

Plan de mejora en la atención al paciente colostomizado en el Centro médico-quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" de Anzaldo

Autor: Amaya Zubiri Aragón

Director: M^a Dolores Redín



Grado en Enfermería, curso 2013/2014
Convocatoria Junio 2014
Universidad Pública de Navarra (UPNA)

RESUMEN

Antecedentes

La Enfermedad de Chagas es endémica en Bolivia. Al ser una enfermedad asintomática en su primera fase, muchos pacientes acuden a los centros sanitarios con las complicaciones de la enfermedad. Entre el 20 -50% de los pacientes que padecen la enfermedad en Bolivia desarrollan vólvulos sigmoides cuyo tratamiento inicial es conservador, pero habitualmente acaba en cirugía para colocación de colostomía.

Objetivos

El objetivo del proyecto es realizar una propuesta de mejora para la atención de enfermería al paciente colostomizado en el Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" de Anzaldo, una zona rural de Cochabamba (Bolivia).

Metodología

Para lograr el objetivo se realiza la adaptación de un protocolo de colostomías basada en una revisión bibliográfica y la formación del personal de enfermería del centro mediante un taller.

Resultados

Los resultados obtenidos son muy positivos, por ello, mi propuesta de seguimiento consiste en la revisión y actualización del protocolo por las compañeras de la próxima convocatoria del Programa de Formación Solidaria.

Conclusiones

Los objetivos fijados se logran gracias a la participación activa de las compañeras y al trabajo realizado durante mi estancia en el lugar.

PALABRAS CLAVE: Colostomías, Protocolo, Enfermedad de Chagas, Bolivia

ÍNDICE

Contenido	Página
I. Introducción	4
A. Enfermedad de Chagas	4
➤ Carlos Chagas	4
➤ Trasmisión	5
➤ Evolución y sintomatología	6
➤ Tratamiento	6
➤ Prevención	8
B. Situación en el contexto de estudio	9
➤ Bolivia	9
➤ Anzaldo y Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba"	9
C. Justificación	12
II. Objetivos	13
III. Metodología	14
A. Elección del tema de estudio	14
B. Búsqueda bibliográfica	16
C. Preparación del material para la realización de un taller de formación	17
➤ Detección de aspectos a mejorar	17
➤ Valoración del nivel de conocimientos	18
➤ Inventario del material disponible	18
➤ Taller	18
IV. Resultados y propuesta de seguimiento	20
A. Adaptación del protocolo al Centro Médico-Quirúrgico	20
B. Encuesta: punto de partida	20
C. Taller de colostomías	21
D. Implantación del protocolo	21
E. Encuesta: adquisición de conocimientos	21
F. Propuesta de seguimiento	22
V. Discusión	23
A. Ventajas de emplear protocolos	23
B. Necesidad de protocolizar los cuidados en Anzaldo	23
C. Limitaciones y ayudas encontradas en Anzaldo	23
VI. Conclusiones	25
VII. Agradecimientos	26
VIII. Bibliografía	27
IX. Anexos	30

I. INTRODUCCIÓN

A. LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana, es una enfermedad causada por un parásito protozoo llamado *Trypanosoma cruzi* (T. cruzi). Es una enfermedad endémica en 21 países de América Latina, entre los cuales se encuentra Bolivia, país donde se desarrolla este proyecto. En la actualidad se ha observado un aumento de la enfermedad en países como Canadá, algunos países europeos y del Pacífico Occidental. Este fenómeno se debe al efecto migratorio de la población (Organización Mundial de la Salud, OMS).

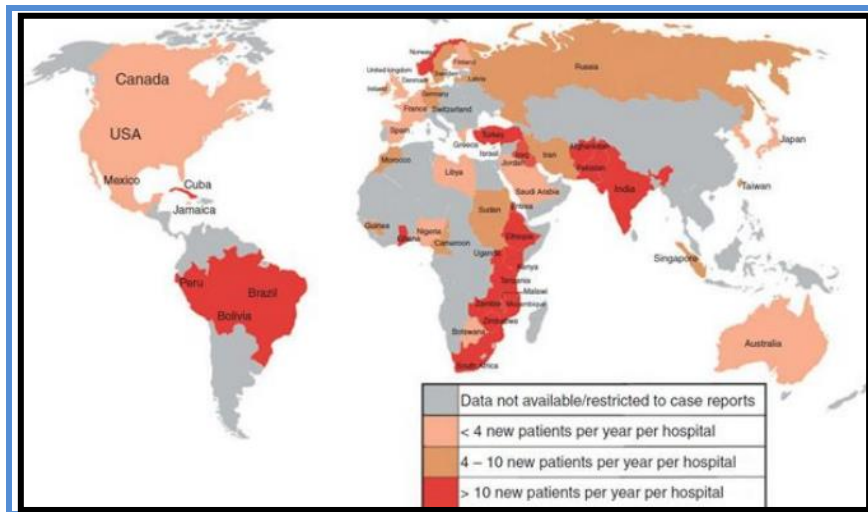


Figura 1. Distribución de la enfermedad de Chagas en el mundo. Ministerio de Salud de Bolivia.

Los datos estadísticos de la OMS dicen que:

- Se calcula que en el mundo hay entre 7 y 8 millones de personas infectadas por *Trypanosoma cruzi*, la mayoría de ellas en América Latina.
- Aproximadamente el 70% de los infectados vivirán con el parásito sin que su salud se vea afectada.
- Hasta un 30% de los enfermos crónicos presentan alteraciones cardíacas y hasta un 10% padecen alteraciones digestivas, neurológicas o combinadas. Todas estas manifestaciones pueden requerir un tratamiento específico.

Carlos Chagas

Fue descrita por el médico brasileño Carlos Ribeiro Justiniano Chagas en 1909. Este médico consiguió describir el agente etiológico, el insecto trasmisor y las principales características de la enfermedad en humanos. Carlos Chagas llegó a este descubrimiento a través de un estudio que realizaba sobre la malaria. Detectó el parásito en la sangre de los enfermos y lo inoculó en monos, logrando así los postulados clásicos necesarios para caracterizar una enfermedad infecciosa (Médicos sin Fronteras; Petraglia Kropf S. 2009):

- Aislamiento del germen

- Asociación con las manifestaciones y lesiones
- Reproducción de la enfermedad mediante la inoculación en animales

Las manifestaciones clínicas del Chagas agudo las describió en 1916. No tuvo precursores ni colaboradores en este descubrimiento, lo que le llevo a obtener el premio Schaudinn del instituto de Medicina Tropical de Hamburgo (Alemania) como autor al mejor trabajo del año sobre microbiología a nivel mundial. También fue nominado en dos ocasiones al premio Nobel, pero nunca recibió el premio (Imbert Palafox J.L. 2003).

Trasmisión

La enfermedad es transmitida principalmente mediante vector por las heces de insectos como las chinches o vinchucas. Estos insectos viven en las grietas de paredes y techos de las viviendas construidas con ladrillos de adobe, ramas, paja y de donde sólo salen de noche para alimentarse de sangre (Asociación de la Lucha contra el Mal de Chagas: ALCHA).

El *T. cruzi* entra al tubo digestivo del insecto cuando éste pica a una persona o a un mamífero infectado. El parásito se divide activamente en el intestino del insecto, dando origen a las formas infectantes. Cuando la vinchuca portadora del parásito pica a una persona, deposita heces en la piel. Si la persona se rasca o se frota los ojos o la boca después de haber tocado la picadura, los parásitos pueden pasar a su flujo sanguíneo.

También puede transmitirse por transfusiones sanguíneas, de madres a hijos durante el embarazo y, con menos frecuencia, a través de trasplantes de órganos o por la ingesta de alimentos contaminados. Existe riesgo potencial de trasmisión a través de jeringas compartidas de drogas inyectables. No se transmite por contacto directo con personas infectadas (Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*, 2012).

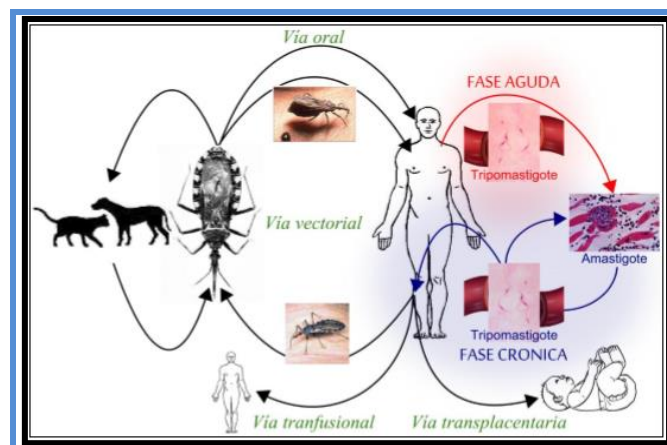


Figura 2. Ciclo del *T. cruzi* y formas de trasmisión. Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*.

Evolución y Sintomatología

Durante la enfermedad podemos identificar dos fases claramente diferenciadas (Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*, 2012).:

- Fase Aguda: dura unos 2 meses después de contraer la infección. Durante esta fase, los parásitos están en el torrente sanguíneo y, en la mayoría de los casos, los pacientes son asintomáticos o con signos y síntomas leves e inespecíficos. Algunos de estos pueden ser:

- Fiebre
- Dolor de cabeza
- Agrandamiento de ganglios linfáticos
- Palidez
- Dolores musculares
- Dificultad para respirar
- Dolor abdominal o torácico

El único signo que es característico y que se aprecia de forma inicial es el Chagoma de inoculación que consiste en una lesión cutánea o hinchazón de la zona de la picadura, pero aparece en menos de un 50% de las personas picadas por el insecto.

- Fase Crónica: en esta fase los pacientes pueden permanecer asintomáticos durante años. Los parásitos se localizan, sin ser detectados, en el músculo cardíaco y digestivo, principalmente, produciendo a largo plazo alteraciones a estos niveles. Los principales síntomas de lesión visceral son:

- *Cardiológicos*: disnea, mareos, síncope, palpitaciones, edemas, dolor precordial, fenómenos tromboembólicos. Estos síntomas son indicativos de afecciones como insuficiencia cardíaca, bloqueo de rama, arritmias, hipotensión arterial y bradicardia persistente, entre otros.
- *Digestivos*: dolor epigástrico, disfagia, regurgitación, ardor retroesternal, constipación persistente y prolongada. Estos síntomas son indicativos de afecciones como vólvulo sigmoideo, obstrucción, megacolon y megaesófago.

Tratamiento

El tratamiento de la enfermedad es muy eficaz (casi el 100%) si se administra al comienzo de la infección, en la fase aguda. Pero debido a que esta fase, en la mayoría de los casos, es asintomática, no se suele tratar. La eficacia del tratamiento disminuye a medida que avanza el tiempo de la infección. Actualmente sólo existen dos medicamentos para combatir el Chagas: el benznidazol y el nifurtimox.

- Benznidazol: antiparasitario derivado del nitroimidazol. Compuesto que se absorbe rápidamente por el tracto digestivo. A las 2-4 horas se alcanzan las concentraciones plasmáticas máximas y van disminuyendo con una semivida de 12 horas aproximadamente. Se metaboliza parcialmente en el organismo y todos los metabolitos se eliminan por la orina y las heces.

Está contraindicado en pacientes con insuficiencia hepática, renal o hemática. Durante el tratamiento se debe vigilar el recuento sanguíneo y se recomendará no tomar alcohol. No debe administrarse al comienzo del embarazo.

Son frecuentes los efectos adversos (Prospecto Abarax, 2012; Werner Apt B. 2008).

- **Nifurtimox**: antiprotozoario derivado del nitrofurano que se absorbe bien en el tracto gastrointestinal. Se metaboliza amplia y rápidamente y sólo una pequeña cantidad se elimina por la orina.

Está contraindicado al comienzo del embarazo. Se recomendará al paciente evitar el consumo de alcohol. Sólo debe administrarse a pacientes con antecedentes de convulsiones, trastornos psiquiátricos o alcoholismo bajo supervisión médica estricta.

Los efectos adversos son frecuentes (Werner Apt B. 2008).

En algunos países, los médicos no son partidarios de dar el tratamiento por miedo a los efectos adversos del mismo. Éstos dependen de la droga utilizada. En general, la mayoría se presenta entre los 15 y 30 días de iniciada la administración de fármaco. La mayoría de estos efectos son leves o moderados, pero algunos pueden ser graves. Entre los efectos adversos más frecuentes se encuentran (Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*, 2012):

- Erupción cutánea
- Trastornos digestivos (náuseas, vómitos, diarrea, epigastralgia, distensión abdominal)
- Síntomas generales: fiebre, artralgias, mialgias, fatiga, adenopatías
- Fenómenos neurotóxicos periféricos y/o del sistema nervioso central (cefalea, anorexia, irritabilidad, llanto persistente en lactantes, insomnio, temblores, mareos, trastornos del estado de ánimo, pérdida del equilibrio y la memoria, convulsiones, síntomas de neuropatía periférica como hipo o hiperestésias, parestesias o dolor neuropático)
- Elevación de transaminasas mayor a 3 veces los valores máximos normales con o sin síntomas de hepatitis
- Eosinofilia

Entre los efectos adversos graves y de baja frecuencia de aparición se encuentran:

- Leucopenia por debajo de 2500 / mm³
- Trombocitopenia
- Síndrome de Stevens-Johnson

Cuando la enfermedad evoluciona y surgen las **afecciones de la fase crónica**, es necesario individualizar el tratamiento en función de la complicación a tratar. En el caso de los trastornos cardiacos será necesario realizar una anamnesis, un examen físico al paciente, un electrocardiograma (ECG), pruebas serológicas para la detección del parásito en sangre (ELISA) y una radiografía de tórax para valorar el estado del corazón. En función de los hallazgos obtenidos, el paciente recibirá el tratamiento más adecuado. En los casos en los que la enfermedad está más avanzada puede ser necesario colocar un marcapasos (Gascón J. 2007).

En el caso de los trastornos digestivos se realizará una anamnesis, un examen físico al paciente donde se valorará el abdomen y posibles signos de distensión abdominal y exámenes complementarios como analíticas de sangre (pruebas serológicas, ELISA) y radiografía simple de abdomen. En función de los resultados se decidirá el tratamiento más adecuado. Debido a que la complicación más frecuente en Bolivia es el vólvulo sigmoideo, el tratamiento que habitualmente se emplea consiste en una rectoscopia para valorar el estado del intestino e intentar, de manera conservadora, desvolvularizar el colon. En caso de que esto no sea suficiente o el paciente haga vólvulos de repetición, el tratamiento será quirúrgico: al paciente se le realizará una sigmoidectomía y una colostomía (Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*, 2012).

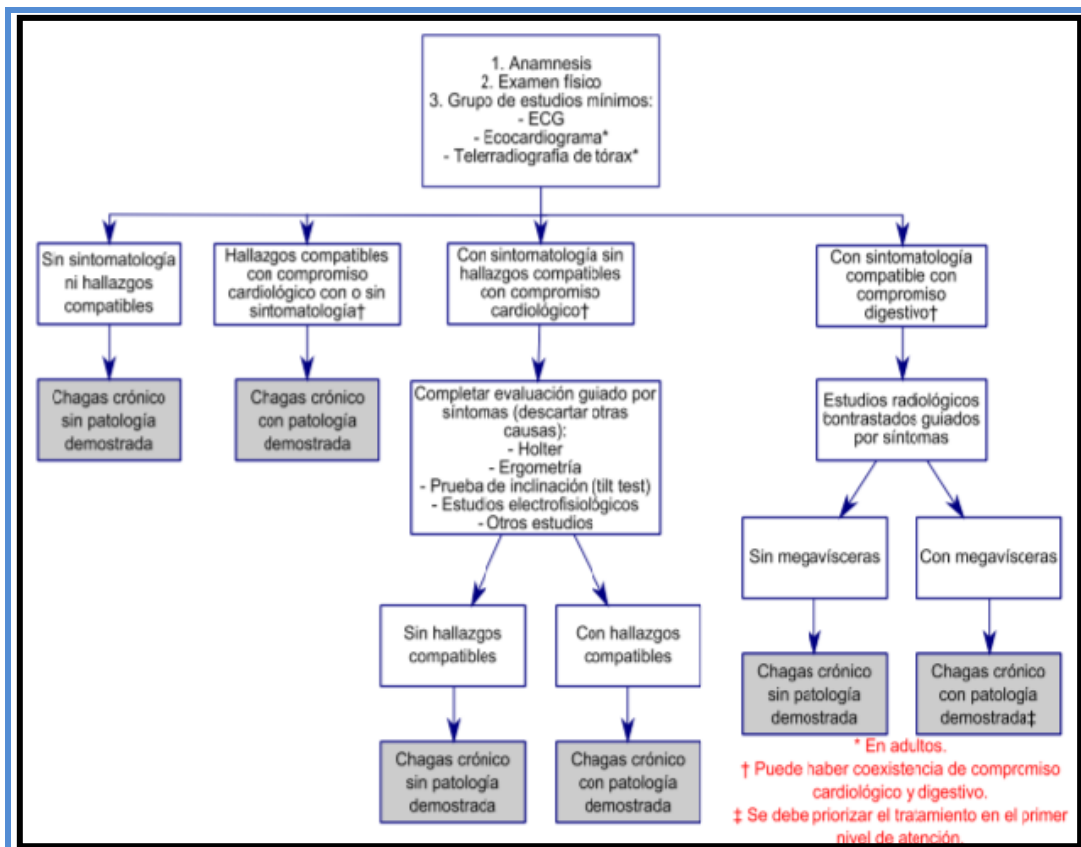


Figura 3. Algoritmo para la evaluación inicial de persona con infección crónica de *T. cruzi*. Guía para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi*.

Prevención

La forma más eficaz para prevenir esta enfermedad en América Latina es el control vectorial, puesto que no hay vacuna contra la misma. Algunas de las recomendaciones que hace la OMS para la prevención y control del Chagas son:

- Rociamiento de las casas y sus alrededores con insecticidas
- Mejora de las viviendas para prevenir la infestación por el vector
- Medidas preventivas personales, como el empleo de mosquiteros
- Buenas prácticas higiénicas en la preparación, el transporte, el almacenamiento y el consumo de los alimentos

- Cribado de la sangre donada
- Pruebas de cribado en órganos, tejidos o células donados y en los receptores de éstos
- Cribado de los recién nacidos y otros niños de las madres infectadas, para diagnosticar y tratar tempranamente el problema

B. SITUACIÓN EN EL CONTEXTO DE ESTUDIO

Bolivia

Bolivia es un país ubicado en la zona central de América del Sur y cuya capital es Sucre. Consta de 9 departamentos. Cada uno de ellos está dividido en provincias. El departamento de Cochabamba, que es en el que se desarrolla el proyecto, está dividido en 17 provincias.



Figura 4. Localización de Bolivia en América del Sur. Organización Panamericana de Salud (OPS).

El área conocida de dispersión del principal vector de la enfermedad de Chagas en Bolivia cubre aproximadamente el 60% del territorio, en zonas geográficas comprendidas entre los 300 a 3000 metros sobre el nivel del mar, ocupando casi toda la superficie territorial de los departamentos de Tarija, Chuquisaca, y parcialmente Cochabamba, Santa Cruz, Potosí y La Paz (Informe situacional epidemiológico y de control de la enfermedad de Chagas en Bolivia, 2011).

En Bolivia, entre el 20 - 50% de los pacientes infectados con Chagas desarrollan vólvulos sigmoideos.

El riesgo de contraer la enfermedad ha aumentado en los últimos seis años en esta zona endémica, de 3,36% el año 2006 a 3,95% el año 2011 (SNIS 2006-2011).

Anzaldo y Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba"

El proyecto que se presenta se desarrolla en el Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba". La institución se localiza en una zona rural de Anzaldo situada en la provincia de Esteban Arze, en el departamento de Cochabamba, Bolivia.

Se trata de un pueblo situado a 62Km al Sud-Este de la capital del departamento, Cochabamba, a una altitud de 3.715 metros sobre el nivel del mar y que ocupa una

superficie aproximada de 542 Km2 (Mancomunidad de Municipios de la Cuenca del Caine).

Según el Instituto Nacional de Estadística, el censo nacional 2011 del Municipio de Anzaldo consta de 8.615 habitantes que corresponden a 4.211 varones y 4.403 mujeres:

COCHABAMBA: POBLACIÓN TOTAL PROYECTADA, POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA Y SECCIÓN DE PROVINCIA,			
DEPARTAMENTO, PROVINCIA Y SECCIÓN DE	2011		
	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL BOLIVIA	10,624,495	5,301,942	5,322,553
COCHABAMBA	1,899,406	939,255	960,150
Esteban Arce	34,589	16,975	17,614
Primera Sección - Tarata	9,294	4,559	4,734
Segunda Sección - Anzaldo	8,615	4,211	4,403
Tercera Sección - Arbieto	11,026	5,362	5,664
Cuarta Sección - Sacabamba	5,655	2,843	2,812
Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA			

Figura 5. Población en Anzaldo por sexo. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INEB)

El Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" es una institución pequeña que tiene varias zonas:

- Consultas Externas (lo que en España conocemos como Atención Primaria) → consta de tres salas para Consultas Externas donde el personal de medicina atiende a los pacientes diariamente.
- Pruebas complementarias → consta de tres salas de exploración física para realización de exámenes complementarios como citologías o endoscopias.
- Emergencias → es una sala en la que hay una camilla para atender a los pacientes, equipos de curas estériles, armarios con material para emergencias y carro de paradas con medicación.
- Internación → esta zona consta de un control de enfermería con casilleros para la medicación de los pacientes y armarios para guardar las historias clínicas en papel y los libros de actas con los ingresos, motivo de ingreso, médico responsable y tiempo de internación para la realización de estadísticas. También tiene cuatro habitaciones: dos de ellas son individuales que se emplean para pacientes en aislamiento; las otras dos son habitaciones compartidas, una para cada sexo, con cuatro camas en cada una de ellas.
- Quirófano → la zona de quirófano consta de una sala de esterilización, vestuarios con la ropa de quirófano, lavabos para la realización del lavado quirúrgico, una sala de terapia intermedia (lo que en España corresponde a la sala de despertar o URPA) y el quirófano propiamente dicho.
- Almacén → en la institución hay varias salas que se utilizan como almacenes para el material que se compra y que llega en forma de donativo desde Italia.

- Biblioteca → es una sala grande con mesas y sillas donde se realizan las reuniones de equipo y se presentan los trabajos que los internos de medicina realizan durante su internado en el centro.
- Lavandería → la sala de lavandería es el lugar donde se lava tanto la ropa de cama como la ropa de trabajo y de quirófano. El personal, tras terminar el turno, lava su ropa aquí puesto que viven en el propio hospital o en su casa particular no cuentan con agua para ello.
- Casa para el personal → la institución cuenta con varias estancias para que el personal que no tiene residencia en Anzaldo pueda dormir sin necesidad de tener que viajar.

El personal con el que cuenta para atender a los pacientes y mantener el centro es el siguiente:

- Medicina → el centro cuenta con un médico general, un anestesista, un radiólogo, un cirujano general y dos internos de medicina en su último año de carrera. Estos últimos están durante 3 meses en el centro, por lo que van cambiando. Además cuenta con cirujanos especialistas en traumatología, ginecología y plástica de renombre que acuden al centro médico-quirúrgico cuando es necesario.
- Enfermería → el personal de enfermería está compuesto por una licenciada (licenciada Serafina Castellón) que realiza el papel de jefa de enfermería y tres enfermeras (en España equivalen a auxiliares). Todas ellas realizan las mismas técnicas de enfermería, sin distinción en las funciones.
- Personal de Laboratorio → el laboratorio consta de dos doctoras y dos internos de bioquímica en su último año de carrera que rotan durante 2 meses en el centro. Una de las doctoras, además es la que se encarga de toda la parte administrativa del centro debido a que es la esposa del Dr. Pietro Gamba, director de la institución.
- Personal de mantenimiento → en el centro hay una persona que se encarga del mantenimiento de las máquinas y de la instalación eléctrica. Cuando surge algo que sale de su conocimiento, se contrata a un especialista.
- Personal de limpieza → el centro cuenta con dos personas encargadas de las tareas de limpieza de las zonas generales de la institución. Emergencias, quirófano, sala de esterilización y consultas externas las limpia el personal de enfermería.
- Personal de cocina → la institución cuenta con dos personas encargadas de cocina para hacer la comida del personal y la de los pacientes internados en el centro.
- Personal voluntario → en ocasiones, el centro cuenta con personal voluntario que llega desde Italia a través de la fundación que el Dr. Pietro Gamba tiene allí y desde España a través del Programa de Formación Solidaria de la UPNA. Este personal es gente cualificada y del mundo sanitario (estudiantes de enfermería y medicina y personal titulado) .

Las patologías que se tratan con mayor frecuencia en este centro son las complicaciones digestivas por el mal de chagas y los cálculos biliares. Las principales emergencias que se tratan son traumatismos y fracturas.

Algunos de los datos estadísticos recogidos en el Centro médico-quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" son los siguientes: el número de internaciones mensuales (ingresos mensuales) es de unos 22 ingresos con un tiempo de internación aproximado de una semana. La incidencia de pacientes colostomizados en esta institución es de 4 pacientes mensuales con un tiempo de internación de 1 semana de media (Libro de Actas del Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba").

C. JUSTIFICACIÓN

El proyecto elegido tiene como objetivo principal la mejora de la asistencia sanitaria a pacientes colostomizados. Casi la totalidad de los pacientes colostomizados en el Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" llegan a esa situación como consecuencia de padecer la enfermedad de Chagas.

La elección del proyecto se debe a que, tras un mes de observación, detecté una serie de necesidades a nivel de enfermería (desarrolladas en el apartado de "Metodología") y, tras hacer la priorización de las mismas, se evidenció que el manejo de las colostomias en los pacientes colostomizados era la necesidad prioritaria.

II. OBJETIVOS

Dentro del marco de influencia del Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" de Anzaldo, Bolivia, los objetivos planteados son:

Objetivo General:

Realizar una propuesta de mejora para la atención de enfermería al paciente colostomizado

Objetivos Específicos:

- Conocer los recursos materiales de que dispone el Centro
- Preparar el material necesario para impartir un curso de formación, dirigido al personal de enfermería, sobre el manejo y cuidado de las colostomías
- Actualizar, mediante la realización de un taller, los conocimientos y habilidades del personal de enfermería en el cuidado del paciente colostomizado
- Elaborar e implantar un protocolo de actuación sobre manejo y cuidados de las colostomías

III. METODOLOGÍA

A. ELECCIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO

Este proyecto surge gracias al programa "Formación Solidaria". Este programa lo oferta el departamento de Relaciones Exteriores y Cooperación al Desarrollo de la Universidad Pública de Navarra (UPNA) para que el alumnado realice prácticas en un país con recursos limitados de América Latina. La oferta de plazas disponibles para enfermería en el curso académico 2012/2013 era en Bolivia, concretamente en Cochabamba (medio urbano) o Anzaldo (medio rural).

Tras una fase de preparación con sesiones orientadas a conocer los países y culturas de destino, fui seleccionada para participar en el programa junto a otras dos compañeras estudiantes de enfermería. Mi destino fue el Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" de Anzaldo junto con una de las compañeras.

Nos pusimos en contacto con el director de la institución, el Dr. Pietro Gamba, un médico italiano que lleva veinte años viviendo en Bolivia y ayudando con su hospital a mucha gente con recursos limitados. En este primer contacto concretamos algunas de las necesidades que él veía entre su personal de enfermería: la falta de protocolos.

Con ayuda de la responsable del Programa de Cooperación al Desarrollo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPNA, M^ª Dolores Redín, la dirección de enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra nos dio permiso para acceder a los protocolos del complejo y utilizarlos en la realización de nuestro trabajo en Anzaldo.

Llegué a Bolivia el 18 de Junio de 2013. Las dos primeras semanas fueron de adaptación total: adaptación al lugar, a la gente, a las costumbres, a la forma de trabajar, a la forma de vivir. Allí todo era novedad para mí, un espacio nuevo donde integrarse y donde vivir nuevas experiencias que compartir con las personas que allí residían.

Tras este periodo, comencé a centrarme con la tarea encomendada y lo que sería mi futuro trabajo de fin de grado (el aquí presente). El primer paso y que considero más importante fue el de la observación. Era la nueva en aquel lugar y, por tanto, antes de hacer o decir algo, era necesario conocer cómo funcionaban allí, cómo trabajaban, qué necesidades tenían y qué era lo que consideraban más importante.

Tras tres semanas de observación, hice algunas anotaciones y detecté que los procedimientos que tenían una mayor urgencia eran:

- Cambios posturales
- Cateterismo vesical
- Higiene del paciente
- Manejo de colostomías

Debido a que en el tiempo que me quedaba allí no iba a ser capaz de trabajar con tanto material, decidí realizar una priorización y centrarme en uno de ellos. Para ello, realicé la siguiente tabla:

	Magnitud	Trascendencia	Disposición	Factibilidad	Puntuación total
Cambios posturales	2	5	3	5	15
Cateterismo vesical	3	5	4	5	17
Higiene paciente	3	5	2	5	15
Manejo de colostomías	4	5	4	5	18

Tabla 1. Priorización de los procedimientos de enfermería. Elaboración propia.

La puntuación de cada criterio es de 0 a 5 puntos:

- Magnitud: 0 implica no personas afectadas y 5 implica la afectación de un elevado número de pacientes
- Trascendencia: 0 implica que no repercute en el estado de salud del paciente y 5 implica una repercusión importante para la salud del paciente
- Disposición: 0 implica que no hay sensibilidad al cambio por lo que éste es poco probable que suceda y 5 implica que existe sensibilidad al cambio, lo que facilita dicho cambio
- Factibilidad: 0 implica que no existen recursos y 5 implica la existencia de recursos que facilitan el cambio

La suma de estas puntuaciones nos ha indicado cual es el problema a tratar (marcado en color azul).

Las puntuaciones dadas se justifican de la siguiente manera:

- **Cambios posturales:**
 - Magnitud → tiene una baja puntuación debido a que la mayoría de los pacientes se levantan de la cama al segundo día de internación y solo afecta a una media de un paciente al mes.
 - Trascendencia → tiene la trascendencia elevada debido a que, si estos pacientes encamados no se movilizan, hay riesgo de producir úlceras por presión (UPP).
 - Disposición → observamos que el cambio es complicado debido al bajo porcentaje de UPPs.
 - Factibilidad → es total porque el hospital cuenta con los recursos necesarios para la movilización del paciente.
- **Cateterismo vesical:**
 - Magnitud → tiene una puntuación un poco más elevada ya que muchos de los pacientes postquirúrgicos portan una sonda vesical, que se les es colocada dentro del quirófano.
 - Trascendencia → tiene una trascendencia elevada debido a que, si esta colocación no se realiza correctamente dará lugar a complicaciones como falsas vías o infecciones urinarias.

- Disposición → observamos que aunque el cambio es complicado, hay más facilidad debido a que es una técnica reciente para ellas (porque anteriormente lo hacía el doctor).
 - Factibilidad → es total porque el hospital cuenta con los recursos necesarios para la realización del procedimiento.
- **Higiene paciente:**
- Magnitud → tiene una puntuación equivalente a la del cateterismo debido a que todos los pacientes deberían tener una higiene adecuada, pero la mayoría de ellos la pueden realizar de manera autónoma.
 - Trascendencia → Tiene una trascendencia elevada debido a que la higiene es muy importante para evitar malos olores, promover el bienestar del paciente y evitar infecciones o maceraciones de la piel.
 - Disposición → observamos que el cambio es complicado porque existe una distinta valoración cultural sobre el tema.
 - Factibilidad → es total porque el hospital cuenta con los recursos necesarios.
- **Manejo colostomías:**
- Magnitud → tiene una alta puntuación debido a que existen muchos pacientes que necesitan de este tipo de atención.
 - Trascendencia → Tiene una trascendencia elevada debido a que es importante un buen cuidado de la colostomía, tanto por parte de las enfermeras como del propio paciente, para disminuir el riesgo de complicaciones.
 - Disposición → observamos que el cambio es más probable debido a que es una técnica bastante reciente y que tampoco cuentan con los conocimientos suficientes por lo que podemos integrarlos en su día a día.
 - Factibilidad → es total porque el hospital cuenta con los recursos necesarios para ello.

Una vez seleccionada como principal necesidad el manejo de colostomías, decidí trabajarla con dos líneas: por un lado, la elaboración de un protocolo de colostomías y, por otro lado, la formación del personal de enfermería en el manejo y cuidado de colostomías.

B. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Debido a que una de las peticiones que nos hizo el Dr. Pietro Gamba fue que colaborásemos en el desarrollo e implantación de protocolos en el centro, decidí que este era uno de los puntos a trabajar.

Para ello, comencé con la realización de una revisión bibliográfica, la cual me sirvió, unas semanas más tarde, para desarrollar un taller que describo en el siguiente subapartado.

Para la revisión bibliográfica empleé varias bases de datos y páginas webs en busca de artículos con evidencia científica y guías de práctica clínica sobre colostomías. Las bases de datos que utilicé principalmente fueron Scielo, Dialnet y Google académico. Las páginas webs quedan reflejadas en el apartado de "Bibliografía" (página 29). Debido a que para localizar este tipo de documentos es necesario emplear algunas palabras clave, consideré que las que más me acercarían a mi objetivo serían las siguientes:

- Colostomía
- Guía de práctica clínica
- Cuidados de colostomía
- Protocolos de colostomía
- Manejo de colostomía

Los artículos y documentos encontrados tras varios días de búsqueda quedan reflejados en el apartado "Bibliografía" (página 29).

Una vez superada esta fase, llegó el momento de empezar a desarrollar el protocolo propiamente dicho. Además del material encontrado en las bases de datos, contaba con el material ofrecido por la dirección de enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra y un cuaderno de protocolos entregado por la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba (Bolivia) a nuestra llegada al país.

En un primer momento, el protocolo desarrollado siguió la estructura de los protocolos del Complejo Hospitalario de Navarra. La información que recogía en él estaba poco orientada a la situación concreta de la institución, pero fue la base para comenzar.

El siguiente paso consistió en la adaptación del protocolo al centro donde me encontraba. Para ello, conté con la colaboración del personal de enfermería del hospital, quienes me guiaron, especialmente en la parte de vocabulario, puesto que muchas de las palabras que emplean allí no tienen nada que ver con las nuestras.

Este paso fue decisivo para que la licenciada, supervisora de enfermería, y el director del centro médico-quirúrgico, diesen el visto bueno al protocolo. Las modificaciones concretas realizadas en la adaptación se describen en el apartado "Resultados y propuesta de seguimiento" (página 22).

C. PREPARACIÓN DE MATERIAL PARA LA REALIZACIÓN DE UN TALLER DE FORMACIÓN

Detección de aspectos a mejorar

Una vez decidido que el manejo y cuidado de colostomías era el procedimiento a trabajar, observé con detenimiento las técnicas que, el personal de enfermería, empleaban para su realización. Comprobé que los aspectos susceptible se mejora eran:

- Las indicaciones de las distintas bolsas de ostomías
- El manejo del cambio de bolsa de colostomía
- La adaptación de las bolsas de colostomía al estoma

- El estudio de los problemas periestomales y sus cuidados
- El reconocimiento de las posibles complicaciones de los estomas

Valoración del nivel de conocimientos

Para comenzar a trabajar en estos aspectos, era necesario conocer el nivel de conocimiento desde el que partía, por lo que decidí hacer una encuesta (anexo II). Los resultados obtenidos de dicha encuesta se desarrollan en el apartado "Resultados y propuesta de seguimiento", subapartado "Encuesta: punto de partida" (página 22).

Inventario del material disponible

Por otro lado, también necesitaba conocer el material para colostomías con el que contaba el centro puesto que, en función de los recursos disponibles, la formación sería distinta. Cuando lo hablé con la licenciada, me comentó que todo estaba en uno de los almacenes.

Al llegar allí, decidimos organizar el material según sus indicaciones de uso e inventariarlo. El objetivo de esta actividad era conocer el material disponible y acceder a él de una manera más directa. Conté para ello con la ayuda de mis compañera, lo que me sirvió para empezar a aportar información sobre los tipos de dispositivos según surgían las dudas.

Taller

Las dudas surgidas en mis compañeras durante el inventario del material junto con el resultado de las encuestas y la observación directa de los cuidados, fueron el motivo que me llevo a proponer a la licenciada la posibilidad de realizar un taller sobre colostomías. Tras su visto bueno y sus ganas por ayudarme en el mismo, nos pusimos manos a la obra. El taller (anexo III) incluía en su contenido:

- Definición colostomía
- Tipos de dispositivos para ostomías e indicaciones
- Cambio de bolsa de colostomía
- Limpieza del estoma
- Complicaciones del estoma
- Importancia de la educación sanitaria al paciente antes del alta

El taller se impartió en una mañana de fin de semana. Durante la realización del mismo, se fue evaluando el aprendizaje y realizando las correcciones oportunas. Los resultados quedan reflejados en el apartado "Resultados y propuesta de seguimiento", subapartado "Taller de colostomías" (página 22).

HORARIO	CONTENIDO
10:00 - 11:00	<ul style="list-style-type: none"> - Definición - Tipos de dispositivos - Cambio de dispositivo - Limpieza del estoma
11:00 - 11:30	<ul style="list-style-type: none"> - Descanso
11:30 - 12:30	<ul style="list-style-type: none"> - Complicaciones - Importancia de la educación sanitaria

Tabla 2. Cronograma del taller de colostomías. Elaboración propia

IV. RESULTADOS Y PROPUESTA DE SEGUIMIENTO

Durante la puesta en marcha del proyecto, fui observando resultados de las diferentes actividades que realizaba. En este apartado describo cada una de ellas.

A. ADAPTACIÓN DEL PROTOCOLO AL CENTRO MÉDICO-QUIRÚRGICO

Las modificaciones concretas que se realizaron en el protocolo para que fuese válido en el Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" fueron:

- **Vocabulario** → debido a que el vocabulario empleado en Bolivia y el nuestro es diferente, necesite adaptar algunas palabras para que el protocolo fuese entendible en el centro. Algunos ejemplos de estos cambios son:
 - Batea (España) = Riñonera (Bolivia)
 - Empapador (España) = Sábana desechable (Bolivia)
- **Aclaraciones entre paréntesis** → las aclaraciones realizadas a lo largo del protocolo se incluyeron para completar la información, estando dirigidas al personal auxiliar.
- **Recortar dispositivo de colostomía para adaptar al estoma** → en los protocolos de Bolivia la indicación para recortar el dispositivo y ajustarlo al estoma era de 5 a 7 mm. mientras que en España, las guías y protocolos encontrados hablan de 1 ó 2 mm. La indicación escrita en el protocolo es la española porque considero que tiene más en cuenta la piel periestomal que la indicación boliviana.
- **Diseño bolsa colostomía al alta** → debido a los recursos económicos limitados de la población y que el material de colostomía es caro y complicado de obtener en el país, se incluyó en el protocolo, la alternativa que allí se ofrecía (anexo I).

El dispositivo empleado consiste en un tapón de un bidón al que le han cortado la parte superior, lo han lijado y le han colocado unas cuerdas o alambres protegidos con plástico a modo de cinturón. Las bolsas empleadas son bolsas de plástico desechables pequeñas que se sujetan con el tapón al apretar la cuerda para ajustarla al perímetro del abdomen.

B. ENCUESTA: PUNTO DE PARTIDA

Los resultados obtenidos en las primeras encuestas para conocer el punto de partida corroboraron la impresión obtenida en la observación siendo necesario:

- En el personal de enfermería se detecta algún tipo de desconocimiento en la realización correcta de la técnica
- Parte del personal de enfermería no ha conocido las posibles complicaciones tardías de las colostomías
- Parte del personal enfermero no valora la importancia de una buena educación sanitaria al paciente.

Cabe destacar que la mayor parte del personal que realiza los cuidados de enfermería es personal auxiliar.

C. TALLER DE COLOSTOMÍA

La realización del taller sirvió para aclarar las dudas y demostrar la adquisición de la técnica adecuada para realizar el procedimiento día a día:

- Con la presentación de los distintos dispositivos, se repasó la información sobre las características de los distintos tipos de bolsas y sus indicaciones
- Con la demostración del procedimiento, se comprobó la correcta realización del cambio de dispositivo y la limpieza de la zona resolviendo las dudas que surgían durante la realización
- Con la explicación de las complicaciones, se detectaron algunas que no conocían y que podían observar en el paciente

D. IMPLANTACIÓN DEL PROTOCOLO

Tras la adaptación del protocolo, el visto bueno del mismo por parte de la dirección del centro médico-quirúrgico y de la jefa de enfermería y la realización del taller, llegó el momento de implantarlo en el centro. Los cambios introducidos suponían un esfuerzo en la jornada laboral, pero, poco a poco se fue incluyendo en la labor diaria. Tras unos días trabajando con ellos, les pase de nuevo la encuesta (anexo II). Los resultados se describen en el siguiente subapartado.

Las mejoras observadas en la forma de trabajar de mis compañeras tras este periodo abarcan aspectos como la utilización de los dispositivos adecuados a cada necesidad, la realización del cuidado, la identificación de complicaciones y la realización de educación sanitaria al paciente.

E. ENCUESTA: CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS

Los resultados obtenidos en las encuestas al finalizar el taller y la implantación del protocolo fueron:

- El personal de enfermería conoce cómo realizar la técnica correcta para el cuidado del estoma
- La mayoría del personal de enfermería conoce las posibles complicaciones de las colostomías (infección, prolapso)
- Parte del personal enfermero sigue sin valorar la importancia de una buena educación sanitaria.

F. PROPUESTA DE SEGUIMIENTO

Después de todo el trabajo realizado, se observaron resultados positivos y compañeras más motivadas para atender al paciente colostomizado, por lo que el cuidado al mismo era mejor.

A pesar de ello, considero que falta mucho por hacer.

La implantación de cualquier protocolo implica un plan de seguimiento y actualización. Con este fin, mi propuesta consiste en que el seguimiento del trabajo expuesto se realice por las futuras compañeras que acudan al Centro Médico- Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" en la próxima convocatoria del Programa de Formación Solidaria del departamento de Relaciones Exteriores y Cooperación al Desarrollo de la Universidad.

V. DISCUSIÓN

A. VENTAJAS DE EMPLEAR PROTOCOLOS

Los cuidados de enfermería son un pilar básico en la atención al paciente. Para que la asistencia prestada sea de la mayor calidad posible, es necesario que los cuidados realizados tengan una base científica sobre la que se asienten.

Los cuidados basados en la evidencia científica sirven al personal de enfermería como base para trabajar con seguridad y confianza. La forma de lograr esta calidad en los cuidados se basa, fundamentalmente, en la realización de protocolos.

De esta forma, los protocolos de enfermería son una guía en la que se vuelcan los conocimientos con la finalidad de prestar unos cuidados de calidad y seguros. Permiten que disminuya la variabilidad en la práctica clínica y, como se actualizan de manera continuada, permiten adaptarse a las nuevas necesidades de la población.

B. NECESIDAD DE PROTOCOLIZAR LOS CUIDADOS EN ANZALDO

La elaboración de protocolos en Anzaldo era necesario para conseguir una homogeneidad en los cuidados. Hasta ese momento, el personal de enfermería del Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" trabajaba con lo que habían aprendido de compañeras que llevaban más tiempo allí, sin cuestionarse por qué hacerlo de ese modo y no de otro.

La falta de documentos que indicasen unas directrices en la forma de realizar los procedimientos daba lugar a que cada una los realizara de manera diferente, lo que iba en contra del paciente en algunos casos, ya que la selección de los métodos utilizados no estaba avalada por la evidencia científica.

C. LIMITACIONES Y AYUDAS ENCONTRADAS EN ANZALDO

Este proyecto tuvo muchas limitaciones durante su elaboración debido principalmente a la escasez de recursos económicos y a la forma de trabajar del personal de enfermería. El Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" sigue funcionando gracias a los donativos que le llegan desde La Fundación que el Dr. Pietro tiene en Italia. Esto permite que el hospital pueda adquirir recursos materiales para seguir trabajando, pero no siempre son suficientes.

La forma de trabajar del personal de enfermería se veía influenciada tanto por su cultura como por la sobrecarga de trabajo. En Bolivia, la gente de las zonas rurales tienen una mentalidad muy cerrada y creencias en la magia que realizan los curanderos. Algunas de las compañeras que trabajaban allí, tenían estas creencias y, para ellas, lo que nosotras hacíamos en el hospital, era un mero trámite para estabilizar a la persona y sanarle temporalmente, pero lo que realmente le sanaría eran sus métodos tradicionales. Esto complicaba la formación del personal, pero, a pesar de ello, se mostraron receptivas y activas en el aprendizaje.

La sobrecarga de trabajo era otro impedimento en la formación del personal enfermero. En este centro, las enfermeras realizaban todo tipo de actividades a demás

de las funciones de enfermería, lo que les dejaba poco tiempo para el aprendizaje. Algunos ejemplos son: tareas de limpieza, tareas de cocina, tareas de mantenimiento de maquinaria, entre otras.

A esto hay que añadir las amenazas externas a la institución. Las principales son la falta de subvenciones por parte del Gobierno tanto a la institución como a los pacientes con falta de recursos, la paralización en aduanas del material extranjero donado y las creencias culturales de la población.

La falta de subvenciones hace que los pacientes no puedan permitirse ciertas atenciones médicas por lo que van dejando evolucionar el cuadro. Además, debido a sus creencias en la medicina alternativa, consideran que podrán sanar con otros métodos sin ser conscientes de las complicaciones que ello puede conllevar. Esto implica que cuando acuden al centro médico, las atenciones que necesitan son más caras y no tienen como pagarlo. La institución, a pesar de buscar soluciones, se encuentra con pacientes que no pueden hacer frente al pago del tratamiento, por lo que los recursos económicos del centro son escasos y, por tanto, los recursos materiales limitados.

A pesar de todos estos factores en contra, en todo momento conté con el apoyo de la jefa de enfermería, y del director del Centro Médico-Quirúrgico. Además, la infraestructura era adecuada para permitir que el paciente realizase sus autocuidados ya que en todas las habitaciones se contaba con baño. Otro de los puntos a favor con los que contaba el centro era la posibilidad de crear los dispositivos de colostomía. Esta era la solución a la falta de recursos materiales, lo que permitía poder atender al paciente de la mejor manera posible. En cuanto a los recursos humanos, el centro contaba con personal sanitario italiano voluntario lo que facilitaba poder sacar el trabajo adelante durante su estancia.

VI. CONCLUSIONES

Según los objetivos específicos planteados en el trabajo podemos concluir que:

- La realización del inventario del material de colostomías permitió conocer los distintos tipos de dispositivos con los que contaba la institución y organizar el taller de acuerdo al material disponible.
- La actualización de conocimientos del personal de enfermería fue posible gracias al desarrollo de un taller de colostomías con información básica sobre el manejo de las mismas y los cuidados que necesitan. El carácter práctico del mismo, permitió la adquisición de habilidades del personal enfermero.
- La encuesta, pasada en dos momentos (previo al taller y posterior a él), permitió diseñar los contenidos formativos ajustándolos a las necesidades reales de formación y, por otra parte, comprobar la adquisición de conocimientos y habilidades.
- La adaptación e implantación de un protocolo de colostomías sobre la asistencia de enfermería a los pacientes colostomizados, facilita que ésta se realice de manera homogénea entre el personal y con la mayor seguridad y calidad posible.

VII. AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dedicar este trabajo a todas aquellas entidades que han participado de manera directa o indirecta en la elaboración del mismo:

En primer lugar, quiero expresar mi agradecimiento a la Universidad Pública de Navarra, en especial al Departamento de Relaciones Exteriores y Cooperación al Desarrollo, porque sin ellos no hubiese sido posible mi participación en el Programa de "Formación Solidaria" y, por tanto, la realización de este proyecto.

También quiero dar las gracias al Complejo Hospitalario de Navarra, en particular a la Dirección de Enfermería, por permitirme el acceso a los protocolos aquí disponibles y que nos ayudan a dar a nuestros pacientes una asistencia con calidad y seguridad.

Por otro lado, quiero agradecer a la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba (Bolivia) la acogida en su institución y el trato recibido durante mi estancia allí. Al Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" de Anzaldo (Bolivia) y todo su personal porque sin ellos la experiencia no hubiese sido la misma y yo no hubiese crecido como profesional ni como persona. Su apoyo y cariño durante mi estancia hicieron posible todo esto.

Quiero dar las gracias también a mi facultad, Facultad de Ciencias de la Salud, y, en especial a mi tutora, M^a Dolores Redín, por acompañarme desde Pamplona durante mi estancia en Bolivia y por seguir haciéndolo a día de hoy con este trabajo, porque me ha ayudado en los momentos de flaqueza y me ha dado energía para seguir adelante con él.

Y, por último, agradecer a mi familia todo el apoyo y cariño que me han dado durante estos cuatro años de carrera y, especialmente durante mi estancia en Bolivia, porque, a pesar de la distancia y de la poca comunicación, siguieron conmigo y no me dieron la espalda en ningún momento.

A todos ellos, ¡GRACIAS!

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- American Cancer Society. Colostomía : Una Guía. 2011. Disponible en:
<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002822-pdf.pdf>
- Asociación de Lucha contra el Mal de Chagas (ALCHA), Argentina:
http://www.alcha.org.ar/enfermedad/biografia_chagas.htm
- Carballo Chinarro, Ana I. Guía rápida de colostomías. Fundación Te Cuidamos. Enero 2008. Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/Guia-rapida-COL.pdf>
<http://www.tecuidamos.org/educa/educacion0.html>
- Censo-Guía de Archivos de España e Iberoamérica:
<http://censoarchivos.mcu.es/CensoGuia/archivodetail.htm?id=1360327>
- Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba", en italiano:
<http://www.pietrogambaonlus.org/default.asp?id=1171&mnu=1171>
- Cerdas Labarce E., Bastos F. La historia de Carlos Chagas como recurso para la formación de profesores de biología: algunas posibilidades. Góndola. Diciembre 2011. Vol 6. Nº2. Pag 14-24.
- Cobo Rodriguez F., Frades de la Viuda M., Martin Sánchez B., et al. Manual de Intervenciones de Enfermería: Protocolo de procedimientos enfermeros. Servicio Andaluz de Salud, Junta de Andalucía. Prólogo. 2009.
- Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Edición 2012. Benznidazol. Disponible en: <http://www.pediamécum.es>
- De Ayala a. P. Pérez-Molina J. a., Norman F., and López-Vélez r. Chagasic cardiomyopathy in inmigrants from Latin America to Spain. Emerging infectious Disease. Volume 15, number 4-april 2009. Disponible en :
http://wwwnc.cdc.gov/eid/article/15/4/08-0938_article.htm
- De las Heras Rodrigo Mª Piedad. Manejo de ileostomías y colostomías en Atención Primaria . Boletín de enfermería en atención primaria. SESCAM (servicio de salud de castilla la mancha).Vol. VI, Nº 3 .2011. Disponible en:
http://sescam.jccm.es/web1/gaptalavera/prof_enfermeria/boletines/boletin_enfermeria6_3_2011.pdf
- Esteban Igual A., Hernández García A., et al. Estrategia de mejora de la calidad de los cuidados: Protocolos de Cuidados de Enfermería Basados en la Evidencia. Gobierno de Aragón. Presentación e Introducción. 2009
- Gascón J., Albajar P., et al. Diagnóstico, manejo y tratamiento de la cardiopatía chagásica crónica en áreas donde la infección por Trypanosoma cruzi no es endémica. Revista Española de Cardiología. 2007. Vol 60. Nº 3. Pag 285-293.
- Gianella A. Enfermedad de Chagas. Revisiones. Revista de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Enero 2009. Vol. 1. Nº 1. Pag 61-63.

- Guías para la atención al paciente infectado con *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas). Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Agosto 2012. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/informacion-para-equipos-de-salud/guia-de-diagnostico-y-tratamiento>
- Imbert Palafox J.L., Figueroa Gutierrez A.H., Gómez Gómez J.V. Tripanosomiasis americana o mal de Chagas: Otra enfermedad de la pobreza. Elementos 49. Universidad Autónoma de Puebla, México. 2003. Pag 13-21.
- Informe situacional de la Epidemiología y el Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia. Gaceta médica Boliviana. Enero-Junio 2011. Vol 34. nº1. Pag 57.
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INEB): <http://www.ine.gob.bo/>
<http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC2031003.HTM>
- Irsulla Ballaga V., Ojeda López L.A. Vólvulo del sigmoide en la enfermedad de Chagas. Medisan 2011. Vol 15. Pag 1014-1017.
- J.David Hierro, Gustavo Abed. Colostomías. Cirugía Digestiva; F. Galindo. 2009. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tnueve.pdf>
- J.David Hierro, Gustavo Abed, Fernando Galindo. Complicaciones de las colostomías. Cirugía Digestiva; F. Galindo. 2009. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/tonce.pdf>
- Libro de Actas del Centro Médico-Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba". Junio-Septiembre 2013.
- Mancomunidad de Municipios de la Cuenca del Caine, ficha de Anzaldo: <http://www.mmcc.org.bo/web/index.php/sus-municipios/anzaldo-mmcc>
<http://www.mmcc.org.bo/web/mmcc/Fichas%20Anzaldo%20MMCCWEB.pdf>
- Médicos sin fronteras. Chagas: es hora de romper el silencio. Disponible en: www.chagas-rompe-el-silencio.com
- Náquira C., Cabrera R. Breve reseña histórica de la enfermedad de Chagas, a cien años de su descubrimiento y situación actual en el Perú. Revista Peruana Médica Salud Pública. 2009; 26(4): 494-504. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n4/a12v26n4>
- Organización Mundial de la Salud (OMS):
http://www.who.int/topics/chagas_disease/es/
<http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS):
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3591&Itemid=3921&lang=es
- Petraglia Kropf S., Massarani L. Carlos Chagas, la ciencia para combatir enfermedades tropicales. Museu da Vida. 2009.
- Portal del Gobierno Boliviano: <http://www.bolivia.gob.bo/index.html>

Procedimientos de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra. Capítulo XIII: Técnicas y cuidados. Protocolos 13.5: Cuidados de colostomía, ileostomía y urostomía; Protocolo 13.7: Marcaje de estoma. Junio 2011.

Prospecto Abarax (Benznidazol). Laboratorio Elea. Industria Argentina. Enero 2012.

Ruiz Guzmán J. Historia de la enfermedad de Chagas. Gaceta Médica Boliviana. 2007. Pag 70-73.

Smith S, Duell D, Martin B. Colocación de una bolsa de ostomía fecal. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas Vol. 2. 7ª ed. Madrid. Pearson Educación S. A; 2009. p. 838-847.

Sociedad Española de Microbiología: <http://www.semicrobiologia.org/>
<http://www.semicrobiologia.org/pdf/pioneros/esp/Chagas.pdf>


Telleria J., Tibayrenc M. American Trypanosomiasis: Chagas Disease One Hundred Years of Research. Elsevier. First edition. 2010. cap 4. Disponible en:
http://books.google.es/books?id=sXL_ESJ_ZI4C&printsec=frontcover&dq=chagas&hl=es&sa=X&ei=vLp9U736Ceek0QX5yoGgDQ&sqi=2&ved=0CDsQ6AEwAg#v=onepage&q=chagas&f=false

Vidaurre J., Maldonado P., Calle Alba K.R., Urquidi M.E., Macías Quiroga D. Guía Técnica de Procedimientos Básicos de Enfermería de los Seguros de Salud. Instituto Nacional de Seguros de Salud, Bolivia. 2008. Cap V. Protocolo 55 "Cuidados del paciente ostomizado", Pag 101.

Werner Apt B., Heitmann I., et al. Tratamiento antiparasitario de la enfermedad de Chagas. Revista Chilena Infectología. Ministerio de Salud de Chile. 2008. Vol 25. Nº5. Pag 384-389

ANEXOS

ANEXO I: Protocolo "Cuidado de colostomías, ileostomías y urostomías"

 <p>Centro Médico Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" Anzaldo-Bolivia</p>	Manual de Procedimientos de Enfermería Capítulo 9: "Ostomías"	Código: CMQFPG-MPE-09
		Rev: Agosto 2013
		Hoja: 31 de 10

OSTOMIAS (CMQFPG-MPE-09)

1. CUIDADO DE LAS COLOSTOMÍAS, ILEOSTOMÍAS Y UROSTOMÍAS

(CMQFPG-MPE-09-A)

I. OBJETIVO

Mantener en perfectas condiciones la mucosa y la piel periestomal.

Adiestrar al paciente en el manejo y los cuidados del estoma.

II. PERSONAL

Personal de enfermería

III. MATERIAL

- Dispositivo colector (bolsas de ostomías)
- Gasas
- Sabana desechable (empapador)
- Agua templada y jabón (opcional)
- Suero fisiológico
- Guantes no estériles
- Tijeras
- Bolsa para residuos
- Riñonera

IV. PREPARACIÓN DEL PERSONAL

Lavado de manos con solución de base alcohólica.

Puesta de guantes no estériles.

V. PREPARACIÓN DEL PACIENTE


Explicar la atención que se le va a prestar.

Explicar todos los pasos del proceso y valorar el aprendizaje y realización de los mismos por el paciente.

ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
Nombre: Amaya Zubiri, Iera Berasategui	Nombre: Lic. Serafina Castellón	Nombre: Pietro Gamba O.
Cargo: Enfermeras	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG
Fecha: Agosto 2013	Fecha: Agosto 2013	Fecha: Septiembre 2013
Código: CMQFPG-MPE	Versión: 001	Vigente a partir de: Septiembre 2013

Con la colaboración del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona, Navarra, España)

Las imágenes de este anexo pertenecen a la siguiente fuente: American Cancer Society, 2011

 <p>Centro Médico Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" Anzaldo-Bolivia</p>	<p>Manual de Procedimientos de Enfermería Capítulo 9: "Ostomías"</p>	Código: CMQFPG-MPE-09
		Rev: Agosto 2013
		Hoja: 32 de 10

VI. EJECUCIÓN

1. Lavado de manos, preparación del material necesario y puesta de guantes no estériles.
2. Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen descubierto.
3. Colocar un empapador debajo del paciente, en el lado donde se localiza la ostomía. Se recomienda colocar una bolsa de residuos o una riñonera justo debajo de la ostomía para recoger las posibles secreciones.
4. Retirar la bolsa de colección, **siempre de arriba a abajo**, sosteniendo la piel de alrededor con suavidad, evitando tirones. Desechar el dispositivo de ostomía a la bolsa de residuos. Valorar las características del contenido y registrar el débito (muy importante en caso de una ileostomía).



5. Lavar el estoma y la piel periestomal, con agua templada o suero fisiológico dando toques suaves y sin frotar con las gasas (si fuese necesario, emplear un jabón neutro). Secar bien la piel periestomal (importante para colocar de manera efectiva la nueva bolsa colectora).




6. Observar el aspecto del estoma y la piel periestomal. Éste debe ser sonrosado y húmedo.
7. Si existe vello, córtelo con tijeras, no rasurar (con el rasurado se puede irritar la piel y aumenta el riesgo de infección por el contacto con el contenido fecal).
8. Medir el diámetro del estoma y recortar el dispositivo. El ajuste es correcto cuando existe 1 ó 2 mm. entre el estoma y el diámetro del dispositivo.



ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
Nombre: Amaya Zubiri, Iera Berasategui	Nombre: Lic. Serafina Castellón	Nombre: Pietro Gamba O.
Cargo: Enfermeras	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG
Fecha: Agosto 2013	Fecha: Agosto 2013	Fecha: Septiembre 2013
Código: CMQFPG-MPE	Versión: 001	Vigente a partir de: Septiembre 2013

Con la colaboración del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona, Navarra, España)
Las imágenes de este anexo pertenecen a la siguiente fuente: American Cancer Society, 2011

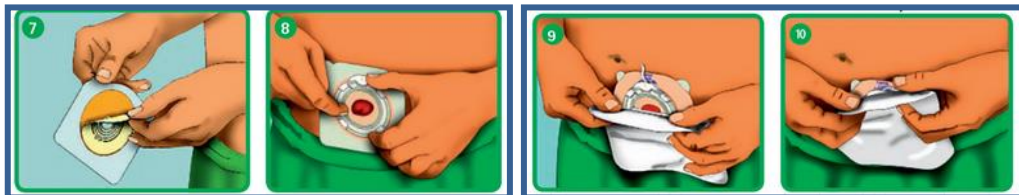
 <p>Centro Médico Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" Anzaldo-Bolivia</p>	<p>Manual de Procedimientos de Enfermería Capítulo 9: "Ostomías"</p>	Código: CMQFPG-MPE-09
		Rev: Agosto 2013
		Hoja: 33 de 10

9. Adaptar el dispositivo:

- De una pieza: colocar de **abajo hacia arriba**, ajustando el borde inferior del orificio de la bolsa en la parte inferior del estoma. Presionar suavemente con el dedo alrededor de dentro hacia afuera con movimientos circulares para facilitar su adherencia y evitar pliegues y arrugas.



- De dos piezas: colocar primero la placa adhesiva y aplicar movimientos circulares de dentro hacia afuera con el dedo. Adaptar la bolsa a la placa adhesiva desde **abajo hacia arriba** asegurándose de su perfecto acoplamiento con un leve tirón de la bolsa.



10. Retirar los guantes y acomodar al paciente en posición adecuada.


11. Asegurarse de que el paciente es capaz de manejar y cuidar adecuadamente el estoma mediante:

- Realizar educación sanitaria.
- Facilitar que el paciente observe la técnica, para su aprendizaje.
- Antes del alta, comprobar que el paciente o familiar realiza el cuidado del estoma y cambia al menos una vez el dispositivo, en su presencia.

12. Registrar los cuidados realizados.

ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
Nombre: Amaya Zubiri, Iera Berasategui	Nombre: Lic. Serafina Castellón	Nombre: Pietro Gamba O.
Cargo: Enfermeras	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG
Fecha: Agosto 2013	Fecha: Agosto 2013	Fecha: Septiembre 2013
Código: CMQFPG-MPE	Versión: 001	Vigente a partir de: Septiembre 2013

Con la colaboración del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona, Navarra, España)
Las imágenes de este anexo pertenecen a la siguiente fuente: American Cancer Society, 2011

 <p>Centro Médico Quirúrgico "Fundación Pietro Gamba" Anzaldo-Bolivia</p>	<p>Manual de Procedimientos de Enfermería Capítulo 9: "Ostomías"</p>	Código: CMQFPG-MPE-09
		Rev: Agosto 2013
		Hoja: 34 de 10

VII. RECOMENDACIONES

- Adaptar el dispositivo apropiado a cada tipo de estoma. En caso de estoma plano o retraído utilizar un dispositivo convexo.
- Valorar si precisa protector cutáneo (crema, pasta adhesiva...) para mantener la integridad de la piel.
- En caso de que el paciente sea portador de una ileostomía, controlar las entradas y salidas para evitar la deshidratación.
- Cuando la bolsa haya que cambiarla frecuentemente, se aconseja utilizar sistemas de doble pieza para evitar dermatitis de la piel periestomal.
- Evitar el uso de alcohol y agua oxigenada en la zona que rodea al estoma.
- En la ileostomía se tendrá especial cuidado con la piel periestomal (las heces son mas irritativas).
- El cambio de dispositivo se debe realizar con la mayor brevedad posible para evitar el manchado de cama y paciente (especialmente en ileostomías).
- Preservar la intimidad del paciente.
- Mantener la temperatura ambiental adecuada.
- Al alta, se le ofertará al paciente el dispositivo de colostomía que se elabora en el centro como opción económica a los dispositivos que tendrá que comprar en las farmacias:



ELABORADO:	REVISADO:	APROBADO:
Nombre: Amaya Zubiri, Iera Berasategui	Nombre: Lic. Serafina Castellón	Nombre: Pietro Gamba O.
Cargo: Enfermeras	Cargo: Jefa de Enfermería CMQFPG	Cargo: Director CMQFPG
Fecha: Agosto 2013	Fecha: Agosto 2013	Fecha: Septiembre 2013
Código: CMQFPG-MPE	Versión: 001	Vigente a partir de: Septiembre 2013

Con la colaboración del Complejo Hospitalario de Navarra (Pamplona, Navarra, España)
Las imágenes de este anexo pertenecen a la siguiente fuente: American Cancer Society, 2011

ANEXO II: Encuesta de conocimientos del personal de enfermería en el cuidado y mantenimiento de colostomías

ENCUESTA CONOCIMIENTOS PERSONAL DE ENFERMERÍA EN CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE COLOSTOMÍAS

1. Defina el concepto de colostomía
2. Enumere los materiales necesarios para el cambio de dispositivo y limpieza de una colostomía
3. Explique cómo realizaría el cambio de dispositivo de una colostomía
4. Enumere las posibles complicaciones a corto y medio plazo de las colostomías
5. Explique qué información le daría al paciente al alta

ANEXO III: Contenido del taller de colostomías

Como se ha descrito en el apartado de metodología, el taller se realizó dividiendo el contenido en dos partes para una mejor asimilación del mismo.

Primera parte (10:00 - 11:00) → El contenido se desarrolla con las siguientes herramientas:

Lección participativa → *Consiste en plantear a las compañeras una serie de preguntas sobre colostomías y permitirles expresar sus conocimientos sobre el tema. Después se completa la información resolviendo las dudas que surjan.*

- ¿Sabrías explicar qué es una colostomía?
- ¿Conocéis los diferentes dispositivos que existen?
- ¿Cuándo se utiliza cada uno?
- ¿Cómo hay que cuidar el estoma? ¿Qué materiales se utilizan para el aseo?
- ¿Cómo se cambian los dispositivos?

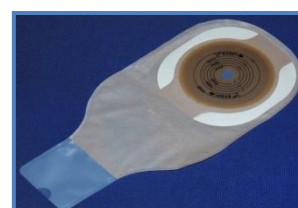
Demostración con entrenamiento → *Se reparten los diferentes dispositivos para ostomías y los materiales que se emplean para el aseo y cambio de dispositivo para que entren en contacto con ellos. Después se les explica las indicaciones y el procedimiento correcto.*

- Bolsas:
 - * Cerradas → Son las que habitualmente están indicadas para las colostomías. Al estar cerradas no podemos vaciar el contenido de la bolsa sino que debemos cambiarla. Están indicadas para heces formadas.
 - * Abiertas → Disponen de un sistema de vaciado por la parte inferior. Se utilizan más para ileostomía y para heces líquidas.



En el mercado existen bolsas cerradas y abiertas tanto en una como en dos piezas:

- Una pieza → Son aquellas que se pegan directamente en la piel; llevan incluido el adhesivo. Se recortan a la medida del estoma, se retira el film protector del adhesivo y se pegan a la piel. No es aconsejable si tenemos la piel muy delicada.



- Dos piezas → Constan de dos partes. Una placa o disco que incluye el adhesivo para pegar a la piel, y la bolsa que se acopla al disco o placa por diferentes sistemas. Estos sistemas nos permiten cambiar la bolsa sin tener que despegar de la piel el adhesivo. Por tanto estarán indicadas en todas aquellas situaciones que debamos proteger la piel.



También existen bolsas transparentes que son más útiles tras la cirugía para vigilar el aspecto del estoma, características de las heces y el ritmo intestinal. Además pueden ser de diferentes tamaños dependiendo de la cantidad de deposición que se haga. Es bastante habitual utilizar una bolsa más pequeña durante el día y otra más grande durante la noche.

En cuanto a la higiene, el paciente debe saber:

- Lavaremos el estoma con agua templada y jabón pH neutro. A continuación aclararemos bien el jabón y secaremos a golpecitos suaves con celulosa. No es necesario usar suero, gasas, yodo... porque el estoma no es una herida que haya que curar. No debemos asustarnos si al frotar el estoma sangra un poco.
- No debemos utilizar lociones, colonias o cremas que no hayan sido recomendados por los especialistas.
- Para ducharnos podemos elegir hacerlo con o sin bolsa. En el caso de ducharnos sin bolsa debemos evitar que el agua esté demasiado caliente y que la presión del agua no sea muy fuerte cuando entre en contacto con el estoma.
- Si nos duchamos con la bolsa hay que tener en cuenta que el agua puede estropear el filtro por lo que deberemos taparlo con las pegatinas que se incluyen en las cajas para este fin.

Segunda parte (11:30 - 12:30) → El contenido se desarrolla con el siguiente material:

Lección participativa → *Se plantea a las compañeras si conocen alguna complicación en relación a los estomas, permitiéndoles explicarse y, a continuación, se les explican las distintas complicaciones inmediatas y tardías que pueden surgir en un estoma y qué deben hacer en caso de que detecten alguna de ellas. Se emplean imágenes para facilitar la identificación.*

Existen ciertas complicaciones que pueden aparecer con relación al estoma. Es importante conocerlas para poder prevenirlas e identificarlas. Las **complicaciones inmediatas** pueden ser:

- Infección del estoma → suele producirse en el primera semana del postoperatorio. La forma de tratarla es mediante curas locales, emplear sistemas colectores de 2 piezas y, en ocasiones, tratamiento quirúrgico.
- Dehiscencia → adherencias postoperatorias que pueden llevar a una obstrucción intestinal. Pueden producirse por una infección periestomal durante la primera semana del postoperatorio. Poco frecuentes.

- Hundimiento y retracción del estoma → en las primeras semanas, el estoma reducirá su tamaño, pero esto no implica que se hunda o retraiga. Los estomas pueden hundirse por muchas razones, algunas propias del paciente. Se puede prevenir evitando el aumento de peso. Si a pesar de ello aparece la complicación, se aconsejará la utilización de dispositivos convexos, lo que nos ayudará a evitar fugas e irritaciones.
- Necrosis → aparece cuando se produce una obstrucción en el flujo sanguíneo al colon que forma el estoma. Suele aparecer en las 24 primeras horas del postoperatorio. La mucosa del estoma presenta una coloración rojo oscuro llegando, incluso, a negro. Aparece con mayor frecuencia en las colostomías y el tratamiento suele ser quirúrgico (si afecta a todo el colon extraperitoneal o en profundidad). Se controlará el color de la mucosa y se colocarán dispositivos transparentes para controlar.
- Hemorragia → es más frecuente en las primeras horas del postoperatorio y se debe a la rotura de algún vaso subcutáneo o submucoso a nivel de la sutura con la pared abdominal. Para corregirlo se emplean gasas con adrenalina, se adecuan los dispositivos al diámetro del estoma y se sutura el vaso sangrante.
- Edema → inflamación de la mucosa por acúmulo de líquido. El estoma aumenta de tamaño y palidece. Es normal en el postoperatorio inmediato, pero de forma tardía implica obstrucción del tránsito terminal. Para bajar el edema podemos colocar compresas frías sobre el mismo (NO HIELO!!). Tendremos que ajustar el tamaño de la placa a la nueva medida del estoma y evitar que el plástico presione alguna zona para que no aparezcan úlceras por presión.

Complicaciones inmediatas:



Infección del estoma



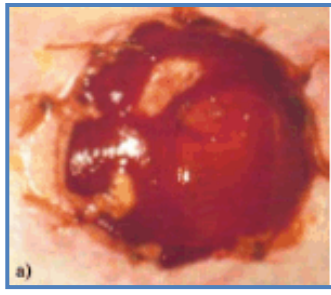
Dehiscencia



Hundimiento y retracción del estoma



Necrosis



Hemorragia



Edema

En cuanto a las **complicaciones tardías**:

- Hernia → aparecen como un bulto en el abdomen por la protrusión del intestino porque tenemos unos músculos abdominales débiles tras la intervención quirúrgica. Para prevenirlas es aconsejable no forzar los músculos del abdomen al coger pesos o toser. Al toser se puede sujetar la zona de la incisión y del estoma. Para minimizar la incomodidad, se suelen aconsejar las fajas elásticas que también se suelen emplear para prevenir en caso de hacer deporte.
- Reacción al material de sutura → se produce cuando hay una contaminación del material de sutura o una intolerancia por parte del paciente hacia el mismo. Se recomienda la utilización de sistemas de 2 piezas.
- Prolapso → exteriorización del intestino por el estoma. Son muy llamativos pero no suelen ser un problema grave si el paciente acude pronto al centro médico. Causan incomodidad y abultan bajo la ropa. Habrá que adaptar el tamaño de la bolsa al prolapso y vigilar la posible aparición de úlceras por el roce con el plástico
- Granuloma → lesión nodular que aparece en la unión de la mucosa del estoma con la piel periestomal. Pueden producirse por una permanencia superior a la necesaria de los puntos o por irritación cutánea persistente por heces u orina. Son incómodos por el dolor y el picor que producen, pero además pueden dificultar la colocación de la bolsa dando lugar a fugas. El profesional sanitario determinara la causa y el mejor tratamiento.
- Estenosis → se produce por estrechamiento en el orificio del estoma por necrosis, infección, retracción, técnica quirúrgica defectuosa o recidiva de la enfermedad. Se realizará un control de la estenosis con dilataciones manuales, se evitará el estreñimiento con recomendaciones dietéticas y se valorará un posible tratamiento quirúrgico.
- Irritación cutánea → debida a presencia constante de heces u orina. Son sustancias muy irritantes para la piel y pueden producir una dermatitis similar a la de una quemadura. Puede dar dolor y problemas para pegar la bolsa. Para prevenir esto es necesario un buen aseo del estoma y la piel periestomal.

Complicaciones tardías:



Hernia



Reacción al material de sutura



Prolapso con ulceración del estoma



Granulomas



Estenosis del estoma



Irritación cutánea

Las imágenes de este anexo pertenecen a la siguiente fuente: Carballo, 2008.

ANEXO IV: Cronograma del proyecto

AÑO 2013	
JUNIO	<ul style="list-style-type: none">• Llegada a Bolivia• Adaptación al lugar
JULIO	<ul style="list-style-type: none">• Observación• Priorización de necesidades• Revisión bibliográfica• Encuesta: punto de partida
AGOSTO	<ul style="list-style-type: none">• Elaboración y adaptación del protocolo de colostomías• Taller de colostomías
SEPTIEMBRE	<ul style="list-style-type: none">• Implantación del protocolo en el centro• Encuesta: conocimientos adquiridos• Regreso a España• Elección del tutor para el TFG
AÑO 2014	
FEBRERO	<ul style="list-style-type: none">• Primera tutoría para el TFG• Redacción del TFG• Tutorías de seguimiento
ABRIL	<ul style="list-style-type: none">• Tutorías de seguimiento
MAYO	<ul style="list-style-type: none">• Tutorías de seguimiento
JUNIO	<ul style="list-style-type: none">• Entrega del TFG• Presentación del TFG ante tribunal