

PROCEDEMENTO DE COIDADADO DOS ESTOMAS DE ELIMINACIÓN FEMORA

Procedementos de enfermería: eliminación

PROCEDIMENTOS DE ENFERMERÍA

XUNTA DE GALICIA

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela 2015

DATA DE ELABORACIÓN: Xullo 2013.

EDITA: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

LUGAR: Santiago de Compostela.

ANO: 2015.

DESEÑO E MAQUETACIÓN: everis Spain, S.L.U.

AUTORES

Bahamonde Sanluis Ma Dolores. Supervisora de Área Funcional de CCEE. EOXI Santiago.

Fernández Rodríguez María Ángeles. Supervisora Área Calidade. EOXI Santiago.

Gil García Natalia. Enfermeira experta en ostomías. EOXI Santiago.

Martín de Vidales Delgado Regina. Subdirectora de Procesos de Enfermería. EOXI Santiago.

Sebio Brandariz Purificación. Enfermeira experta en ostomías. EOXI Santiago.

Villasenín Iglesias Manuel. Subdirector de Procesos de Enfermería. EOXI Santiago.



Xunta de Galicia. 2015. Procedementos de enfermmería

Esta obra está dispoñible para a súa consulta e descarga na seguinte ligazón:
<http://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Publicacións-da-Organización>

Esta obra distribúese cunha licenza Atribución–Non comercial-Compartirlgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0). Para ver una copia da licenza, visite:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.gl>

1	XUSTIFICACIÓN	/ 6
2	DEFINICIÓN, ABREVIATURAS E PALABRAS CLAVE	/ 7
3	OBXECTIVO	/ 8
	Obxectivo xeral /	
	Obxectivos específicos /	
4	ÁMBITO DE APLICACIÓN	/ 8
	Diagnósticos de enfermmería relacionados	
	Poboación diana	
	Profesionais aos que vai dirixido	
	Ámbito asistencial de aplicación	
5	DESENVOLVEMENTO DO PROCEDIMENTO	/ 9
	5.1 Medios materiais /	9
	5.2 Procedemento /	9
	5.3 Observacións /	10
	5.4 Rexistros /	11
	5.5 Avaliación e seguimento /	11
6	RESPONSABILIDADES	/ 12
7	REFERENCIAS	/ 12
8	BIBLIOGRAFÍA	/ 12
	Bibliografía referenciada /	12
	Bibliografía consultada /	13
9	ANEXOS	/ 13

1

XUSTIFICACIÓN

A protocolización dos cuidados proporcionados aos pacientes ostomizados responde á necesidade de dispoñer documentalmente de pautas de cuidados avaladas cientificamente para os pacientes aos que se practican ostomías, co fin de proporcionar unha asistencia eficaz de máxima calidade, baseada en criterios científicos, e reducir a variabilidade asistencial.

A realización dunha ostomía a un paciente supón en moitos casos a solución a un problema de saúde importante pero non deixa de supoñer un impacto a nivel psico-físico-emocional na súa vida. O papel da enfermeira no postoperatorio inmediato é a clave para proporcionar un cuidado holístico e individualizado a cada paciente axudándolle a adaptarse progresivamente á súa nova situación¹.

2

DEFINICIÓN, ABREVIATURAS E PALABRAS CLAVE

Definición

Estoma - abertura artificial dun órgano interno na superficie do corpo, creada cirurxicamente.

Ostomía - intervención cirúrxica que produce unha abertura entro o tracto urinario ou gastrointestinal e a pel.

Ostomía dixestiva - avocación cirúrxica do intestino delgado (ileostomía) ou grosso (colostomía).

Urostomía - procedemento de desviación do fluxo urinario mediante o transplante dos uréteres nun segmento preparado e illado do íleo que ten un dos seus extremos pechados mediante sutura. O outro extremo está conectado a unha abertura da parede abdominal.

Abreviaturas

CCEE: consultas externas.

cm: centímetro.

EOXI: estrutura organizativa de xestión integrada.

GACELA: *Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta.*

Ianus: historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde.

ml: mililitro

NANDA: *North American Nursing Diagnosis Association.*

Palabras clave

Estoma, estomas peritoneais, colostomía.

3 / OBXECTIVO

Obxectivo xeral /

Determinar as accións que se deben desenvolver para efectuar o adecuado coidado dos estomas de eliminación.

Obxectivos específicos /

1. Estandarizar os criterios das actuacións dos profesionais.
2. Proporcionar os coñecementos necesarios para manter a pel periestomal íntegra.

4 / ÁMBITO DE APLICACIÓN



Diagnósticos de enfermería relacionados

Diagnósticos Nanda ²

- 00004 Risco de infección.
- 00047 Risco de deterioración da integridade cutánea.
- 00118 Trastorno da imaxe corporal.
- 00126 Coñecementos deficientes (ostomía).
- 00197 Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional.



Poboación diana

Este procedemento é de aplicación a todos os usuarios do Servizo Galego de Saúde portadores dun estoma de eliminación.



Profesionais aos que vai dirixido

Este procedemento é de aplicación para os profesionais pertencentes á rede sanitaria do Servizo Galego de Saúde.



Ámbito asistencial de aplicación

Este procedemento é de aplicación na rede sanitaria do Servizo Galego de Saúde en todos os casos nos que o paciente sexa portador dun estoma de eliminación.

5

DESENVOLVIMENTO DO PROCEDIMENTO

5.1 Medios materiais / *(ver o anexo de materiais)*

- Batea.
- Medidor do estoma .
- Bolsa recollidora específica para cada estoma e para cada caso clínico:
 - Abertas ou pechadas.
 - Dunha ou varias pezas.
- Esponxa suave.
- Toallas de secado.
- Luvas non estériles.
- Xabón neutro.
- Colector de refugallos.

5.2 Procedemento /

FASE PREOPERATORIA

- Proporcionar información no preoperatorio ao paciente que requira unha cirurxía de ostmía e a súa familia *(nivel de evidencia Ib)* ³.

- Marcar a situación do estoma a todos os pacientes que vaian ser sometidos a unha cirurxía de ostmía *(nivel de evidencia IIa)* ³.

FASE PREOPERATORIA

- 1 - Comprobar a identidade do paciente, segundo o procedemento de aplicación no Servizo Galego de Saúde.
- 2 - Respectar a intimidade do enfermo e gardar confidencialidade dos seus datos.
- 3 - Informar o paciente e/ou o cuidador principal do procedemento que se lle vai realizar e solicitarlle a súa colaboración, se é posible, recalcar a súa utilidade, usar unha linguaxe comprensible e resolver as súas dúbidas e temores. No caso de pacientes pediátricos explicarlles o procedemento aos pais *(grao B) (nivel de evidencia III)* ³.
- 4 - Solicitar o seu consentimento de forma verbal, sempre que sexa posible.
- 5 - Identificar os profesionais sanitarios que van intervir no procedemento.
- 6 - Comprobar as alerxias do paciente.

- 7 - Colocar o enfermo en decúbito supino, coa cabeceira elevada uns 1015o, ou ben se se pode levantar, realizar o cambio no baño. A postura do paciente debe permitir que poida ver o estoma.
- 8 - Realizar lavado hixiénico de mans (*nivel de evidencia I*)⁴.
- 9 - Colocar as luvas non estériles.
- 10 - Retirar suavemente a bolsa usada, desprendéndoa por todos os lados, nunca tirando. Cunha man suxeitar a parede abdominal e coa outra retirar a bolsa.
- 11 - Retirar as substancias de refugallo, se as houbese, con papel hixiénico ou esponxa suave mollada en auga.
- 12 - Limpar primeiro con esponxa suave e xabón neutro a zona do estoma con movementos circulares, quitar os restos do xabón e secar a pel con toallas, sen fregar.
- 13 - Recortar o vello ao redor do estoma con tesoiras, de ser preciso.
- 14 - Non secar a pel con secador nin usar alcol nin antisépticos na pel periestomal.
- 15 - Valorar o aspecto do estoma: cor, presenza de edema, sangrado, integridade da sutura, etc. Vixiar posibles necroses, retraccións e dehiscencias, así como o estado da vareta/titor, e de catéteres ureterais nas urostomías (*ver anexo de complicacións*).
- 16 - Valorar a integridade da pel periostomal: dermatite, presenza de pregues que dificulten adhesión do dispositivo, etc.
- 17 - Colocar a bolsa colectora adecuada para cada caso clínico. En caso de pregues cutáneos, verificar que o dispositivo utilizado é o axeitado, e se fose necesario, utilizar produtos específicos para ostomía: pasta para selar, aneis barreira, etc., para evitar fugas.
- 18 - No postoperatorio inmediato, é recomendable utilizar dispositivos transparentes, para vixiar con facilidade o estoma, e de ser posible de dúas pezas.
- 19 - Adaptar o dispositivo ao tamaño e forma do estoma.
- 20 - Asegurarse que a bolsa queda ben adherida, e pechada en caso de bolsas de billa e abertas.
- 21 - Desbotar os residuos xerados nos colectores axeitados.
- 22 - Quitar as luvas e realizar lavado hixiénico de mans (*nivel de evidencia I*)⁴.
- 23 - Acomodar ao enfermo tras os coidados e retornalo á súa posición previa.

5.3 Observacións /

- No caso de que a ostomía teña vareta de suxeición, trátase de introducir a variña dentro da bolsa, evitar movementos bruscos, e devolvela á súa posición inicial. Vixiar que

non se produzan úlceras por presión da vareta no estoma.

- A retirada de puntos periostomais e vareta debe efectuarse segundo a prescripción médica e os protocolos aplicables de cada centro.
- Nas urostomías con catéteres, introducir estes na bolsa colectora por enriba da válvula antirrefluxo.
- O diámetro do orificio da bolsa non debe de exceder en 0,3 cm o diámetro do estoma.
- Entre a placa e o estoma ten que haber 3 mm, para que o bordo non aprisione o estoma e o efluente non se coe.
- Os cuidados da ostomía realízanse sempre logo dos cuidados da ferida cirúrxica, para evitar a contaminación desta.
- Non deixar encher a bolsa colectora máis dos 2/3 da súa capacidade.
- Ensinarlle ao paciente e ao cuidador o conxunto mínimo de destrezas específicas que necesitan coñecer antes da alta hospitalaria ([nivel de evidencia IV](#))³.
- Informar o paciente as recomendacións dietéticas ([ver anexo de recomendacións dietéticas](#)).
- Nos pacientes hospitalizados, proporcionarlle tempo ao paciente e/ou cuidador principal a que realicen os cuidados da ostomía antes de recibir a alta hospitalaria, co fin de adestralos e resolver as dúbidas iniciais, así como informar sobre os dispositivos dispoñibles e a súa adquisición segundo un programa educativo planificado¹.

5.4 Rexistros /

Realizaranse no aplicativo informático GACELA, IANUS, na folla de enfermería ou en calquera outro sistema de rexistro co que conte a unidade. Deberase anotar a realización da cura, o rexistro dos cuidados do estoma e rexistro das complicacións, se se presentan.

Rexistrar no plan de cuidados do/a paciente as accións derivadas do procedemento.

5.5 Avaliación e seguimento /

O presente documento será actualizado no prazo de cinco anos ou cando a evidencia científica poida afectar o recollido no procedemento.

6

RESPONSABILIDADES

As accións derivadas da posta en práctica deste procedemento son responsabilidade do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde. A dispoñibilidade do procedemento e das ferramentas necesarias para a súa aplicación na práctica asistencial son responsabilidade da dirección do centro sanitario.

7

REFERENCIAS

Manual de protocolos e procedementos xerais de enfermería. Dirección de Enfermería. Complexo Universitario de Santiago. Revisión 2003

8

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía referenciada /

1. Osácar Crespo, Elena; Portas Badosa, María; Arregui Azagra, Adriana; Oroviogicoechea Ortega, Cristina. "Revisión del plan de educación del paciente ostomizado en el postoperatorio inmediato basado en la bibliografía". Revista Paraninfo Digital, 2011; 13. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/c039.php> Consultado o 18 de febreiro 2013.
2. Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011. Barcelona. Elsevier 2010.
3. BPG INTERNATIONAL AFFAIRS & BEST PRACTICE GUIDELINES; Ontairo Ministry of Health and Long-Team Care. Guías de buenas prácticas clínicas, cuidado y manejo de la ostomía. Ontairo (Canadá); agosto 2009.
4. www.who.int/patientsafety/information_centre/Spanish_HH_Guideline
5. <http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/tecnicas-atencion-primaria/manejo-cuidado-estomas-digestivos-uritarios-colostomia-ileostomia-ureterostomia> / Consultada 21 febreiro 2012.
6. <http://www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html> (acceso 16/12/2012): Clasificación, consejos dietéticos, complicaciones y consejos para evitarlos. Consultada 21 febreiro 2012.

Bibliografía consultada /

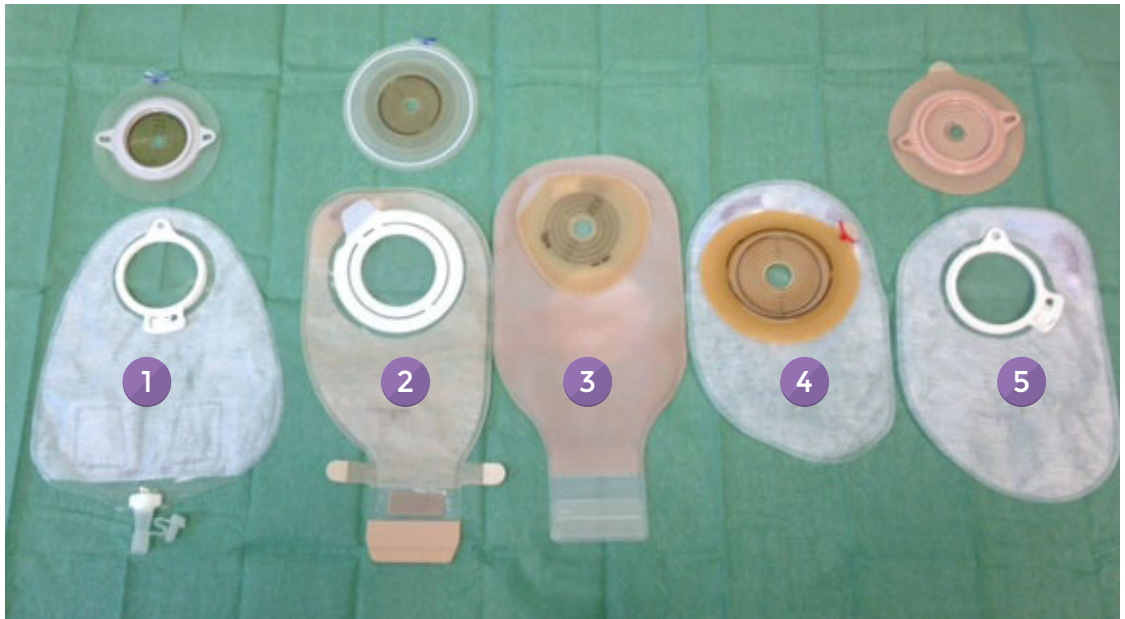
- Ruiz Moreno, J.; Martín Delgado, M. C.; García-Penche Sánchez, R. *Procedimientos y Técnicas de Enfermería*, ed. ROL, S A 2006. Barcelona.
- Gago, M.; García, R. F.; Gaztelu, V.; Rocés, A. "Protector cutáneo no irritante". *Rev. ROL. Enf.* 2002; 25 (5): 13-16.
- Fries, C. F. "Manejo de una ostomía". *Nursing* 2000; 18 (1): 46.
- Crella, J. M.; Mas, T.; Parragón, M. A. "Modelo de actuación de Enfermería, en atención primaria, para pacientes ostomizados". *Enferm. Integral* 2000; 54: XIX-XXV.
- Campo, J.; Barbero, M. A.; Cerdan, F. J. "Complicaciones en colostomía definitivas. Revisión de historias de Enfermería". *Enferm. Cientif.* 1991; 14: 4-6.
- Ayello, E. A. "Cuidados de la ostomía". En: Perry, A. G.; Potter, P. A., editores. *Enfermería clínica: técnicas y procedimientos*. 4.ª ed. Madrid: Elsevier, España, S.A.; 2003. P. 877-909.
- Ruiz Moreno, J.; Martín Delgado, M. C.; García-Penche Sánchez, R. *Procedimientos y Técnicas de Enfermería*. Ed. ROL S.A. 2006. Barcelona.
- Bryant, D.; Fleischer, I. "Cambio de un dispositivo de ostomía". *Nursing* 2001; 19(3): 23-25.

9 ANEXOS

Anexo I: Material / Fonte: elaboración EOIX Santiago



1/ Toallas de secado, 2/ Batea, 3/ Medidor do estoma, 4/ Xabón neutro, 5/ Esponxa suave, 6/ Luvas estériles, 7/ Texoiras, 8/ Colector de refugallos



Bolsas recolectoras específicas para cada estoma e caso clínico: 1/ De billa 2 pezas, 2/ Aberta 2 pezas, 3/ Aberta 1 peza, 4/ Pechada 1 peza, 5/ Pechada 2 pezas

Anexo II: Complicacións máis frecuentes dos estomas /

COMPLICACIÓNS TEMPRANAS ⁶

Isquemia ou necrose: ata 34 horas despois da cirurxía.

- Clínica: cambio da coloración. Os bordos non sangran.
- Manexo: hemostase por cirurxía, por risco de perforación intra-abdominal e peritonite.

Hemorragia: primeiras horas do postoperatorio ou tardías, por feridas ao limpar o estoma.

- Manexo: hemostasia local con nitrato de prata ou compresión manual.

Dehiscencia:

- Clínica: separación mucocutánea a nivel das suturas entre o estoma e a pel.
- Manexo: curas locais como calquera ferida cirúrxica, aplicando crema de barreira para evitar a irritación polo efluente. Se hai unha mala evolución derivar a cirurxía.

Edema:

- Clínica: aumento do compoñente hídrico na mucosa do estoma.
- Manexo: aplicación de compresas de soro hipertónico frío sobre o estoma. Se se cronifica pode chegar a causar obstrución intestinal polo que debe ser valorado por cirurxía.

Infecións periostomais:

- Clínica: cadro inflamatorio, con febre, dor, calor e rubor na pel circundante.
- Manexo: antibioterapia oral e curas locais. Se hai afectación de planos profundos derivar ao hospital.

Perforación e/ou fistulación: debida a problemas coa técnica cirúrxica e iatroxenia na manipulación do estoma durante sondaxe e por recidiva de enfermidade inflamatoria.

- Manexo: evitar o contacto cos bordos dos dispositivos con crema de barreira ou apósitos de hidrocoloides.. Detección precoz dos signos de infección locais.

COMPLICACIÓNS TARDÍAS ⁶

Irritación cutánea: aparece con frecuencia na pel periostomal, observando signos de avermellamento e excoriacións da pel. Está provocada pola humidade, irritacións químicas, físicas, hixiene inadecuada e reaccións alérxicas. Para o seu coidado realizaremos protección da integridade cutánea.

Estenose: prodúcese polo estreitamento do orificio do estoma

- Detección e valoración.
- Control da estenose mediante dilatacións manuais.
- Orientacións dietéticas. Evitar o estrinximento.
- Valorar tratamento cirúrxico.

Hernia: fallo da parede abdominal, desprazando tanto a ostomía como a pel do seu arredor.

- Valorar signos de oclusión intestinal.
- Adecuación das bolsas colectoras.
- Aconsellar o uso do cinto.
- Usar faixas para controlar a presión abdominal.
- Evitar esforzos físicos e aumento do peso.
- Valoración cirúrxica.

Retracción: afundimento do estoma cara a cavidade abdominal.

- Previr irritacións cutáneas utilizando dispositivos axeitados.
- Evitar o aumento de peso.
- Recomendacións para evitar o estreñimento.
- Reconstrución cirúrxica do estoma.

Prolapso: é un desprazamento da asa intestinal sobre o plano cutáneo do abdome a través do orificio do estoma.

- Detección e valoración da permeabilidade do estoma e da cor da mucosa prolapsada.
- Redución manual por parte do profesional experto.
- Correcta adaptación da bolsa colectora.
- Necesidade de control polo cirurxián cando aparece bruscamente e é de gran tamaño.

Granulomas: aparición ou crecemento de pequenas masas carnosas na mucosa do estoma.

- Fulguración con nitrato de prata.
- Evitar traumatismos no cambio de dispositivo.

Mala situación do estoma: provoca dificultade na adaptación dos dispositivos.

- Buscar un dispositivo axeitado.
- Utilizar pastas de recheo.
- Usar cinto se é necesario.

Anexo III: Recomendacións dietéticas ^{3,5,6/}

Táboa 1. Alimentación en pacientes osteomizados

Legumes.	Especias.
Cebolas e allos.	Carne de porco.
Col e coliflor.	Manteiga.
Froitos secos.	logur natural.
Espárragos e alcachofas.	Queixo fresco.
Ovos.	Cítricos.
Cervexa e bebidas con gas.	

ACONSELLADOS	QUE SE DEBEN EVITAR
Froitas e verduras. Peixes e aves. Pastas e arroces. Leite e derivados.	Carne de porco e chacinas. Graxas. Picantes. Alcol e bebidas gasosas.
QUE DAN CONSISTENCIA ÁS FECES	ASTRINXENTES
Verduras. Froitas e legumes. Cereais integrais. Salvado..	Carne de porco e chacinas. Graxas. Picantes. Alcol e bebidas gasosas.

Anexo IV: Diagrama de fluxo /

Procedemento de coidados do paciente ostomizado

ACCIÓNS

Comprobar a identidade do paciente, segundo procedemento do centro.

Informar o paciente e/ou coidador principal sobre o procedemento que se vai a realizar e instruílo no autocoidado.

Colocar o paciente en decúbito supino, coa cabeceira elevada 10-15°, ou ben se se pode levantar, realizar o cambio no baño, procurando en todo caso que o paciente poida ver o estoma.

Realizar lavado hixiénico de mans e colocar luvas non estériles.

Retirar suavemente a bolsa usada, desprendéndoa por todos os lados, nunca tirando. Cunha man suxeitar a parede abdominal e coa outra retirar a bolsa.

Retirar os restos biolóxicos con papel hixiénico ou esponxa mollada en auga.

Limpar primeiro con esponxa suave e xabón a zona do estoma con movementos circulares, quitar os restos de xabón e secar a pel con toallas, sen frotar.

Recortar o pelo ao redor do estoma con tesoiras, de ser preciso.

Non secar a pel con secador nin usar alcol nin antisépticos na pel perioestomal.

Valorar o aspecto do estoma: cor, presenza de edema, sangrado, integridade da sutura, etc. Vixiar posibles necroses, retraccións e dehiscencias, así como o estado da vareta/turor nas colostomías, e de catéteres ureterais nas urostomías.

Valorar a integridade da pel periestomal: dermatite, presenza de pregues que dificulten a adhesión do dispositivo, etc.

- Colocar a bolsa colectora adecuada para cada caso clínico.

- En caso de pregues cutáneos, verificar que o dispositivo utilizado é o axeitado, e se fose necesario, utilizar produtos específicos para ostomía: pasta seladora, aneis barrreira, etc., para evitar fugas.

- Adaptar o dispositivo ao tamaño e forma do estoma.

- No postoperatorio inmediato, é recomendable utilizar dispositivos transparentes, para vixiar con facilidade o estoma.

Asegurar que a bolsa queda ben adherida, e pechada en caso de bolsas de billa e abertas.

Desbotar os residuos xerados nos colectores axeitados.

Quitar as luvas e realizar lavado hixiénico de mans.

Acomodar ao enfermo tras os coidados e retornalo á súa posición previa.

Nos pacientes hospitalizados, proporcionar tempo ao paciente e/ou coidador principal a que realicen os coidados da ostomía antes de recibir a alta hospitalaria, co fin de adestralos e resolver as dúbidas iniciais, así como informar sobre os dispositivos dispoñibles e a súa adquisición.



galicia

Servizo Galego
de Saúde



Asistencia Sanitaria
Procedementos

46
D

FEMORA