermar y morir; miedo a las enfermedades crónicas con tratamientos prolongados, debido a lo que esto significa para vivir y los costos que demanda, ya que sus ingresos son limitados o nulos. En su mayoría perciben el beneficio previsional ordinario: jubilaciones y pensiones; o beneficios no previsionales: pensiones graciables nacional y provincial; algunos no tienen ningún tipo de ingreso. El sistema público de salud como centros de atención primaria de la salud y hospitales son los más utilizados. (Ludi, 2005)

La adultez mayor es considerada como un período en donde se experimentan cambios, que influyen continuamente en las diversas áreas del funcionamiento. En algunos contextos se asocia a la pérdida constante de capacidades, principalmente relacionadas con el espacio físico. Algunos estereotipos de la cultura occidental frente al envejecimiento han llevado a que experimente cierto temor frente a esta etapa, la cual puede llevar al aislamiento social. Por lo tanto se resalta la importancia de la existencia de los sistemas de apoyo social, familiar y de la salud.

Cuando se origina una pérdida de las habilidades funcionales normales, la persona, los roles y las tareas definidos socialmente se ven afectados y la sociabilización disminuye. (Duran, Orbegoz, Uribe, & Uribe Molina, 2007) Varios son los conceptos elaborados acerca de la categoría habilidades que aparecen en la literatura científica. Partiendo de estos conceptos las habilidades pueden ser definidas desde el punto de vista psicológico como también desde el punto de vista didáctico o pedagógico. Esta categoría psicológica-pedagógica es compleja de definir pero se pueden identificar algunos elementos generalizadores representativos de ella, destacándose la importancia de las habilidades en la actuación del ser humano psíquica como práctica y la estrecha relación de las habilidades con los conocimientos y hábitos.

Las habilidades constituyen elementos psicológicos estructurales de la personalidad, vinculados a su función reguladora-ejecutora las cuales se forman, desarrollan y manifiestan en la actividad. Mediante la actividad la persona se relaciona con el objeto, lo transforma al mismo tiempo se transforma a sí mismo en correspondencia con el objetivo y el grado de motivación que sienta por ella. Los conocimientos y las habilidades se relacionan, el conocimiento se hace efectivo cuando se logra el dominio de la habilidad, que le permite al hombre actuar con él. El conocimiento constituye una premisa para lograr el desarrollo de la habilidad. Tener el dominio de un contenido significa tener la posibilidad de operar con él, utilizarlo e incorporarlo a los procedimientos de su actividad intelectual como un instrumento más de esta. La formación de la habilidad se obtiene cuando la persona se apropia de las operaciones de manera consiente, por lo tanto necesita una adecuada orientación sobre la forma de proceder, bajo una dirección para garantizar la corrección en la ejecución, como también el orden adecuado de esas operaciones. La adecuada y consiente formación de una habilidad antes de comenzar su ejercitación evita la asimilación de aspectos incorrectos o innecesarios que luego son difíciles de erradicar.

El desarrollo de la habilidad se logra mediante la repetición de los modos de operar, quiere decir que una vez formada la habilidad se necesita comenzar a ejercitarla. Debe utilizarse las veces necesarias con frecuencia y periodicidad para poder ir eliminando los errores haciéndose cada vez más fácil la realización de las operaciones hasta lograr la perfección de algunos componentes

operacionales. Se requiere de una adecuada dirección de la actividad que favorezca la sistematización y consolidación de las acciones y operaciones.

En el plano psicológico se debe hacer referencia a las etapas fundamentales por la que se transita cada vez que se pretende asimilar un nuevo conocimiento. Estas etapas son la motivación, formación de la base orientadora, acciones externas materiales o materializadas, acciones de lenguaje externo “para los demás”, acciones de lenguaje externo “para sí” y acciones mentales. Estas corresponden con la forma de ejecución de la habilidad que transita de manera material a la forma mental. Expresado de otra manera sería que la forma inicial de la actividad es materializada, después verbal y último mental.

Diversos autores propusieron estrategias para la formación y desarrollo de habilidades en diversos campos de la actividad humana. La adquisición de las habilidades transita por las etapas de planificación, ejecución y control. En esta primera etapa se inicia con la definición correcta de los objetivos de aprendizaje, determinar las invariantes funcionales de las habilidades, métodos de enseñanza a utilizar y los indicadores a emplear en la evaluación. La ejecución es caracterizada por la orientación y motivación. La base orientadora de la acción constituye un elemento de dirección y control de la actividad de aprendizaje.

La motivación constituye un recurso didáctico, es de mucho valor mostrarle al sujeto la significación social de lo que se debe ser aprendido y lograr que esta se convierta en una significación personal. Cuando el sujeto alcance la motivación, comprensión y orientación de su actividad, se precisará una ejercitación que de la posibilidad del tránsito por los distintos tipos de actividad cognoscitiva: asimilación, dominio, sistematización y evaluación de la habilidad.

En la etapa de control se evalúa todo el proceso, compara los resultados logrados con las orientaciones. También se tiene en cuenta el autocontrol sistemático que debe realizar el propio sujeto sobre su desempeño. (Martinez Corona & Hernández Fonseca, 2009)

La educación sanitaria es una de las acciones principales para fomentar y proteger la salud de la población. Diversos autores aportaron ideas que permiten configurar una definición que implica la necesidad información, formación, educación y promoción en los niveles asistenciales; capacitando a los individuos, profesionales, y diversos colectivos para participar de manera activa en el proceso del cuidado de la salud.

Los profesionales sanitarios en educación para la salud se concretan en agentes mediadores entre todos estos colectivos para lograr un nivel óptimo en salud. Es preciso que cuenten con

información, educación, formación y la promoción precisa. Los ámbitos de educación para la salud con mayor relevancia son: el medio escolar, el medio laboral y el medio comunitario.

El proceso de enseñar se basa en facilitar el aprendizaje mediante interacciones entre docente y los educandos con la finalidad de la adquisición de conocimientos, conservación de los mismos, establecer hábitos y adoptar actitudes. Para este fin existen recursos que ayudan en la labor educativa, pero se debe ser consciente de las ventajas e inconvenientes de cada uno para lograr cumplir eficazmente la función educadora.

Los programas educativos pretenden modificar conductas, las cuales pueden ser negativas o insanas de la comunidad y promover conductas positivas de salud. Se requiere el establecimiento de objetivos, métodos de enseñanza, recurso, tiempo, evaluación entre otros. El diseño y la aplicación de un programa implica la necesidad de una planificación que permita conocer las necesidades de la población hacia la cual va dirigida la intervención, cual es el tipo de información que se precisa, cuales son los objetivos que se pretende lograr y a través de qué mecanismos. También identificar los recursos necesarios y establecer los mecanismos de evaluación. (Checa, 2013)

## MATERIAL Y METODO

### Tipo de estudio o diseño:

Se realizará un estudio de abordaje cuantitativo, cuasi experimental post prueba, longitudinal y prospectivo.

Será cuasi experimental ya que se va a manipular una variable independiente para observar su efecto y relación con la variable dependiente, el grupo será intacto y no habrá grupo control. En este proyecto se pretenderá medir la variable Desarrollo de habilidades mediante la intervención de un Programa educativo sobre cuidados de ostomias según el sexo y la edad. Será longitudinal ya que las variables se medirán en más de una oportunidad y el tiempo es importante porque el comportamiento de la variable se mide en un período dado. Prospectivo ya que los datos se irán recolectando a medida que ocurran los hechos.

### Sitio y contexto de la investigación:

Después de haber aplicado una guía de convalidación de sitio (ver ANEXO I), en dos hospitales de la ciudad de Rosario, y tras los resultados del estudio exploratorio (ver ANEXO II), se seleccionó solo uno por reunir todos los requisitos para medir las variables en estudio. La institución seleccionada es Paraestatal, que se caracteriza por la atención de personas pensionadas y jubiladas de la ciudad de Rosario.

Esta institución tiene como característica principal el dedicarse a la atención del adulto mayor predominantemente. La investigación se desarrollará en la sala de guardia y pisos de internación de sala general.

Se cuenta con tres pisos de internación los cuales cuentan con 20 camas disponibles cada uno. Cada piso tiene 10 habitaciones que presentan dos camas disponibles cada una y baño privado. También office de enfermería, sala médica, cocina, accesos al ascensor y escalera. Los usuarios pueden estar acompañados por un familiar las 24hs del día, además de contar con horarios de visitas.

En la sala de guardia se cuenta con 13 camas disponibles para la internación en un mismo ambiente físico con 1 baño para los pacientes, dos office de enfermería, tres consultorios, sala de urgencias, cocina, baño para el personal, vestuario y habitación médica. Entre la mayoría de las camas se pueden apreciar cortinas deslizantes para la privacidad del paciente. Al igual que en los pisos de internación de sala general se cuenta con biombos destinados al mismo uso. El acceso a los

familiares es restringido a solo 2 horarios de visitas los cuales coinciden con el horario de almuerzo (11hs a 12hs) y cena (19hs a 20hs).

En total 73 son las camas disponibles entre los servicios mencionados anteriormente destinadas a internaciones.

## POBLACION Y MUESTRA

La población en estudio estará constituida por todos los adultos mayores ostomizados que se encuentren internados en los servicios de sala de guardia y pisos de internación de sala general.

### Unidad de análisis

La unidad de análisis será compuesta por cada uno de los pacientes adultos mayores ostomizados que se encuentren internados en los servicios de sala de guardia y pisos de internación de sala general.

### Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no sean auto-válidos
- Adultos mayores que posean experiencia en salud

En cuanto al tamaño de la población se tomará la totalidad de los pacientes internados en sala de guardia y pisos de internación de sala general que cumplan con los criterios de inclusión/exclusión. No se tomará muestra, será una población total de 50 pacientes aproximadamente, según los datos aportados por los resultados del estudio exploratorio.

Los resultados serán generalizables solo a la población de estudio. Posee limitaciones para generalizar los resultados, ya que la población es reducida, se realizará en una sola institución y no se realizará muestreo.

## TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de datos se desarrollará tras implementar un Programa Educativo sobre cuidados de ostomias (ver ANEXO II) y mediante la técnica observación utilizando como instrumento una lista de control para lograr medir la variable “desarrollo de habilidades”. Dicho programa se brindará luego que el paciente transite un post operatorio de 72hs y se encuentre internado en los servicios de sala de guardia o pisos de internación de sala general hasta su alta. El mismo se encuentra creado por la autora del proyecto, basado en una Guía de información para pacientes ostomizados actualizada en el 2015 de la autora Claudia Leticia Caramutti (ver ANEXO II).

Se instruirá al paciente con los conocimientos teóricos básicos necesarios que deberá incorporar para afrontar las dificultades que se le presenten sobre los cuidados de su ostomía. Se brindará educación verbal y se demostrara realizando la práctica correspondiente. Será aplicado respetando la privacidad y comodidad del paciente mediante cortinas o biombos, y se escogerá un horario en donde no se interrumpa el descanso del paciente ni el trabajo de enfermería.

Los conceptos y acciones en los que se instruirá en el Programa educativo serán son los siguientes: conceptos de aparato digestivo y ostomía, se informará sobre las características que presentaran las heces dependiendo de la ostomía que presente el paciente, los tipos de dispositivos existentes nombrando sus diferencias y su elección adecuada dependiendo de la ostomía, y se brindarán consejos sobre el cambio de dispositivo y prevención de irritaciones cutáneas. Los cuidados de la piel alrededor del ostoma, la colocación y el retiro del dispositivo se irán demostrando paso a paso en el mismo momento en que se instruye verbalmente para lograr una mejor comprensión e ir evacuando dudas o miedos de los pacientes.

Una vez implementado el Programa Educativo, se utilizará la técnica de observación y como instrumento de recolección de datos una Lista de control elaborada por la autora del proyecto (ver ANEXOII) En dicha lista se tendrán en cuenta las tres dimensiones de la variable “desarrollo de habilidades”: colocación del dispositivo, retiro del dispositivo y cuidados de la piel alrededor del ostoma. En cada dimensión se valorarán sus respectivos indicadores. También se colocarán como datos en el inicio del instrumento de recolección de datos las variables Edad y Sexo, por ser variables simples.

La observación es un registro visual de lo ocurrido en una situación real. Este método brinda datos cuantitativos. Estará determinada por lo que se está investigando. Puede ser utilizada prácticamente en cualquier tipo de investigación y en cualquier área del saber. Se utilizará esta técnica por tener como ventaja no depender de registros o de terceros lo cual ayuda a la eliminación de distorsiones por parte del que informa; por lo tanto la observación es de acontecimientos tal como ocurren.

La observación al igual que otras técnicas presenta desventajas, en este caso son: requerir de mucha habilidad y agudeza para poder ver los fenómenos, es selectiva pues el ser humano “ve” lo que quiere por lo tanto el ser objetivo en la observación debe ser un acto consiente e intencionado. También existe riesgo en el momento de la interpretación, de distorsionar los hechos y de ir más allá de lo que se ha observado.

La prueba piloto de los instrumentos fue llevada a cabo por la autora de este proyecto en sala de guardia y pisos de intención de sala general de la institución seleccionada(ver ANEXO IV), en el mes de noviembre del 2018, en cinco pacientes que se encontraban cursando un post operatorio abdominal con ostomias digestivas superior a las 72hs.

Las variables en estudio pudieron ser medidas mediante el instrumento realizado. Los indicadores fueron fácil de observar.

Los instrumentos deben ser probados para asegurarse de que los individuos a quienes estos van dirigidos comprendan en forma correcta y para garantizar que realmente los indicadores sean los correctos y precisos para medir las variables en estudio. La prueba piloto es uno de los controles de validez interna de la investigación.

## OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable: Intervención de un Programa educativo sobre cuidados de ostomias digestivas

- Tipo: cualitativa compleja
- Función: independiente
- Escala de medición: nominal
- Dimensión 1: Retiro del dispositivo

Indicadores:

- Retira el adhesivo con una esponja suave y mojada en agua con jabón neutro
- Retira el adhesivo de arriba hacia abajo sosteniendo la piel alrededor hasta lograr despegarla por completo.
- Descarta el dispositivo

- Dimension 2: Cuidados de la piel alrededor del ostoma

Indicadores:

- Retira los restos de heces con toallas de papel
- Lava el ostoma con agua templada y jabón neutro de manera lenta hasta que quede totalmente limpio
- Seca el ostoma cuidadosamente usando toallas de papel

- Dimension 3: Colocación del dispositivo

Indicadores:

- Mide el tamaño de su ostoma
- Recorta la placa del dispositivo respetando la medida tomada
- Llegado el diámetro correspondiente, retira el papel protector del adhesivo

-Pega el adhesivo de abajo hacia arriba

-Dispositivo de una 1 pieza: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera.

-Dispositivo de 2 piezas: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera y lograr la adaptación del aro a la placa adhesiva.

Variable: Desarrollo de habilidades

- Tipo: cualitativa compleja
- Función :dependiente
- Escala de medición :ordinal
- Dimensión 1:Retiro del dispositivo

Indicadores

--Retira el adhesivo con una esponja suave y mojada en agua con jabón neutro

-Retira el adhesivo de arriba hacia abajo sosteniendo la piel alrededor hasta lograr despegarla por completo.

-Descarta el dispositivo

- Dimensión 2: Cuidados de la piel alrededor del ostoma

Indicadores:

-Retira los restos de heces con toallas de papel

-Lava el ostoma con agua templada y jabón neutro de manera lenta hasta que quede totalmente limpio

-Seca el ostoma cuidadosamente usando toallas de papel

- Dimensión 3: Colocación del dispositivo

Indicadores:

-Mide el tamaño de su ostoma

-Recorta la placa del dispositivo respetando la medida tomada

-Llegado el diámetro correspondiente, retira el papel protector del adhesivo

-Pega el adhesivo de abajo hacia arriba

-Dispositivo de una 1 pieza: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera.

-Dispositivo de 2 piezas: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera y lograr la adaptación del aro a la placa adhesiva.

Variable: Edad

- Tipo: Cuantitativa simple
- Función: independiente
- Escala de medición: razón
- Indicadores: edad que refiera el individuo

Variable: Sexo

- Tipo: cualitativa simple
- Función: independiente
- Escala de medición: nominal
- Indicadores: sexo que refiera el individuo

## PRINCIPIOS ETICOS

Para la realización de la investigación se tendrán en cuenta los principios éticos:

**Autonomía:** se va a preservar la intimidad de los sujetos en estudio asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos. Mediante un consentimiento informado (ver ANEXOII), se describirá con detalles la naturaleza del estudio, el derecho que tienen a negarse a participar o retirarse en el momento que deseen. También los riesgos y beneficios que podrían ocurrir. Los participantes de la investigación lo harán de manera totalmente voluntaria. Se firmará el consentimiento informado previo a la intervención educativa y aplicación del instrumento.

**Beneficencia:** se preservará la identidad de los participantes, se garantizará que los beneficios siempre superaran los efectos indeseables y que no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos.

**Justicia:** los participantes tendrán un trato justo y se preservará su intimidad, la selección de los mismos será de manera equitativa y se respetará la confidencialidad de los datos.

## PERSONAL A CARGO DE LA RECOLECCION DE LOS DATOS

La implementación del Programa educativo y la recolección de datos se realizará en el período comprendido entre el 15 de marzo hasta el 15 de julio del 2019 en una institución Paraestatal, que se caracteriza por la atención de personas pensionadas y jubiladas de la ciudad de rosario.

El personal a cargo de realizar la recolección de datos, será la autora de este proyecto y 4 colaboradores profesionales de enfermería. Uno de ellos del servicio de sala de guardia y los demás

pertenecientes a cada piso de internación de sala general. Previamente serán adiestrados mediante dos reuniones en donde se les explicarán los objetivos de la investigación, como debe realizarse la recolección de datos, se les presentará el instrumento de recolección y se disiparán dudas. De esta manera se estará implementando otro control de validez interna.

Se implementará la técnica observación y se utilizará como instrumento de recolección de datos una lista de control. De esta manera se observará como el paciente realiza su higiene periestomal, retira y coloca el dispositivo. Se realizará en el servicio de sala de guardia o pisos de internación de sala general (dependiendo donde se encuentre el paciente internado), por la mañana de 8 a 11hs, luego de la higiene diaria de los pacientes.

## PLAN DE ANALISIS

Con respecto a la variable Desarrollo de habilidades se utilizará una escala ordinal, que determinará si el paciente adquirió la destreza necesaria para desarrollar la habilidad en el cuidado de la ostomía. La variable será medida mediante sus dimensiones con sus correspondientes indicadores.

Utilizando la lista de control, a cada indicador se lo tabulará con SI/NO, en donde SI será: 1pts y NO será: 0pts.

- Dimensión 1: Retiro del dispositivo, que cuenta con 3 indicadores su total será: 3pts. como máximo y 0pts mínimo.
- Dimensión 2: Cuidados de la piel alrededor del ostoma, que cuenta con 3 indicadores su total será 3pts como máximo y 0pts como mínimo.
- Dimensión 3: Colocación del dispositivo, que cuenta con 5 indicadores su total será 5pts como máximo y 0pts como mínimo.

La reconstrucción de la variable se realizará primero por cada dimensión. En donde las dimensiones “retiro del dispositivo” y “cuidados de la piel alrededor del ostoma”, solo cuentan con 3 indicadores cada una y se agrupará de la siguiente manera:

0pts: No logra el desarrollo de habilidades

1 y 2 pts.: Logra medianamente el desarrollo de habilidades

3pts: Logra el desarrollo de habilidades

Para la dimensión “colocación del dispositivo” que cuenta con 5 indicadores los datos se agruparán de la siguiente manera:

0pts y 1pts: No logra el desarrollo de habilidades

2 y 3pts: logra medianamente el desarrollo de habilidades

4y 5pts: logra el desarrollo de habilidades

También la variable se reconstruirá de manera general teniendo en cuenta todos los indicadores de todas las dimensiones con un máximo de 11pts y un mínimo de 0pts en donde:

0 a 3pts: no logra el desarrollo de habilidades

4 a 7pts: logra medianamente el desarrollo de habilidades

8 a 11pts: logra el desarrollo de habilidades

Para los resultados de la variable desarrollo de habilidades se utilizará la Estadística Descriptiva mediante la distribución de frecuencias y serán plasmados en tabla de doble entrada y gráfico de barras.

Para la variable edad la escala que se usará es la razón utilizando los datos tal cual fueron recogidos, se utilizará Estadística descriptiva y se analizará mediante las medidas de tendencia central (media, mediana y moda).

La variable sexo será tabulada como femenino-masculino, se implementará la escala nominal, se utilizará Estadística descriptiva mediante las pruebas estadísticas de distribución de frecuencias y porcentaje. Se representará a través de gráfico torta.

También se utilizará la Estadística Inferencial la cual permitirá someter a pruebas las hipótesis y ayudará a determinar la confiabilidad de la inferencia de los fenómenos observados.

El análisis será univariado y bivariado. Se solicitará ayuda a un profesional estadístico.

## PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	marzo 2019	abril 2019	mayo 2019	junio 2019	julio 2019	agosto 2019	septiembre 2019
DIAS	15 COMIENZA				15 21	7 15 FINALIZA	8
RECOLECCION DE DATOS: implementación del Programa Educativo sobre cuidado de ostomía y aplicación del Instrumento de Recolección de datos							
TABULACION DE DATOS							
ANALISIS DE LOS DATOS							
CONCLUSIONES							
ENTREGA DE INFORME							
DIFUSION DE RESULTADOS							

# ANEXO

## ANEXO I

### GUIA DE CONVALIDACION DE SITIO

¿Cuento con la autorización del efector y de los diferentes servicios en donde se desea realizar la investigación?

Preguntar al referente de la institución:

¿En la institución se cuenta con pacientes adultos mayores? ¿Cuántos? ¿Cómo es la distribución?

---

¿En la institución se realizan cirugías abdominales?

---

¿Aproximadamente cuántas cirugías abdominales al mes se realizan?

---

¿En cuántas de ellas se realizan ostomias intestinales?

---

¿Cuánto tiempo aproximado permanece internado un paciente recientemente intervenido?

---

¿Enfermería cuenta con protocolos o programas educativos dirigidos a los pacientes ostomizados en los diferentes servicios (sala de guardia y pisos de internación de sala general)?. En caso de tener ¿Con que finalidad? ¿Se encuentran por escrito en cada servicio? ¿Los enfermeros saben de su existencia?

---

---

¿Enfermería cuenta con capacitaciones o actualizaciones para brindar educación a pacientes ostomizados?

---

¿Se brinda información para el alta en pacientes recientemente operados con ostomía?

---

¿La institución provee materiales como jabón neutro, toallas de papel, cestos de basura y dispositivos a los pacientes ostomizados?

---

¿En cuanto al entorno el paciente cuenta con elementos como biombos, mamparas y cortinas para su privacidad?

---



<b>COLOCACION DEL DISPOSITIVO</b>	Llegado al diámetro correspondiente, retira el papel protector del adhesivo			
	Pega el adhesivo de abajo hacia arriba			
	Dispositivo de 1 pieza: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro asía afuera  Dispositivo de 2 piezas: Presiona suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera y logra la adaptación del aro a la placa adhesiva.			

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De carácter como investigador, estoy interesada

En investigar acerca de la implementación de un programa educativo sobre cuidados de ostomias digestivas.

La misma es voluntaria y de forma anónima, puede elegir a participar o no hacerlo.

El objetivo del mismo es determinar qué relación existe entre la intervención de un programa educativo sobre cuidados de ostomía y el desarrollo de habilidades según sexo y edad en los adultos de una institución paraestatal de la ciudad de Rosario entre el 15 de marzo del 2019 hasta el 15 de agosto del 2019.A continuación, detallaremos el consentimiento:

Quien..... suscribe .....DNI.....certifico que he sido informada/o en forma clara verbalmente, el propósito y los beneficios del proyecto académico de tesina del estudiante.....por la cual participare en forma libre y voluntad propia sin percibir remuneración alguna.

Otorgo mi consentimiento respetándose mi anonimato de intimidad de la información que proporcione.

Firma:.....

Aclaración: .....

Fecha:.....

**PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE CUIDADOS DE OSTOMIAS  
DIGESTIVAS**

(PROYECTO DE TESINA)

Por:

Enf. Zapata Tatiana Elisabet

Docente Asesor:

Lic. Acosta Simón

Rosario, noviembre del 2018

## INDICE GENERAL

	Pág.
Índice general	40
Introducción	41
Conceptos	42
Características de las heces	42
Tipos de dispositivos	43
Elección del dispositivo adecuado	43
Retiro del dispositivo	43
Cuidados de la piel alrededor del ostoma	44
Colocación del dispositivo	45
Prevención de las irritaciones cutáneas	46
Bibliografía	47

## **INTRODUCCION**

El programa de educación se basa en los cuidados que requiere una ostomía.

Dicho programa se dirige a los adultos ostomizados pertenecientes a una institución Paraestatal de la ciudad de Rosario perteneciente al distrito centro de dicha ciudad.

Debido a la falta de educación e información sobre el tema me pareció apropiado desarrollar este contenido, teniendo en cuenta que está dirigido a los pacientes adultos hospitalizados que presenten ostomías intestinales con un post operatorio superior a 72hs.

## **CONTENIDO**

### **Conceptos**

#### Aparato digestivo:

Es un tubo largo con comienzo en la boca y termina en el ano, su función consiste en absorber los alimentos para rescatar los nutrientes que necesita el organismo.

En el intestino delgado, los jugos digestivos transforman los alimentos en estado líquido para su absorción.

En el intestino grueso, llegan los residuos de los alimentos que se denominan heces.

Se absorbe agua y sales minerales, hay secreción de moco de la pared para lubricar las heces y se produce la fermentación de las mismas.

La eliminación es controlada voluntariamente por el esfínter anal.

#### Ostomia:

Consiste en la derivación de una porción del intestino a la parte exterior del abdomen. Pueden ser temporales o definitivos.

Las ostomias intestinales pueden clasificarse:

- **Colostomías:** abertura de una parte del intestino grueso o colon, que permiten que las heces se desvíen.  
Cuando se es operado de una ostomia las eliminaciones son involuntarias.
- **Ileostomías:** la abertura del intestino delgado o íleon a través del abdomen. (Caramutti, 2015)

### **Características de las heces**

Cuando se habla de una colostomía generalmente el desecho es de color marrón y de consistencia semi-líquida, pastosa o con forma. En la ileostomía las heces son amarillentas, líquidas o semilíquidas. Causan irritación en la piel ya que contienen jugos intestinales. (Fuertes Ran, 2002)

## **Tipos de dispositivos**

Según el tipo de evacuación:

- Bolsas Cerradas: están termoselladas en el extremo inferior.
- Bolsas Abiertas: el extremo inferior está abierto para poder vaciarse.

Según el tipo de sujeción:

- Sistemas de 1 pieza: el adhesivo y la bolsa forman una sola pieza.
- Sistemas de 2 piezas: están compuestos de 2 elementos separados, el disco adhesivo y por o la bolsa que se acopla al mismo. La bolsa puede cambiarse mientras el disco permanece. Estos protegen la piel ya que permiten su reposo durante varios días.

## **Elección del dispositivo adecuado:**

Es necesario tener en cuenta dos características:

- El tipo de efluentes

Heces sólidas: Bolsas Cerradas

Heces líquidas .Bolsas Abiertas

- El estado de la piel periestomal

Piel en buen estado: Dispositivo de 1 pieza

Piel sensible o irritada: Dispositivo de 2 piezas (Fundacionayúdate, 2003)

## **Retiro del dispositivo**

### Primero:

Debe retirar el adhesivo con una esponja suave y mojada en agua con jabón neutro, de arriba hacia abajo sosteniendo la piel de alrededor hasta lograr despegarla por completo. Se debe evitar realizar tirones.

## Segundo:

Se debe descartar el dispositivo

### **Consejos sobre el cambio de los dispositivos**

- Se debe evitar que las heces superen la mitad de la capacidad del dispositivo.

En las colostomías las heces serán secas o consistentes, porque corresponden al colon.

Si es una ileostomía las eliminaciones serán líquidas o semis líquidas, y los dispositivos que se usaran serán abiertos para poder vaciarse sin tener que despegar la placa.

- En la ileostomía las bolsas se vacían varias veces al día y lo habitual es cambiarlas cada 24 horas.
- En la colostomía las bolsas se retiran cuando se consideran llenas y lo habitual es cambiarlas entre 2 y 3 veces al día.
- En los sistemas de 2 piezas, el disco puede permanecer varios días en la piel (lo normal es de 3 a 4 días).
- En las ileostomías, el efluente es muy irritante por lo que es de gran importancia sellar perfectamente para evitar el contacto del mismo con la piel periestomal.
- Cambiar el adhesivo siempre que exista el mínimo signo de filtración del efluente entre la piel y el dispositivo.

### **Cuidados de la piel alrededor del ostoma**

La higiene y los cuidados del ostoma forman parte de su aseo personal diario.

El agua que debe emplearse deberá ser templada a gusto para no dañar la piel de alrededor del ostoma, deberá cuidarla, para poder pegar nuevamente la placa autoadhesiva del dispositivo.

Se deberá tener en cuenta:

- No se deberá emplear perfumes ni cremas hidratantes en la zona periestomal.

- Antes de comenzar con la higiene se debe contar con la presencia de los elementos necesarios para la misma. (dispositivo, jabón neutro, toalla de papel, plantilla diametral, cesto para descartar y tijera.)
- Es importante realizar una correcta higiene para cuidar la piel

Pasos para realizar una adecuada higiene periestomal

Primero:

Retirar los restos de heces con toallas de papel y descartar con el dispositivo

Segundo:

Lavar el ostoma con agua templada y jabón neutro de manera lenta hasta que quede totalmente limpio

Tercero:

Secar el ostoma cuidadosamente usando toallas de papel, para evitar lesiones en la piel. Debe estar bien seca para facilitar la adherencia del dispositivo.

**Colocación del dispositivo**

Una vez realizado la higiene periestomal se deben realizar los siguientes pasos para la colocación del dispositivo.

Primero:

Medir el tamaño de su ostoma, para un mejor ajuste del dispositivo (el diámetro debe quedar entre 1 a 2mm. De separación del ostoma), evitara lesiones de la piel por la irritación que producen las heces.

Segundo:

Comenzar a recortar la placa del dispositivo respetando la medida tomada en el paso anterior (las placas se encuentran marcadas previamente)

Tercero:

Una vez llegado al diámetro correspondiente retirar el papel protector del adhesivo y pegarlo de abajo hacia arriba

Cuarto:

Dispositivos de 1 pieza: Presionar suavemente alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera para favorecer la adherencia, evitando pliegues y arrugas.

Dispositivo 2 piezas: Presionar suavemente el adhesivo alrededor con los dedos, de adentro hacia afuera y lograr la adaptación del aro a la placa adhesiva. (Caramutti, 2015)

### **Prevención de las irritaciones cutáneas:**

Son frecuentes las irritaciones de la piel periestomal.

El contacto de la orina o las heces con la piel es la principal causa de las irritaciones. Es muy importante que el dispositivo selle bien el estoma para que no se produzcan filtraciones del débito entre el dispositivo y la piel.

También las irritaciones pueden deberse a que el adhesivo es retirado de manera brusca. Este procedimiento tiene que realizarse muy despacio, sujetando siempre la piel periestomal con la otra mano. Generalmente, las irritaciones leves suelen remitir cuando se corrige la causa que las originó. En caso de que la irritación persista, se debe consultar con un profesional. (Fundaciónayúdate, 2003)

## Bibliografía

Caramutti, C. L. (2015). *Guía de información para pacientes ostomizados*. Rosario

Fuertes Ran, C. (9 de 08 de 2002). *Pfizer*. Obtenido de [https://www.pfizer.es/salud/prevencion\\_habitos\\_saludables/consejos\\_salud/cuidados\\_paciente\\_estoma\\_digestivo.html](https://www.pfizer.es/salud/prevencion_habitos_saludables/consejos_salud/cuidados_paciente_estoma_digestivo.html)

Fundacionayúdate. (2003). *Saludinforma*. Obtenido de Guía práctica para personas ostomizadas: [https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/264401/Ostomizados\\_Guia\\_Practica\\_Pacientes\\_2003.pdf/f3e743a6-1eee-4e80-83d7-92d741829d89](https://www.saludinforma.es/portalsi/documents/10179/264401/Ostomizados_Guia_Practica_Pacientes_2003.pdf/f3e743a6-1eee-4e80-83d7-92d741829d89)

# **Guía de información para Pacientes Ostomizados.**

*Autora:*

*Enf: Claudia Leticia CARAMUTTI*

Licenciada en Ostomia

*Agradecimiento a:*

*Pacientes y Familiares que juntos  
hicimos posible el logro  
y el desarrollo de esta guía.*

*Leticia*

## Índice

Introducción	7
Que es un Ostoma?	7
Tipos de Ostomías	8
Anatomía y Función del Aparato Digestivo	9
Higiene y Cuidados	11
Recomendaciones	12
Como realizar la higiene del Ostoma?	14
Prevención de irritaciones cutáneas	19
Que se debe observar del Ostoma	20
Hablemos de alimentación	22
Dieta para Ileostomias	24
Dieta para Colostomias	26
La vida por delante	29
Bibliografía	31

## INTRODUCCION:

Esta guía va dirigida a personas que han sido operadas de una ostomia para darle la posibilidad de poder vivir y como consecuencia de esto, el cuerpo ha tenido modificaciones.

Es probable que al dejar el sanatorio quizás tenga miedo de no recordar todo lo que aprendió para el cuidado del ostoma.

El objetivo de esta guía es para que consulte todas las dudas que puedan presentarse.

Que es una OSTOMIA?

Ostoma significa abertura o boca.

Una Ostomia consiste en la derivación de una porción del intestino a la parte exterior del abdomen para facilitar la eliminación de los residuos y gases intestinales u orina. Pueden ser temporales o definitivos. Las ostomias se pueden clasificar en función del órgano implicado.

Tipos de ostomias:

Colostomia: es la abertura de una parte del intestino grueso o colon, que permiten que las heces se desvíen y lo hacen a través de la colostomia.

Ileostomia: es la abertura del intestino delgado o íleon a través del abdomen, el objetivo es desfuncionalizar el colon desviando el contenido fecal.

Urostomia: es una abertura quirúrgica creada en la pared abdominal, con una parte del intestino que permite la salida de orina, urostomia también se denomina desviación urinaria.

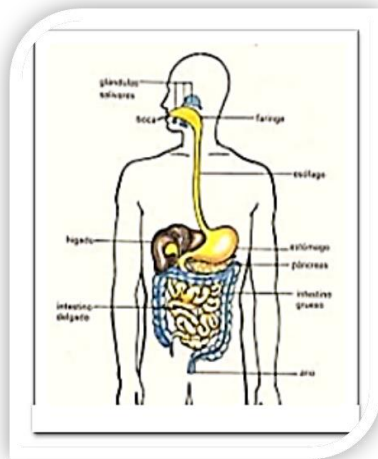
Nefrostomía: es la derivación del curso de la orina desde el riñón a la pared abdominal a través de una sonda o catéter.

En estos casos, no se realiza una ostomia, Solo un catéter que va conectado a una bolsa colectora de orina.

## Anatomía y Función del Aparato Digestivo

El aparato digestivo es un tubo largo que comienza en la boca y termina en el ano. Sus tramos tienen distintos nombres: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado (*se divide en tres partes: duodeno, yeyuno e ileon*), intestino grueso (ciego, colon ascendente, colon transverso, colon descendente o sigmoideo), recto y ano.

La función del tubo digestivo consiste en absorber los alimentos para rescatar los nutrientes que necesita el organismo



En el intestino delgado, los jugos digestivos transforman los alimentos en estado líquido para su absorción.

Al intestino grueso, llegan los residuos de los alimentos que se denominan heces. En este tramo se absorbe agua y sales minerales, hay secreción de moco de la pared para lubricar las heces y se produce la fermentación de las mismas, dando lugar a los gases.

En el recto se almacena las heces y los gases, su eliminación es controlada voluntariamente por el esfínter anal.

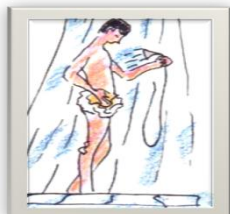
Cuando se es operado de una ostomía, las eliminaciones son involuntarias.

Solo con aprendizaje, se logran crear hábitos evacuatorios.

Consultará con su Enfermera en Ostomías.

## Higiene y Cuidados

La higiene y los cuidados del ostoma forman parte de su aseo personal diario, no tiene que tratarlo como una herida.



Una vez cicatrizada la herida abdominal, y según la indicación médica, podrá bañarse con la ducha o en bañera, con o sin el dispositivo.

El agua será templada a gusto tratando de no dañar la piel de alrededor del ostoma, deberá cuidarla, para poder pegar nuevamente la placa autoadhesiva del dispositivo.

### RECOMENDACIONES

Es muy importante realizar una correcta higiene del ostoma para cuidar la piel, de ello va a depender en gran medida, su bienestar y seguridad.

*Tendrá en cuenta de tener todos los elementos necesarios antes de comenzar con la higiene.*

El dispositivo a colocar, jabón neutro, esponja gomaespuma, toalla de papel (cocina,) plantilla diametral, tijera por si necesita modificar, un cesto donde descartar lo utilizado y un espejo de ser necesario.

IMPORTANTE: si damos calor a la placa autoadhesiva antes de adherir al ostoma, esta aumentará su adhesividad disminuyendo riesgos del despegue. (Puede utilizar secador de cabello)



No deberá utilizar perfumes ni cremas hidratantes en la zona periestomal.

Tenga en cuenta que estando la piel limpia y seca, estará favoreciendo su tranquilidad y confianza para realizar todas las actividades cotidianas. Así el cambio se efectuará según necesidad, y no por despegue accidental.

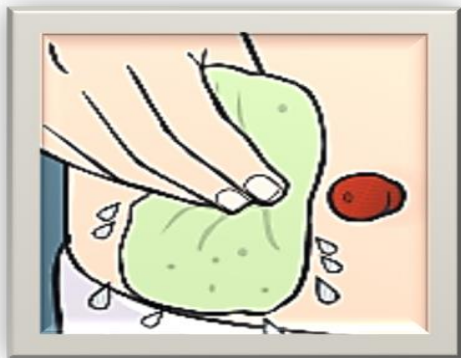
Como realizar la higiene del Ostoma?

Despegue el adhesivo con una esponja suave mojada en agua con jabón neutro, de arriba hacia abajo sosteniendo la piel de alrededor con suavidad hasta lograr despegarla por completo, (evite tirones).

Retire los restos de heces con toallas de papel y deséchelos con el dispositivo.

Lave el ostoma con agua templada y jabón neutro (no perfumado), en forma muy lenta y sin frotar, hasta que quede totalmente limpio.

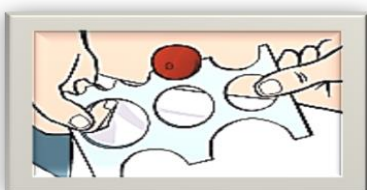
El secado del ostoma debe ser muy cuidadoso, usando toallas de papel, así se evita que la piel se lesione, debe estar bien seca para facilitar la adherencia del dispositivo.



Si existen pelos alrededor del ostoma puede rasurar con mucha espuma de jabón neutro en forma suave o simplemente recórtelos siempre en el sentido de su crecimiento.

No se alarme si sangra un poquito alrrededor del ostoma sangra un poco durante la higiene, (puede suceder), hágalo suavemente, y si persiste el sangrado presione ligeramente con la esponja humedecida en agua fría, por unos minutos no utilizar soluciones químicas como agua oxigenada, pervinox, etc..

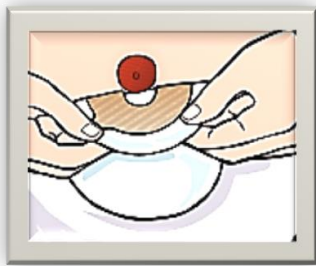
Mida el tamaño de su ostoma durante los primeros meses, para un mejor ajuste del dispositivo, (el diámetro debe quedar entre 1 a 2 mm. de separación del ostoma), evitara lesiones de la piel por la irritación que producen las heces.



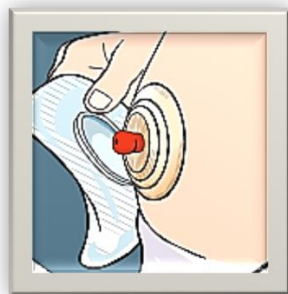
El recorte de la placa del dispositivo se realizara de a poco, hasta que su ostoma llegue al diámetro definitivo.

Retire el papel protector del adhesivo y péguelo de abajo hacia arriba, presione suavemente alrededor con los dedos, de adentro hacia fuera para facilitar la adherencia, evitando los pliegues y arrugas.

Si el dispositivo que se utiliza es de dos piezas, el procedimiento es el siguiente: Coloque primero la placa adhesiva, cuyo orificio tendrá el tamaño de su ostoma, céntrela y presione con sus dedos para facilitar la adherencia.



Adapte al aro de la placa adhesiva el dispositivo que utilice comprobando su perfecto ajuste, cerrando el botón de seguridad, luego un leve tironcito para comprobar que está correctamente puesto.



Para realizar estas prácticas, puede ayudarse con un espejo.



El cambio del dispositivo o placa será según la necesidad.

Si el dispositivo es de dos piezas, se cambiara la placa adhesiva cada 3 o 5 días, siempre que no detecte fugas, desprendimiento o ardor en el periestoma. Si apareciera, tendrá que cambiarlo para evitar futuras lesiones en la piel.

En ambos casos debemos evitar que las heces superen la mitad de la capacidad del dispositivo.

Si es una Colostomia las eliminaciones serán secas o consistentes, porque corresponden al colon.

Si es una Ileostomia las eliminaciones serán líquidas o semis líquidas, y los dispositivos que usará serán drenables, que pueden vaciarse sin tener que despegar placa.

## Prevención de las irritaciones cutáneas

Es frecuente que se produzcan irritaciones de la piel, periestomal (alrededor del ostoma).



La principal causa de esto suele ser por el contacto de las heces o la orina. Durante los primeros meses el ostoma se irá reduciendo, por lo que es conveniente ir midiéndolo antes de recortar los dispositivos para que nunca quede piel al contacto con los fluidos.



La irritación también puede deberse que al retirar el adhesivo se realiza de manera brusca, recuerde que esta operación se debe hacer muy despacio y humedeciendo los bordes. Generalmente las irritaciones leves suelen desaparecer cuando se corrigen las causas que las origino. Nunca debe usar cremas cicatrizantes porque contienen sustancias que impiden la adherencia del dispositivo, En caso que la irritación continúe debe consultar a su Enfermera de Ostomia.

Que se debe observar en el OSTOMA.

- Si el ostoma cambia la coloración,
- Cambios en la anatomía.
- Dolor abdominal o fiebre.
- Diarrea con duración superior a más de 24 horas.
- Secreción con el fluido intestinal o sangrado importante por orificio ostomal o rectal.
- Recurra a la consulta médica.

Durante el postoperatorio es normal que el ostoma tenga un aspecto inflamatorio, después se va reduciendo hasta llegar a su tamaño definitivo.

En el ostoma no existen terminaciones nerviosas por lo tanto no tienen sensación de dolor, siempre debe tener un color rojo como el de la cavidad de la boca y estar húmedo ya que se trata de una mucosa.

Al comenzar a movilizarse y retomar las actividades habituales es probable que despidan una secreción mucosa escasa (sanguinolenta o no) por vía rectal.

No es para preocuparse y en la próxima consulta comuníquese a su médico, o hable con su Enfermera en Ostomias.

## Hablemos de Alimentación.

Si usted es Hipertenso/a o Diabético/a, mantendrá los márgenes de la dieta que tenía antes de la cirugía.

Aprender a conocer su organismo le otorgará confianza y seguridad.

Los alimentos deben ingerirse en forma lenta, masticando tranquilo/a y preferentemente con la boca cerrada para evitar la formación de gases.

Las porciones serán las habituales, se recomienda realizar no menos de cuatro comidas diarias, (desayuno, almuerzo, merienda y cena).

*Esta última de ser temprano, se sugiere una colación antes de acostarse.*



Beber abundantes líquidos para el aporte que necesita el organismo, la cantidad deberá ser no menos de 2,5 litros diariamente, (agua, caldos, té en todos sus sabores, jugos en polvos light, jugos de frutas naturales, azúcar necesaria para endulzar, preferentemente reemplazar por edulcorantes).

Todo alimento nuevo (o sea que no ha comido aun, posterior de la cirugía), será de uno a la vez, así podrá comprobar la tolerancia de su tránsito intestinal.

Tendrá en cuenta mantener en condiciones las piezas dentales que favorecen a la masticación y una buena higiene bucal después de cada comida.

Es conveniente regular el ritmo horario en las dietas, será una forma de regular el tránsito intestinal.

## Dieta para ILEOTOMIAS

Leche: descremada, en caso de no tolerar podrá usar leche en polvo con bajo contenido en lactosa, con te, mate, malta o café común o descafeinado. Arroz con leche, Licuados, Salsa Blanca, etc.

Yogurt: sabor a elegir, puede combinar con cereales a gusto.

Quesos: cremosos, para untar, ricota etc. para rallar. Se puede utilizar la variedad de estos para preparar rellenos de comidas.

Huevo: En todas sus formas, menos fritos.

Carne Pollo sin piel, Pescados, carnes vacuna sin grasa, al horno, parrilla, plancha. Pan de carne, Pastel, Hamburguesas caseras, estofado, milanesas, supremas al horno, (pechugas).

Asado de vacío, entraña, hígado, riñones, sesos.

Verduras: Papa, Zapallo, Calabaza, Zapallitos sin semillas, Tomate sin piel y sin semillas, Zanahorias hervidas, en puré, en cubitos, Cebolla picada, tortillas o budines combinados con carne o pollo, pescado etc., gratinados con queso, soufflé, revueltos con huevos.

Cereales: Sémola, Polenta, Fideos Soperos, Guiseros, Arroz, Pastas frescas o secas. Ravioles, Tallarines, Ñoquis de papa o sémola, con salsa de tomate suave o gratinado con quesos. Prudencia con aceite, manteca o margarina y crema de leche.

Frutas: manzana, bananas, Todas sin piel ni cáscara. Puede consumirlas crudas, ralladas, o al horno.

Ciruelas, duraznos, peras, naranja y otras, probar tolerancia

Aceite, Manteca o margarina, cantidad necesaria.

### NO FRITURAS.

Pan blanco común de mesa, pan blanco envasado, galletitas de agua o pan tostado.

Mosaicos de queso y membrillo

Caldo: de verduras permitidas o licuadas.

Azúcar: cantidad necesaria, preferible edulcorante. Evita gases.

Jaleas: de membrillo, manzana; con los demás gustos prudencia.

Gelatinas: sabor a elegir, al principio gelatina sola, hasta cuatro por día y a posterior con frutas antes mencionadas si gustan.

Condimentos: Sal según la indicación médica. Nuez moscada, perejil, orégano, jugo de limón, laurel, cebolla cocida, pimientos sin piel. Todas menos picantes e irritantes

ES MUY IMPORTANTE: que se pueda mantener un ritmo horario en las dietas, es una buena forma de regular el tránsito intestinal.

Prudencia con los alimentos que no figuren en su dieta

Bebidas alcohólicas, gaseosas, Verduras de hojas crudas, legumbres, carnes en conservas, embutido, vísceras, fiambres, choclo, frutas, maní, nueces, avellanas etc. Con el tiempo será usted quien compruebe la tolerancia de algunos de estos mencionados.

Esta dieta podrá ser modificada pasado los  
30 a 60 días del post-operatorio

## Dieta para COLOSTOMIAS

Leche: descremada, en caso de no tolerar, deberá usar leche en polvo con bajo contenido en lactosa, la consumirá con te, mate, malta o café descafeinado. Flan, postres. Arroz con leche, Fécula de maíz, Licuados, Salsa Blanca, etc.

Yogurt: sabor a elegir, puede combinar con cereales a gusto.

Quesos: cremosos, para untar, ricota, para rallar. Los mismos quesos se pueden utilizar para preparar las comidas.

Huevo: En todas las formas, menos fritos

Carne: Al principio consumir carnes blancas que son de fácil digestión. Carnes picadas, hamburguesas caseras, pollo son piel, pescados. Luego carnes enteras, milanesas, suprema de pollo, pan de carne al horno, parrilla, cacerola.

Asado de vacío, tira con poca grasa, morcilla, riñones, sesos, Evitar achuras como chorizo, salchichas rellenas con picantes e irritantes.

Compruebe tolerancia con los embutidos, y las vísceras etc.

Verduras: Papa, Batata, Zapallo, Calabaza, Zukinis y Zapallitos sin semillas, Tomate sin piel y sin semillas, Chauchas sin hilo, Zanahoria, Remolacha, Cebolla, Tortillas, Budines de verduras, Gratinadas con salsa blanca o a preferencia.

Cereales: Sémola, Harina de maíz, Fideos Soperos, Guiseros, Arroz, Pastas frescas o secas. Ravioles, Tallarines, Ñoquis de papas o verduras. Consuma con salsa de tomate suave o gratinado al horno con salsa blanca, aceite, manteca o margarina, queso rallado.

Frutas: manzanas, peras, duraznos, bananas, ciruelas. Todas sin piel ni cáscara. Puede consumirlas crudas, ralladas, hervidas o al horno.

Pan: blanco, negro, galletitas de agua, glisines y pan tostado.

Azúcar: cantidad necesaria, preferible edulcorante. Evita gases.

Jaleas y Mermeladas: a gusto.

Gelatinas: sabor a elegir, sola o con frutas antes mencionadas.

Condimentos: Sal según la indicación médica. Nuez moscada, perejil, orégano, jugo de limón, laurel, cebolla cocida, pimientos sin piel.etc, todas menos picantes e irritantes.

Masitas dulces, bizcochuelo o tortas secas etc.

Prudencia con alimentos que no figuren en su dieta

Gaseosas, bebidas alcohólicas, Verduras de hojas, legumbres, carnes en conservas, embutido, vísceras, fiambres, choclo, frutas secas, maní, nueces, avellanas etc. Con el tiempo será usted quien compruebe la tolerancia de alguno de estos mencionados.

Esta dieta podrá ser modificada pasado los  
30 a 60 días del post-operatorio

## La vida por Delante

Una vez repuesto de la cirugía, su ritmo cotidiano volverá a ser el mismo.



Podrá ir a trabajar, tener actividad física, deportiva, social y sexual.

Dentro de los deportes de su elección tendrá en cuenta con los que le puedan producir daño al ostoma.

Siempre que salga de su casa es conveniente que lleve un estuche con dispositivos de repuesto, toalla de papel y bolsa de residuos para descartar por si la llegara a necesitar o surgir un imprevisto.

Esto será hasta que usted conozca sus hábitos de eliminación.

Tener en cuenta que cuando viaje fuera de la ciudad, llevar todos los elementos necesarios y dispositivos extras.

El objetivo de esta Guía, es darle los conocimientos como herramientas para brindar “Calidad de vida”

## Dentro de la vida Social

Invitación a pacientes y familiares a los encuentros mensuales Psicoestimulativos y Recreativos, un espacio cómodo donde el grupo cuenta con profesionales de la salud, para compartir entre todos momentos de socialización muy divertidos y agradables. Si usted desea contar con mayor información envíe su consulta a: [leticia2104@yahoo.com.ar](mailto:leticia2104@yahoo.com.ar) NOTAS

## Bibliografía

*Monserrat Tegido Valenti*: Programa de la Enfermería Estomaterapeuta; Hospital Universitario de Bellvitge; Año 1986.

*Hospital Universitario Ramón Cajal*; Dirección de Enfermería; Guía Práctica de Autocuidados; Año 2005.

*Fuentes Ran, Carmen*; Enf. En Estomaterapia; Cuidados para un paciente con un estoma digestivo; Año 2002.

*Fundación Ayúdate*; Guía práctica para personas Ostomizadas; Año 2008.

*Dres. Julio Britos R, Tesistas Karla Jimenez V, Gema Tolorza L, Sra. Patricia Siques L, Eu Felipe Rojas P, Sr. Luis Barrios P*; Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno; Revista Chilena de Cirugía; Vol. 56 – N° 1 – Febrero 2004, Pág. 31 – 34.

*Licenciada en Nutrición Delia Bartoli*; Dietas para Ileostomias y Colostomias; Año 2008.

## ANEXO III

### RESULTADO DEL ESTUDIO EXPLORATORIO

La institución seleccionada es paraestatal, se caracteriza por la atención de personas pensionadas y jubiladas de la ciudad de Rosario.

Esta institución tiene como característica principal dedicarse a la atención del adulto mayor en la mayoría de los casos.

El departamento médico se compone de las siguientes divisiones:

- División Clínica Quirúrgica
- División Terapia Intensiva
- División Clínica Medica
- División Diagnóstico y Tratamiento
- División Guardia Medica
- División Movilidad y Ambulancias

El departamento de Enfermería, camilleros y mucamas se compone de las siguientes divisiones

- División enfermería:
  - Jefes de sectores
    - Supervisor de turno
    - Supervisor de piso
    - Enfermeros
    - Auxiliares
  - Sector camilleros
- División intendencia
  - Sector mucamas
  - Sector ropería
  - Sector suministro

Cuenta con un total de 86 camas destinadas a internación. Las mismas se encuentran distribuidas en diferentes servicios: Unidad de Terapia Intensiva (13), segundo piso de internación (20), tercer piso de internación (20), cuarto piso de internación (20) y guardia (13).

La institución cuenta con quirófanos en donde se realizan cirugías, aproximadamente 40 son la cantidad de cirugías abdominales mensuales, de las cuales aproximadamente 8 derivan en ostomías, siendo las más recurrentes las cirugías de Hartmann y Miles.

Los pacientes intervenidos quirúrgicamente permanecen internados en la institución de 5 a 7 días posterior a la misma.

En los servicios, el personal de enfermería no cuenta con protocolos o programas educativos dirigidos a los pacientes ostomizados. La institución cuenta con una enfermera ostomaterapeuta quien trabaja en equipo con el servicio de cirugía y realiza seguimiento al paciente dado de alta.

Enfermería cuenta con capacitaciones presenciales o no presenciales sobre diferentes temas, las cuales no son de carácter obligatorio.

La educación para el alta en pacientes operados con ostomias de parte del personal de enfermería es muy escasa.

La institución cuenta con los materiales requeridos para la realización de la investigación (jabón neutro, toallas de papel, cestos de basura y dispositivos colectores). También cuenta con el espacio físico necesario para la realización de la investigación, cortinas deslizantes y biombos para asegurar la privacidad del paciente.

## ANEXO IV

### RESULTADO DE LA PRUEBA PILOTO

La prueba piloto fue aplicada a cinco pacientes internados en la institución seleccionada, los cuales se encontraban cursando un post operatorio abdominal con ostomias digestivas superior a 72hs. Se realizó en el mes de noviembre del 2018 y se esperó la intervención quirúrgica de cada uno, ya que 4 pacientes tenían la cirugía abdominal programada y solo uno fue con carácter de urgencia. La prueba piloto fue realizada en sala de guardia (dos pacientes), tercer piso de internación de sala general (1 paciente) y en segundo piso de internación de sala general (dos pacientes).

Las variables en estudio pudieron ser medidas mediante el instrumento realizado. Los indicadores fueron sencillos de observar.

Los pacientes demostraron buena voluntad y entusiasmo. La aplicación del Programa Educativo ocupó un tiempo de 30 minutos aproximadamente y la aplicación del instrumento 20 minutos, ya que se observaron paso a paso cada indicador.

A los instrumentos no se le realizaron modificaciones.

## BIBLIOGRAFIA

- Abdo, T., Adrue, I., Arzani, E., Ballistreri, M., & Benedetto, P. (2007). *Procedimientos de enfermería en el cuidado de personas adultas*. Rosario: UNR editora.
- Almendáres, J. A., Landeros, M., Hernández, M. A., Galarza, Y., & Guerrero, M. (2015). *Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2015/eim152f.pdf>
- Ángel Jimenez, G., López Herrera, F., & Restrepo Múnera, D. (2013). *La experiencia educativa del profesional de enfermería en el ámbito clínico*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.od?id=145229803002>
- Baily, E., Lloyd, M., Claire, L., & Neeson, J. (s.f.). *Manual de la enfermería*. Barcelona: Oceano.
- Checa, A. (2013). *Fundamentos y bases para todas las áreas enfermeras*. Valencia: BarcelBaires.
- Dopaso, H. (1994). *El buen morir*. Capital Federal: Era Naciente s.r.l.
- Duran, D., Orbegoz, M., Uribe, A., & Uribe Molina, J. (3 de diciembre de 2007). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a19.pdf>
- Ferreira Umpiérrez, A. H. (2013). *Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social*. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>
- Galvão, C., Pinheiro, L., Dantas, M., De Sousa, G., Fernandes, J., & Fernandes Costa, I. (2017). *Autoestima en mujeres con ostomías intestinales*. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000100007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100007)
- Gonzalez Leira, L. (2014). *Estudio de la calidad de vida en pacientes con ostomías digestivas en el área sanitaria de Ferrol*. Obtenido de [https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15678/GonzalezLeira\\_Laura\\_TFG\\_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15678/GonzalezLeira_Laura_TFG_2014.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- Hueso, C., Bonill, C., Celdrán, M., Hernández, S., Amezcua, M., & Morales, J. (26 de Septiembre de 2016). *Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1276.2840>
- Hunsillos, A., Pascual, A., Marín, A., Suarez, A., & Guijarro, A. (2013). *AMIR enfermería*. Madrid: Marban.
- Ludi, M. d. (2005). *Envejecer en un contexto de desprotección social*. Espacio.
- Martinez Corona, L., & Hernández Fonseca, M. (2009). *Aspectos didácticos acerca de las habilidades como contenido de aprendizaje*. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2009000300006#\\_ftn3](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2009000300006#_ftn3)
- Martinez, E., & Fernandez, R. (2016). *¿Qué es y cómo es un estoma?* Obtenido de <http://www.educainflamatoria.com/que-es-y-como-es-un-estoma>
- Muñoz, B. M., & Crespillo Diaz, A. Y. (2015). *La información, elemento clave para reconstruir la autoestima. Relato de una persona recientemente ostomizada*. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962015000200011>

- Novoa, G. (1994). Vínculo enfermero-Sujeto de atención. Revisado y reeditado por M Julia Guerrina (2016). UNR
- Oliva Anaya, C. (2015). *Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados*. Obtenido de [http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/recomendaciones\\_nutricionales\\_a\\_pacientes\\_ostomizados.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/recomendaciones_nutricionales_a_pacientes_ostomizados.pdf)
- P.A.C.E. (2010). *Programa de ayuda en el cuidado del estoma. Manual práctico. Una ayuda para personas ostomizadas y sus familias*. Obtenido de [http://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents\\_PDF/OC/Coloplast\\_stoma\\_ratgeber\\_Spanisch\\_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf](http://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_stoma_ratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf)
- Publicaciones Didácticas. (2011). *Ostomia: concepto, clasificación e indicaciones. Cuidados a aplicar en colostomias*. Obtenido de <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/012052/articulo-pdf>.
- Quiroga, A. (1986). *Enfoques y perspectivas en psicología social*. Buenos Aires: Cinco.
- Thibodeau, G., & Patton, K. (2008). *Estructura y función del cuerpo humano*. Versión en español de la 13ª edición de la obra original en inglés *Structure & Function of the Body*. Barcelona: Diorki Servicios Integrales de Edición.