



Universidad
Zaragoza



Universidad de Zaragoza
Escuela de Ciencias de la Salud

Grado en Enfermería

Curso Académico 2011/ 2012

TRABAJO FIN DE GRADO
"CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE UROSTOMIZADO"

Autor/a: JAVIER CAMPILLO MARTINEZ

Tutor/a: JUAN FRANCISCO LEON PUY

CALIFICACIÓN.

--

INTRODUCCION DEL CASO

Varón de 57 años de edad, diagnosticado de tumor vesical infiltrante que ingresa en nuestra unidad para ser intervenido quirúrgicamente, realizándose cistoprostatectomía radical.(1)

Antecedentes personales: Tabaquismo, enolismo moderado. No alergias conocidas.

Tras la intervención quirúrgica el paciente es recibido en la unidad de Urología del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, portando un estoma, a través del cual salen 2 catéteres ureterales (izquierdo y derecho). (2) A su vez es portador también de un drenaje abdominal tipo Redón subcutáneo y otro tipo Jackson Pratt en lecho quirúrgico. Precisa de dieta oral absoluta por lo que lleva una vía central para Nutrición Parenteral Total (NPT). (2) (3)

El paciente presenta buen estado general y estable hemodinámicamente.

El estoma está adecuadamente posicionado, sin complicaciones que puedan dificultar la correcta situación de los dispositivos de ostomía a colocar. (3) (4)

El trabajo consistirá en describir los cuidados integrales e individualizados al paciente portador de una urostomía, detectando los problemas de salud tanto reales como potenciales, teniendo en cuenta el estado del paciente y las necesidades del mismo. Dicha descripción la realizaré siguiendo un lenguaje estandarizado según NANDA, NIC, NOC, con el objetivo de conseguir una adecuada explicación de los cuidados a dicho paciente durante su hospitalización así como al alta hospitalaria. (5) (6)

Lo complementaré con imágenes reales de la urostomía y de los dispositivos utilizados para sus cuidados los cuales clarificarán aún más la descripción del caso.

JUSTIFICACION DEL CASO:

Los motivos de la elección de este caso son los siguientes:

- La edad del paciente (57 años) ya que no es muy avanzada.
- La complejidad de la cirugía que conlleva una cistectomía.
- Los cuidados integrales de enfermería que son requeridos.

- El minucioso cuidado que requieren el estoma, la piel periestomal y los catéteres ureterales.
- La necesidad de un control exhaustivo del drenaje urinario del paciente, así como de los drenajes quirúrgicos.
- Los cuidados adicionales de la herida quirúrgica.
- La importancia de una adecuada educación sanitaria al paciente para su independencia al alta y el apoyo psicológico.

OBJETIVO DEL TRABAJO

El objetivo principal es describir los cuidados necesarios en la atención integral de un paciente urostomizado durante su estancia hospitalaria, así como dar gran importancia a la continuidad de esos cuidados al alta, a través de las consultas de ostomía o por atención primaria.

METODOLOGIA

La metodología del trabajo consistirá en la explicación de los principales problemas reales y potenciales relacionados con este tipo de pacientes, centrándonos en el periodo desde que es recibido en la planta de hospitalización una vez intervenido, hasta que es dado de alta de la misma.

Dicha explicación la realizaré mediante lenguaje estandarizado a través de taxonomía enfermera (NANDA, NIC, NOC) con diagnósticos de enfermería, centrándome en las intervenciones a realizar relacionadas con los problemas de salud detectados en la valoración del paciente.

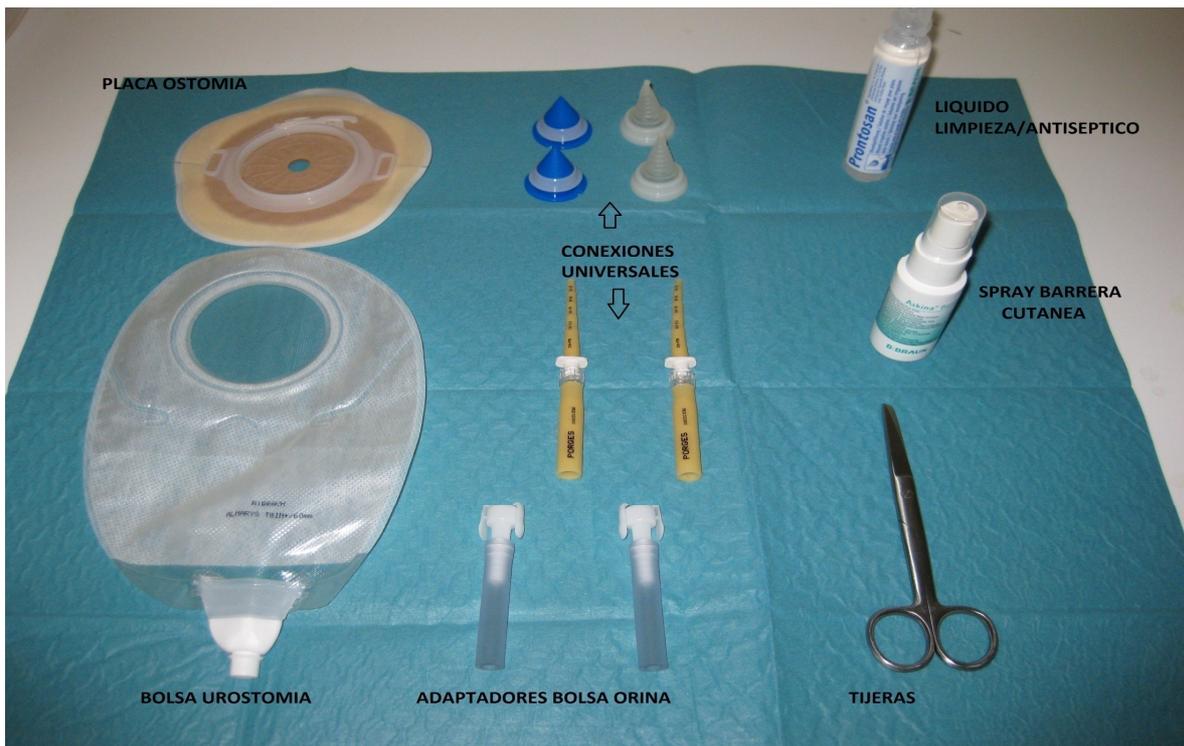
DESARROLLO

Tras la intervención quirúrgica el paciente es recibido en la unidad de Urología del Hospital Royo Villanova de Zaragoza, portando un estoma en Turnbull, a través del cual salen 2 catéteres ureterales (izquierdo y derecho). A su vez es portador también de un drenaje abdominal tipo Redón subcutáneo y otro tipo Jackson Pratt en lecho quirúrgico.



El material específico necesario para la cura de la ostomía y de los catéteres ureterales es el siguiente:

- Sistema de 2 piezas compuesto por placa hidrocólida adhesiva con aro y bolsa de urostomía con grifo, adaptables al estoma.
- Conexiones universales para catéteres ureterales.
- Adaptadores para bolsas de control de diuresis.
- Líquido antiséptico de limpieza para el estoma y piel periestomal.
- Spray barrera cutánea para proteger la piel periestomal.
- Guantes, gasas, tijeras.



PLAN DE CUIDADOS:

La valoración integral del paciente al ser recibido en la planta de urología tras ser intervenido nos lleva a la detección de una serie de problemas de salud reales y potenciales que los clasificaré principalmente en 2 tipos según su relación directa o indirecta con la ostomía:

- Problemas reales y potenciales NO OSTOMALES.
- Problemas reales y potenciales OSTOMALES.

Cada uno de esos problemas estará relacionado con una o más intervenciones de enfermería destinadas a la resolución del mismo.

- **PROBLEMAS REALES Y POTENCIALES NO OSTOMALES DEL PACIENTE / INTERVENCIONES**

- **DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN RELACIONADO CON CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD Y DE VIDA.** / ESTIMULAR PARA QUE SE MIRE EL ESTOMA Y COMIENZE A CONVIVIR CON ÈL Y A CURÁRSELO. /FOMENTAR LA EXPRESIÓN DE SUS SENTIMIENTOS Y TEMORES / OFRECER CONTACTOS CON ASOCIACIONES DE OSTOMIZADOS.
- **DETERIORO DE LA MOVILIDAD RELACIONADO CON REPOSO EN CAMA.** / COLOCAR AL PACIENTE SOBRE UN COLCHON TERAPÉUTICO ADECUADO CON UNA ALINEACIÓN CORPORAL ADECUADA. / CAMBIOS POSICIONALES SEGÚN ESTADO DE LA PIEL. /AYUDAR A LA DEAMBULACION INICIAL SI ES NECESARIO.
- **RIESGO DE PERITONITIS SECUNDARIA AL PROCESO QUIRÚRGICO /** VALORAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PERITONITIS/ CONTROL DE CONSTANTES POR TURNO/VIGILANCIA DEL DEBITO URINARIO (CANTIDAD Y CARACTERÍSTICAS) A TRAVES DEL ESTOMA/VIGILANCIA DE DEBITO DE DRENAJES ABDOMINALES.



(Catéteres ureterales)



(Opacificación sin fuga de contraste)

La función principal de los catéteres ureterales es mantener en reposo la vía urinaria, así como preservar la unión quirúrgica creada entre los 2 uréteres y la porción del ileon que finaliza en el estoma. Dicha anastomosis uretero-ileal, si sufriese dehiscencia podría provocar un cuadro de peritonitis grave. De ahí la importancia de los catéteres ureterales.

Las imágenes radiológicas anteriores reflejan el adecuado estado de ambos catéteres desde pelvis renal hasta el estoma, habiéndose realizado una opacificación con contraste yodado en el servicio de Radiodiagnóstico. La opacificación no presentaba fuga de contraste en la unión uretero-ileal, por lo que los catéteres fueron retirados posteriormente.

- **RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON HERIDAS QUIRÚRGICAS.** /VALORAR SIGNOS Y SÍNTOMAS Y CURAR LA HERIDA CADA DIA CON LAS MÁXIMAS CONDICIONES DE ASEPSIA.



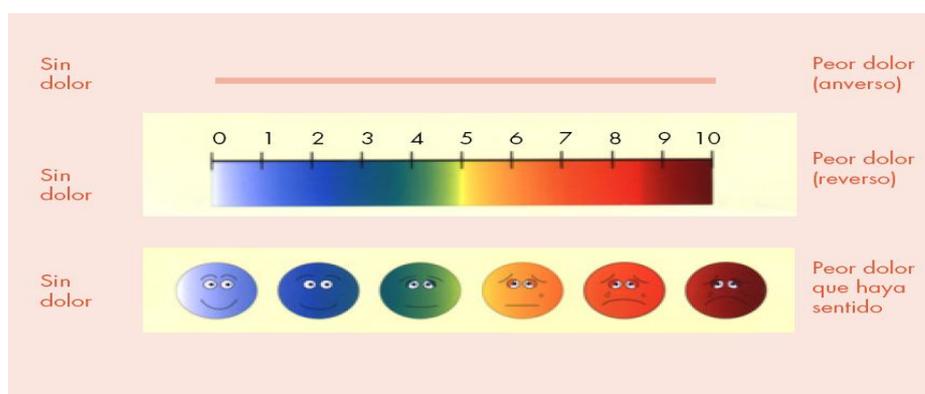
Se realizan curas planas diarias de la herida quirúrgica con limpieza y desinfección con povidona yodada, y posterior recubrimiento con apósito, siempre con medidas asépticas. Vigilamos características de la herida quirúrgica como estado de la línea de sutura, posibles dehiscencias, bordes irregulares, enrojecimiento, supuración. Al cambiar el apósito nos fijaremos si está manchado registrando en ese caso cantidad y características del manchado.



- **RIESGO DE INFECCIÓN RELACIONADO CON PROCEDIMIENTOS INVASIVOS (VIA CENTRAL Y/O PERIFERICA).** / APLICACIÓN DE PRECAUCIONES UNIVERSALES DE ASEPSIA. / MANTENER AMBIENTE ASÉPTICO EN EL CUIDADO DE VIAS ENDOVENOSAS / ADMINISTRAR TERAPIA DE ANTIBIÓTICOS SI PROCEDE.

Los cuidados de los catéteres tanto centrales como periféricos se realizan según los protocolos establecidos en el hospital, teniendo especial cuidado en el control del punto de punción para descartar infección, cambio de apósitos y curas asépticas según protocolo. A su vez, debemos prestar atención a los dispositivos que van unidos a dichos catéteres venosos como alargaderas, equipos de gotero y nutrición, llaves de tres pasos, válvulas y tapones antirreflujo ya que son puerta de entrada de microorganismos, siendo manipulados solamente cuando sea estrictamente necesario. Valoraremos también signos y síntomas asociados a infección que pueda degenerar en un caso de sepsis grave, que en caso de que ocurriese pondría en marcha la activación del "Código Sepsis" establecido en nuestro hospital.

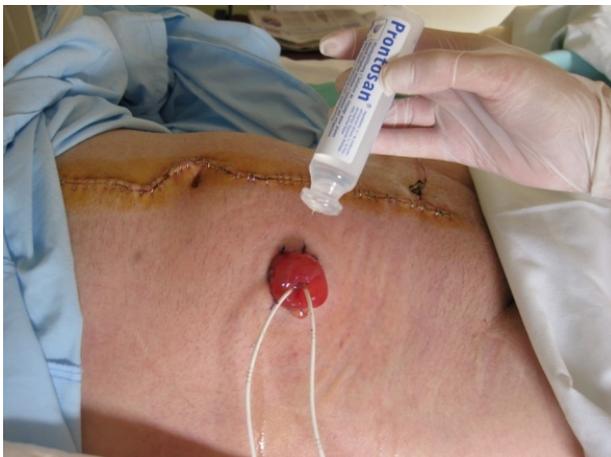
- **DOLOR RELACIONADO CON LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** / REALIZAR VALORACIÓN CONTINUA DEL DOLOR SEGÚN ESCALA EVA/PROPORCIONAR CUIDADOS ANALGÉSICOS (FARMACOLÓGICAS, NO FARMACOLÓGICAS E INTERPERSONALES)



Valoraremos y registraremos por turno la percepción del dolor por parte del paciente y aplicaremos las medidas pautadas según los protocolos de analgesia de los que disponemos en función del grado de intensidad del mismo, ya sea leve, moderado o intenso.

- **PROBLEMAS OSTOMALES REALES Y POTENCIALES/ INTERVENCIONES**

- **RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (PIEL PERIESTOMAL) RELACIONADO CON SALIDA DE ORINA POR EL ESTOMA Y CON LOS CAMBIOS DE DISPOSITIVOS DE UROSTOMIA./VIGILAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCION Y/O IRRITACIÓN/HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL: LIMPIAR CON AGUA Y JABON NEUTRO CON MOVIMIENTOS CIRCULARES Y SECAR CON GOLPECITOS CON TOALLAS DE CELULOSA./ APLICAR BARRERA CUTÁNEA /RECORTAR EL ARO DE ESTOMA LO MAS PROXIMO POSIBLE A SU DIÁMETRO/ ASEGURAR BUENA FIJACIÓN DEL ARO A PIEL/ COLOCAR LA BOLSA DE ABAJO HACIA ARRIBA Y ASEGURAR SU CORRECTA FIJACIÓN AL ARO. PARA RETIRAR LA BOLSA SE REALIZARA DE ARRIBA HACIA ABAJO.**



(Limpieza y desinfección)



(Protector cutáneo en spray)

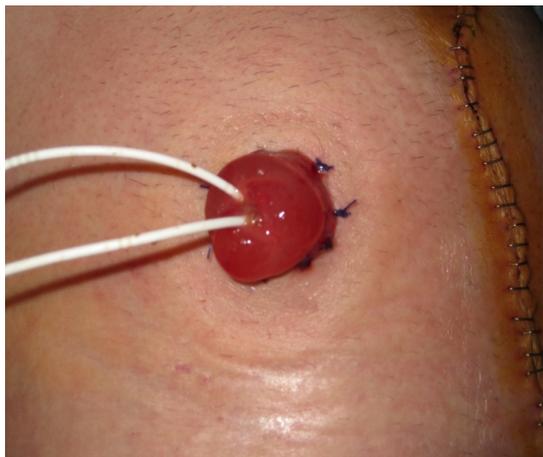
Realizamos limpieza del estoma y piel periestomal con posterior secado sin arrastre para evitar lesiones del estoma y posible sangrado. Podemos aplicar spray como barrera cutánea en la piel periestomal para evitar lesiones irritativas de la misma, bien por los cambios de apósito, o bien por el contacto con la orina.

Vigilamos las características del estoma y piel periestomal, así como la correcta adaptabilidad del apósito con aro a la piel del paciente y la posición confortable de la bolsa de ostomía para el paciente.

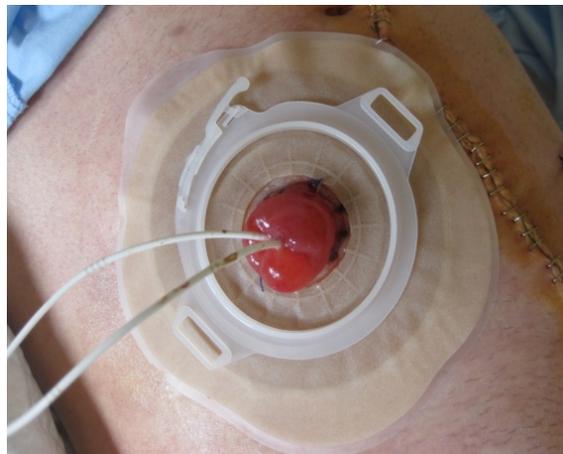
El estoma es de bordes regulares, adecuadamente posicionado en hemiabdomen derecho, lejano a pliegues cutáneos. Tampoco presenta cicatrices ni estructuras óseas cercanas.

Tiene un diámetro de 35 mm, con una altura adecuada, presentando a su alrededor suturas cutáneas tipo Vicryl en buen estado.

El color es sonrosado, bien irrigado, sin presentar signos de hemorragia ni necrosis u otras complicaciones potenciales.



El apósito con aro es recortado en la medida más próxima a la del estoma para que no quede fuera del mismo piel periestomal que pueda sufrir irritación por el contacto con la orina. La frecuencia de cambio del apósito con aro dependerá del estado del hidrocoloide, manteniéndolo por lo menos 3 días si no se despegó accidentalmente. La bolsa de urostomía puede cambiarse diariamente, y si se va llenando de orina cuando no está conectada a bolsa de orina, hay que ir vaciándola para que su peso no provoque desprendimiento de la misma con el aro.





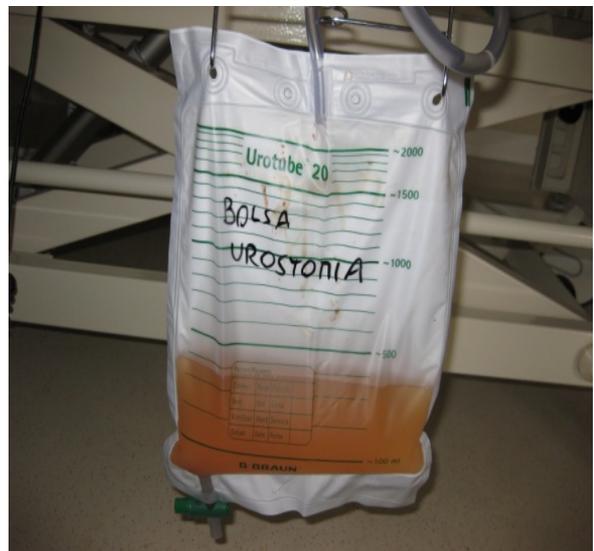
(Bolsa con catéteres ureterales)



(Bolsa una vez retirados los catéteres)

La bolsa de urostomía debe adaptarse completamente al aro para que no haya pérdidas de orina a través de la misma.

- **INCONTINENCIA URINARIA TOTAL RELACIONADA CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** / IDENTIFICAR ESQUEMA DE ELIMINACIÓN, FRECUENCIA DE CAMBIO DE DISPOSITIVOS, CONSISTENCIA, OLOR, VOLUMEN Y COLOR DE LA ORINA. / AYUDAR A SELECCIONAR LOS DISPOSITIVOS DE UROSTOMIA ADECUADOS PARA EL MANEJO DE LA INCONTINENCIA. / LIMITAR LOS LIQUIDOS UNAS HORAS ANTES DE IRSE A DORMIR.



El recuento de la diuresis se realiza por turno y de manera independizada contando la orina que drena por el catéter ureteral izquierdo, el derecho así como el que sale directamente por el estoma. Al principio es más hematórico y posteriormente el color de la orina es normal. Es posible que aparezcan en la orina restos de moco intestinal por el estoma, siendo este hecho normal.

En este recuento independizado radica la importancia del uso de las conexiones universales para los catéteres a través de la bolsa de ostomía.



Los catéteres ureterales son independizados a través de la bolsa con conexiones universales cónicas. A su vez, los catéteres son unidos a las bolsas de orina para su recuento con otras conexiones universales (amarillas).

El modo de diferenciar el catéter ureteral izquierdo del derecho es que el primero tiene un corte biselado en su parte distal (aquella que está con la conexión universal amarilla), mientras que el catéter ureteral derecho no está biselado.

Las bolsas de orina las rotulamos para distinguir izquierda de derecha.

Esto evita que pueda haber errores al conectar cada catéter ureteral con su bolsa correspondiente (catéter izquierdo con bolsa izquierda y catéter derecho con bolsa de orina derecha).

- **DÉFICIT DE AUTOCUIDADO RELACIONADO CON ANSIEDAD, FALTA DE MOTIVACIÓN** / COMPROBAR CAPACIDAD PARA REALIZAR AUTOCUIDADOS INDEPENDIENTES. / ALENTAR LA INDEPENDENCIA Y AYUDAR SI ES NECESARIO. / ENSEÑAR AUTOCUIDADOS DE HIGIENE, CURA DE ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL, CAMBIO DE DISPOSITIVOS Y CONTROL DE COMPLICACIONES.



(Kit de dispositivos de ostomía)

Es imprescindible una adecuada y temprana educación sanitaria tanto al paciente como a la familia, lo cual contribuirá también a disminuir su ansiedad.

Debemos fomentar su implicación en los autocuidados a los pocos días de ser recibido en la planta. Entregaremos un kit de dispositivos de ostomía para que se vayan familiarizando con los mismos.

Valoraremos periódicamente la adquisición de los conocimientos necesarios, así como la motivación, puntos fuertes y débiles de aprendizaje tanto del paciente como de la familia.

Los principales temas de la educación sanitaria que proporcionaremos serán:

- Cuidados del estoma y piel periestomal: Técnica de lavado y secado de la zona.
- Técnica de colocación y cambio de apósito con aro, bolsa de urostomía y bolsa de orina.
- Conocimiento de tipos de dispositivos y alternativas.
- Detección de complicaciones ostomales y periestomales.
- Consejos dietéticos.
- Rutinas de vaciado de bolsa.
- Posibilidades de continuidad de cuidados y resolución de problemas al alta en consulta de ostomías.

Al alta se le remite a la consulta de ostomías con informe de continuidad de cuidados de enfermería debidamente registrados y explicados de modo oral y escrito, asegurándonos de que son comprendidos tanto por el paciente como por sus familiares.

CONCLUSIONES:

Las principales conclusiones tras la realización del trabajo se centran en constatar el papel fundamental que desempeña el personal de enfermería en la atención integral de los pacientes urostomizados, siendo conscientes de los problemas asociados a este tipo de intervención quirúrgica y su importante influencia sobre los propios pacientes en su posterior estilo de vida.

Destacar, a su vez, que la atención a estos pacientes debe continuar más allá del ingreso hospitalario, siendo extensible a servicios extrahospitalarios como consultas de ostomía, atención primaria y asociaciones de pacientes ostomizados, siempre de un modo interrelacionado entre los distintos niveles de asistencia sanitaria, con el fin de facilitar a los pacientes y familiares un respaldo continuo que apoye y facilite sus cuidados físicos, psicológicos y aquellos relacionados con su reinserción social.

Bibliografía

1. Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Grupo C.I.D.O. 1997.
2. Minkes RK., McLean SE., Mazziotti MV., Langer JC. Stomas of the small and large intestine. April 2004.
3. Burch J. The management and care of people with stoma complications. Br J Nurs. 2004.
4. Breckman B, Enfermería del estoma, .Mc.graw.hill interamerican. 1990
5. NANDA International. (2010). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier.
6. Martí Ragué J, Tejido Valentí M, Estomas: valoración, tratamiento y seguimiento, Doyma 1999.