



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO  
LOCAL**

**“Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coloproctología del  
Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. 2012”**

**Tesis de grado**

**AUTORA:**

Encalada Ortega, Karina Herminia

**DIRECTORA:**

Viteri de Delgado, Rita Marcela. Mg.

**CENTRO UNIVERSITARIO: PORTOVIEJO**

**2013**

## Certificación

Licenciada.

Rita Marcela Viteri de Delgado

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: “Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. 2012”, realizado por el profesional en formación: Encalada Ortega, Karina Herminia; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, Noviembre de 2012

f). . . . .

## **Cesión de derechos**

“Yo Encalada Ortega, Karina Herminia declaro ser autor (a) de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en, su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f. ....

Encalada Ortega, Karina Herminia

C.I. 1308093036

## **DEDICATORIA**

A mis padres, por haberme inculcado principios y valores.

A mi hija, Zoe, porque su amor y ternura, ha sido un motivo importante para lograr esta meta.

A mi compañero de siempre, Carlos, por su paciencia, respaldo, comprensión y tolerancia incondicional, para poder llegar a culminar este trabajo en todo este tiempo.

A mis familiares, por estar siempre conmigo.

.

Dra. Karina Encalada Ortega

## **AGRADECIMIENTO**

Antes que a todos quiero agradecer al Supremo por darme las fuerzas necesarias en los momentos en que más las necesité y bendecirme con la posibilidad de caminar a su lado durante toda mi vida.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por permitirme conocer y estudiar en su plantel una carrera de 4º. Nivel como lo es la Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local.

Especial mención merece la Lcda. Marcela Viteri, Docente de la UTPL y Directora de mi Tesis, por su tiempo, paciencia, conocimiento y aprobación.

Al Dr. Gene Alarcón, Gerente Médico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, por la comprensión, colaboración, participación y compromiso de este trabajo que solo busca mejorar la atención que se brinda en esta institución.

Un especial agradecimiento al equipo de salud que labora en el área de Cirugía, por su colaboración incondicional en la realización de este proyecto.

Especialmente a todas aquellas personas que directa o indirectamente colaboraron conmigo.

La autora

# CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
**PORTOVIEJO-MANABI**

## CERTIFICACION

*Dr. Gene Alarcón, Gerente del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, a petición de parte interesada, tiene a bien*

### CERTIFICAR

*Que la Dra. Karina Encalada Ortega, Médico de esta casa de salud, y Egresada de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta institución su proyecto de acción titulado:*

***"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coloproctología del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo"***

*Proyecto que tuvo como estrategias:*

- *Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía temporal, diseñado e implementado.*
- *Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.*
- *Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.*

*Lo que certifico en honor a la verdad.*

Portoviejo, Noviembre del 2012.



**Dr. Gene Alarcón**

**GERENTE DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**

# ÌNDICE

<b>PRELIMINARES</b>	<b>Pág.</b>
Carátula.....	I
Certificación.....	II
Autoría.....	III
Cesión de derecho.....	IV
Dedicatoria.....	V
Agradecimiento.....	VI
Certificación institucional.....	VII
Índice.....	VIII
Resumen.....	X
Abstract.....	XI
<b>CUERPO DE LA TESIS</b>	
Introducción.....	1
Problematización.....	4
Justificación.....	6
Objetivos.....	8
<b>Capítulo I</b>	
1. Marco teórico.....	9
1.1. Marco institucional.....	9
1.1.1. Aspectos geográficos.....	9
1.1.2. Dinámica poblacional.....	10
1.1.3. Misión de la institución.....	12
1.1.4. Visión de la institución.....	12
1.1.5. Características de la organización administrativa.....	12

1.1.6. Servicios que presta la institución.....	13
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura.....	14
1.1.8. Características geofísicas de la institución.....	15
1.1.9. Políticas de la institución.....	16
1.2. Marco conceptual.....	16
<b>Capítulo II</b>	
2. Diseño metodológico.....	37
2.1. Análisis de involucrados.....	37
2.2. Árbol de problemas.....	39
2.3. Árbol de objetivos.....	40
2.4. Matriz del marco lógico.....	41
<b>Capítulo III</b>	
3. Resultados, conclusiones, recomendaciones.....	46
3.1. Resultados	46
Evaluación de los indicadores con los resultados.....	59
Evaluación del propósito.....	63
Evaluación del fin.....	64
3.2. Conclusiones y recomendaciones	65
3.3. Bibliografía.....	66
3.4. Apéndices.....	

## RESUMEN

En Portoviejo-Manabí se ejecutó un proyecto de acción cuyo objetivo fundamental fue mejorar la calidad de atención al paciente con colostomía e ileostomía que acude al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, mediante el diseño e implementación de un plan de atención integral; capacitación a médicos residentes sobre el manejo de estos pacientes; y conformación de club de ostomizados, para mejorar su calidad de vida.

Éste proyecto, cuya línea de investigación son los servicios hospitalarios, se basó en la metodología del enfoque lógico, cuyo FIN es contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con ileostomía y colostomía, su PROPÓSITO que estos pacientes reciban buena calidad de atención; y, los RESULTADOS: Plan de atención integral, diseñado e implementado; médicos residentes capacitados sobre el manejo de estos pacientes; y, club de pacientes, conformado.

Se concluye que la calidad en los servicios de salud se fundamenta simultáneamente derechos y deberes de todos los involucrados. Por ello la gestión de la calidad es algo que compete a todos, por lo que cada organización debe de garantizar la calidad de atención a los usuarios.

## **ABSTRACT**

In Portoviejo-Manabí there was executed a project of action which fundamental aim was improved the quality of attention to the patient with colostomía and ileostomía that comes to the Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", by means of the design and implementation of a plan of integral attention; training to resident doctors on the managing of these patients; and conformation of club of ostomizados, to improve his quality of life.

This one I project, whose line of investigation they are the hospitable services, was based on the methodology of the logical approach, which END is to help to improve the quality of life of the patients with ileostomía and colostomía, his INTENTION that these patients receive good quality of attention; and, the RESULTS: Plan of integral attention, designed and implemented; resident doctors qualified on the managing of these patients; and, patients' club, shaped.

One concludes that the quality on the services of health bases simultaneously rights and duties of all the involved ones. For it the management of the quality is something that compete to all, for what every organization must guarantee the quality of attention to the users.

## INTRODUCCIÒN

Desde siempre y a través del tiempo se ha considerado a la calidad como el grado de satisfacción que ofrece un producto o servicio en relación a las exigencias del consumidor o usuario; de tal manera que, cuando mayores son las necesidades satisfechas por un producto o servicio mayor es su calidad.

Calidad y eficiencia son nociones abstractas, la necesidad de medirlas es obvia pero es siempre un desafío debido en parte a que los indicadores deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

Jiménez P. Rosa E. (2004), manifiesta que:

“La definición de buena calidad de los servicios de salud es difícil y ha sido objeto de muchos acercamientos. Desde el punto de vista de los gestores o administradores de la atención médica, la calidad con que se brinda un servicio de salud no puede separarse de la eficiencia puesto que si no se tienen en cuenta el ahorro necesario de los recursos disponibles, el alcance de los servicios será menor que el supuestamente posible”. (Pág. 17-36).

La medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea de complejidad intrínseca ya que a la medición de conceptos abstractos se añade la variedad de intereses que pueden influir en las evaluaciones subsecuentes.

Joseph Juran, definió la calidad como la "adecuación al uso", es decir, la forma de adecuar las características de un producto al uso que le va a dar el consumidor.

Avedis Donabedian, gran gurú del mundo sanitario, divide la atención sanitaria en tres elementos esenciales:

“Estructura, proceso y resultado. Por estructura entiende desde la propia organización hasta los recursos de que dispone (tanto humanos como físicos y financieros); por proceso entiende el conjunto de actividades que se realizan, por y para el paciente, así como la respuesta del paciente a esas actividades; y, por resultado entiende los logros conseguidos tanto en el nivel de la salud, calidad de vida, conocimientos adquiridos del paciente o la población, como el grado de satisfacción con la atención recibida”. (Rico, J. 2010).

En todo caso, la calidad en salud siempre lleva implícitos dos conceptos que son: La excelencia técnica, esto es, decisiones adecuadas y oportunidad en la toma de las mismas, habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder. En otras palabras, "hacer lo correcto, correctamente" y adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en las comunicaciones, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad. (R.M.CH, 2001).

Por ello, se tornó imperativo la necesidad de realizar un conjunto de estrategias encaminadas al mejoramiento de la calidad de atención al paciente ingresado en el servicio de Coloproctología del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda", la misma que, siendo resultado de múltiples factores, no puede superarlos mientras no se diseñe e implemente de un plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía, se capacite y entrene de una manera consciente y responsable al recurso humano, y no se conforme un comité de ostomizados. Por ello se concuerda con los criterios de Gas Aguirre quien manifiesta:

"La calidad de la atención significa otorgar atención al paciente con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas". (Aguirre, Gas H., 2005)

Lemus JD, Aragüés y Oroz V, (2004) señalan que:

"La calidad de la atención de la salud se ha convertido en un tema de interés por parte de distintas disciplinas como la bioética, el derecho, la salud pública y la administración sanitaria, entre otras. Ello responde a múltiples causas pero, en especial, a la problemática surgida en las últimas décadas en torno a los derechos de los pacientes y al derecho a la salud".

Según Informes presentados por el proceso Cirugía del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, en el año 2011, se indica que:

"Cerca de un 40% de las operaciones de ostomía que se practicaron, son debidas a ingresos por urgencia, sin que el enfermo pueda ser preparado ni psíquico ni fisiológicamente para ella. Los diagnósticos más comunes son heridas por arma de fuego, diverticulitis complicada, cáncer de recto y de colon".

Esta problemática antes descrita justificó la realización del presente proyecto cuyo objetivo fundamental consistió en mejorar la calidad de atención en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, a través del diseño e implementación de un plan de atención integral a los pacientes; capacitación a médicos residentes; y conformación de club de pacientes con ostomias, para mejorar su calidad de vida, el cual se operacionalizó a través de tres objetivos específicos:

El primero fue el diseño e implementación de un plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía que acuden al Servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo; para el que se contó con los siguientes componentes: a) Diseño del plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía; b) Implementación del plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía; y, c) Evaluación de la implementación del plan.

El segundo objetivo del proyecto consistió en capacitar a los médicos residentes sobre el plan de atención integral. Para el cumplimiento de este objetivo, a) Se elaboró la programación para la jornada de capacitación en la que se realizó la selección de facilitadores y elaboración del material de apoyo; b) Se desarrolló la jornada de conferencias con temas como: Ileostomia: Generalidades y técnicas quirúrgicas; Colostomía: generalidades y técnicas quirúrgicas; Cuidados enterostomales; Selección del sitio anatómico para la ubicación de la ostomía; Complicaciones médicas y quirúrgicas de colostomía e ileostomía; y, Dietoterapia para colostomía; y, c) Evaluación de la jornada de capacitación.

El tercer objetivo estuvo encaminado a conformar Club de pacientes con ostomía, mismo que se desarrolló mediante: a) Convocatoria a pacientes para conformar club de ostomizados; b) Conformación del club; y, c) Brindar charlas educativas a los miembros del club sobre manejo integral de colostomía e ileostomía; con demostraciones sobre colocación y uso de bolsas de ostomias; autocuidado de colostomía e ileostomía; y, apoyo nutricional y psicológico.

Actualmente, los médicos residentes están aplicando el plan integral, mejorando en forma significativa la calidad de atención; y, contribuyendo así a la optimización del buen vivir del paciente ingresado en Coloproctología.

## PROBLEMATIZACIÓN

El deterioro de la calidad de atención en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, constituye un problema sentido por el paciente y su familia.

Carraro, V. O. (2005) destaca que:

“La necesidad de unir conocimientos técnicos-científicos en la aplicación de un plan de atención integral, es indispensable en la vida del paciente, contribuyendo así a que la cirugía ocurra en forma armónica, con menos estrés, y consecuentemente, con la disminución de los riesgos y las complicaciones”.

Una atención de calidad intentaría aliviar la ansiedad del paciente al transmitirle informaciones que faciliten su enfrentamiento a la intervención con más seguridad y menos miedo. Para ello, es esencial la individualización del cuidado, es decir, sería como una situación afecta a una persona sólo puede conseguirse tomando la piel del otro, mediante la empatía.

De acuerdo a datos estadísticos proporcionados por el Subproceso Quirófano, de Enero a Agosto del 2012, se presentaron un total de 54 cirugías coloproctológicas; de las cuales; 11 fueron ileostomías (20.37%); 8 colostomías (14.81%); enfermedad hemorroidal 8 (14.81%); cáncer de colon y obstrucción intestinal, 4 cada una (7.41% c/u); trombosis hemorroidal 3 (5.56%), fístulas peri anales, 3 (5.56%); fisura anal 2 (3.70%), rectocele, 2 (3.70%); y, cáncer de ano, fístula intercutánea, fístula rectovaginal; lesión de esfínter anal; condilomas, absceso perianal, gangrena de Fournier, impactación fecal y prolapso rectal, solo tuvieron 1 caso c/u, equivalente al 1.85% c/u respectivamente.

Ante esta problemática, se decide realizar un diagnóstico participativo estableciendo como problema principal que los pacientes ingresados en el servicio de Coloproctología, no reciben buena calidad de atención, debido a que:

1. No existe un plan de atención integral a los pacientes con ileostomía y colostomía, porque existe débil liderazgo en gestión y por el desinterés de autoridades hospitalarias, razones por las que la salud del paciente se deteriora; demora su recuperación; y aumenta el riesgo de morbilidad.

2. Personal médico residente sin capacitación sobre manejo de pacientes con colostomía e ileostomía debido a que no hay planes de capacitación en la institución y al déficit de recursos económicos y tecnológicos, lo que provoca un manejo inadecuado del paciente, riesgo de complicarse y desmejorando de esta manera su salud.
3. No se ha conformado club de pacientes con ostomias, debido al desinterés de las autoridades ya que el problema no ha sido priorizado, provocando incumplimiento y desinformación con sus tratamientos, incrementándose de esta manera su problema de salud.

Todo este contexto antes descrito ocasiona que el paciente ingresado en el servicio de coloproctología del hospital, no reciba buena calidad de atención, lo que conlleva a un efecto mayor que es el deterioro de su calidad de vida. Por lo que se realiza la siguiente interrogante: ¿Es factible mejorar la calidad de atención en el servicio de coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo?.

## JUSTIFICACIÓN

Brindar buena calidad de atención al usuario es posible mediante la implementación de planes y programas que vayan en beneficio del usuario/paciente y de esta manera se evitará dar una mala calidad de atención. La inexistencia de un plan de atención integral a los pacientes con ileostomía y colostomía, aumenta el riesgo de agudizar los cuadros de complicaciones en los usuarios, y por ende el deterioro de su salud.

Con la atención integral al paciente con colostomía e ileostomía, se pretende mejorar la calidad de vida del paciente que acude al servicio de coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

En este espacio, el desarrollo del presente proyecto de intervención resultará muy importante, puesto que nos permitirá a los involucrados, tratar esta problemática de salud presentada en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, como lo es el deterioro de la calidad de vida del paciente ingresado en el servicio de Coloproctología; y porque se presentan herramientas metodológicas que, en conjunto ofreceremos a otras unidades de salud de nuestra provincia y del país que requieren saber de esta problemática. Todo esto recalca la relevancia científica de este proyecto.

Por ser el ámbito del proyecto la atención integral, su cumplimiento será de gran importancia, ya que se involucrará al binomio médico-paciente, comprometiéndolos y responsabilizándolos de las acciones que conlleven al mejoramiento de la salud de los usuarios. Esta es la relevancia contemporánea de este proyecto.

Socialmente, la ejecución de este proyecto permitirá visualizar un acontecimiento donde los problemas sentidos que afectan directamente a los usuarios del hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, son el reflejo de un sistema de salud poco eficiente, razón por la cual se ha brindado a la colectividad medios para que entiendan y comprendan nuestra posición y así podamos juntos enfrentar el problema.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1. General:**

- Mejorar la calidad de atención en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, a través del diseño e implementación de un plan de atención integral a los pacientes; capacitación a médicos residentes; y conformación de club de pacientes con ostomías, para mejorar su calidad de vida.

### **4.2. Específicos:**

- Diseñar e implementar el plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía que acuden al Servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo; y así lograr su recuperación.
- Capacitar a los médicos residentes sobre el manejo de pacientes con colostomía e ileostomía, a fin de evitar complicaciones.
- Conformar Club de pacientes con ostomía, para que el paciente participe en el tratamiento.

# CAPÍTULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. MARCO INSTITUCIONAL

#### 1.1.1 Aspecto geográfico del lugar

La web del Gobierno Provincial de Manabí, contiene datos políticos y geográficos de Portoviejo, entre los cuales se encuentra que:

“Portoviejo, fue fundada el 12 de Marzo de 1534. Son sus límites: Norte: Rocafuerte, Sucre y Junín; sur: Santa Ana y Jipijapa; este: Bolívar y Pichincha; y, al oeste: Montecristi, Jaramijó y el Océano Pacífico. Su superficie es de 967.5 km<sup>2</sup>, su densidad poblacional de 218 habitantes/km<sup>2</sup>; ubicado a 44 msnm, posee un clima cálido tropical con temperaturas que oscilan entre 24 y 34°C y con índices de humedad relativa de 68 a 89% que se expresan en dos estaciones: invierno y verano. Territorialmente, está ubicado a 01°3'8" de latitud sur; y, 80°27'2" de longitud oeste. Está rodeado por los cerros: Bálsamo y de Hojas. El primero separa las cuencas hidrográficas de Portoviejo y Chone, y está cubierto de ceibos y guayacán. El cerro de Hojas separa a Portoviejo de Montecristi. También forman parte de Portoviejo las montañas de Alajuela y San Plácido, así como el cerro Jaboncillo, que están cubiertos por bosques secos y espinosos”.  
([www.gobiernoprovincialmanabi.gov.ec](http://www.gobiernoprovincialmanabi.gov.ec)).

Está conformada por 16 parroquias, de las cuales 9 son urbanas: 18 de Octubre, 12 de Marzo, Andrés de Vera, Portoviejo, Colón, Simón Bolívar, San Pablo, Francisco Pacheco, Colón y Picoazá; y 7 parroquias rurales: San Plácido, Abdón Calderón, Alhajuela, Chirijos, Riochico, Pueblo Nuevo y Crucita.



LÀMINA No. 1.- Mapa del cantón Portoviejo

Fuente: Gobierno Provincial de Manabí 2012.  
Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega

A pesar del clima cálido y tropical y las dos estaciones verano e invierno de Portoviejo influye en todo el entorno, el ambiente es agradable constantemente ya que tenemos un central de aire acondicionado que abastece a todo el hospital. Se asienta en una superficie plana, ya que es parte del casco urbano de Portoviejo. Cuenta con todos los servicios básicos como agua, luz, teléfono, sistema de red informática, internet.

### **1.1.2. Dinámica poblacional**

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda del 2010, realizado por el INEC, se indica que:

La población ecuatoriana es de 14'306.876 hab. Manabí tiene una población de 1'345.779 hab; Portoviejo tiene 280.029 habitantes, de los cuales 137.969 son hombres (49.26%); y, 142.060 mujeres (50.74%). El número de habitantes por grupo de edades se presenta así: 0-14 años, 84.064 (30.02%); 15-29 años, 74.694, (26.67%); 30-44 años, 57.163 (20.41%); 45-59 años, 38.254 (13.66%); 60-74 años, 18.629 (6.65%); 75-89 años, 6.445 (2.30%); y, 90-100 y + años, 780 (0.28%). El 67.92% se autodefine mestiza; el 20.75% montubia; 5.67% blanca; el 4.19% afroecuatoriana; el 0.61% es mulata; el 0.47% se considera negra; y, el 0.16% se define indígena.

Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas. El portovejense es una persona amable, trabajadora.

El valle del Río Portoviejo en el que está ubicada la ciudad es rico en producción de hortalizas, legumbres y frutas tropicales para el consumo interno.

El sector industrial es incipiente y la línea más desarrollada es la agroindustria con plantas procesadoras de aguardiente refinado, salsa de tomate y plátano en rodajas, popularmente conocido como chifles.

Registra una tasa de natalidad de 17x1000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad general es de 4x1000 habitantes, siendo la tasa de mortalidad infantil de 39x1000 habitantes, mientras la tasa de mortalidad de menores de 5 años es de

44x1000. Así mismo tenemos una tasa de migración con un 50%x1000 habitantes. (INEC, 2009).

Según datos estadísticos de la Subgefatura de Migración en Portoviejo, (2010), se conoce que:

“La deficiente situación económica por la que atraviesa el país, es la causa principal para la emigración de padres a Estados Unidos y Europa (89.1%). La mayoría de hijos no fueron consultados por sus padres antes de emigrar (56.7%). Los hijos quedan al cuidado de los hermanos (58.1%), abuelos (69.9%) y tíos (50.8%). En Portoviejo, la migración está en constante apogeo, ya que las personas van en búsqueda de un mejor estilo de vida para ellos y para sus hijos. Más del 30% de las familias tienen sus familiares en el exterior. Sus destinos son España, Italia, Estados Unidos a los que van en busca de trabajo, mejorar sus ingresos económicos, los cuales muchas veces regresan sin haber podido cumplir su sueño, y muchos de ellos no regresan.

En los últimos años ha experimentado una transformación urbanística, que solo ocurre en ciudades en constante progreso. Turísticamente tiene muchos atractivos: playas, monumentos, centros turísticos y espectáculos, que se constituyen en potenciales generadores del turismo. La artesanía es también una manifestación popular de esta tierra. En Picoazá, por ejemplo, todavía se elaboran sombreros, muebles de madera; en Riochico siguen confeccionándose las hamacas de hilo y en los distintos hogares aún están presentes tradiciones manuales y culinarias, como la confección de manteles bordados y preparación de dulces y otras recetas. Los eventos sociales y forma de vestir son diferentes, de acuerdo al nivel económico de las familias.

El Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” se encuentra situado en Portoviejo, parroquia urbana Francisco Pacheco, en las calles Rocafuerte y 12 de Marzo. Limita el norte con el Río Portoviejo, al Sur, con la calle Eloy Alfaro; al Este con la calle Rocafuerte y al Oeste con la Avenida Guayaquil. Con respecto a la categoría es de nivel 3 provincial pertenece al Ministerio de Salud Pública y se fundó el 1º. de Diciembre de 1884, con una disponibilidad de 312 camas habilitadas todas en la actualidad.

Consta de Consulta Externa, Hospitalización, Quirófano, UCI, Emergencia, departamentos de Rx, laboratorio, farmacia, bodega, odontología, rehabilitación, lavandería, guardianía con sus diferentes departamentos administrativos que se asienta en una superficie de 3000 m<sup>2</sup>.

### **1.1.3. Misión de la institución**

El Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, tiene como misión:

“Proteger la población de Portoviejo y sus áreas de influencia con la aplicación de programas de calidad, calidez, competitividad y acciones curativas, preventivas y de rehabilitación en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los servicios”. (POA, HVCB, 2012).

### **1.1.4. Visión de la Institución**

Y tiene como visión:

“Ser una unidad de atención médica, moderna, líder provincial de salud, que funcione con tecnología de punta, personal profesional las 24 horas, con especialidades de acuerdo a su perfil epidemiológico, aplicando sus principios de solidaridad, obligatoriedad, equidad, universalidad, subsidiaridad y eficiencia”. (POA, HVCB, 2012).

### **1.1.5. Características de la organización administrativa**

La estructura organizacional del hospital, se alinea a su misión consagrada en la Ley, y se sustenta en la filosofía y enfoque de productos, servicios y procesos, con el propósito de asegurar su ordenamiento orgánico.

Los procesos, los productos y servicios del hospital se ordenan y clasifican en función de su grado de contribución o valor agregado al cumplimiento de la misión institucional en Procesos Gobernantes que direccionan la gestión institucional a través de la expedición de políticas, normas e Instrumentos. Están conformados por: Pleno, Directorio, Dirección Ejecutiva, y, los Procesos Agregadores de Valor

Generan, administran y controlan los productos y servicios destinados a usuarios externos y permiten cumplir con la misión institucional, constituyendo la razón de ser de la institución. Están constituidos por las comisiones técnicas, cuya misión es fortalecer y apoyar la estructura y funcionamiento del hospital a través de una gestión eficiente, generando una agenda estratégica que permita viabilizar acciones interinstitucionales para el fortalecimiento institucional. Las comisiones técnicas actualmente del hospital son: Proceso de Promoción que involucra: Promoción de

salud, Organización y Participación Social, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, y, Proceso de Planificación:

Proceso de Investigación, que consta de Comisión de Ciencia y Tecnología, Comisión de Bioética, Comisión de Medicamentos. Luego vienen los Procesos Habilitantes que son los encargados de generar productos y servicios para los procesos gobernantes, agregadores de valor y para sí mismos, viabilizando la gestión institucional, están constituidos por: Asesoría con su subproceso gestión de la calidad; gestión de Recursos Humanos; Asesoría Jurídica; y, Comunicación Social. Y, finalmente, los habilitantes de Apoyo que involucra a la Gestión Administrativa Financiera.



Fuente: MSP

Elaboración: Dra. Karina Encalada

### 1.1.6. Servicios que presta la Institución

El Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, es una institución que brinda a todo el cantón Portoviejo y sus áreas de influencia, actividades de fomento, prevención, curación y rehabilitación, con los siguientes servicios:

“Medicina general, Emergencias, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, Coloproctología; Hematología, Medicina Física y Rehabilitación, Medicina Interna, Psiquiatría, Geriátrica, Nefrología-Urología, Neumología, Neurología, Cardiología, Neurología, Oftalmología, Ortopedia y Traumatología, Pediatría, Neonatología, Cardiología Pediátrica, Psiquiatría, Reumatología, Imagenología y Laboratorio Clínico”. (HOSPITAL “Dr. Verdi Cevallos Balda-PORTOVIEJO, 2011).

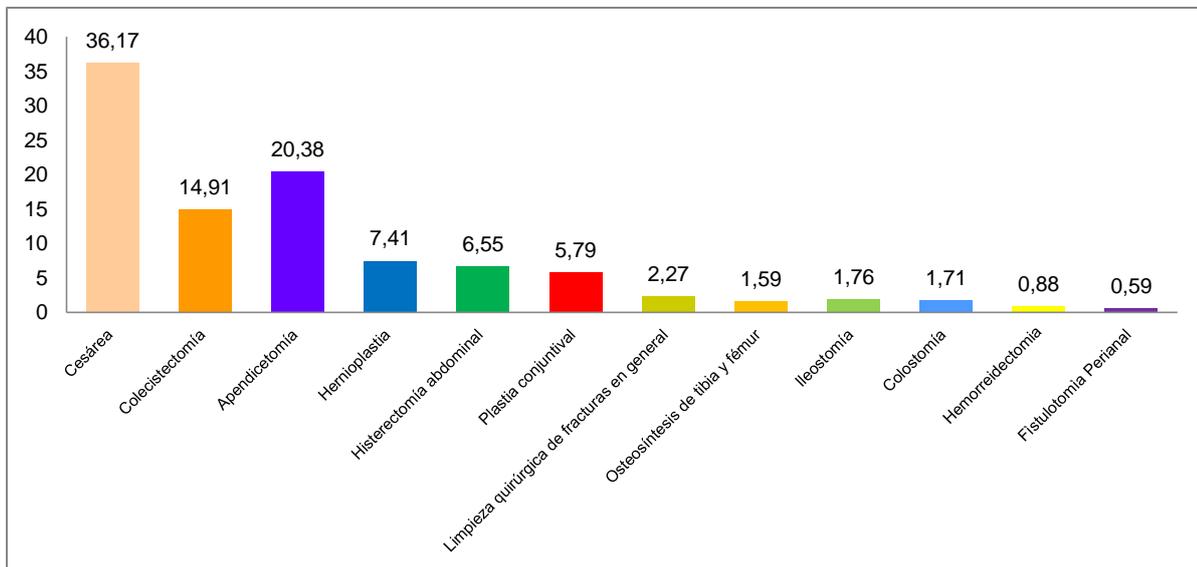
**1.1.7. Datos Estadísticos de Cobertura (Estado de Salud enfermedad de la población)**

**CUADRO NO. 1**  
**HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”**  
**FRECUENCIA DE CIRUGÍAS**  
**Enero-Octubre**

<b>CIE-10</b>	<b>TIPOS DE CIRUGÍAS</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
O82	Cesárea	2387	36,17
k80	Colecistectomía	984	14,91
K35	Apendicetomía	1345	20,38
K40/41	Hernioplastia	489	7,41
C53	Histerectomía abdominal	432	6,55
H26	Plastia conjuntival	382	5,79
S22	Limpieza quirúrgica de fracturas en general	150	2,27
S72	Osteosíntesis de tibia y fémur	105	1,59
Z43.2	Ileostomía	116	1,76
Z43.3	Colostomía	113	1,71
I84.2	Hemorreidectomia	58	0,88
K60.3	Fistulotomía Perianal	39	0,59
	<b>TOTAL</b>	<b>6600</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Dpto. Estadístico Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo

**Elaboración:** Dra. Karina Encalada



## ANÁLISIS:

De acuerdo a los datos proporcionados por el Dpto. Estadístico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, en el Subproceso Cirugía, durante el periodo Enero-Octubre/2012, las más frecuentes son: cesáreas (36.17%); le sigue apendicectomía (20.38%); colecistectomía (14.91%); de allí que la Hernioplastia; Histerectomía abdominal; Plastia conjuntival; Limpieza quirúrgica de fracturas en general; Osteosíntesis de tibia y fémur; Ileostomía; Colostomía; Hemorroidectomía; y, Fistulotomía Perianal presentaron bajas proporciones.

### 1.1.8. Características geofísicas de la institución



**Foto No. 1.-** Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

El Hospital Provincial y Docente “Dr. Verdi Cevallos Balda”, es una Unidad de la Red del Sistema Nacional de Servicios de Salud del MSP, está ubicado en el cantón de Portoviejo, capital de Manabí. Cuenta con una infraestructura diseñada para dar servicios de emergencia, consulta externa, hospitalización y servicios técnicos complementarios.

El servicio de coloproctología se encuentra ubicado en la planta baja al interior del hospital, a un costado del área de Consulta Externa, está implementada y destinada para brindar atención integral a los usuarios con colostomía e ileostomía. Cabe indicar, que actualmente, solo brinda servicios a pacientes ostomizados, debido a la falta de recurso humano y al escaso presupuesto para que esta área entre a funcionar en su totalidad.

### **1.1.9. Políticas de la Institución**

El Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” tiene por políticas y finalidad impulsar las capacidades y potenciales individuales y colectivos que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, así como la superación de las inequidades en armonía con el entorno natural, social, y cultural.

Según el Plan Estratégico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, este hospital:

“Sigue los lineamiento emanados directamente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismo que se enmarca en la modernización del estado, uso racional y adecuado de los recursos, manejo sustentable de programas y proyectos, no se ha podido mejorar la calidad de los servicios con lo cual a pesar de los esfuerzos de los directores que se cambian frecuentemente acorde a la política, no se ha podido mejorar la cobertura de los servicios en los niveles deseados. El programa actual de Atención gratuita e integral a toda la población es uno de los pilares del sustento institucional”.

El Servicio Coloproctológico, tiene como políticas, los valores establecidos en la “solidaridad, equidad, compromiso, tolerancia y respeto a sus semejantes y comunidad en general garantizando una asistencia idónea y de calidad”.

## **1.2. MARCO CONCEPTUAL**

### **1.2.1. Calidad**

La calidad es un concepto relativo que demanda unos puntos de referencia para hacer comparaciones estándares. Estos reflejarán el consenso y una valoración social sobre el modo de obtener mayores beneficios para un paciente o para toda la población.

Numerosos autores de renombre han elaborado diferentes definiciones de calidad que no son mutuamente excluyentes. En sus diferencias y semejanzas hay gran posibilidad de enriquecerse y aprender sobre el concepto de calidad. El Dr. Avedis Donabedian, la persona más reconocida mundialmente en el tema, la define como “el logro de mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”.

La Dra. Heagher Palmer, de la Escuela de Salud Pública de la universidad de Harvard, la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario. Y, el Dr. Vicente Falconí provee una definición general de calidad para cualquier servicio o producto: “atender perfectamente, de manera confiable, accesible, segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario”.

El modelo EFQM es un modelo, que se utiliza como una guía Europea para llegar al concepto de Calidad Total, es decir para lograr medir el nivel de calidad total alcanzado por las organizaciones que lo implementan, mientras que la norma ISO 9001 es una guía para el aseguramiento de la calidad de los sistemas.

La Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM), define el concepto de calidad como: “Todas las formas a través de las cuales la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes, su personal, las entidades implicadas financieramente y toda la sociedad en general”

### **1.2.2. Dimensiones de la Calidad**

Existen varias dimensiones en las definiciones anteriores del concepto de calidad que merecen ser consideradas en detalle.

La primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles a favor del paciente. Es aquella que tradicionalmente han privilegiado los profesionales de la salud, y que depende fundamental pero no exclusivamente de sus cualidades y capacitación.

La segunda, es la seguridad, que se mide en el riesgo que acarrear los servicios ofrecidos para el paciente. Esta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden debe traer un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. Sobre este particular se hace hincapié en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

La tercera, es el grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario. A este respecto, Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar

respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda.

La cuarta, y última es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta al acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

La OPS (2001), resalta tal y como lo hace Donabedian que:

“La satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño, por lo cual es un condicionante fundamental de la calidad; por añadidura, la calidad alcanza distintos grados y puede analizarse desde diferentes ópticas. El profesional o grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben emplearse, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Este evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas, como el trato que recibió, el lugar donde fue atendido, la oportunidad, la confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido, y muchos juzgarán también los aspectos técnicos desde su propia perspectiva”.

La preocupación por mejorar la calidad debe existir y puede ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por un grupo de ellos que participe en la atención, por una institución que los agrupe, por las empresas que contraten sus servicios, por los usuarios, a nivel individual o en grupo, o por la localidad, municipio, departamento o país.

### **1.2.3. Qué hacer**

Primero, es necesario plantear el problema en los foros internacionales y que se promueva una actitud crítica frente a los modelos vigentes. En este esfuerzo existen serios riesgos y posibilidades. El reto principal es encontrar formas de reencauzar los modelos y los sistemas, para corregir algunas deficiencias obvias y hacerlo con la

prontitud necesaria, de tal manera que el deterioro social de la salud se pueda corregir a tiempo.

Segundo, es menester replantear la problemática hospitalaria y sus soluciones, acaso rescatando los diagnósticos que no escasean en América Latina y el Caribe, y que con frecuencia han sido soslayados en los procesos de modernización. La medicalización de la salud, el desequilibrio en la distribución de los recursos, el síndrome de la escasez de recursos, la segmentación, desintegración y deficiencias en la capacidad de trabajo en red de nuestros sistemas, y otros problemas están ampliamente documentados en la bibliografía sanitaria de la Región.

Tercero, es imperioso rescatar los principios tradicionales de la salud pública y aumentar su presencia en la distribución de los recursos. En este sentido, es necesario afinar los conceptos que regulan los compromisos o acuerdos de gestión, de tal manera que incorporen medidas de alto beneficio social y bajo costo relativo en el campo de promoción, prevención y la proyección social y comunitaria de las acciones hospitalarias. Esto no es fácil, especialmente cuando el recurso invertido en la salud se ve en función de su efecto inmediato y no de su impacto social a corto, mediano y largo plazo.

A partir de una mejor caracterización de las necesidades de salud de la población, tanto en sus manifestaciones externas como en sus causas subyacentes, es preciso preguntarse si la composición de los programas, es la adecuada para producir el cambio que se desea en las condiciones de salud de la población.

Por lo tanto, la OPS (2001) en el libro *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y El Caribe*, indica que:

“La calidad de un proceso que trasciende la mera relación directa entre el médico y el paciente, aun cuando esta relación constituye un eslabón crítico del proceso que empezó por las relaciones de coherencia entre situación de salud, situación social; y, situación institucional, y que incluye procesos administrativos y logísticos que sientan las bases para que ciertos recursos esenciales tengan las características que exige la efectividad del acto médico y fluyan de forma oportuna”.

#### **1.2.4. Cómo hacer**

En este punto se introduce una idea fundamental: la atención en salud no puede prestarse de cualquier manera, ni del modo que le parece adecuado a cada proveedor de salud, sino que es necesario establecer una forma correcta de prestarla. Esta manera correcta se expresa en lo que se ha venido en llamar los “estándares de calidad”.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2000) en su guía metodológica de planeación estratégica para hospitales en proceso de modernización, indica que:

“Un estándar de calidad representa un consenso entre las características óptimas que deben tener un determinado insumo, proceso o resultado en la prestación de un servicio de salud. Tal consenso a menudo se fundamenta en el conocimiento o las pruebas o datos científicos-técnicos, en un equilibrio con las necesidades y preferencias del usuario, dentro de los límites impuestos por las posibilidades del contexto. En este sentido, los estándares de calidad no son estáticos, sino que están en constante evolución y perfeccionamiento en dependencia de los avances de las bases en las que su definición se sustenta”.

#### **1.2.5. Garantía de la calidad**

Aunque parezca obvio, es importante señalar que la calidad se garantiza mediante la aplicación sinérgica de los mecanismos: externos de regulación y la gestión de la calidad. Un enfoque que privilegie a uno de ellos y olvide al otro es incompleto e ineficaz. Tomemos como ejemplo que actualmente es frecuente apreciar el interés que han despertado los mecanismos de regulación externa, en especial la acreditación en el marco de la necesidad de calificar a potenciales nuevos proveedores de servicios que acceden a fondos que hasta ahora sólo se destinaban al sector público. Sin embargo, la mera calificación del grado de cumplimiento de un conjunto de estándares no garantiza la calidad de la atención, si ésta no se acompaña de un esfuerzo planificado de gestión de la calidad que permita actuar sobre las debilidades que se detecten.

Ross, AG. (2000) citado por la OPS (2001) indica que:

“Un aspecto crucial para garantizar que la calidad se mantenga y se supere es el grado y el tipo de incentivos que el hospital (como parte del Sistema de servicios) ofrece en relación con niveles elevados de calidad. Si no existen incentivos adecuados y suficientes, es muy probable que la calidad se deteriore. En general, los posibles incentivos asociados con la calidad podrían entenderse como incentivos de carácter económico, ético, de satisfacción profesional, y los basados en los mecanismos de control externo”.

### **1.2.6. Mejoramiento de la calidad en los procesos**

El control de la calidad de los procesos, de la manera en que se ha descrito, podrá poner de manifiesto brechas entre el desempeño ideal del proceso y su desempeño real, medido a través de indicadores. Por ejemplo, en el proceso de atención del parto, un estándar establece que se deberá medir la frecuencia del latido cardiaco fetal cada treinta minutos. Sin embargo, se establece que en el hospital de que se trate, en el conjunto de los partos atendidos en un mes determinado, sólo en el 45% de ellos se cumplió este estándar. Esta brecha o discrepancia conforma la existencia de un problema en la calidad de la atención, que exige emprender una actividad para mejorarla.

En el pasado se creía que el mejoramiento consistía principalmente en agregar cosas nuevas, como una nueva máquina, procedimiento, capacitación o suministros. Se consideraba que la disponibilidad de un mayor número de recursos o insumos mejoraría la calidad. Posteriormente, se comprendió que el aumento de los recursos no siempre asegura el mejoramiento de la calidad de atención. Tomemos como ejemplo el siguiente esquema mental: Antes se pensaba que solamente la compra de una nueva máquina de diagnóstico en un hospital la mejoraba. Pero para que la máquina produzca mejoras, los empleados necesitan ser capacitados para utilizarla y los pacientes han de poder acceder a los servicios que proporciona.

Por tanto, el libro de la OPS (2001) la transformación de la gestión hospitalaria en América Latina y El Caribe, expresa que:

“El mejoramiento de la calidad entraña no solo añadir nuevos recursos a un sistema, sino sobre todo efectuar cambios en una organización para hacer el mejor uso de sus recursos. Actualmente, la filosofía de mejoramiento de la calidad examina la forma en que las actividades pueden cambiar para que los empleados hagan mejor su trabajo. Por ejemplo: un desempeño deficiente de un empleado puede deberse a la falta de suministros, procesos ineficientes, capacitación o guía insuficiente y no necesariamente a fallos de empleados individuales que trabajan en estas circunstancias”.

### **1.2.7. El papel de los Gerentes en el desarrollo de un modelo de calidad**

La implementación del desarrollo de la calidad es una decisión estratégica que depende de la gerencia, supone necesariamente un cambio en la cultura del

hospital, y precisa de tiempo e inversiones a corto plazo. Consecuencia de estas exigencias es la voluntad firme, el compromiso sin fisuras y la ejemplaridad por parte de aquélla, pues no se puede pedir a los trabajadores que modifiquen sus hábitos de trabajo mientras la gerencia mantiene sus antiguas modalidades de gestión y no participa en la gestión de la calidad.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2000) en su Proyecto de Garantía de Calidad, indica que la participación de los gerentes en el desarrollo de la calidad puede definirse estructuralmente en dos modalidades de acción: participación pasiva y activa; y, añade que:

“La participación pasiva significa ausencia de participación en el desarrollo de la calidad, es decir que habitualmente no se asocia con una organización formal; ya que los gerentes eventualmente participan si surgen problemas y no asumen el liderazgo en el proceso; y, que dentro de la participación activa se puede delegar o efectuar una conducción efectiva del desarrollo de la calidad. Si se delega, se puede hacer a través de comisiones de trabajo, estableciendo programas específicos de calidad o con la creación de un área específica de calidad”. (Pág. 216)

Para desarrollar un plan de calidad, la gerencia del hospital ha de tener la voluntad de involucrarse en él, lo cual es un requisito indispensable para que lidere el cambio que supone en la cultura de la organización implantar una estrategia de calidad. La calidad debe impregnar todas las actividades de una organización, incluida la toma de decisiones. Algunas actuaciones de la gerencia pueden influir directamente en el desarrollo de la calidad institucional.

La dirección, en lo referente a la calidad, no puede actuar simplemente solucionando problemas cotidianos; su papel fundamental es planificar el futuro, impulsar y participar programas de mejora de la calidad, cuya evaluación y control le competen, y dar con sus actos un ejemplo al resto de la empresa. La dirección ha de aceptar asimismo el cambio sustancial en el patrón cultural que se produzca: el control de calidad no significa sobrecargar el trabajo habitual, sino que ha de formar parte del trabajo ordinario. Esta incorporación debe reproducirse en todas las instancias, incluidos los denominados mandos intermedios, ya que los jefes de servicio, asistenciales y no asistenciales y los supervisores de enfermería, deben participar activamente en el proceso.

Se concluye que, la decisión de la gerencia de implantar el desarrollo de la calidad total es condición necesaria, pero no suficiente. Hace falta que todo el personal se adhiera el proyecto, de tal modo que todos participen en el proyecto de calidad total y se asocien voluntariamente con él. La calidad precisa de una dirección y unos empleados motivados. Esta motivación puede ayudar a desterrar la ignorancia, la visión muy reducida del ámbito de acción y los mitos de la cultura de la organización, porque ***“nada es posible sin un cambio de la cultura”***.

### **1.2.8. Hacia una cultura de calidad**

La cultura de una organización se alimenta de mitos y rituales que conforman la cultura de los hospitales. Los mitos son explicaciones no racionales de hechos reales de la vida organizativa. Un ejemplo de mito de la vieja cultura hospitalaria es que en los hospitales no se puede desarrollar una estrategia de atención primaria de salud, porque dicha estrategia sólo incumbe al primer nivel es atención y es externa al hospital.

A este respecto, Varo, J. (1994), citado por OPS (2001), cita que:

“La cultura de una organización es un conjunto de valores, creencias y reglas no escritas y actitudes, aceptados o no por sus miembros. Entre os elementos que integran la cultura de una organización se encuentran los valores, los mitos, los ritos, los héroes y el lenguaje. Los hospitales giran en torno a una cultura hospitalaria impregnada de ciertos valores, como el papel del hospital, el comportamiento de los distintos trabajadores jerarquizados en función de su profesión, la forma de relacionarse con los usuarios o la imagen que se tiene de la comunidad”.

En síntesis, el cambio cultural de los hospitales es un desafío de capital importancia para conseguir una gestión hospitalaria adecuada que satisfaga los más altos propósitos institucionales planteados. Este desafío no es algo que se vaya a plantear solamente por voluntad de la propia organización; está sujeto a condicionantes externos, entre los que sobresalen la actitud de los usuarios, cada vez más informados y exigentes y más conscientes de sus derechos y obligaciones de los que prestan servicios de salud; y, los costos crecientes de los servicios de salud y, en algunos casos, el exceso de oferta de servicios. Este excedente genera una competencia que ha de dirigir sus esfuerzos a aumentar la calidad de los servicios que se prestan y a lograr que la asignación de los recursos, siempre insuficientes del sector para tender todas las necesidades de la población, sea eficiente.

### 1.2.9. Calidad de atención hospitalaria

La OMS (2006) en el informe 59, Seguridad del paciente, indica que:

“La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos”.

La calidad de atención hospitalaria no puede definirse desde el punto de vista exclusivo de un actor del sistema de salud. Cada uno de ellos -paciente, prestador, asegurador o entidad rectora- tiene una percepción diferente, que, sin contradecir y estando de acuerdo con la de los demás, hace énfasis en aquel o aquellos determinantes que más valora.

Para Malagòn-Londoño, Gustavo (2008) en Administración hospitalaria, el paciente si por ejemplo ve aspectos tales como:

“La amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos”.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

### **1.2.10. Accesibilidad a los servicios de salud**

Según Comes, Yamila, et al. (2006) en El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios, el concepto de accesibilidad ha sido muy utilizado desde los años 60, y fue en ese momento que se acordó:

“La necesidad de concretar el desarrollo social de los países latinoamericano. A partir de ahí es que se planteó el crecimiento por áreas y salud fue una de las más relevantes para concretar esta meta. Esta preocupación por el “desarrollo social” partía de la base de que sería necesario crédito externo y tiempo para poder igualar a todos los países del mundo. La preocupación por el avance del socialismo fue uno de los motivos que precipitaron estas políticas”

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: geográficas, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre.

Las barreras económicas aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos. Las barreras administrativas expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos. La cuarta barrera fue definida como cultural y estaba centrada en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso. En nuestra experiencia de trabajo y tomando palabras del Profesor Samaja, la redefinimos como barrera simbólica en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Pérez Masa, Benito A. (2007) en La equidad en los servicios de salud, manifiesta que:

“El problema de definir a la accesibilidad desde la oferta es que queda invisibilizado el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Definir la accesibilidad como el encuentro entre los sujetos y los servicios incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra

perspectiva. Si se considera que se trata de un problema de oferta, las representaciones, discursos y prácticas de la población no son necesariamente considerados por los servicios a la hora de dar respuestas para mejorar la accesibilidad. Al pensarlo como un problema de encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso”.

En este sentido, este equipo de investigación define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

### **1.2.11. Aceptación social percibida por la población**

Magtymova, A. (2007) en Estrategias para la integración de los servicios de atención de la salud primaria en países de medianos y bajos ingresos en el lugar de la prestación, dice que:

“Las estrategias de integración varían de un país a otro en función de aspectos de sustentabilidad financiera, disponibilidad de recursos humanos competentes, capacidad gerencial y compromisos políticos. No obstante, los métodos de integración generalmente se eligen sin contar con evidencia suficiente de su efectividad, ya que las capacidades gerenciales y de planificación en los países en vías de desarrollo son limitadas. Este ocurre especialmente en el nivel de atención primaria y porque hay escasos lineamientos prácticos disponibles sobre métodos que expliquen cómo lograr la integración. Existe la necesidad de promocionar la investigación sobre los aspectos prácticos de los servicios integrados que les permitirían a los directores identificar, analizar y compartir mejores prácticas, así como daría lugar al desarrollo de lineamientos de gestión para los servicios integrados”.

La integración puede tenerse en cuenta desde diferentes puntos de vistas y cumplir con varios objetivos. ¿De qué manera uno decide que una estrategia de integración en particular en un determinado lugar es realmente más beneficiosa que otra; por ejemplo, la integración vertical versus la horizontal, los servicios integrados versus los servicios especializados individuales, los paquetes de servicios integrales para grupos poblacionales especiales versus complementos del servicio, etc.? ¿Hasta qué punto es beneficioso un método determinado? ¿Quiénes obtienen beneficios de él? ¿Los intereses de quién debería servir? Todavía se deben encontrar respuestas basadas en la evidencia para estas preguntas.

### 1.2.12. Colostomía

Bouillot, J, et Al. (2007) en Tratamiento Quirúrgico de las complicaciones de las Colostomías, señala que:

“Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión. (Pag. 12).

La colostomía es uno de los procedimientos más utilizados en cirugía digestiva, aunque su uso disminuyó con el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas de anastomosis colorrectal que utilizan diversos dispositivos mecánicos.

Su indicación se reserva para ciertos pacientes en quienes no hay otra opción terapéutica, ya sea por enfermedad diverticular complicada, cáncer de recto, septicemia abdominal, malformaciones congénitas, endometriosis colorrectal, entre otras.

Asimismo, las complicaciones de padecimientos inflamatorios, como colitis ulcerativa crónica inespecífica o enfermedad de Crohn de colon, que conducen a perforaciones de la pared colónica, y requieren colostomía.

La elección del sitio para la realización de la colostomía es uno de los pasos más importantes que realiza el cirujano debido a las repercusiones que tiene el paciente a causa de las complicaciones posteriores, como hernia alrededor de la ostomía, prolapso del estoma, dermatosis química, estenosis y retracción, además de las repercusiones personales y familiares que implica una colostomía mal colocada. Esta implica dificultad en el manejo de la bolsa y fuga de material fecal, lo cual es una molestia y constituye una de las preocupaciones más serias del paciente, que lo arrastran al aislamiento social por temor a estos accidentes.

Flikier-Zelkowicz, B. et al. (2008) en Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en la cirugía del cáncer de recto, indican que:

*“Existen muchas formas de obtener mayor entendimiento de la vida con una colostomía. El médico de ostomía u otro profesional, son fuentes importantes de información y de apoyo. Una fuente especial de ayuda con el ajuste es*

*visitar a otro paciente con ostomía. El visitante es una persona que, como cualquier paciente ha tenido una cirugía de colostomía. Él o ella pueden contestar varias preguntas sobre la vida de día-a-día". (Pags. 16-19)*

El paciente puede ser beneficiado también al tomar parte en un grupo de apoyo de ostomía. Un grupo de apoyo permite al paciente compartir sentimientos y hacer preguntas mientras progresas en tu ajuste. También le permite compartir su ajuste exitoso con otros que pueden necesitar el beneficio de su propia experiencia.

### **1.2.13. Ileostomías**

Según, Charúa G. Luis (2006) en Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías, una ileostomía es:

“Una abertura creada quirúrgicamente en la pared abdominal. La porción terminal del íleon (la parte más baja del intestino delgado) es llevada a través de la pared abdominal para formar un estoma, por lo general en el lado derecho inferior del abdomen”.

La ileostomía continúa siendo parte integral del tratamiento quirúrgico en pacientes con traumatismo abdominal, rotura o laceración intestinal, cirugía colorrectal benigna u oncológica y enteropatía inflamatoria. Si bien en ocasiones se relegan sus consideraciones técnicas al miembro más joven e inexperto del equipo quirúrgico, la creación de una ileostomía defectuosa puede tener un gran impacto en la calidad de vida de los enfermos.

El estoma se construye a permanencia cuando es necesario extirpar todo el colon, y por lo general el recto, por enfermedad inflamatoria intestinal sea enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa. La construcción quirúrgica de una ileostomía debe ser más precisa que para una colostomía, porque el contenido es líquido, de alto volumen y corrosivo para la piel que rodea el estoma.

Así mismo, Takahashi M, T. et als. (2003) dice que puede construirse varios tipos de ileostomías: “La ileostomía en asa, la ileostomía continente de Kock, pero la más frecuente ha sido la ileostomía terminal, al usar una técnica popularizada por Brookey Turnbull”. (Págs. 575-578)

### **1.2.14. Consideraciones quirúrgicas**

La longitud del estoma contribuye con el funcionamiento satisfactorio del sistema colector. Los estomas “en el nivel” de la piel deben evitarse aún en el caso de estomas de los segmentos descendente o sigmoide del colon. Un estoma con una longitud de 1 cm una vez que remita el edema facilita la colocación de la bolsa y reduce el costo del procedimiento.

En el caso de un estoma en el nivel de la piel el material que egresa del estoma debe entrar en contacto con el borde de la bolsa. Dice Baker, R. J. y cols. (2001) que este contacto contribuye con una erosión más rápida de la bolsa del sello entre la bolsa y la piel, lo que reduce la vida útil de la bolsa y aumentará el riesgo de irritación cutánea; y, aduce también que:

“Para compensar un estoma en el nivel de la piel es necesario agregar pasta, aplicar un objeto convexo y utilizar un cinturón, lo que determina que el sistema colector se torne más complicado y generoso. Los estomas demasiado largos (más de 2 cm) pueden traumatizarse con facilidad y a menudo representan un símbolo fallido para el paciente, lo que dificulta la aceptación de la nueva imagen corporal”. (Págs. 1773-1774).

Para el sellado sea óptimo se requiere una superficie de por lo menos 5 cm alrededor del estoma. Siempre que se coloquen suturas de tracción o tubos de drenaje abdominales, o en presencia de incisiones o una fístula mucosa, es necesario dejar un espacio suficiente. La falta de sellado adecuado de la bolsa puede conducir a la contaminación de la herida como consecuencia de filtraciones.

### **1.2.15. Estomas intestinales**

Zinner, M.J. y otros. (2007), conceptúa al estoma como:

“Una abertura del tubo digestivo o de las vías urinarias hacia la pared del abdomen, construida quirúrgicamente. Una colostomía es una conexión del colon a la piel de la pared abdominal. Una ileostomía comprende exteriorización del íleon hacia la piel del abdomen. (Pág. 141).

### **1.2.16. Cuidados generales del paciente con estoma**

En el período posoperatorio inmediato el estoma debe inspeccionarse a menudo; es preciso observar su color, el estado de la línea de sutura mucocutánea y la calidad del material que drena. Una bolsa de ostomía transparente de dos piezas facilita la observación y permite el acceso al estoma para su irrigación, si es necesario. Generalmente la primera bolsa no necesita retirarse hasta el cuarto día posoperatorio. Para ese momento el paciente está menos débil y puede participar en los cuidados de su nueva ostomía.

### **1.2.17. Cuidados del estoma intestinal**

Todas las acciones que se realizan para cuidar el afloramiento a piel de un segmento de intestino, tanto delgado como grueso que mediante cirugía, se practica a algunos pacientes para resolver determinados problemas. Cualquiera que sea el tipo de ostomía, el control voluntario de la evacuación de los residuos no es posible, por tanto será necesario llevar un dispositivo para su recogida.

Entre los cuidados de la herida quirúrgica al alta, antes de retirar la sutura se debe: mantener seca y limpia la incisión; puede ducharse si lo desea; y también puede mantener la herida descubierta.

El paciente debe informar al personal sanitario si aparece: enrojecimiento; hinchazón (área >2,5 cm); sensibilidad anormal; aumento de calor en el área de la incisión; y, pus o derrame y olor desagradable (infección o fístula).

Después de retirar la sutura, tiene que conservar limpia la línea de sutura; no hay que friccionar con fuerza; hay que secar con presión leve; debe saber que un aspecto rojizo y un tanto protuberante es normal; y, por último tiene que informar si el sitio de la incisión continúa enrojecido, hinchado o sensible a la presión después de 2-3 semanas.

En el domicilio después de la cirugía, no debe salir de casa durante las primeras 48 horas, manteniendo la actividad que apetezca; durante los dos días tomará la pauta de analgesia prescrito por el médico; dejará de tomar la medicación para el dolor cuando lo desee; y, puede beber agua libremente y por la noche puede tomar comida ligera.

### **1.2.18. Complicaciones del estoma:**

Cada tipo de estoma se relaciona con una gama particular de complicaciones, pero algunos problemas son comunes en todos los estomas intestinales dice Zinner, M.J. y otros. (2007), y que los específicos se abordan en cada categoría de estoma, por lo que:

“Una complicación frecuente, independiente del tipo de estoma, es la destrucción de la piel alrededor del mismo, que por lo general se origina por ubicación o construcción inadecuada del estoma. Además de la maceración e inflamación agudas de la piel, puede surgir hiperplasia seudoepiteliomatosa en el borde mucocutáneo de estomas sujetos de manera crónica a dispositivos que no se adaptan bien. La aparición de una fístula adyacente a un estoma por lo general indica recurrencia de enfermedad de Crohn” (Pag. 142).

El hecho de haberle construido una colostomía o ileostomía no quiere decir que vaya a tener complicaciones, pero a veces pueden llegar a aparecer algunas como: Irritación cutánea como la dermatitis por contaminación fecal; la traumática por maniobras traumáticas al retirar el adhesivo; la de contacto, alergias a un adhesivo determinado; la de primer grado, que cursa con eritema; y, la de segundo grado. Entre las alérgicas tenemos: las estenosis, que constituyen el estrechamiento de la luz del estoma; la retracción, hundimiento del intestino hacia el interior de la cavidad abdominal; el prolapso, la salida de una porción del intestino sobre la superficie cutánea del abdomen a través del orificio del estoma; la hernia, el fallo de la pared abdominal; los granulomas, la parición o crecimiento de pequeñas masas carnosas en la mucosa del estoma; y, los puntos intolerados, que aparecen de forma tardía en la zona periestomal detectándose por supuración, en ocasiones purulenta que requiere retirada del punto.

### **1.2.19. Dietoterapia para ileostomía**

En todos los estudios relacionados con ileostomías se observa que los pacientes presentan molestias en porcentajes variables que le impiden desarrollarse y continuar con su vida como lo hacían antes de la operación. Los principales síntomas relacionados con el estoma son flatulencia, mal olor, diarreas, ardor en la piel, deshidratación y obstrucción.

### **1.2.20. Valoración del estado nutricional**

Para comenzar el tratamiento nutricional es necesario conocer el estado del paciente en cuanto a este aspecto para clasificarlo como desnutrido, normal u obeso con el fin de prevenir situaciones que compliquen o comprometan su estado de salud por ello, es fundamental desarrollar un plan de alimentación individualizado con el cual se conserven el buen estado nutricional y la salud del paciente.

Al elaborar el plan de atención es necesario calcular que del 60 al 65% del valor energético de la dieta se administre como carbohidratos del 20 al 25%, como lípidos y del 10 al 15% como proteínas de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

En las primeras seis semanas, los pacientes en el periodo posoperatorio inmediato requieren de una dieta de transición que inicia con líquidos claros. Esta dieta provee líquidos, electrolitos, y energía en forma de alimentos de fácil ingestión y proporciona un mínimo de residuo intestinal. Como líquidos claros se consideran los alimentos líquidos, las infusiones, los jugos de frutas colados, el agua de frutas, la nieve y la paleta helada de agua, la gelatina o el caldo o consomé desgrasados. Dicha dieta progresa hacia una dieta normal o blanda en los primeros días del posoperatorio. Los alimentos recomendados para el primer periodo después de la cirugía son aquellos que tienen un bajo contenido de fibra y un alto contenido de carbohidratos, como el puré de papa. Poco a poco deben introducir alimentos que contengan fibra y verduras.

A partir de la sexta semana, después de seis semanas, los pacientes deben experimentar con alimentos nuevos, ya que no todos los alimentos causan molestias a todos los pacientes. Es importante introducir los alimentos uno a uno para que el paciente detecte cuales son los que individualmente les produce molestias.

En forma gradual deben incluirse aquellos con mayor contenido de fibras insoluble de acuerdo con la tolerancia del paciente, dice Takahashi M, T. et als. (2003) Colon, recto y ano; y que además:

“Los pacientes con una ileostomía que funciona normalmente no suelen tener problemas nutricionales. Sin embargo en el caso de una resección ileal, es necesario proporcionar complementos de vitamina B12, el consumo de una buena cantidad de agua se consideran clave para la prevención. El exceso de agua se excreta como orina y no aumenta el volumen de las heces”. (Págs. 578-584)

### **1.2.21. Dietoterapia para colostomía**

Para la consulta de nutriología es necesario determinar el estado nutricional basal del paciente. Tradicionalmente se toman en consideración la historia clínica nutricional, la encuesta dietética, las medidas antropométricas y los exámenes de laboratorio. Sin embargo, en estos pacientes deben además considerarse otros factores como el sitio de la colostomía y la longitud del colon funcional y las características de las evacuaciones en cuanto a volumen, consistencia y efectos de la dieta en la misma. Todos estos factores clínicos suelen tener gran repercusión en el estado general de los pacientes.

### **1.2.22. Cálculos de las necesidades**

La sola existencia de una colostomía, sin trastornos concomitantes agudo o crónicos, no modifica las necesidades básicas del paciente con respecto a las de un sujeto normal; sin embargo el cálculo debe individualizarse. Para calcular las necesidades energéticas se debe tomar en cuenta la actividad física y la existencia de algún estado hipermetabólico que aumente aún más dichas necesidades. Para las necesidades proteínicas en general se recomienda que la dieta aporte 1.0 gr de proteínas por cada kilogramo de peso al día.

### **1.2.22. Dietoterapia**

En el posoperatorio inmediato y luego de restablecer la vía oral por medio de una dieta de transición, se recomienda prescribir una dieta blanda, baja en fibra, para promover la cicatrización del estoma y prevenir la irritación del sitio de este. Posteriormente y en cuanto sea posible se alimenta al paciente a seguir una dieta normal. Sólo se restringe algún alimento cuando éste causa un efecto indeseable, como gas o diarrea.

La dieta debe ser equilibrada y basarse en la tolerancia de cada paciente a los alimentos. Cada persona tolera los alimentos de manera diferente.

Dieta inmediatamente después de la operación: después de la intervención quirúrgica y ben cuanto se reinicie la vía oral, la dieta debe progresar poco a poco de la siguiente manera: dieta de líquidos claros, dieta suave y baja en fibra y dieta normal según la tolerancia.

Dieta las primeras 6 a 8 semanas: en este periodo se debe alentar a los pacientes a consumir una dieta con alimentos de consistencia suave para prevenir la obstrucción del estoma, además debe contener fibra soluble en agua para ayudar al colon a dar consistencia a las heces. Se debe evitar el consumo de alimentos que contengan fibra insoluble hasta que se normalice el gasto del estoma y el edema intestinal haya desaparecido.

### **1.2.23. Plan de atención integral**

Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en Planes y Programas de atención integral de salud, la atención integral se entiende como: “El conjunto de acciones coordinadas con el fin de satisfacer las necesidades esenciales para preservar la vida y aquellas relacionadas con el desarrollo y aprendizaje humano, acorde con sus características, necesidades e intereses”. (MSP, 2010).

La atención integral es una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio - cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.

Esto es lo que se entiende por humanización de la atención médica, satisfaciendo los mejores fines de una libre elección y de una positiva relación médico paciente, a la vez que eliminando la oposición artificial e interesada entre médicos “tratantes”, “administrativos” y “docentes”.

### **1.2.24. El recurso humano en salud**

El trabajo en salud conlleva una relación directa entre el recurso humano y la población. En esta relación, el conocimiento científico y técnico que posee el profesional debería permitirle actuar como intérprete de las necesidades de salud de la

comunidad. Este carácter de intérprete exige al recurso humano una adecuada preparación para desempeñar una compleja intermediación que, de cumplirse adecuadamente, proyecta su protagonismo en la formulación de cualquier propuesta de acción y cambio que se plantee. Ya no es posible pensar en procesos de cambio en salud o en formas modernas de gerencia hospitalaria que no consideren la necesaria participación y acción de sus recursos humanos.

Según la OPS, en su libro *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*, indica que:

“Los recursos humanos de un hospital tienen simultáneamente una doble dimensión como factor estructural y como factor estructural. El factor estructural de los recursos humanos viene dado por su carácter de sujetos pensantes y activos que conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo. Al gestionar el cambio de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo. Al gestionar el cambio institucional, la movilización de voluntades es un requisito básico para introducir modificaciones en las relaciones humanas y en las conductas y prácticas del trabajo. Todo ello es posible porque el recurso humano funciona como un sistema abierto capaz de aprender y reorganizar contenidos mentales que le permiten percibir la realidad y actuar en su entorno con autonomía”. (Pág. 224).

### **1.2.25. Capacitación**

La capacitación es una herramienta fundamental para la Administración de Recursos Humanos, es un proceso planificado, sistemático y organizado que busca modificar, mejorar y ampliar los conocimientos, habilidades y actitudes del personal nuevo o actual, como consecuencia de su natural proceso de cambio, crecimiento y adaptación a nuevas circunstancias internas y externas.

Ivancevich, John M. (2005) en *Administración de Recursos Humanos*, indica:

“La capacitación se considera como un proceso a corto plazo, en que se utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado, que comprende un conjunto de acciones educativas y administrativas orientadas al cambio y mejoramiento de conocimientos, habilidades y actitudes del personal, a fin de propiciar mejores niveles de desempeño compatibles con las exigencias del puesto que desempeña, y por lo tanto posibilita su desarrollo personal, así como la eficacia, eficiencia y efectividad empresarial a la cual sirve”.

Es un proceso educativo a corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, actitudes y habilidades, en función de objetivos definidos. El entrenamiento implica la transmisión de conocimientos específicos relativos al trabajo, actitudes frente a aspectos de la organización, de la tarea y del ambiente, y desarrollo de habilidades. Cualquier tarea, ya sea compleja o sencilla, implica necesariamente estos tres aspectos.

El ser humano, desde que hace hasta que muere, vive en constante interacción con su ambiente, que consiste en la recepción y ejercicio de influencias en sus relaciones con él. La educación se refiere a todo aquello que el ser humano recibe del ambiente social durante su existencia, cuyo sentido se adapta a las normas y los valores sociales vigentes y aceptados. Así, el ser humano recibe esas influencias, las asimila de acuerdo con sus inclinaciones y predisposiciones, además de que se enriquece o modifica su conducta dentro de sus propios patrones personales.

La educación puede ser institucionalizada y ejercida de modo organizado y sistemático, como en las escuelas y las iglesias, lo cual obedece a un plan preestablecido, pero también se puede desarrollar de modo difuso, desorganizado y asistemático, como en el hogar y en los grupos sociales a los que pertenece el individuo, sin obedecer a ningún plan preestablecido.

El tipo de educación que nos interesa es la profesional y esa es de la que vamos a tratar. Chiavenato, I. (2007), en su obra administración de recursos humanos, indica que:

“La educación profesional es la educación, institucionalizada o no, que busca preparar al hombre para la vida profesional. Comprende tres etapas interdependientes, pero perfectamente distintas y son: la formación profesional, que es la que prepara a la persona para una profesión en determinado mercado de trabajo. Sus objetivos son amplios y mediatos, sus miras son a largo plazo, buscan calificar a la persona para una futura profesión y también las propias organizaciones; el desarrollo profesional que es la educación profesional que perfecciona a la persona para ejercer una especialidad dentro de una profesión; busca ampliar, desarrollar y perfeccionar a la persona para su crecimiento profesional en determinada especialidad dentro de la organización o para que se vuelva más eficiente y productiva en su puesto; persiguiendo objetivos menos amplios y a mediano plazo, que trasciendan a los que exige el puesto actual, al prepararla así para asumir funciones más complejas; y la capacitación, que es la educación profesional para la adaptación de la persona a un puesto o función; sus objetivos son a corto plazo; son restringidos e inmediatos y buscan proporcionar al hombre los elementos esenciales para el ejercicio de un puesto, preparándole adecuadamente para él”. (Pág. 286).

### **1.2.26. Recomendaciones para el diseño de una encuesta**

Una encuesta consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos sobre opiniones, conocimientos, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: la entrevista y el cuestionario.

Pineda, E. B y cols. (2008), en el libro Metodología de la Investigación, dice que:

“En la entrevista, las respuestas son formuladas verbalmente y se necesita del entrevistador; en el procedimiento denominado cuestionario, las respuestas son formuladas por escrito y no se requiere la presencia del entrevistador. La entrevista es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a los interrogantes planteados sobre el problema propuesto; y, el cuestionario es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investigado o consultado llena por sí mismo” (Págs. 148-150).

Alles, M. A. (2011), en su libro Comportamiento organizacional, manifiesta que:

“Cada organización debe diseñar un formulario para la encuesta, que sea más pertinente según sus características y/o situación. Las preguntas a responder deben ser claras. Es decir, deben redactarse con palabras sencillas y no dejar duda alguna en la persona que deberá responderlas. Por lo tanto, no debe tomar de manera literal cualquier ejemplo, ya que cada pregunta deberá adaptarse al lenguaje más comprensible en cada caso particular. Además, las opciones se pueden plantear en una escala de 1 a 5, de 1 a 10, etc. Los rangos son arbitrarios, y responden a una decisión que deberá tomar quien diseñe la encuesta. Por último, el cuestionario no debe ser ni muy corto (obtendrá muy poca información) ni muy largo (las personas no prestarán la debida atención si se plantean muchas preguntas o con un grado de detalle excesivo sobre cada ítem). (Pág. 324).

### **5.2.27. Comités, equipos de proyectos y fuerzas de tarea**

Los equipos de proyectos o fuerzas de tarea reúnen a personas de diversas partes de una organización a fin de que trabajen en la solución de problema comunes, pero una base temporal en lugar de permanente. Sus tareas oficiales son muy específicas y deben cumplirse en un periodo claramente definido. La creatividad y la innovación son muy importantes para lograr sus fines. Los equipos de proyectos, por ejemplo, pueden formarse para desarrollar un nuevo producto o servicio, rediseñar la distribución de una oficina o proporcionar consultas especializadas para un cliente. Por lo que Schermerhorn, J. R. (2010), establece que:

“Un comité reúne a personas fuera de sus actividades laborales cotidianas para trabajar en pequeños equipos con un fin específico. Sus agendas de tarea son por lo común restringidas, orientadas y permanentes. Por ejemplo: las organizaciones cuentan generalmente con una amplia variedad de comités permanentes o fijos dedicados a una gran variedad de asuntos como son la diversidad y las compensaciones. Los comités son conducidos por un director o presidente designado, el cual, a su vez, es responsable de los resultados del desempeño”. (Pág. 400).

Los comités están destinados a supervisar el cumplimiento de las normas y disposiciones en materia de control y prevención de riesgos laborales, también deben consultar regular y periódicamente las actuaciones de las empresas y dependencias públicas en materia de prevención de riesgos. Así entonces, sus funciones son:

- a) Fomentar un clima de cooperación en la empresa, establecimiento empresario o dependencia pública y la colaboración entre trabajadores/as y empleadores a fin de promover la salud; prevenir los riesgos laborales y crear las mejores condiciones y medio ambientales de trabajo;
- b) Velar por el cumplimiento de las normas legales, reglamentarias y convencionales vigentes en la materia;
- c) Realizar periódicamente relevamientos destinados a la detección y eliminación de riesgos; cuando esto último no fuese posible, corresponderá su evaluación y puesta bajo control;
- d) Participar en la elaboración y aprobación de todos los programas de prevención de riesgos de la salud de los trabajadores/as;
- e) Evaluar periódicamente el programa anual de prevención de la empresa, hacer el balance anual y proponer las modificaciones o correcciones que estime necesarias;
- f) Colaborar, promover, programar y realizar actividades de difusión, información y formación en materia de salud y seguridad en el trabajo, con especial atención a los grupos vulnerables en razón de género, capacidades diferentes y edad, destinadas a todos los trabajadores y trabajadoras;
- g) Realizar por sí o disponer la realización de investigaciones en la empresa, en la materia de su competencia, para adoptar las medidas destinadas a la prevención de riesgos y mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo; etc.

## CAPÍTULO II

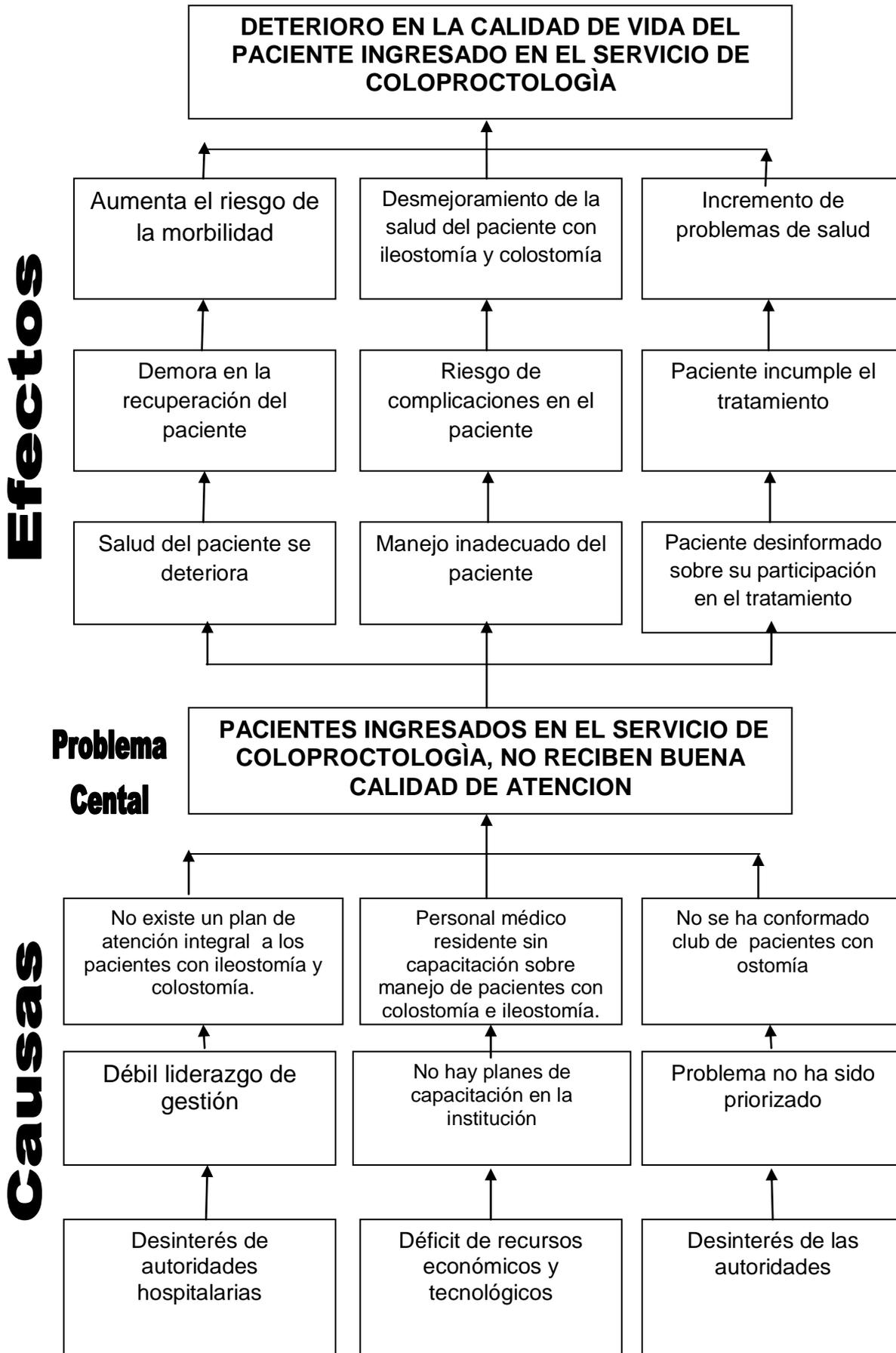
### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 2.1. Análisis de Involucrados

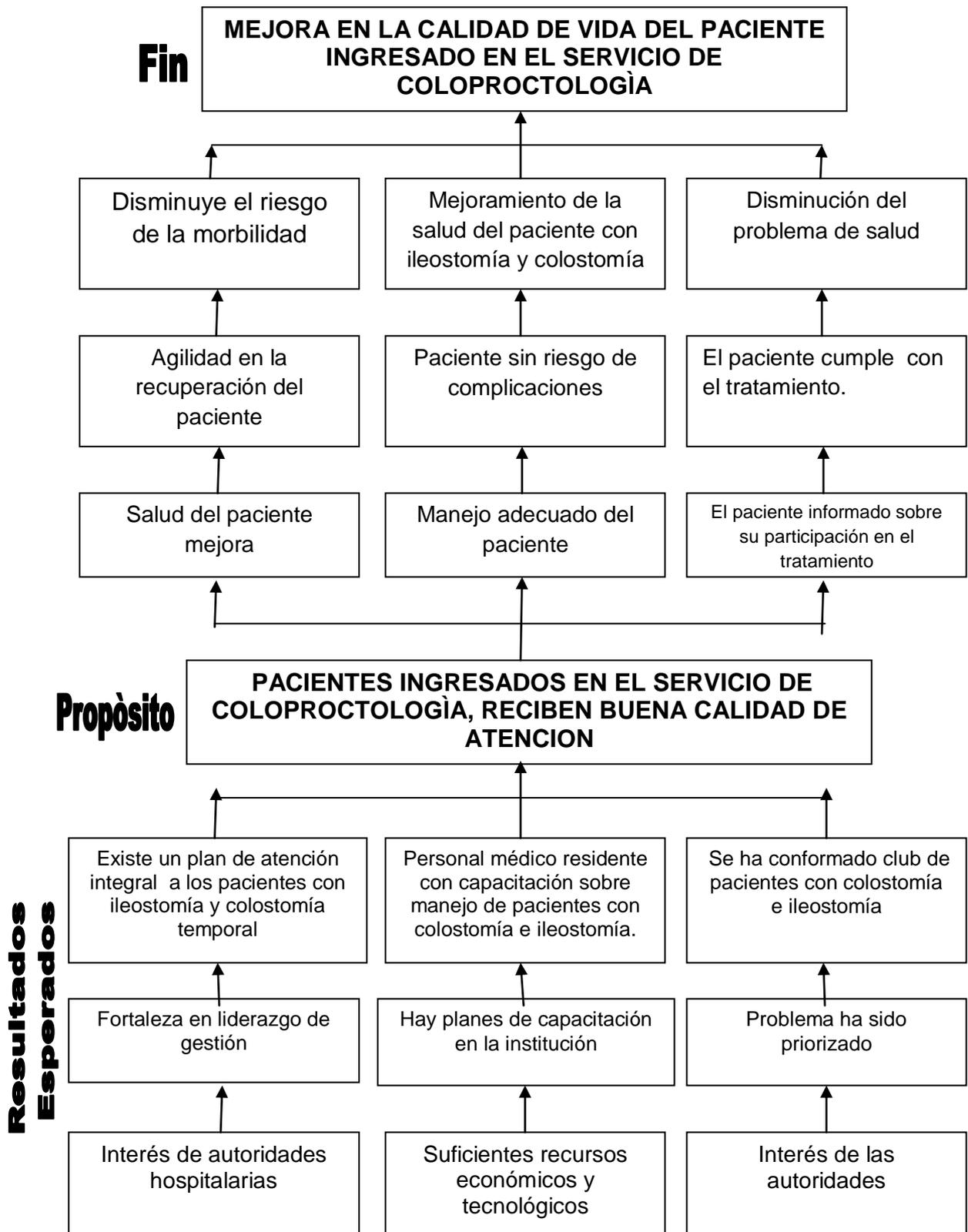
GRUPOS Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p>- <b>Director Médico del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.</b></p>	<p>- Mejorar la calidad de vida de los usuarios y/o pacientes que acuden al Hospital.</p>	<p>- Recursos: Humanos, Materiales, Económicos, Tecnológicos.  <b>Mandato:</b>            “Proteger la población de Portoviejo y sus áreas de influencia con la aplicación de programas de calidad, calidez, competitividad y acciones curativas, preventivas y de rehabilitación en forma oportuna, eficaz y eficiente en todos los servicios”. (Misión del Hospital)</p>	<p>- Desinterés gerencial            - Incumplimiento de planes y programas.            - Hospital no prioriza problemas de atención a grupos vulnerables.</p>
<p>- <b>Personal Médico del Hospital de Portoviejo</b></p>	<p>- Capacitarse sobre manejo de pacientes con colostomía e ileostomía temporal.</p>	<p>- Recursos: Humanos y Materiales  <b>Mandato:</b>            - Personal médico demanda actualización de conocimientos permanentes. (Derecho del paciente).</p>	<p>- Personal médico desactualizado.            - No hay capacitación permanente.            - Desinterés por capacitarse            - No existen programas de educación continua.</p>
<p>- <b>Pacientes con ileostomía y colostomía.</b></p>	<p>- Mejorar su estándar de vida.</p>	<p>- Recursos: Humanos y Materiales  <b>Mandato:</b>            - Recibir una atención sanitaria integral a sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.</p>	<p>- Talento humano no cumple con compromisos.            - No existe comunicación entre usuarios y hospital            - Pacientes totalmente desinformados acerca de cómo manejar su enfermedad.</p>

<p>- <b>Familiares</b></p>	<p>- Contribuir para mejorar la salud de su paciente</p>	<p>- <b>Recursos:</b> Humanos y financieros  - <b>Mandato:</b>  - Apoyar en la mejoría de su familiar que padece esta enfermedad.</p>	<p>- Carencia de exámenes complementarios .</p>
<p>- <b>Maestrante</b></p>	<p>- Aplicación de un plan de atención a los pacientes con colostomía e ileostomía temporal que asisten al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo en busca de cuidados para su salud.</p>	<p>- Recursos Humanos, Materiales, y Económicos  <b>Mandato:</b>  – Cumplir la misión de la UTPL: “Buscar la verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad”.</p>	<p>- Personal no ha sido actualizado  - Usuarios con falta de información  - No existe planes de capacitación en la institución.</p>

## 2.2. Árbol de problemas



### 2.3. Árbol de objetivos



## 2.4. Matriz de Marco Lógico

OBJETIVOS	INDICADORES	FUENTES DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN</b></p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de vida del paciente ingresado en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo</p>			<p>Decisión de los pacientes en cambiar de estilo de vida.</p>
<p><b>PROPÓSITO</b></p> <p>Pacientes ingresados en el servicio de Coloproctología, reciben buena calidad de atención.</p>	<p>Hasta 31/10/2012, el 90% de los pacientes ingresados en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, reciben buena calidad de atención.</p>	<p>H. Clínicas Fotografías Encuesta de satisfacción.</p>	<p>Grupo de pacientes con colostomía e ileostomía temporal participando del plan de atención integral.</p>
<p><b>RESULTADOS</b></p>			
<p><b>RESULTADO 1</b></p> <p>Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía, diseñado e implementado.</p>	<p>Hasta 31/08/2011 el plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía, diseñado e implementado en un 100%.</p>	<p>Plan de atención integral Evidencias fotográficas. Guía de supervisión</p>	<p>Equipo de salud participa en el programa.</p>

<b>RESULTADO 2</b> Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.	Hasta 28/09/2012, 100% Médicos Residentes, capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.	Plan de capacitación Evidencias fotográficas Notas de prensa Registros de asistencia Certificados Encuesta de conocimientos.	Médicos residentes participando en la capacitación.
<b>RESULTADO 3</b> Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.	Hasta el 31/10/2012, 100% del Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.	Oficios Invitaciones Evidencias fotográficas Acta de conformación del club. Lista de asistentes	Pacientes asisten a reuniones.
<b>R.1:</b> Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía temporal, diseñado e implementado.			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>1.1.</b> Diseño del plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía. - recolección de la información - elaboración del plan	Maestrante	01-09/08/2012	Mat. Of. \$10.00 Fotos \$5.00 Copias \$ 5.00 Impresión \$15.00 <b>TOTAL \$20.00</b>
<b>1.2.</b> Implementación del plan de atención integral para pacientes con	Médicos Tratantes Maestrante	13-31/08/2012	Programa \$5.00 Fotos \$10.00 <b>TOTAL \$15.00</b>

colostomía e ileostomía.			
1.3. Evaluación de la implementación del plan. - Aplicación de guía de supervisión.	Maestrante	31/08/2012	Copias \$2.00 Fotos \$5.00 Mat. Oficina \$10.00 <b>TOTAL \$17.00</b>
<b>R. 2: Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
2.2. Desarrollo de la jornada de conferencias <b>TEMAS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ileostomía: Generalidades y técnicas quirúrgicas.</li> <li>Colostomía: generalidades y técnicas quirúrgicas.</li> <li>Cuidados enterostomales</li> <li>Selección del sitio anatómico para la ubicación de la ostomía</li> <li>Complicaciones médicas y quirúrgicas de colostomía e ileostomía.</li> <li>Dietoterapia para colostomía</li> <li>Dietoterapia para</li> </ul>	Maestrante Facilitadores	10-28/09/2012	Fotos \$ 25.00 Registros de asistencia \$2.00 Trípticos \$5.00 Cd. \$25.00 Cofee Break \$100.00 <b>TOTAL \$157.00</b>

ileostomía			
• Consejería pre y post operatorio			
<b>2.3.</b> Evaluación de la jornada de capacitación	Maestrante	28/09/2012	Fotos \$5.00 Encuestas \$2.00 Copias \$5.00 <b>TOTAL \$12.00</b>
<b>R.3.</b> Club de pacientes ostomizados, conformado.			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>3.2.</b> Conformación del club de ostomizados	Maestrante	8-12/10/2012	Fotos \$2.00 Acta \$2.00 Invitaciones \$1.00 <b>TOTAL \$5.00</b>
<b>3.3.</b> Brindar charlas educativas a los miembros del club. <b>Temas:</b> - Manejo integral de colostomía e ileostomía. - Demostración sobre colocación y uso de bolsas de ostomias. Cremas, talcos, cinturones, etc. - Autocuidado de colostomía e ileostomía. - Apoyo nutricional y psicológico	Maestrante	15-31/10/2012	Plan de charlas educativas \$5.00 Fotos \$10.00 Refrigerio \$25.00 <b>TOTAL \$40.00</b>

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

#### 3.1. RESULTADO 1

3.1.1. Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía temporal, diseñado e implementado.

3.1.1.1. Actividad 1.- Diseño del plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía.

Desde el 1º. Hasta el 9 de Agosto/2012, se procede a recolectar la información para la elaboración del plan de atención integral. Una vez recolectada esta se analiza y se selecciona la mejor bibliografía, construyéndose de esta manera el plan. El contenido del mismo se encuentra en el apéndice 11.

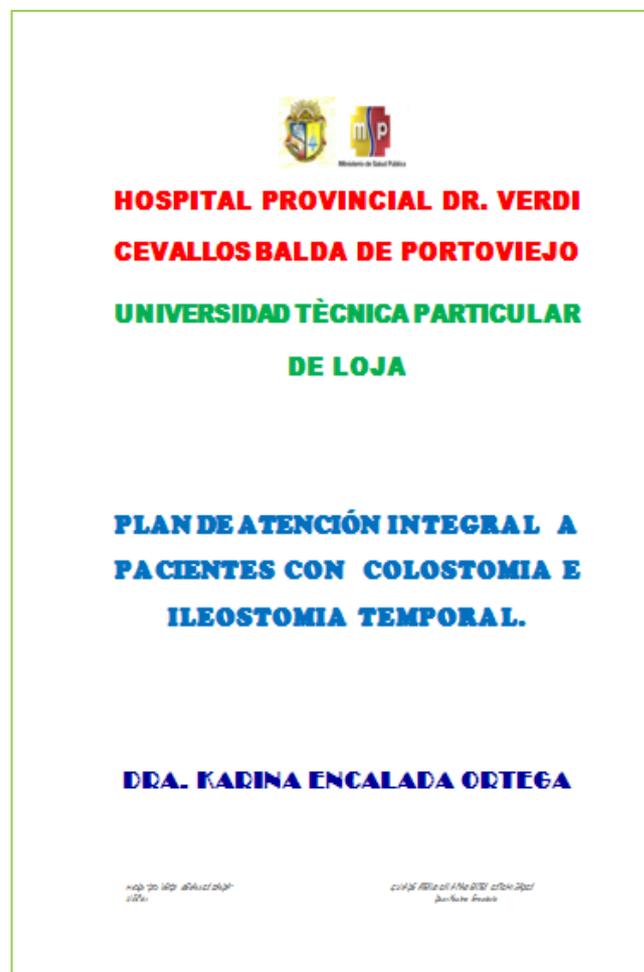


Lámina No. 2.- Carátula del plan

**3.1.1.2. Actividad 2.- Implementación del plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía.**

Desde el 13 hasta el 31 de Agosto/2012, se realiza una programación para la atención a pacientes ostomizados, ejecutándose de acuerdo al siguiente cronograma.

**Cuadro No. 2**

**Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo  
Atención a pacientes con colostomía e ileostomía  
2012**

<b>GRUPO</b>	<b>ATENCIÓN MÈDICA</b>	<b>ATENCIÓN ENFERMERÌA</b>	<b>ATENCIÓN NUTRICIONAL</b>	<b>ATENCIÓN PSICOLOGICA</b>
Pacientes con Ileostomía y Colostomía.	Aplicación del flujograma de acuerdo al plan integral	Cada 8 días, se le realiza limpieza y cuidados y cambios de bolsa de colostomía	Último viernes de cada mes se realiza charlas educativas a pacientes ostomizados.	Último miércoles de cada mes se realiza consejería.
ADOLESCENTES	1	1	1	1
ADULTOS	6	6	6	6
ADULTOS MAYORES	1	1	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>

**3.1.1.3. Actividad 3.- Evaluación de la implementación del plan.**

El día 31 de Agosto/2012, se aplica la guía de supervisión del cumplimiento del plan integral para el paciente ostomizado, obteniéndose los siguientes resultados:

**HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO**  
**SERVICIO DE COLOPROCTOLOGÍA**  
**GUÍA DE SUPERVISIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A**  
**PACIENTES OSTOMIZADOS.**

**30-08-2012.**

<b>GUÍA DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PLAN INTEGRAL</b>			
<b>Responsable:</b> Dra. Karina Encalada			
	<b>Cumple</b>	<b>No cumple</b>	<b>A medias</b>
<b>ASISTENCIA MÉDICA</b>			
Indica a los pacientes ostomizados cuáles son sus derechos.	<b>X</b>		
Orienta al paciente sobre su enfermedad.	<b>X</b>		
Explica en qué consiste la atención integral	<b>X</b>		
Aplica el flujograma de atención	<b>X</b>		
<b>ASISTENCIA DE ENFERMERÍA</b>			
Maneja correctamente al paciente ostomizado según normas y protocolos.	<b>X</b>		
Realiza actividades educativas dirigidas a familiares y pacientes.	<b>X</b>		
Brinda orientación al paciente ostomizado	<b>X</b>		
Seguimiento y evaluación antropométrica.			<b>X</b>
<b>ASISTENCIA NUTRICIONAL</b>			
Brinda charla educativa al paciente	<b>X</b>		
Recomienda dietas para ostomizados	<b>X</b>		
Indica el procedimiento para la nutrición del paciente	<b>X</b>		
Aplica flujograma de atención	<b>X</b>		
<b>ASISTENCIA PSICOLÓGICA</b>			
Brinda consejería a pacientes ostomizados	<b>X</b>		
Brinda consulta individualizada a pacientes ostomizados.	<b>X</b>		
Orienta al usuario y a los familiares sobre su manejo psicológico.	<b>X</b>		
Brinda consejería a pacientes hospitalizados.			<b>X</b>

## 3.2. RESULTADO 2

### 3.2.1. Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.

#### 3.2.1.1. Actividad 1.- Elaboración de la programación para la jornada de capacitación.

Desde el 3 hasta el 7 de Septiembre/2012, se elabora el plan de capacitación para el seminario sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal, a ejecutarse del 10 al 28 de Septiembre/2012, en el Auditorium del Hospital, dirigido al personal médico residente que labora en el área de Coloproctología del Hospital. (Ver Apéndice 9)

### **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MIERCOLES 10 DE SEPTIEMBRE/2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIOS</b>
8:00 – 8:30	Dr. Juan Carlos Rodríguez. Dr. Gene Alarcón	PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DIRECTOR Y GERENTE MÉDICO.	
8:30 – 9:30	Dr. Ricardo Marín	Video sobre cuidados integrales de colostomía	Proyección de video (infocus )
9:30 – 10:30	Dra. Carmen Guillen	Video sobre cuidados integrales de colostomía e ileostomía	Proyección de video (infocus)
10:30 – 11:00	RECESO		
11:00 – 12:00	Dra. Alexandra Quiroz	Vivir con una ileostomía	Proyección de diapositivas (infocus )

### **3.2.1.2. Actividad 2.- Desarrollo de la jornada de conferencias**

Del 10 al 28 de Septiembre del 2012, se desarrollaron las conferencias sobre atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía. Iniciándose con la inscripción de los participantes, entrega de materiales, posteriormente el acto de inauguración a cargo de la Maestrante. La bienvenida estuvo a cargo del Dr. Gene Alarcón Arteaga, Gerente Médico del Hospital, dándose por instaladas las jornadas de capacitación.



**Foto No. 2.-** Intervención del Dr. Gene Alarcón A., durante el acto de inauguración de las jornadas de capacitación.

### **3.2.1.3. Actividad 3.- Evaluación de la jornada de capacitación**

Una vez concluidas las jornadas de capacitación, se hizo la respectiva evaluación el 28 de Septiembre/2012, concluyendo que fue un éxito el desarrollo de este evento.

Tanto expositores como autoridades y asistentes en general manifestaron su satisfacción por esta capacitación dando sugerencias para que se repitan estos eventos de gran importancia para beneficio tanto de la institución, como para empleados y pacientes en general.

Además manifestaron que el tiempo que duró la realización de este evento estuvo acorde al tiempo que se necesitaba para la capacitación; y, que los expositores que dictaron este seminario fueron profesionales con experiencia, lo que le dio realce al mismo.

Para constancia, a continuación se detallan los resultados de las encuestas:

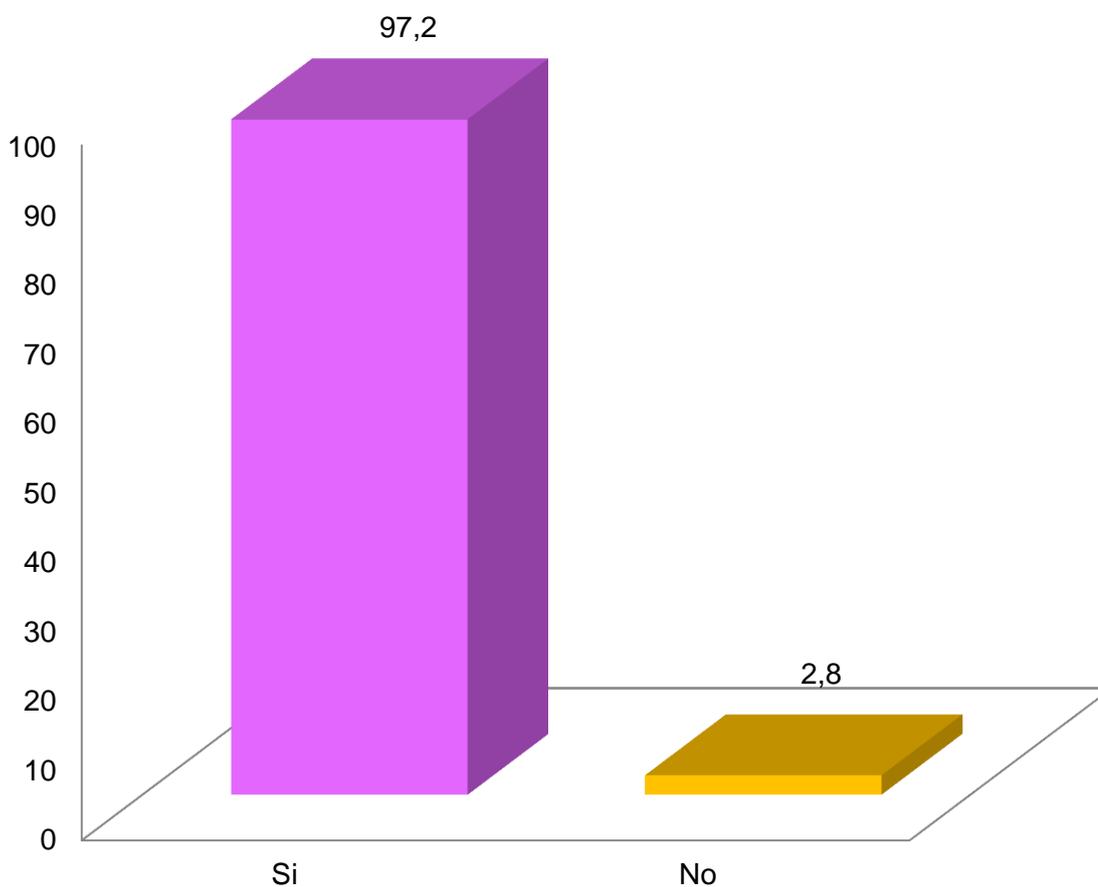
## GRAFITABLA N°1

### OPINIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE LAS EXPECTATIVAS DE LAS CONFERENCIAS SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO

	CUMPLIMIENTO DE EXPECTATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a.	Si	69	97,2
b.	No	2	2,8
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 97.2% del personal responde que la capacitación si cumplió sus expectativas; mientras que un 2.8% dijo lo contrario.

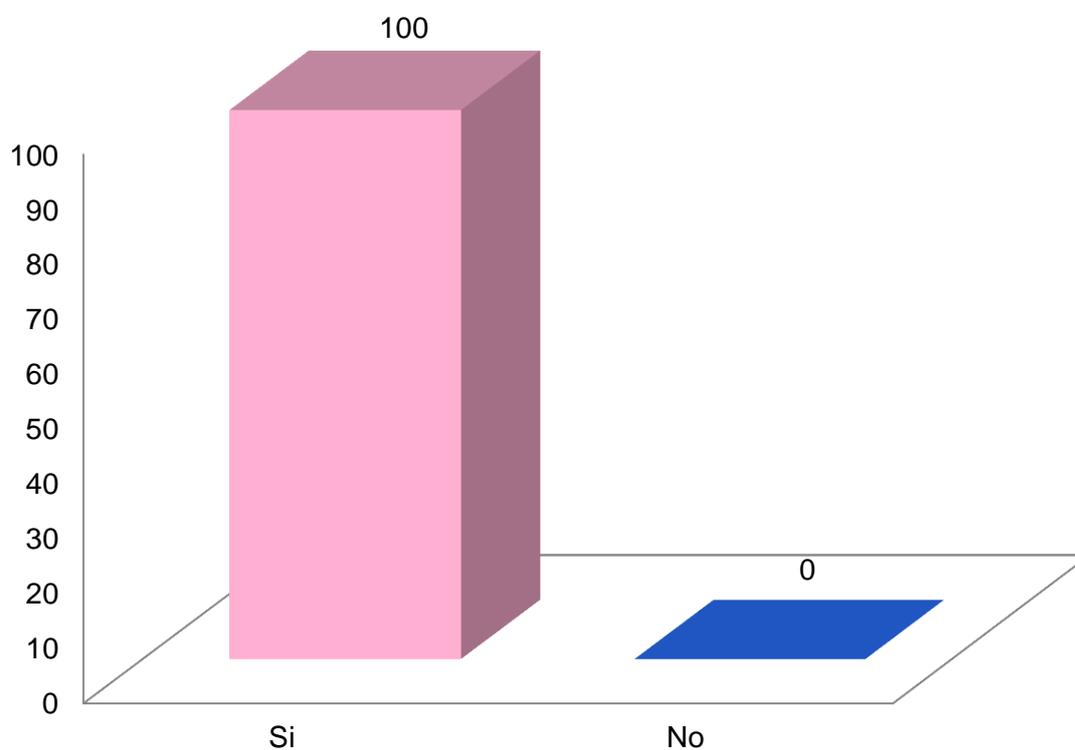
## GRAFITABLA N°2

### OPINIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE LA PERTINENCIA DE LAS CONFERENCIAS SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO

	FUERON PERTINENTES Y ÚTILES LAS CONFERENCIAS?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a.	Si	71	100
b.	No	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 100% del personal responde que la capacitación fue totalmente pertinente y útil para el desarrollo de su trabajo.

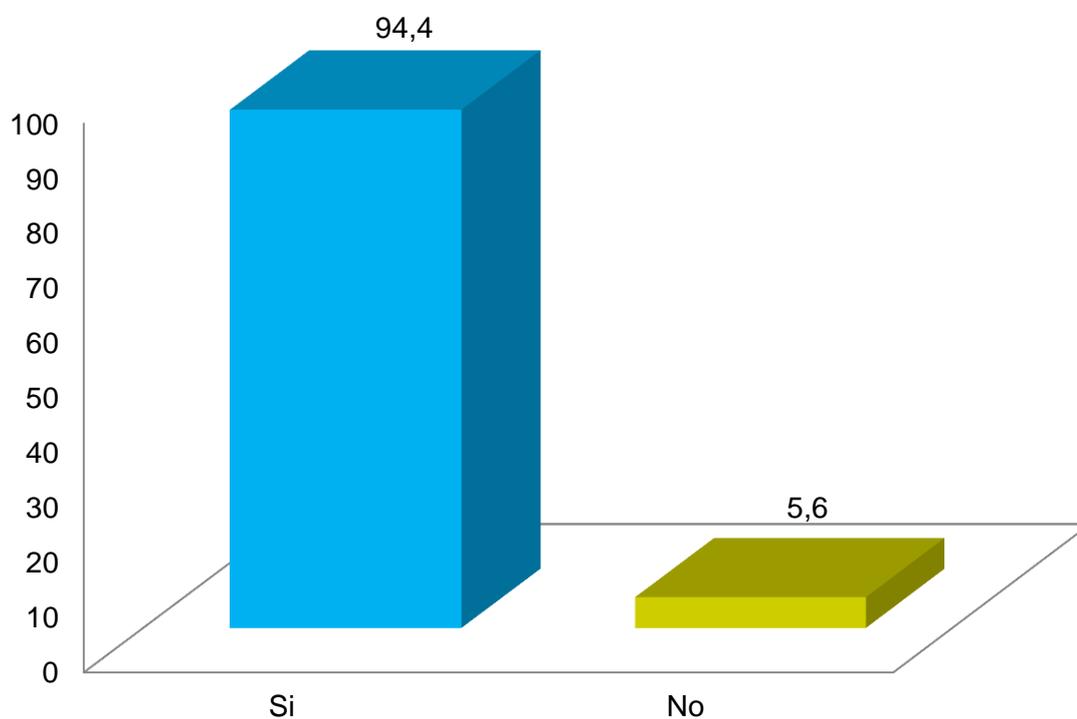
### GRAFITABLA N°3

#### OPINIÒN DE LOS ASISTENTES SOBRE LA ESTRUCTURA DE LAS CONFERENCIAS EN LA CAPACITACIÒN SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO

	LAS CONFERENCIAS ESTUVIERON BIEN ESTRUCTURADAS?	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a.	Si	67	94.4
b.	No	4	5.6
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboraci3n: Autora



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÒN:

El 94.4% del personal asistente a la capacitaci3n responde que estas estuvieron bien estructuradas; mientras que un 5.6% dice lo contrario.

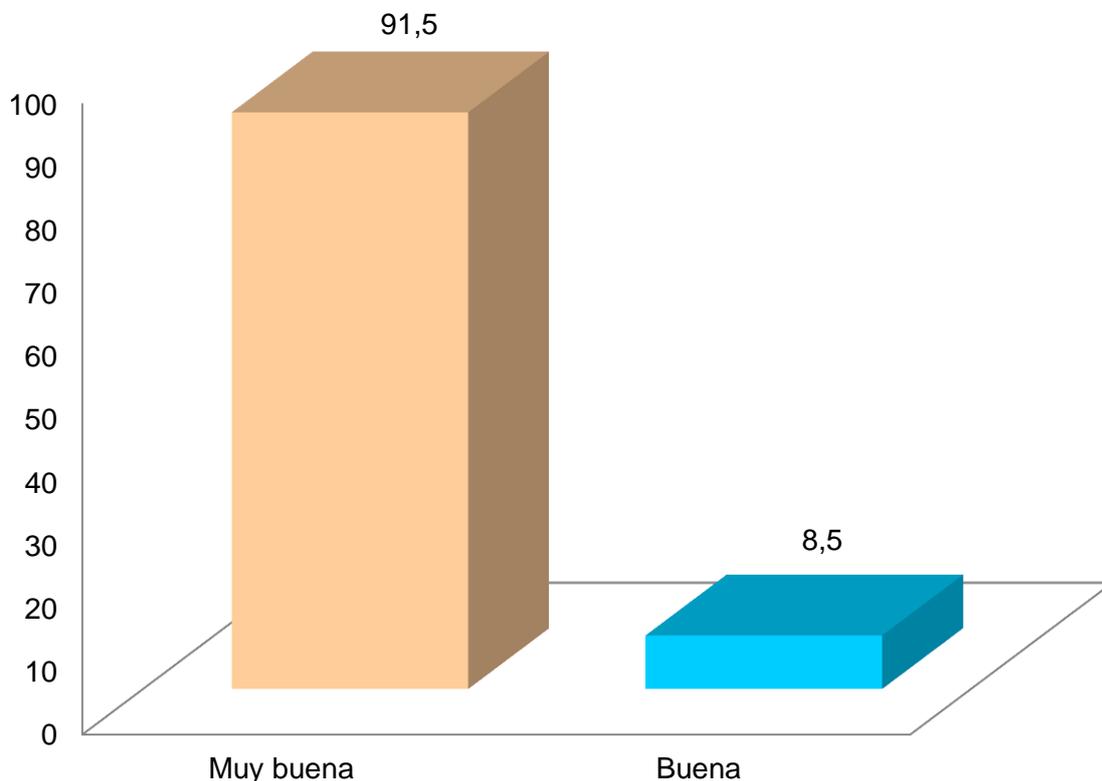
## GRAFITABLA N°4

### OPINIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE LA PRESENTACIÓN DE LAS CONFERENCIAS EN LA CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO

	PRESENTACIÓN DE LAS CONFERENCIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a.	Muy buena	65	91.5
b.	Buena	6	8.5
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El 91.5% del personal asistente a la capacitación responde que las conferencias tuvieron una muy buena presentación; mientras que un 8.5% dice que tuvieron una buena presentación.

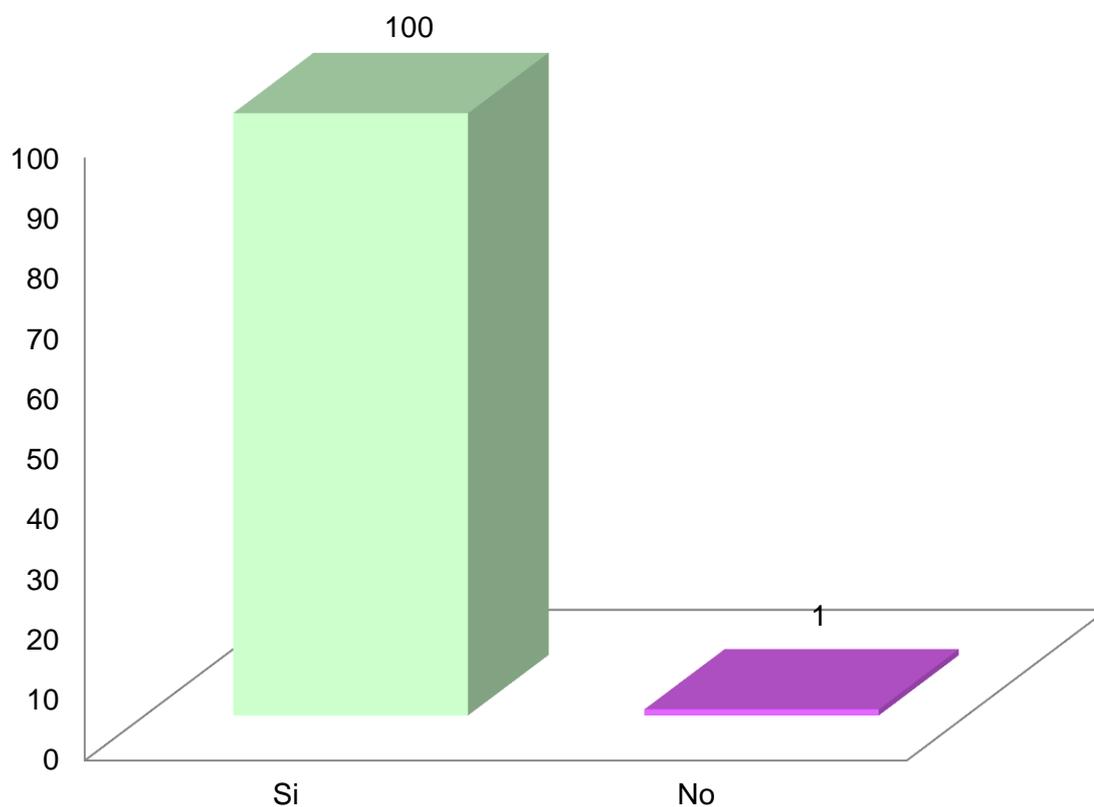
## GRAFITABLA N°5

### OPINIÓN DE LOS ASISTENTES SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN SOBRE MANEJO DE PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO

	IMPORTANCIA DE LA CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
a.	Si	71	100
b.	No	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>71</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta

Elaboración: Autora



#### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

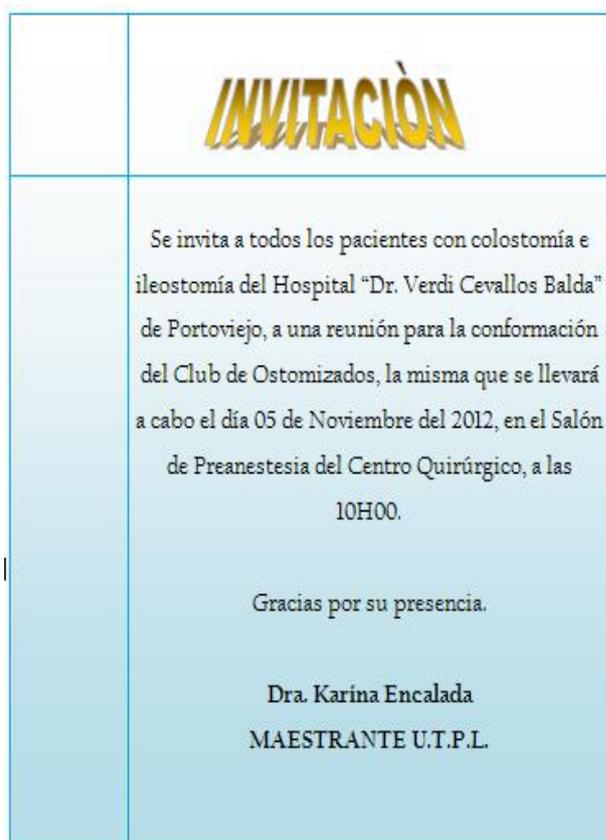
El 100% del personal asistente a la capacitación responde que la capacitación si fue importante.

### 3.3. RESULTADO 3

#### 3.3.1. Club de pacientes ostomizados, conformado.

##### 3.3.1.1. Actividad 1.- Convocatoria a pacientes para conformar club.

Para el cumplimiento de esta actividad, el día 5 de Octubre/2012, se extiende una invitación a los pacientes con colostomía e ileostomía hospitalizados, a fin de que realizar la conformación de un club.



**Lámina No. 2.-** Invitación a conformación de Club de Ostomizados

##### 3.3.1.2. Actividad 2.- Conformación del club de Ostomizados

Entre el 8 y el 12 de Octubre/2012, se procede a conformar el Club de Ostomizados del Hospital. Una vez convocados a todos los pacientes hospitalizados, y contando con la presencia de 8 personas, se procede a su conformación en la oficina de Preanestesia del Centro Quirúrgico. El Club quedó estructurado de la siguiente manera:

**PRESIDENTE:** Ramón Ignacio Vera Ávila  
**VICEPRESIDENTE:** Agustín Morejón Mora  
**SECRETARIO:** Andrés Ponce Baque  
**COORDINADOR:** Dra. Karina Encalada Ortega

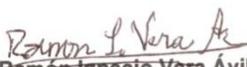
**ACTA DE REUNIÓN DE DESIGNACIÓN EL CLUB DE OSTOMIZADOS DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO**

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10H00 del día nueve de Noviembre del año dos mil doce, en la sala de pre-anestesia del Centro Quirúrgico del Hospital, nos reunimos; por una parte, los pacientes hospitalizados con ileostomía y colostomía; Dixon Vélez Zambrano; Jorge Palacios Pinargote; María Violeta Suarez Loo; Angélica Villacreses; Ramón Ignacio vera Ávila; Agustín Morejón Mora; y, Andrés Ponce Baque; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Karina Encalada Ortega, para conformar el Club de Ostomizados del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo.

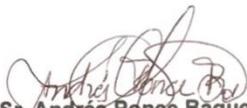
Luego de realizar un consenso, se conformó el Club, el mismo que quedó estructurado así:

**PRESIDENTE:** Ramón Ignacio Vera Ávila  
**VICEPRESIDENTE:** Agustín Morejón Mora  
**SECRETARIO:** Andrés Ponce Baque  
**COORDINADOR:** Dra. Karina Encalada Ortega

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien de su salud.

  
Sr. Ramón Ignacio Vera Ávila  
PRESIDENTE

  
Sr. Agustín Morejón Mora  
VICEPRESIDENTE

  
Sr. Andrés Ponce Baque  
PRESIDENTE

  
Dra. Karina Encalada Ortega  
COORDINADORA

### 3.3.1.3. Actividad 3.- Brindar charlas educativas a los miembros del club.

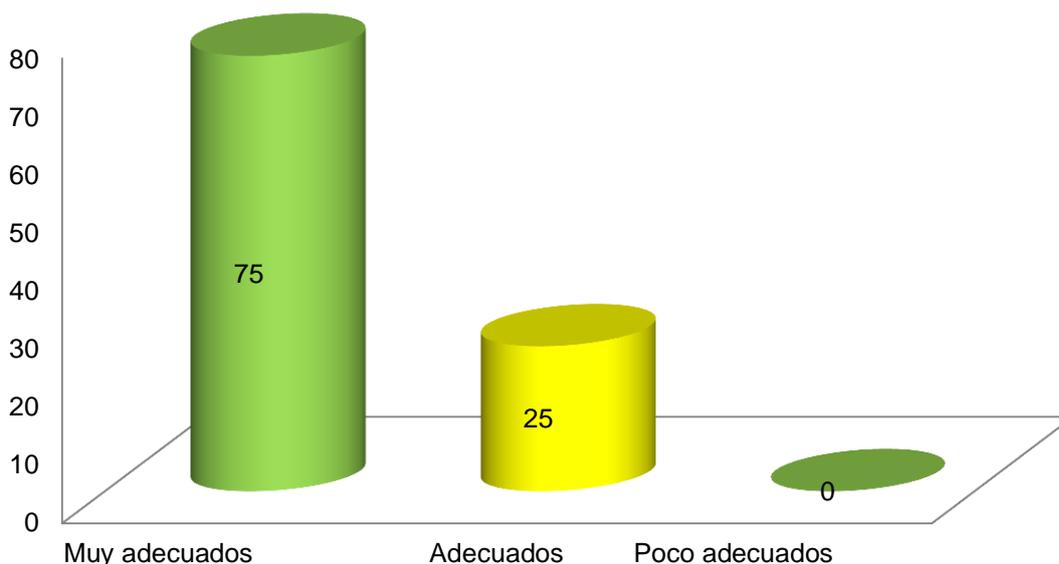
Desde el 15 hasta el 31 de Octubre/2012, se dieron charlas educativas a los pacientes ingresados en el Hospital con colostomías e ileostomías sobre el manejo integral de colostomía e ileostomía; demostración sobre colocación y uso de bolsas de ostomías; autocuidado y apoyo nutricional y psicológico. Al finalizar este evento, se aplicó una encuesta para verificar la satisfacción del usuario por las charlas impartidas, cuyos resultados fueron:

#### 1. En relación a las charlas ¿Cómo evaluaría Usted los contenidos recibidos?

Ord.	Evaluación de los contenidos recibidos	F	%
a)	Muy adecuados	6	75.00
b)	Adecuados	2	25.00
c)	Poco adecuados	0	0.00
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



#### Análisis:

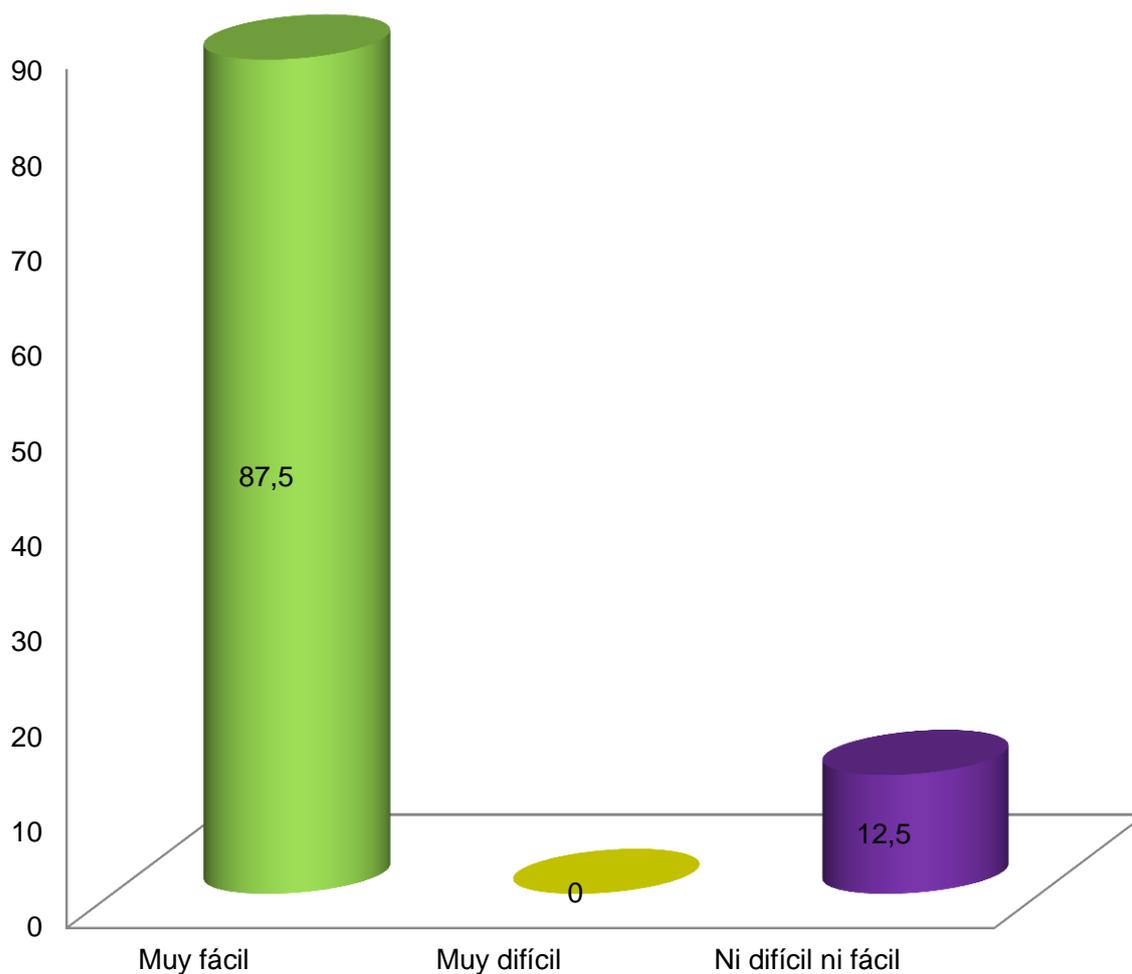
Los asistentes a las charlas educativas solamente son 8 ingresados en el Hospital. El 75.00% dijo que los contenidos de las charlas fueron muy adecuados; y, solo un 25.00% dijo que fueron adecuados.

2. En relación al nivel de dificultad de los contenidos de la charla, Usted los evaluaría como:

Ord.	Evaluación de la dificultad de los contenidos de las charlas	F	%
a)	Muy fácil	7	87,5
b)	Muy difícil	0	0
c)	Ni difícil ni fácil	1	12,5
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



#### Análisis:

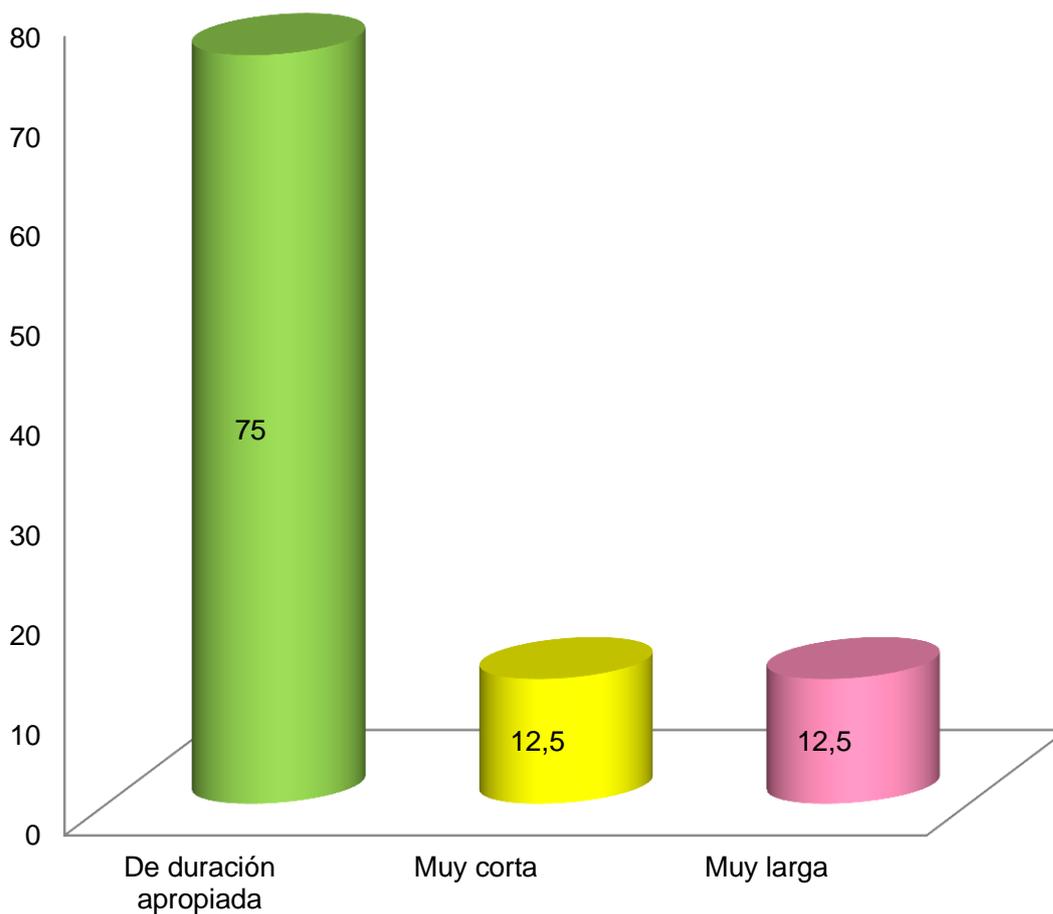
El 87.5% de los pacientes ingresados en el Hospital y que asistieron a las charlas educativas manifiestan que los contenidos de las charlas fueron muy fáciles; y, el 12.5% fueron ni difíciles ni fáciles.

### 3. La duración de las charlas fue:

Ord.	Duración de las charlas	F	%
a)	De duración apropiada	6	75.00
b)	Muy corta	1	12.50
c)	Muy larga	1	12.50
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



#### Análisis:

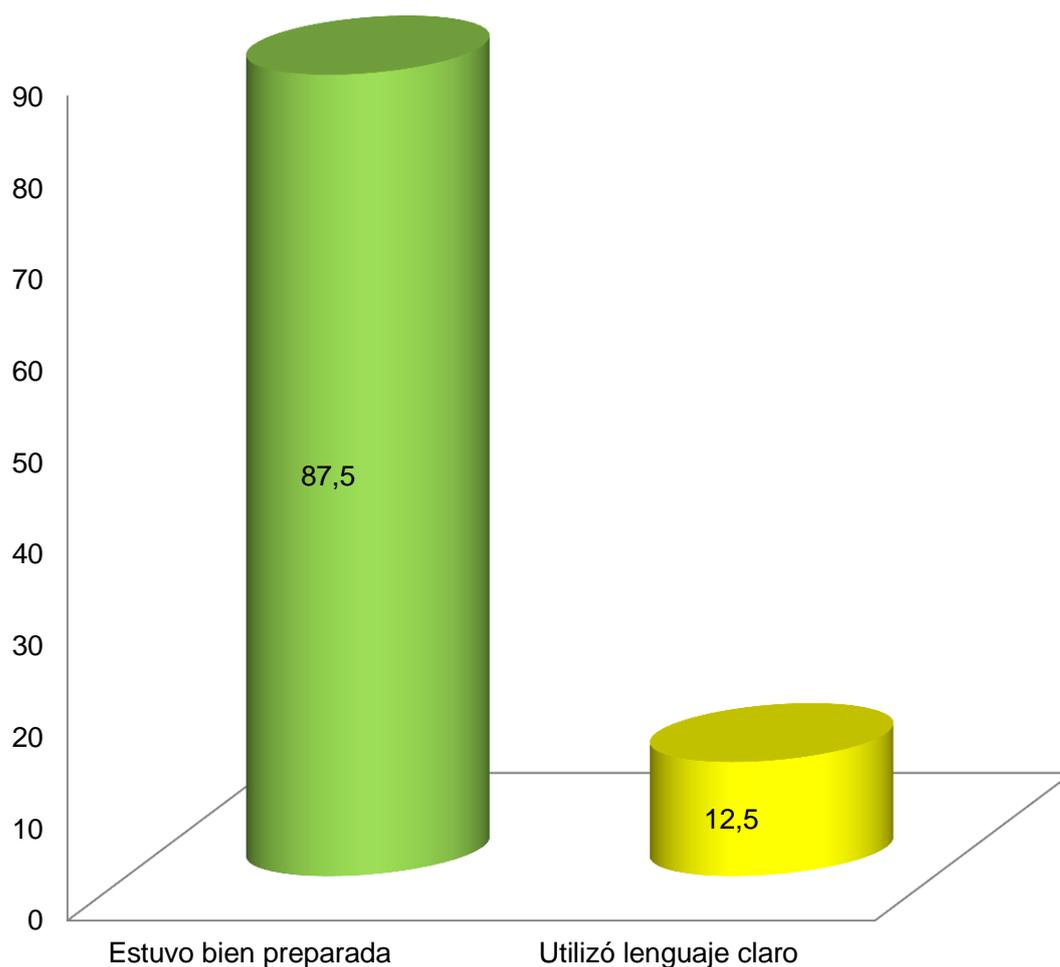
El 75% de los asistentes a las charlas impartidas en el Servicio de Coloproctología para los pacientes con colostomía e ileostomía y que actualmente se encuentran hospitalizados, el 75% dijo que las charlas tuvieron una duración apropiada; y comparten opiniones los ítems muy corta y muy larga, con el 12.5% cada una respectivamente. .

#### 4. Para Ud. la expositora:

Ord.	Cumplimiento de expositora	SI		NO	
		F	%	F	%
a)	Estuvo bien preparada?	7	87.5	0	0
b)	Utilizó lenguaje claro?	1	12.5	0	0
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



#### Análisis:

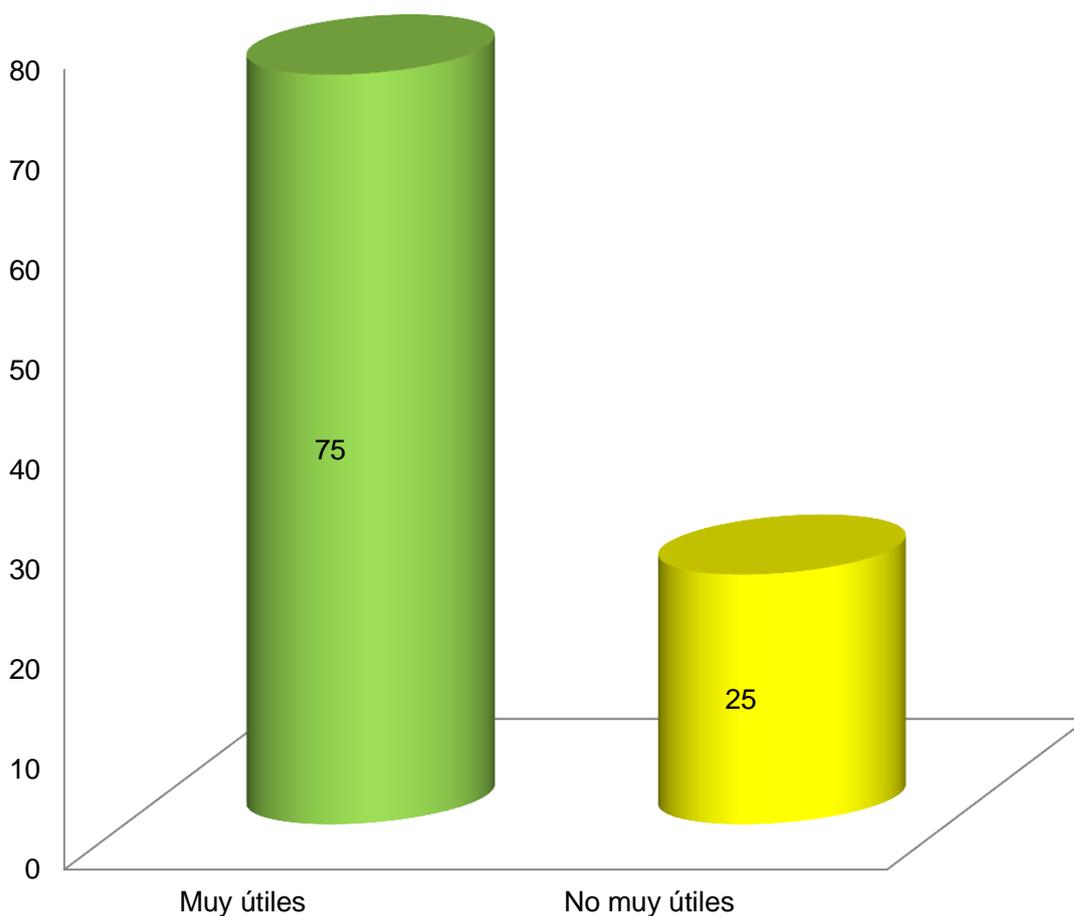
El 87.5% de los asistentes a las conferencias impartidas en el Servicio de Coloproctología que son pacientes con colostomía e ileostomía y que actualmente se encuentran hospitalizados, dijeron que la expositora estuvo bien preparada; mientras que un 12.5% dijo que utilizó lenguaje claro.

5. ¿Cuán útiles considera usted que fueron los conocimientos adquiridos en las charlas?

Ord.	Utilidad de los conocimientos adquiridos en las charlas	F	%
a)	Muy útiles	6	75.00
b)	No muy útiles	2	25.00
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



**Análisis:**

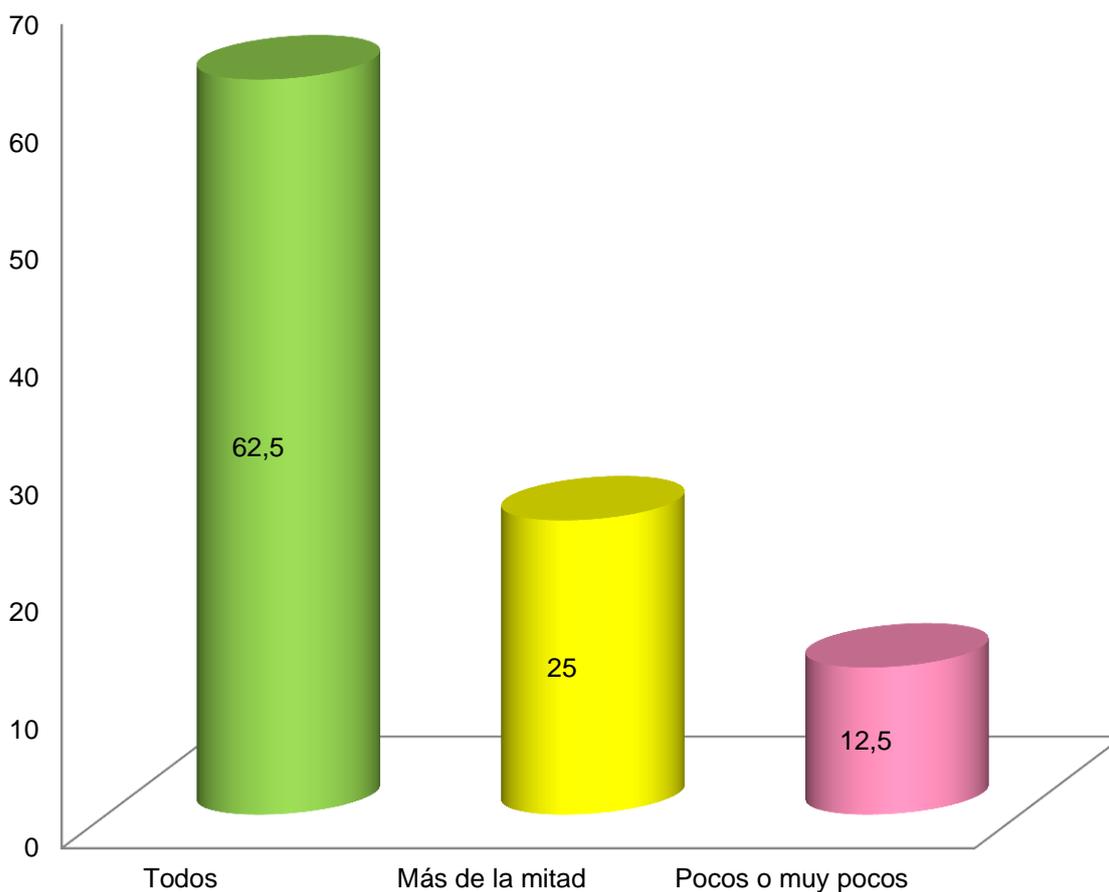
De los 8 pacientes asistentes a las charlas impartidas en el Servicio de Coloproctología para los pacientes con colostomía e ileostomía y que actualmente se encuentran hospitalizados, 6, equivalente al 75% dijo que las charlas fueron muy útiles: y, 2, correspondiente al 25% dijo que fueron no muy útiles.

6. De todos los contenidos presentados en la charlas, ¿cuántos cree usted que logró entender adecuadamente?

Ord.	Contenidos entendidos adecuadamente	F	%
a)	Todos	5	62.50
b)	Más de la mitad	2	25.00
c)	Pocos o muy pocos	1	12.50
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



#### Análisis:

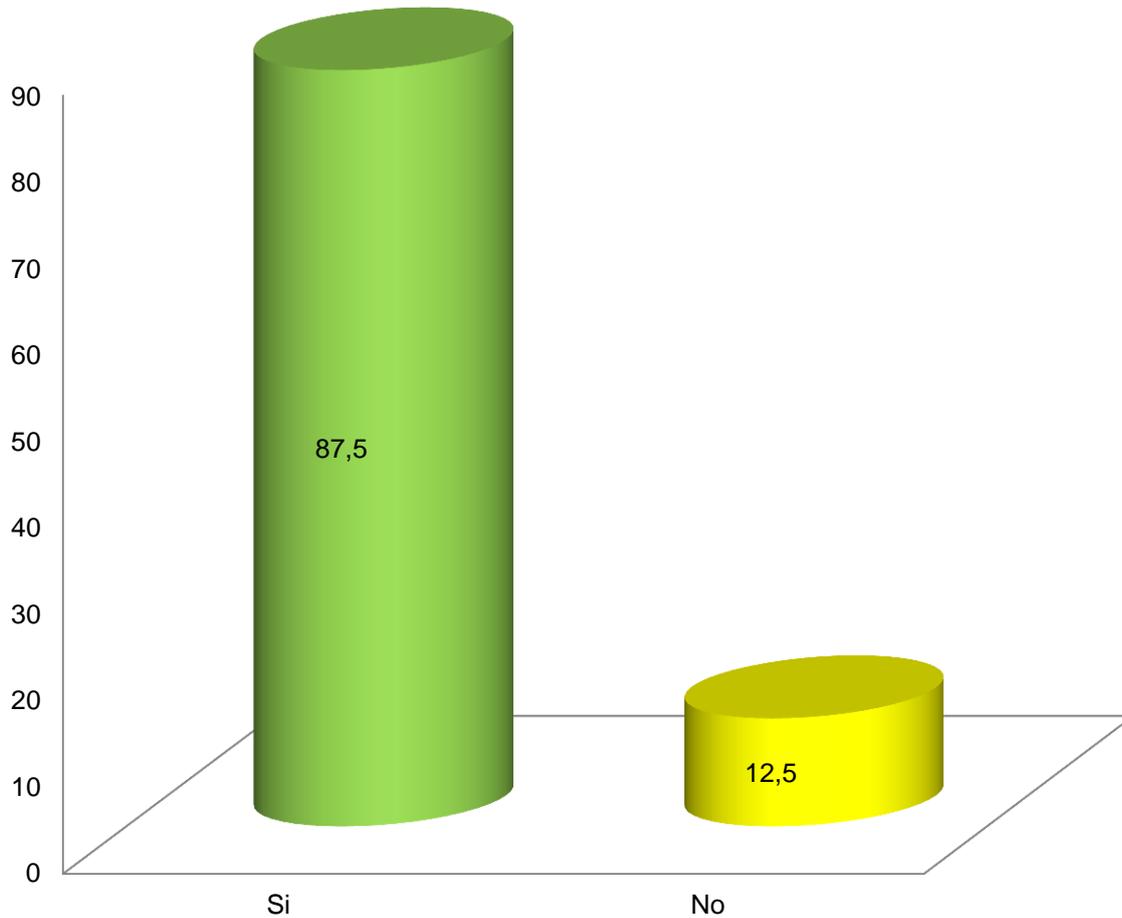
6 de los 8 pacientes ingresados en el Hospital con ileostomía y colostomía; y, que acudieron a las charlas educativas en el Servicio de Coloproctología, el 62.5% manifestaron que todos los contenidos fueron entendidos adecuadamente; el 25% dijo que más de la mitad; y, el 12.5% dijo que fueron pocos o muy pocos entendidos.

## 7. ¿Recomendaría las charlas a otras personas

Ord.	Recomendaría la charla a otras personas?	F	%
a)	Sí	7	87,5
b)	No	1	12,5
	<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Formulario de Evaluación de charlas.

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega



### Análisis:

De los 8 pacientes ingresados en el Hospital y que asistieron a las charlas dadas por el Servicio de Coloproctología, 7, equivalente al 87.5% dijo que si recomendaría las charlas a otras personas; y, solo 1, equivalente al 12.5% dijo que no las recomendaría.

## **COMPROBACION DE INDICADORES DE RESULTADO**

**RESULTADO 1: Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía temporal, diseñado e implementado.**

### **INDICADOR**

- Hasta 31/08/2012, el plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía, diseñado e implementado.

Este indicador se cumplió un 100%. Se empezó con la recolección de la información y posterior elaboración del plan. Luego se lo implementó para después proceder a evaluarlo mediante la aplicación de una guía de supervisión del cumplimiento de la atención.

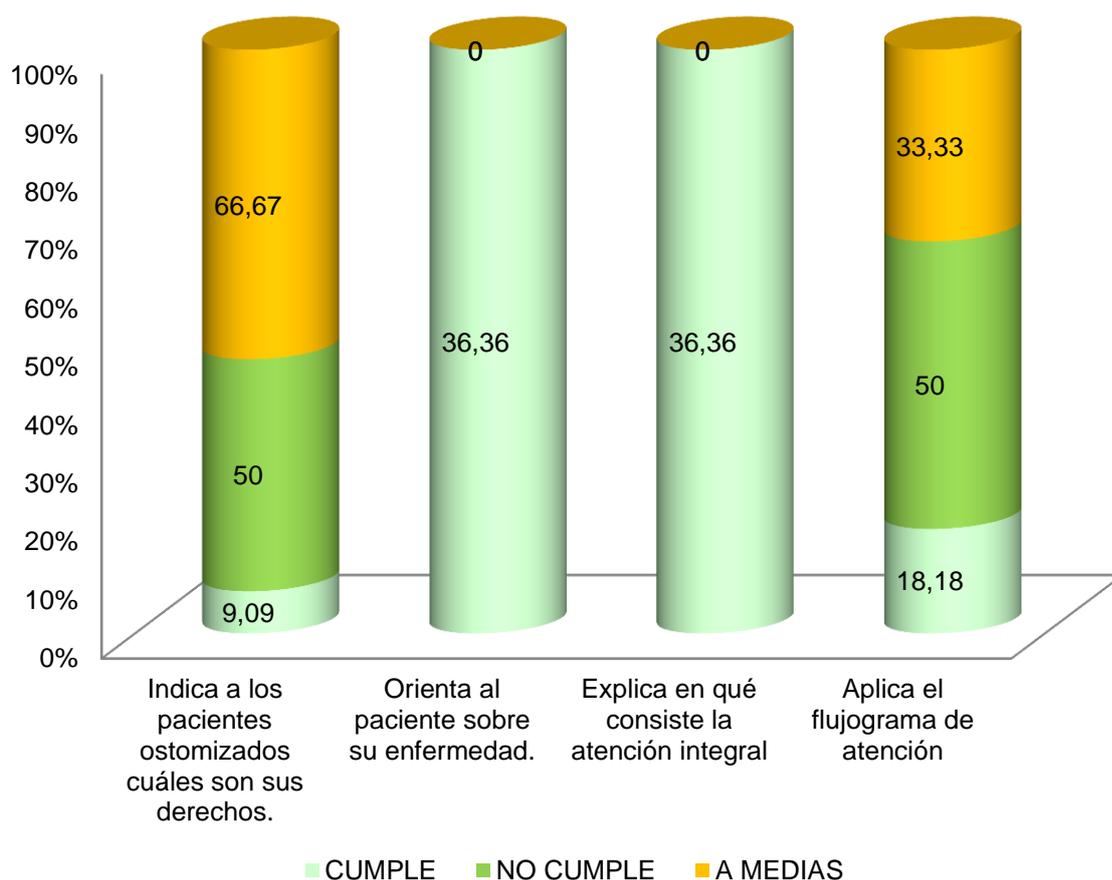
## GUÌA DE SUPERVISIÒN DE CUMPLIMIENTO DE PLAN INTEGRAL

### Responsables:

Médicos del Subproceso Cirugía.

ASISTENCIA MÈDICA	Cumple		No cumple		A medias	
	F	%	F	%	F	%
Indica a los pacientes ostomizados cuáles son sus derechos.	1	9,09	1	50,00	2	66,67
Orienta al paciente sobre su enfermedad.	4	36,36	0	0,00	0	0,00
Explica en qué consiste la atención integral	4	36,36	0	0,00	0	0,00
Aplica el flujograma de atención	2	18,18	1	50,00	1	33,33
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100,00</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>

Elaboración: Dra. Karina Encalada Ortega

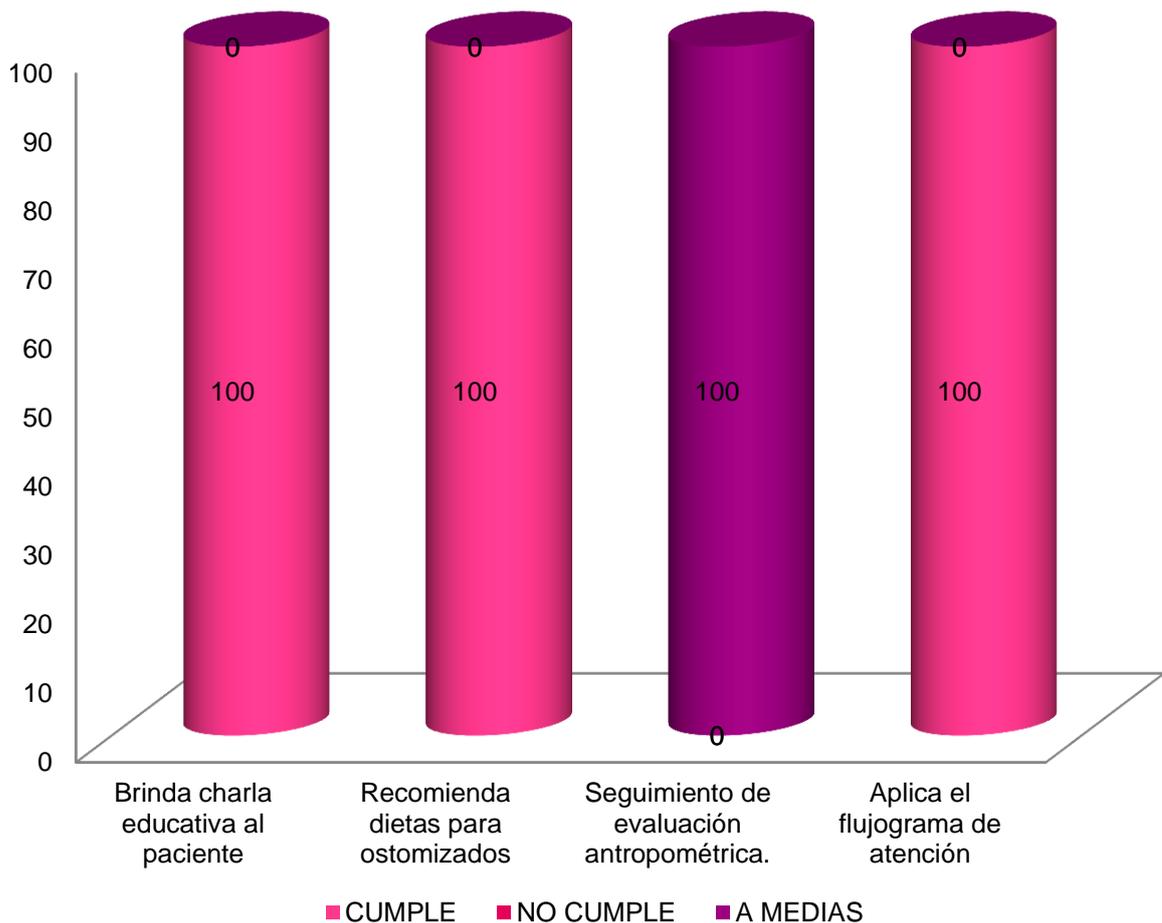


### ANÀLISIS:

La guía de supervisión nos indica que el 66.67% de los médicos del Subproceso de Cirugía, indican a medias a los pacientes Ostomizados cuáles son sus derechos; el 36.36% orienta al paciente sobre su enfermedad; el 36.36% explica en qué consiste la atención integral; y, el 50.00% aplica el flujograma de atención.

<b>GUÍA DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PLAN INTEGRAL</b>						
<b>Responsables:</b>						
Lic. Anita González – Dra. Anny Terán Arango						
<b>ASISTENCIA NUTRICIONAL</b>	<b>Cumple</b>		<b>No cumple</b>		<b>A medias</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Brinda charla educativa al paciente	2	100	0	0	0	0
Recomienda dietas para ostomizados	2	100	0	0	0	0
Seguimiento de evaluación antropométrica.	0	0	0	0	2	100
Aplica el flujograma de atención	2	100	0	0	0	0

**Elaboración:** Dra. Karina Encalada Ortega



**ANÁLISIS:**

De acuerdo a los datos de la guía de supervisión, podemos observar en el presente cuadro y gráfico que el servicio de nutrición cumple con brindar charlas educativas al paciente; recomienda dietas para Ostomizados; y, explica flujograma de atención en un 100%; mientras que en un 100% se realiza seguimiento de evaluación antropométrica.

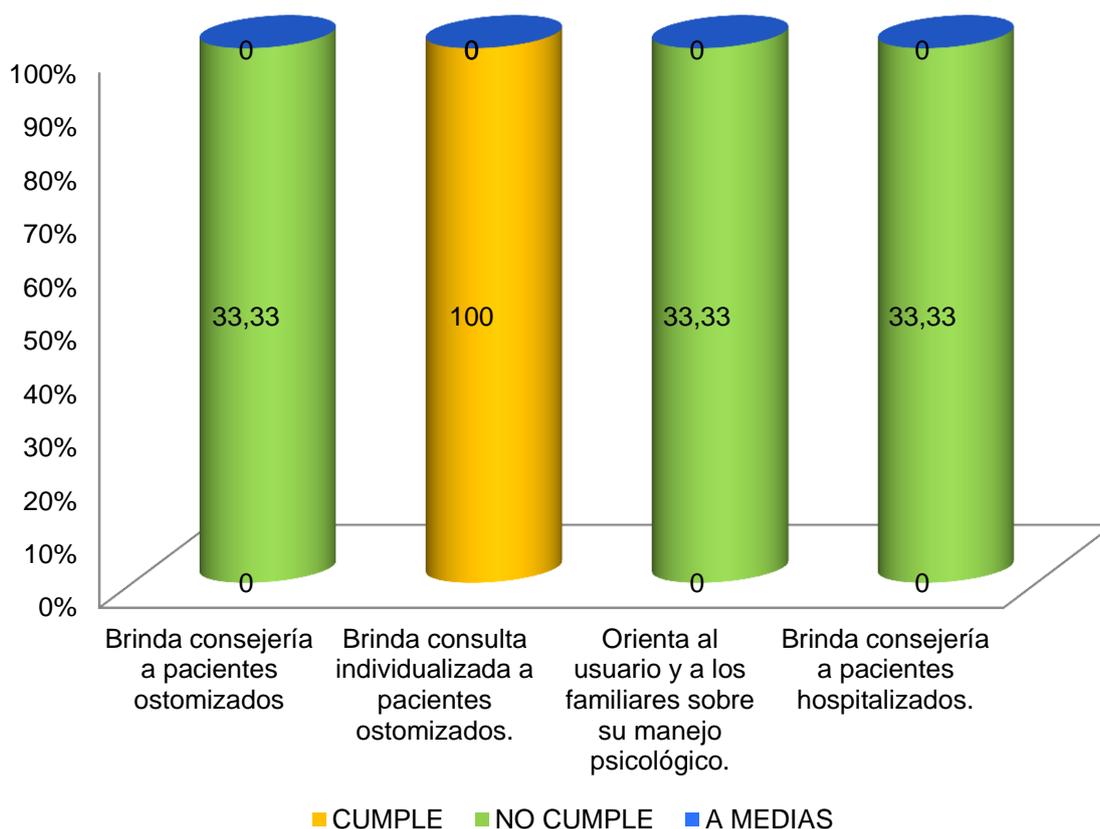
## GUÍA DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PLAN INTEGRAL

### Responsables:

Psicóloga Dra. Laura Flores

ASISTENCIA PSICOLÓGICA	Cumple		No cumple		A medias	
	F	%	F	%	F	%
Brinda consejería a pacientes ostomizados	0	0	1	33,33	0	0
Brinda consulta individualizada a pacientes ostomizados.	1	100	0	0,00	0	0
Orienta al usuario y a los familiares sobre su manejo psicológico.	0	0	1	33,33	0	0
Brinda consejería a pacientes hospitalizados.	0	0	1	33,33	0	0

**Elaboración:** Dra. Karina Encalada Ortega

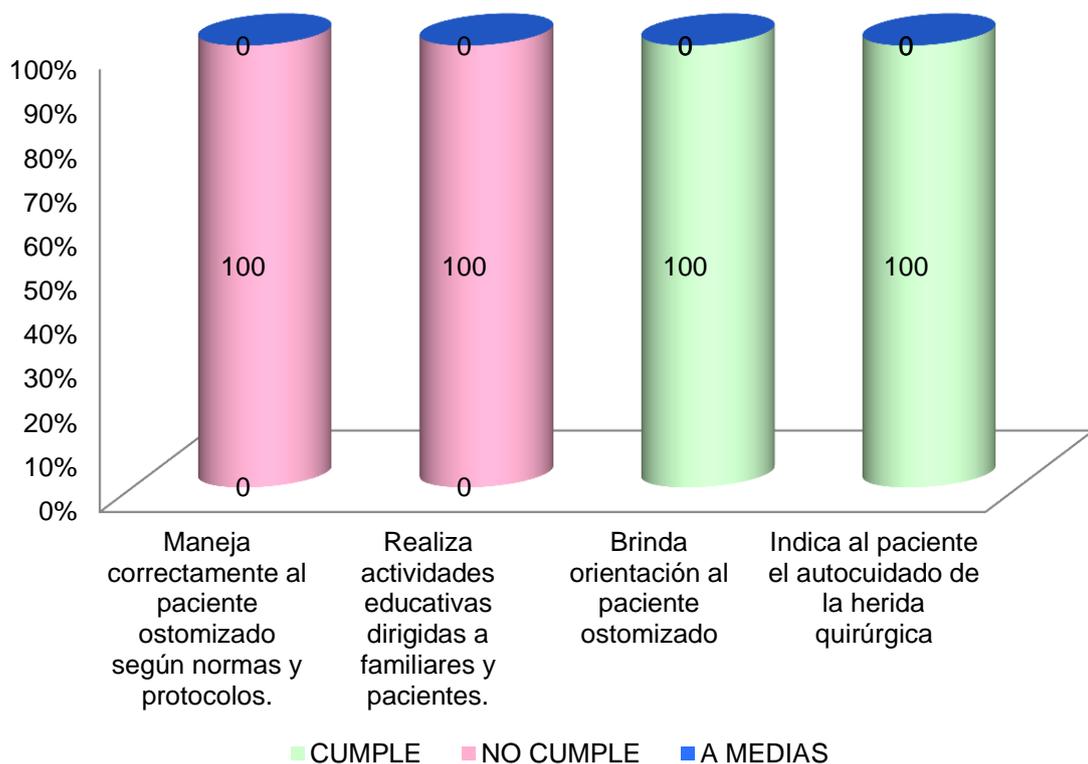


### ANÁLISIS:

El resultado de la guía de observación está reflejado en el presente cuadro y gráfico. En él se registra que la psicóloga del hospital, no cumple con brindar consejería a pacientes Ostomizados; menos orienta al usuario y a los familiares sobre su manejo psicológico; y, tampoco brinda consejería a pacientes hospitalizados. Sin embargo, sólo se entrevista con el paciente durante las citas.

<b>GUÍA DE SUPERVISIÓN DE CUMPLIMIENTO DE PLAN INTEGRAL</b>						
<b>Responsables:</b>						
Enfermeras del Área de Cirugía						
<b>ASISTENCIA DE ENFERMERÍA</b>	<b>Cumple</b>		<b>No cumple</b>		<b>A medias</b>	
	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Maneja correctamente al paciente ostomizado según normas y protocolos.	0	0	5	100.00	0	0
Realiza actividades educativas dirigidas a familiares y pacientes.	0	0	5	100.00	0	0
Brinda orientación al paciente ostomizado	5	100.00	0	0	0	0
Indica al paciente el autocuidado de la herida quirúrgica	5	100.00	0	0	0	0

**Elaboración:** Dra. Karina Encalada Ortega



### **ANÁLISIS:**

Con respecto a la atención de enfermería, las enfermeras del Área de Cirugía no cumplen con manejar correctamente al paciente ostomizado según normas y protocolos; y, realizan actividades educativas dirigidas a familiares y pacientes; sin embargo, el 100% de ellas cumple solamente con brindar orientación al paciente ostomizado; e, indica al paciente el autocuidado de la herida quirúrgica.

## RESULTADO 2: Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.

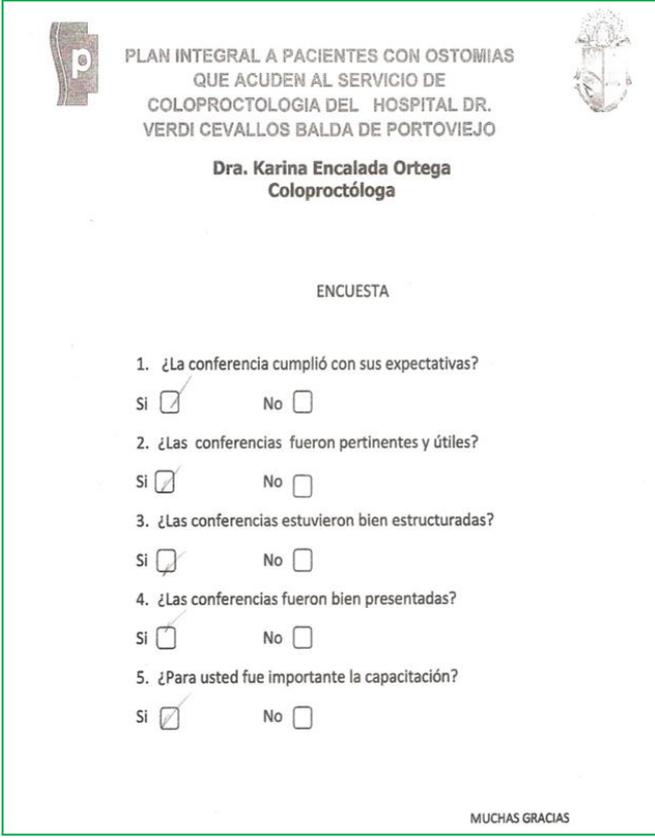
### INDICADOR

- Hasta 28/09/2012, 100% Médicos Residentes, capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.

Este resultado también alcanzó un 100% de cumplimiento. Inicia con la revisión bibliográfica para diseñar el plan para el desarrollo de la capacitación. Aprovechando esta oportunidad para elaborar el material didáctico que se utilizaría en la misma, como trípticos, diapositivas, invitaciones, oficios, y papelògrafos.

El desarrollo de esta fue un éxito total, ya que se contó con la participación de 70 talentos humanos que forman parte del equipo de salud del hospital; y con expositores de reconocida valía dentro del ámbito local.

Al finalizar la capacitación se aplicó una encuesta de satisfacción, resultando que todos estuvieron complacidos con el evento realizado.



PLAN INTEGRAL A PACIENTES CON OSTOMIAS  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DR.  
VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO

Dra. Karina Encalada Ortega  
Coloproctóloga

ENCUESTA

1. ¿La conferencia cumplió con sus expectativas?  
Si  No

2. ¿Las conferencias fueron pertinentes y útiles?  
Si  No

3. ¿Las conferencias estuvieron bien estructuradas?  
Si  No

4. ¿Las conferencias fueron bien presentadas?  
Si  No

5. ¿Para usted fue importante la capacitación?  
Si  No

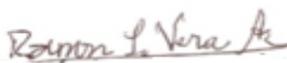
MUCHAS GRACIAS

Lámina No. 3.- Encuesta aplicada a Médicos Residentes

**ASISTENTES A LA CONFORMACIÓN DEL CLUB DE  
OSTOMIZADOS.**

**FECHA:** 12/10/2012

Ramón Ignacio Vera Ávila  
**PRESIDENTE**



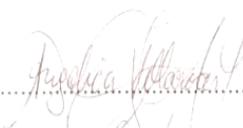
Agustín Morejón Mora  
**VICEPRESIDENTE:**



Andrés Ponce Baque  
**SECRETARIO**



Angélica Villacreses Yépez



Arq. Marco A. Cevallos



Dixon Vélez Zambrano



Jorge Palacios Pinargote



### RESULTADO 3: Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.

#### INDICADOR

- Hasta el 31/10/2012, 100% del Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.

Este resultado se cumplió en un 100%; para este evento se convocó mediante invitación a los pacientes Ostomizados ingresados en el hospital a una reunión, a fin de organizar un club, contando con la asistieron de 8 pacientes que hasta el momento se encontraban hospitalizados.

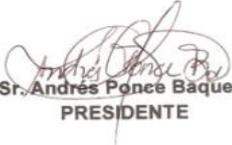
**ACTA DE REUNIÓN DE DESIGNACIÓN EL CLUB DE OSTOMIZADOS DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO**

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10H00 del día nueve de Noviembre del año dos mil doce, en la sala de pre-anestesia del Centro Quirúrgico del Hospital, nos reunimos; por una parte, los pacientes hospitalizados con ileostomía y colostomía; Dixon Vélez Zambrano; Jorge Palacios Pinargote; María Violeta Suarez Loo; Angélica Villacreses; Ramón Ignacio vera Ávila; Agustín Morejón Mora; y, Andrés Ponce Baque; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Karina Encalada Ortega, para conformar el Club de Ostomizados del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo.

Luego de realizar un consenso, se conformó el Club, el mismo que quedó estructurado así:

**PRESIDENTE:** Ramón Ignacio Vera Ávila  
**VICEPRESIDENTE:** Agustín Morejón Mora  
**SECRETARIO:** Andrés Ponce Baque  
**COORDINADOR:** Dra. Karina Encalada Ortega

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien de su salud.

 <b>Sr. Ramón Ignacio Vera Ávila</b> <b>PRESIDENTE</b>	 <b>Sr. Agustín Morejón Mora</b> <b>VICEPRESIDENTE</b>
 <b>Sr. Andrés Ponce Baque</b> <b>PRESIDENTE</b>	 <b>Dra. Karina Encalada Ortega</b> <b>COORDINADORA</b>

 H.E.D. "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO  
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*Mejoramiento de la calidad de atención en el Servicio de Coloproctología*  
Dra. Karina Encalada

Lámina No. 4.- Acta de designación de Club de Ostomizados

## **COMPROBACIÓN DE INDICADORES DE PROPÓSITO Y FIN**

**PROPÓSITO:** Pacientes con colostomía e ileostomía reciben calidad de atención.

### **INDICADOR**

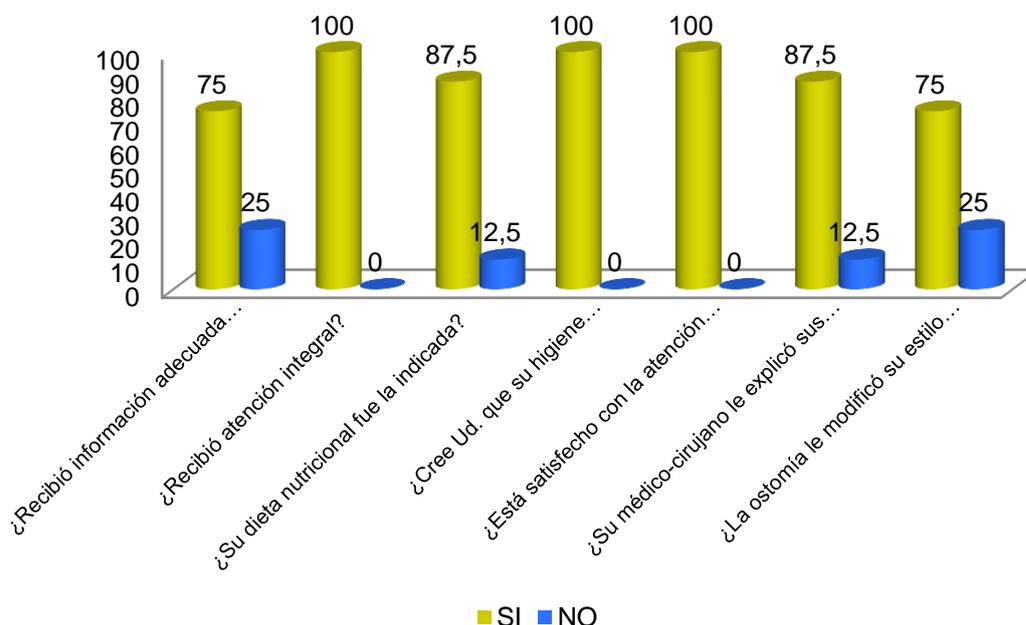
- Hasta 30/11/2012, el 90% de pacientes con colostomía e ileostomía temporal que acuden al hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, reciben atención integral.

Este indicador se cumple actualmente en un 90%. Se atiende al paciente de manera integral. Datos que lo demuestra la presente encuesta a pacientes, cuyos resultados son:

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
**HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”**  
**ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES OSTOMIZADOS**  
**ENCUESTA A PACIENTES**  
**OCTUBRE/2012**

PREGUNTAS	SI		NO	
	F	%	F	%
¿Recibió información adecuada sobre su enfermedad?	6	75	2	25
¿Recibió atención integral?	8	100	0	0
¿Su dieta nutricional fue la indicada?	7	87,5	1	12,5
¿Cree Ud. que su higiene paraestomal realizada por el personal de enfermería fue adecuada?	8	100	0	0
¿Está satisfecho con la atención durante su estadía hospitalaria?	8	100	0	0
¿Su médico-cirujano le explicó sus riesgos y complicaciones?	7	87,5	1	12,5
¿La ostomía le modificó su estilo de vida?	6	75	2	25
<b>TOTAL</b>				

FUENTE: Encuesta  
 ELABORACIÓN: Dra. Karina Encalada



**Análisis:**

Los datos de la encuesta aplicada a los pacientes sobre la atención recibida, el 100% dijo que recibió integral; cree que su higiene paraestomal realizada por el personal de enfermería fue adecuada; que está satisfecho con la atención durante su estadía hospitalaria; un 87.5% dijo que su dieta nutricional fue la indicada; y, que su médico-cirujano le explicó sus riesgos y complicaciones; y, un 75% dijo que recibió información adecuada sobre su enfermedad; y que su ostomía le modificó su estilo de vida.

**FIN: Contribuir a la calidad de vida del paciente con colostomía e ileostomía temporal que acude al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo**

**INDICADOR**

- Al 30/12/2013, el 100% de la calidad de vida del paciente con colostomía e ileostomía temporal que acude al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo, favorecida.

Este es un indicador a largo plazo. Por lo tanto, no se puede evaluar. Al cumplir los indicadores de los resultados y del propósito, estamos asegurando el cumplimiento del fin.

## **CAPÍTULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.1. CONCLUSIONES**

Al término del presente proyecto, puedo concluir que:

1. Se logró la aceptación y participación tanto del Gerente del Hospital como los líderes de las áreas de Consulta Externa, Nutrición y Dietética, Enfermería y Psicología, apoyo que hizo que el proyecto fuera una realidad y los pacientes ingresados en esta casa de salud con colostomías e ileostomías, se sintieran con una mejor calidad de vida, contando con una atención integral con calidad y calidez.
2. Se cumplió en un 100% el principal objetivo de este proyecto, mismo que fue mejorar la calidad de atención en el servicio de Coloproctología del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, mediante el diseño e implementación de un plan de atención integral; capacitación a los médicos residentes; y, conformación de club de pacientes, para mejorar su calidad de vida.
3. También se cumplió en un 100% el diseño e implementación del plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía para así lograr su recuperación.
4. Se capacitó en un 100% a los médicos residentes sobre el manejo de pacientes con colostomía e ileostomía, para evitar complicaciones.
5. Se conformó en un 100% el Club de Pacientes con ostomía, para que el paciente participe en el tratamiento.

#### **4.2. RECOMENDACIONES**

Luego de desarrollado el proyecto, se recomienda:

##### **Al Ministerio de Salud del Ecuador**

- Que realice una promoción efectiva de los planes de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía en las Unidades de Salud a su cargo y en

- las instituciones privadas que reciben diariamente a estos pacientes para que de esta manera se les pueda garantizar una mejor calidad de vida.

**A la UTPL:**

- Que siga promoviendo proyectos con el fin de mejorar el buen desenvolvimiento de las actividades que desarrollan sus educandos.

**Al Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo:**

- Que sus directivos sigan manteniendo ese alto espíritu de colaboración y de ayuda a los grupos más vulnerables, tratando de esta manera el mejorar su calidad de vida.
- Que continúe actualizando a los médicos residentes en el manejo integral del paciente con colostomía e ileostomía.

**A los pacientes:**

- Participar activamente en el cuidado de su salud y de esta manera evitar complicaciones para lograr su recuperación.

### 4.3. BIBLIOGRAFÍA

- Alles, M. A. (2011). Comportamiento organizacional: cómo lograr un cambio cultural a través de gestión por competencias. 1ª. Edic. Edit. Granica. Buenos Aires. Pág. 324.
- Armendáriz P, y cols. (2007). Comparación de colostomías e ileostomías como estomas derivativos tras resección anterior baja. Cir Esp.; Cap. 81, Págs. 115-120.
- Baker, R. J. y cols. (2001) El dominio de la Cirugía. Cuidado de los estomas. 4ª. Edición. Volumen II. México. Pág. 1773-1774.
- Bouillot, J, et Al. (2007) Tratamiento Quirúrgico de las complicaciones de las Colostomías. En Encic. Méd. Chir. (Editions Scientifiques et Medicales Elsevier SAS, Paris). Técnicas quirúrgicas-Aparato digestivo. E-40-545, 12p.
- Burgwal, G. y cols. (1999). Planificación estratégica y operativa: aplicación a gobiernos locales. 1ª. Edic. Edic. Abya Yala.
- Carraro, V. O. (2005) en el Ser humano inconsciente. Porto Alegre-Brasil.
- Charúa Guindic. Luis (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Art. de Revision. Rev Med Hosp Gen Mex; 69 (2): Pág. 113-118
- Chiavenato, I. (2007). Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. 8ª. Edic. Edit. Mc Graw Hill. Pág. 286.
- Comes, Yamila, et al. (2008). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones. Vol. XIV. Buenos Aires-Argentina. Págs. 201-209.
- Flikier-Zelkowicz, B et al. (2008). Morbilidad y mortalidad en relación con el cierre de ileostomías derivativas en la cirugía del cáncer de recto. Cir Esp; Vol. 84(1). Pags.16-19
- Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda"-Portoviejo (2011). Informes del Proceso de Cirugía.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) (2010). Censo de Población y Vivienda, Nov. 2010. Encontrado en: [www.inec.gov.ec](http://www.inec.gov.ec)
- Ivancevich, John M. (2005). Administración de Recursos Humanos. 2ª. Edic. Edit. Mc Graw Hill. México.
- Magtymova, A. (2007). Estrategias para la integración de los servicios de atención de la salud primaria en países de medianos y bajos ingresos en el lugar de la prestación: Comentario de la BSR (última revisión: 25 de septiembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Malangón-Londoño, Gustavo (2008). Administración hospitalaria. 3ª. Edición. Edit. Médica Panamericana. Impreso en Colombia.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). Planes y programas para la atención integral de Salud. Recuperado: 23/10/2011. En: [www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
- Municipalidad de Portoviejo. (2011). (Recuperado: 15/09/2011) Disponible en: <http://www.imunicipalidaddeportoviejo.gov.ec>
- Noda Sardiñas CL, et als. (2001). "Problemática actual del paciente con ostomía". Rev Cubana Med Milit; 30(4). Págs. 256-262.
- OPS (2001). La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. 1ª. Edic. Edit. OPS/Oficina Regional España. Pág. 224
- OPS. (2006). Seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. 59º Asamblea Mundial de la Salud. 4 de Mayo.
- Pérez R, L. (2004). Marketing para los servicios de salud. Edit. Pearson. 1ª. Edic. México.
- Pérez M, Benito A. (2007). La equidad en los servicios de salud. Rev Cubana Salud Pública 2007; 33(3)
- Persson E, G. (2005) "Information to the Relatives of People With Ostomies: Is It Satisfactory and Adequate?". Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing; 32(4):238-245.

- Piedra, M. (2009). Diseño, ejecución y gerencia de proyectos para salud: trabajo de grado I. 1ª. Edic. Edit. UTPL. Loja-Ecuador.
- Pineda, E. B y cols. (2008) Metodología de la Investigación. 3ª. Edic. Edit. OPS. Washington D.C. Pág. 148-150.
- Schermerhorn, J. R. (2010). Administration. 2ª. Edición. Edit. Limusa Wiley. Pág. 400.
- Subjefatura de Migración de Portoviejo. (2010). Registro de Entrada y Salidas de personas del país.
- Takahashi M, T. et als. (2003) Colon, recto y ano. Enfermedades médico quirúrgicas. 1ª. Edic. Edit. ETM. México. Cap. 84. Págs. 15-17; 575 – 578; 578-584.
- Universidad Técnica Particular de Loja (2011). Instructivo para la elaboración y presentación del trabajo de investigación. 1ª. Edic. Edit. UTPL. Loja-Ecuador.
- Zinner, M. J. (2002). Operaciones Abdominales. 11ª. Edic. Edit. Mc Graw Hill. México. Pág. 142.
- Zinner, M.J. y otros. (2007). Operaciones Abdominales. 11ª. Edic. Edit. Maingot. México. Pág. 141.
- Zinner, M.J. y otros. (2007). Operaciones Abdominales. 11ª. Edic. Edit. Maingot. Mexico. Pág. 154.
- Zuidema, G. D. y cols. (2005). Cirugía del aparato digestivo. 5ª. Edic. Edit. Médica Panamericana S.A. Cap. 23. Págs. 352-353.

# **APÈNDICES**

## APÈNDICE 1: CERTIFICACIÒN INSTITUCIONAL



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**  
**PORTOVIEJO-MANABI**

### CERTIFICACION

*Dr. Gene Alarcón, Gerente del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo, a petición de parte interesada, tiene a bien*

#### CERTIFICAR

*Que la Dra. Karina Encalada Ortega, Médico de esta casa de salud, y Egresada de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, previa autorización desarrolló con éxito en esta institución su proyecto de acción titulado:*

***"Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coloproctología del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo"***

*Proyecto que tuvo como estrategias:*

- *Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía temporal, diseñado e implementado.*
- *Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.*
- *Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.*

*Lo que certifico en honor a la verdad.*



**Dr. Gene Alarcón**

Portoviejo, Noviembre del 2012.

**GERENTE DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA"**

## APÈNDICE 2: REGISTRO DE AVANCE DEL PROYECTO

### FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.

**Nombres y Apellidos:** Dra. Karina Encalada Ortega

**Centro Universitario:** Portoviejo

**Título del proyecto:** Mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de coloproctología del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo.

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA								OBSERVACIONES	
		(% de avance)									
		A	S	O	N	D	E	F	M		
<b>RESULTADO 1</b>											
Plan de atención integral a pacientes con colostomía e ileostomía, diseñado e implementado.	Hasta 31/08/2011 el plan de atención integral para pacientes con colostomía e ileostomía, diseñado e implementado en un 100%.										Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
<b>RESULTADO 2</b>											
Médicos Residentes capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.	Hasta 28/09/2012, 100% Médicos Residentes, capacitados sobre el manejo de pacientes con ileostomía y colostomía temporal.										Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
<b>RESULTADO 3</b>											
Club de pacientes de Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.	Hasta el 31/10/2012, 100% del Club de pacientes con Colostomía e Ileostomía del Hospital, conformado.										Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

**Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc**  
**DIRECTORA DE TESIS**

### APÈNDICE 3: OFICIOS ENVIADOS

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"  
AÑO 2012



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA



Dr.

Gene Alarcón Arteaga, Mg. Gs.

**GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO**

Presente

De mi consideración:

La suscrita, **Dra. Karina Encalada Ortega**, Egresada de la Universidad Técnica Particular de Loja, solicito a Ud. muy respetuosamente, la respectiva AUTORIZACION para desarrollar mi trabajo de investigación titulado: "**Mejoramiento en la Calidad de Atención en el Servicio de Coloproctología del Hospital Provincial de Portoviejo. Año 2012**", el mismo que pretendo ejecutarlo en la institución que Ud. acertadamente dirige.

Esperando una respuesta favorable a la presente, me es grato reiterar a Ud. mi consideración y estima.

Atentamente,

Dra. KARINA ENCALADA ORTEGA  
EGRESADA U.T.P.L

cc. Archivo.

*"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"*  
AÑO 2012



**DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA**  
**COLOPROCTÓLOGA**



Portoviejo, 28 de Septiembre del 2012

Dr. Fernando Rodriguez

Jefe del subproceso de Emergencia

**HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

*Presente*

*De mi consideración:*

*Por medio del presente, se invita a las conferencias que se realizaran el 10 y 11 de octubre del presente año.*

*A su vez les autorice la asistencia a este evento a los sr. médicos internos y residentes (especialmente del área de cirugía).*

**HORA:** 10H00-12H00

**LUGAR:** *Auditorium Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo*

*Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.*

*Atentamente,*

*Dra. Karina Encalada Ortega*

**Dra. Karina Encalada Ortega**

**Coloproctóloga**

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"  
AÑO 2012



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA

Portoviejo, Octubre 1 del 2012.

Dr. Melitón García  
Jefe del subproceso de Medicina Interna

**HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

*Presente*

*De mi consideración:*

*Por medio del presente, le extiendo un cordial saludo e invitándolo cordialmente a usted al evento en el que se llevara a cabo el desarrollo de la implementación del PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON ILEOSTOMIA Y COLOSTOMIA TEMPORAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.*

*A su vez les autorice la asistencia a este evento a los sr. médicos internos y residentes.*

**FECHA:** 10 y 11 de Octubre del 2012

**HORA:** 10H00-12H00

**LUGAR:** Auditorium Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

*Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.*

*Atentamente,*

*Dra. Karina Encalada Ortega*

**Dra. Karina Encalada Ortega**

**Coloproctóloga**

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"  
AÑO 2012



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA



Portoviejo, Octubre 1 del 2012.

Dr. Robespierre Pinoargote  
Jefe del subproceso de Gineco-Obstetricia

**HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, le extiendo un cordial saludo e invitándolo cordialmente a usted al evento en el que se llevara a cabo el desarrollo de la implementación del PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON ILEOSTOMIA Y COLOSTOMIA TEMPORAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

**FECHA:** 10 y 11 de Octubre del 2012

**HORA:** 10H00-12H00

**LUGAR:** Auditorium Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,

*Dra. Karina Encalada Ortega*

**Dra. Karina Encalada Ortega**

**Coloproctóloga**

RECIBIDO  
Robespierre Pinoargote



Portoviejo, Octubre 1 del 2012.

Dr. Fernando Ledesma  
Jefe del subproceso de Cirugía

**HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

*Presente*

*De mi consideración:*

*Por medio del presente, le extiendo un cordial saludo e invitándolo cordialmente a usted al evento en el que se llevara a cabo el desarrollo de la implementación del PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON ILEOSTOMIA Y COLOSTOMIA TEMPORAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.*

*A su vez les autorice la asistencia a este evento a los sr. médicos internos y residentes.*

**FECHA:** 10 y 11 de Octubre del 2012

**HORA:** 10H00-12H00

**LUGAR:** Auditorium Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

*Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.*

*Dra. Karina Encalada Ortega*

Atentamente

**Dra. Karina Encalada Ortega**

**Coloproctóloga**

*Recibido  
Sept. 19/2012  
Carolina*

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"  
AÑO 2012



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karina Encalada O.', is written over the printed name.

Portoviejo, Octubre 1 del 2012.

Dr. Bosco Mendoza  
Jefe del subproceso de Anestesiología

**HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

Presente

De mi consideración:

Por medio del presente, le extiendo un cordial saludo e invitándolo cordialmente a usted al evento en el que se llevara a cabo el desarrollo de la implementación del PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON ILEOSTOMIA Y COLOSTOMIA TEMPORAL QUE ACUDEN AL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO.

**FECHA:** 10 y 11 de Octubre del 2012

**HORA:** 10H00-12H00

**LUGAR:** Auditorium Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

Esperando una respuesta favorable a la presente, me anticipo en agradecerle.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dra. Karina Encalada O.', is written over the printed name.

**Dra. Karina Encalada Ortega**

**Coloproctóloga**

## APÈNDICE 4: ENCUESTAS



### HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

#### FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE LAS CHARLAS EDUCATIVAS.

1. En relación a las charlas ¿Cómo evaluaría usted los contenidos recibidos?

Muy adecuados	Adecuados	Poco adecuados
---------------	-----------	----------------

2. En relación al nivel de dificultad de los contenidos de las charlas, usted los evaluaría como:

Muy fáciles	Muy difíciles	Ni difícil ni fáciles
-------------	---------------	-----------------------

3. La duración de las charlas fue:

Muy larga	Muy corta	De duración apropiada
-----------	-----------	-----------------------

4. Para Ud. la expositora:

Cumplió con el horario	Diò Credibilidad	Estuvo bien preparada	Utilizó lenguaje claro
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

5. ¿Cuán útiles considera usted que fueron los conocimientos adquiridos en las charlas?

Muy útiles	Algo útiles	No muy útiles	Muy poco útiles	NS/NR
------------	-------------	---------------	-----------------	-------

6. De todos los contenidos presentados en las charlas, ¿cuántos cree usted que logró entender adecuadamente?

Todos o casi todos	Más de la mitad	La mitad o cerca de la mitad	Menos de la mitad	Pocos o muy pocos	NS/NR
--------------------	-----------------	------------------------------	-------------------	-------------------	-------

7. ¿Recomendaría las charlas a otras personas?

Sí	No
----	----



**PLAN INTEGRAL A PACIENTES CON OSTOMIAS  
QUE ACUDEN AL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGIA DEL HOSPITAL DR.  
VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**



**Dra. Karina Encalada Ortega  
Coloproctóloga**

**ENCUESTA**

1. ¿La conferencia cumplió con sus expectativas?  
Si  No
2. ¿Las conferencias fueron pertinentes y útiles?  
Si  No
3. ¿Las conferencias estuvieron bien estructuradas?  
Si  No
4. ¿Las conferencias fueron bien presentadas?  
Si  No
5. ¿Para usted fue importante la capacitación?  
Si  No

**MUCHAS GRACIAS**

## APÈDICE 5: LISTAS DE ASISTENCIA

### PLAN INTEGRAL DE ATENCION DE PACIENTES OSTOMIZADOS

#### HOJA DE ASISTENCIA

JUEVES 11 DE OCTUBRE DEL 2012

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	AREA	CEDULA	FIRMA
1	Castro Pizarro Nico Basilio	CIRUJOIA	13071029-81	
2	BYRON ALEJANDRO ALCAS PARRAS	CLINICA	13097739-3	
3	Carner Carlin Dora. I/M.	CLINICA	130832992-7.	
4	RIVERA Mora Ely Andub	Interno	130965977-7	
5	Nataly Giler Casanova	Interna	131286266-5	
6	Jules Cón Silva Cedeno	Interno	131162988-3	
7	Marín Mendoza Ricardo Daniel		130879371-8	
8	Zambrano Vélez Ana Katuska		131221109-5	
9	Morais Bravo Vianca Anuly		1312350844	
10	Zambrano Arcentales Humberto Enrique		131203574-2	
11	Chang Hermida SEGUNDO JESUS		131308978-9	
12	Giler Casanova Jonny Paul		13128689-5	
13	Giler Lombardi Mónica Emilio		131261645-6	

### PLAN INTEGRAL DE ATENCION DE PACIENTES OSTOMIZADOS

#### HOJA DE ASISTENCIA

JUEVES 11 DE OCTUBRE DEL 2012

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	AREA	CEDULA	FIRMA
14	Mejia Monerades Jimmy Paul	Interno	131265731-3	
15	Navarrete Navarrete Elio Augusto		131270688-8	
16	Manuel Ariza Ospina	I/M	12447115	
17	Jorge Vero J	COLEGIO	130167664-7	
18	Karen Andrade Saldamirago	ESTUDIANTE	131301423-3	
19	Cecilia Isabel moyano vega	Estudiante	131286706-0	
20	José Leonardo Castro Zambrano	Estudiante	131086055-4	
21	Claudia Vanessa Hidalgo Zambrano	Estudiante	131067660-4	
22	DEHERA DEHERA WIS CARLOS	ESTO I/M	131236908-7	
23	ARTEBAS CASTRO OMAR AZAEL	I/M	131289512-9	
24	Negrete Pico Christian Santiago	I/M	131132661-3	
25	GRACIA LEONARDO WAGNER PABLO	I/M	131256092-9	
26	Ana Zambrano	Asistente de enfermería		

PLAN INTEGRAL DE ATENCION DE PACIENTES OSTOMIZADOS

HOJA DE ASISTENCIA

JUEVES 11 DE OCTUBRE DEL 2012

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	AREA	CEDULA	FIRMA
27	Fernando Ledezma	cirugía	1300757013	
28	Laura Ruiz Cedeno		131291053-0	
29	Gabriela Pallasera Cepeda		131889240-7	
30	Lorena Zambrano Melo		133205926-2	
31	Pico Marcos Yulredy Alvarado	Cirugía	131025653-0	
32	Salmon Pico Jonathan David/M.	Cirugía	131261159-1	
33	Giancarlo Piza Moreno	Cirugía	1308315926	
34	Diana Karolina Cedeno Alvar	Cirugía	131270827-8	
35	DR. HUGO LOON L.	5-0	130145525-7	
36	Dra. Annely Terán	Nutrición	1306578434	
37	Leda Andrea Durán Fuentes	Nutrición	1310537244	
38	Lic. Javier Garcia T.	Nutrición	0915960280	
39	Dr. Bruce Kennedy	Anatología		

PLAN INTEGRAL DE ATENCION DE PACIENTES OSTOMIZADOS

HOJA DE ASISTENCIA

JUEVES 11 DE OCTUBRE DEL 2012

Nº	APELLIDOS Y NOMBRE	AREA	CEDULA	FIRMA
40	Gonzalo Rodrigo Cedeno Menéndez	Interno	131012467-0	
41	Enevereis Vera Paredes	Exámenes	130941276-3	
42	Bernardo Garcia Jhonairo RATHERINE	Interna	131046363-5	
43	Raúl Cevallos Delgado	MEDICO RESIDENTE CIRUGIA	131178915-8	
44	Digna Mora Urcía	Interna	131203028-9	
45	Cedeno Cedeno Yolanda C	INTERNA	131176294-0	
46	Morera Morera Laila Vanessa	INTERNO	131197095-6	
47	Castro Lopez Bianca Lorena	Interna	59314138	
48	Romayote Demeria Sequedo H.	Interno	131149187-0	
49				
50				

BRA.	Karina Encalada B.	CIRUCIA	1308093036	
I/M	Lidaira Bazant Garcia	Interna	1310463631	
E/M	TUTIVEN MURILLO KAREN	Estudiante	131133166-2	
E/M	Valareso Macias Cristhian	Estudiante	130899608-9	
E/M	Garcia Zembrano Paul	Estudiante	131206712-5	
E/M	Perero Filit Andrea Alejandra	Estudiante	131077634-7	
E/M	Gonzalez Valderrama Leonardo Antonio	Estudiante	131173893-2	
E/M	CAICACHANA VERA MARINA ALEXANDRA	ESTUDIANTE	131258680-1	
E/M	VELEZ SANTIAGO TORRE ISMAEL	ESTUDIANTE	131120690-9	
I/M	ALTEBARRA CASTRO OMAR DIEGO		131284512-4	
I/M	Zembrano Flores Diego Paul		131318528-0	
I/M	Rodriguez Villy Roberto Juan		131060738-5	
EM	BOAZA CARDENAS GEMMA		130697173-8	
EM	DELEGAO CEBEJO MARIA LOURDES		131263815-6	
E/M	Villarreal Pardo Hymy Jaime		40996	
E/M	Vega Gina Guadalupe		131094511-6	
E/M	VÁSQUEZ HARO GEMMA ALEXANDRA		131309996-0	
E/M	Piñero Lora Lucía Eduardo		131149800-8	
E/M	Bailon Pinargote Franklin		131094568-8	
E/M	Azcunaga Alonso Carbel		131201768-2	
E/M	Salta Montes Penina Estefania		131314626-6	
E/M	Roma Gabriela Herminia Simeyo		131287990-0	

▷ Dalpato Zanol Zobe	Licenciada de Neurobiología	131055279-7	
▷ Dra. Manuel Barriga	epidemiología	090975461-8	
▷ Martha Quiroz Figueroa	Licenciada de Neurobiología	131096664-1	
⇒ Alba Pinargote Moreno	Doctora de Imagenología	13410427-9	
Eliu Rodriguez Rey	Posgrado ecografía	130591574-7	
Karina Constante	Técnica de ecografía	131083895-7	
Enquel Corrao	tecnología de RX	131250036-2	
Carolina Zembrano	Interna de Nutrición	131218859-0	
Patricio Zembrano	I/Nutrición	131337153-4	
Jose Tomponzo	I/Nutrición	131052857-9	
Rosa Amara B.	I/Nutrición	131195159-6	
BYRON ZOMBANO U.	II MCO CIQUIA	131224855-0	
Alicia María Wilson Daniel	Estudiante ULEAM	13094992-7	
Honroy PISCO Estefanía Tatiana	Est. ULEAM	131287059-3	
Vásquez Haro Gemma Alejandra	Estudiante ULEAM	131309996-0	
Roma López Gabriela Carolina	Estudiante ULEAM	131100052-2	

## APÈNDICE 6: ACTAS

"MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE  
COLOPROCTOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO"  
AÑO 2012



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA

### ACTA DE COMPROMISO

En la ciudad de Portoviejo, a los 11 días del mes de Octubre del 2012, siendo las 13H00, en la Dirección del Hospital Provincial de Portoviejo, previa convocatoria de las partes involucradas, se llevó a cabo la sesión de trabajo con el **Dr. GENE ALARCON ARTEAGA**, Gerente del Hospital; y, la **DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA**, Servidor Público del Hospital, para revisar el Mejoramiento de la Calidad de Atención en el servicio de coloproctología del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, elaborado por la Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Karina Encalada Ortega, el cual se implementará en esta institución.

Los Señores representantes de esta institución, luego de la revisión del Programa, procedieron a aprobarlo, comprometiéndose a apoyar con todos los recursos necesarios y disponibles para que este se cumpla a cabalidad.

Siendo las 13H30, se da por terminada esta sesión de trabajo y como constancia de lo actuado, los suscritos firmamos para los fines legales pertinentes.

Portoviejo, octubre del 2012.

**Dr. Gene Alarcon Arteaga, Mg. Gs.**

**GERENTE DEL HOSPITAL**

**Dra. Karina encalada Ortega**

**MAESTRANTE U.T.P.L.**



### ACTA DE COMPROMISO

Dr. Gene Alarcón Arteaga

Gerente del Hospital Provincial de Portoviejo

Dr. Juan Carlos Rodríguez

Director Médico del Hospital Provincial De Portoviejo

Dr. Carlos Macías García

Coordinador de la Gestión de Especialidades Clínicas y/o Quirúrgicas

Dr. Fernando Ledesma

Jefe Del Proceso De Cirugía

Dr. Johnny Ortiz

Coordinador del Departamento de investigación y Docencia

Dra. Karina Encalada Ortega

Maestrante De La UPTL



## ACTA DE COMPROMISO

Dra. Anny Terán Arango

Nutrióloga del Hospital Provincial De Portoviejo

Dra. Laura Flores Zambrano

Psicóloga de la primera Sala de Acogida de Violencia Intrafamiliar del  
Hospital Provincial De Portoviejo

Lic. María Defaz Villamar

Coordinadora de la Gestión de Enfermería



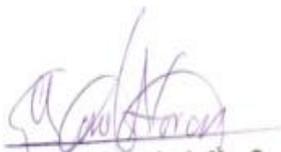
DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTÓLOGA

## ACTA DE REUNION

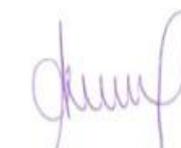
En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 15H00 del día diez de Septiembre del año dos mil doce, en la Gerencia del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, nos reunimos; por una parte, el Dr. Gene Alarcón Arteaga, Gerente; la Dra. Anny Arango, jefe del departamento de Nutrición; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, la Dra. Karina Encalada Ortega, para tratar asuntos concernientes a la ejecución de mi tesis.

Cabe recalcar que ésta fue una reunión valiosa, en la que se expuso la importancia del tema, lográndose sensibilizar a los Directivos para ejecutar acciones de mejoramiento y establecer compromisos de colaboración para el desarrollo de nuestra investigación.

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien de la salud.

  
Dr. Gene Alarcón A. Mg. Gs.

GERENTE DEL HOSPITAL PROVINCIAL PORTOVIEJO

  
Dra. Anny Terán

NUTRILOGA

  
Dra. Karina Encalada Ortega

MAESTRANTE U.T.P.L.

## ACTA DE REUNIÓN DE DESIGNACIÓN EL CLUB DE OSTOMIZADOS DEL HOSPITAL "DR. VERDI CEVALLOS BALDA" DE PORTOVIEJO

En Portoviejo, provincia de Manabí, a las 10H00 del día nueve de Noviembre del año dos mil doce, en la sala de pre-anestesia del Centro Quirúrgico del Hospital, nos reunimos; por una parte, los pacientes hospitalizados con ileostomía y colostomía; Dixon Vélez Zambrano; Jorge Palacios Pinargote; María Violeta Suarez Loor; Angélica Villacreses; Ramón Ignacio vera Ávila; Agustín Morejón Mora; y, Andrés Ponce Baque; y, por otra parte la Egresada de la Maestría en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, Dra. Karina Encalada Ortega, para conformar el Club de Ostomizados del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda" de Portoviejo.

Luego de realizar un consenso, se conformó el Club, el mismo que quedó estructurado así:

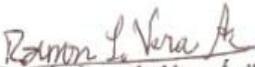
**PRESIDENTE:** Ramón Ignacio Vera Ávila

**VICEPRESIDENTE:** Agustín Morejón Mora

**SECRETARIO:** Andrés Ponce Baque

**COORDINADOR:** Dra. Karina Encalada Ortega

Los suscritos, se comprometen a colaborar en todo lo que esté a su alcance en bien de su salud.

  
Sr. Ramón Ignacio Vera Ávila  
PRESIDENTE

  
Sr. Agustín Morejón Mora  
VICEPRESIDENTE

  
Sr. Andrés Ponce Baque  
PRESIDENTE

  
Dra. Karina Encalada Ortega  
COORDINADORA

## APÈNDICE 7: TRIPTICOS

- No debemos asustarnos si el estoma sangra un poco. En este caso, lavar suavemente y si persiste el sangrado presionar ligeramente con la esponja humedecida en agua fría. NO HIELO.
- Enjuagar y secar muy bien con una toalla limpia, dando suaves toques pero sin apretar ni frotar.
- Comprobar la buena coloración de la piel y el estoma y que no se ha producido ningún cambio importante,
- Si existe vello alrededor del estoma, puedes recortarlo o eliminarlo con unas pinzas, pero nunca rasurarlo.



### HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA



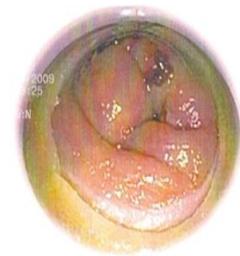
DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTOLOGA.

DRA. ANNY TERÁN ARANGO  
MEDICA - NUTRIOLOGA



### COLOSTOMIA

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



#### RECOMENDACIONES GENERALES

Es necesario que tenga una alimentación suficiente para evitar la pérdida de peso.

- Un mínimo de 6 comidas al día de poca cantidad y según la tolerancia de cada paciente.
- Líquidos entre las comidas, de 30 a 60 minutos antes o después de las comidas y no más de medio vaso.
- En caso de diarrea se ha de tomar un mínimo de 5 vasos de agua diarios para compensar la pérdida de agua pero en pequeñas tomas.
- Tome 1,5 litros al día de líquidos si no existe contraindicación médica.

- Comer despacio, masticando bien los alimentos.
- NO alimentos ni muy fríos ni muy calientes.
- Después de las comidas guarde un cierto reposo por 30 minutos.



#### RECOMENDACIONES EN CASO DE ESTREÑIMIENTO

Ante todo debe prevenir el estreñimiento. El bajo consumo de líquidos, de alimentos con fibra y la falta de ejercicio favorecen el estreñimiento. Por tanto:

- Tome abundantes líquidos.
- Realice ejercicio de forma habitual.
- Consuma de forma regular alimentos con alto contenido en fibra como verduras, ensaladas, frutas (naranja, kiwi, etc), fruta secos, alverjitas, lentejas, pan y cereales integrales.
- No olvide que no debe tomar laxantes sin prescripción médica.



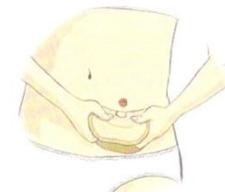
#### METODO DE CUIDADO DE UNA OSTOMIA

##### ¿QUE TENGO QUE HACER CUANDO LLEGUE A CASA?

Al principio nos parece un proceso delicado, pero con el tiempo, la higiene y la colocación de la bolsa será una tarea sencilla y rápida que formara parte de nuestra higiene diaria.

##### ¿COMO REALIZO LA HIGIENE DEL ESTOMA?

- Lavar el estoma sin frotar con agua y jabón. Se puede utilizar el mismo jabón que para el resto del cuerpo siempre que tenga un pH neutro. NO USAR ALCOHOL, YODO O SUERO FISIOLÓGICO.



- No debemos asustarnos si el estoma sangra un poco. En este caso, lavar suavemente y si persiste el sangrado presionar ligeramente con la esponja humedecida en agua fría. NO HIELO.
- Enjuagar y secar muy bien con una toalla limpia, dando suaves toques pero sin apretar ni frotar.
- Comprobar la buena coloración de la piel y el estoma y que no se ha producido ningún cambio importante,
- Si existe vello alrededor del estoma, puedes recortarlo o eliminarlo con unas pinzas, pero nunca rasurarlos.



## HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA



DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA  
COLOPROCTOLOGA.

DRA. ANNY TERÁN ARANGO  
MEDICA - NUTRILOGA



## ILIOSTOMIA

Es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino delgado (Ileon) a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión.



### RECOMENDACIONES NUTRICIONALES

- Comidas en poca cantidad y frecuente.
- Beber líquidos.
- Ingerir solo alimentos recomendados.
- NO alimentos fríos o calientes.
- Comer despacio y en un ambiente tranquilo.
- Reposar después de comer.
- Poco a poco introducir nuevos alimentos en su dieta.

### EVITAR ALIMENTOS QUE PRODUCEN GASES COMO:

- Lácteos: nata, helado, leche helada
- Alimentos ricos en grasa: carnes grasosas, comidas fritas, salsas condimentadas y pastelería.
- Vegetales: col de Bruselas, repollo, coliflor, maíz, pepino, pimienta, habas, cebollas, rábanos.
- Legumbres frescas: frejoles, arvejas cecias, lentejas, soya.
- Frutas: ciruelas pasas, uvas pasas.
- Granos: cereales o pan de salvado y abundante cantidad de trigo entero.

### ALIMENTOS RECOMENDADOS EN PRIMERA FASE

- Te, manzanilla
- Agua de arroz
- Agua de zanahoria
- Arroz hervido caldoso
- Papa y zanahoria hervida
- Fideo
- Pescado hervido
- Manzana al horno
- Manzana rayada oxidada y sin piel
- Compota de manzana
- Tostadas de pan

### ALIMENTOS RECOMENDADOS EN SEGUNDA FASE

- Yogurt descremado natural
- Res, pescado, pollo (plancha)
- Tortilla o huevo duro
- Sopa de fideo
- Durazno
- Galletas tipo maria
- Bizcochuelo
- Guineo y pera maduros

### ALIMENTOS RECOMENDADOS EN TERCERA FASE

- Puré: zucchini, papa
- Frutas (jugos y enteras muy maduras)
- Verduras hervidas y por último las legumbres
- Introducir progresivamente cocciones más complejas hasta llegar a la dieta habitual.

### METODO DE CUIDADO DE UNA OSTOMIA

#### ¿QUE TENGO QUE HACER CUANDO LLEGUE A CASA?

Al principio nos parece un proceso delicado, pero con el tiempo, la higiene y la colocación de la bolsa será una tarea sencilla y rápida que formara parte de nuestra higiene diaria.

#### ¿COMO REALIZO LA HIGIENE DEL ESTOMA?

Lavar el estoma sin frotar con agua y jabón. Se puede utilizar el mismo jabón que para el resto del cuerpo siempre que tenga un pH neutro. NO USAR ALCOHOL, YODO O SUERO FISIOLOGICO

## APÈNDICE 8: FOTOGRAFÌAS



Dr. Gene Alarcón, Gerente del Hospital; Dr. Juan Carlos Rodríguez, Director Médico; y, Dra. Karina Encalada Ortega, Maestrante U.T.PL., durante la aprobación del proyecto.



Dr. Gene Alarcón, Gerente del Hospital; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.PL., firmando el acta de compromiso.



Dr. Carlos Macías; Coordinador de Especialidades Clínico y Quirúrgico; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.PL., firmando el acta de compromiso.



Dr. Juan Carlos Rodríguez, Director Médico del Hospital y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.PL., firmando el acta de compromiso.



Dra. Anny Terán; Jefe de Dpto. Nutrición del Hospital; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.PL., firmando el acta de compromiso.



Lcda. María Defaz, Coordinadora de la Gestión de Enfermería del Hospital; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.PL., firmando el acta de compromiso.



Autoridades del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda"; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.P.L. realizando la entrega del Plan de Atención Integral a pacientes con Colostomía e Ileostomía temporal.



Lcda. Ana González y Dra. Anny Terán, del Dpto. de Nutrición del Hospital; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.P.L. organizando la jornada capacitatoria.



Lcda. Ana González; y, Dra. Karina Encalada, Maestrante U.T.P.L. firmando el acta de reunión.



Dr. Julio González, exponiendo su tema durante la jornada capacitatoria.



Dr. GianCarlos Ponce, Expositor, en la jornada capacitatoria.



Dr. Carlos Almeida Cruz, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Lcda. María Luisa Almeida, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Dra. Anny Terán, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Lcda. Ana González, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Dr. Fernando Ledesma, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Dr. Ricardo Marín, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Dr. Manuel Ariza, durante su exposición en la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Asistentes a la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.



Asistentes a la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y ostomía.





Equipo del Dpto. Nutrición y Dietética del Hospital, durante la capacitación sobre plan de atención integral a pacientes con ileostomía y



Charla demostrativa sobre el tratamiento integral al paciente ostomizado.



Dra. Karina Encalada Ortega, ejecutando la Charla demostrativa sobre manejo y cuidados de una colostomía.



Dra. Karina Encalada Ortega, entregando material informativo a pacientes y asistentes a la capacitación.



Dra. Karina Encalada Ortega, entregando material informativo a pacientes y asistentes a la capacitación.



Dra. Karina Encalada Ortega, entregando material informativo a pacientes y asistentes a la capacitación.

## **APÈNDICE 9: PLAN DE CAPACITACIÒN**

### **PROGRAMA DE CAPACITACIÒN SOBRE PLAN DE ATENCIÒN INTEGRAL PARA PACIENTES CON COLOSTOMÌA E ILEOSTOMÌA EN EL HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO**

#### **INTRODUCCION**

La palabra capacitación tiene muchos significados. Algunos especialistas consideran que es un medio para desarrollar la fuerza de trabajo de las organizaciones, otros la interpretan más ampliamente y consideran que la capacitación sirve para un debido desempeño del puesto, asimismo extienden el concepto a un nivel intelectual por medio de la educación general. También otros autores se refieren a un área genérica, llamada desarrollo, que dividen en educación y capacitación: la capacitación significa preparar a la persona para el puesto, mientras que el propósito de la educación es preparar a la persona para el ambiente dentro o fuera de su trabajo.

Entonces, se cree conveniente establecer un concepto generalizado sobre lo que es capacitación.

Chiavenato, I. (2007), en Administración de Recursos Humanos, indica que:

“La capacitación es el proceso educativo de corto plazo, aplicado de manera sistemática y organizada, por medio del cual las personas adquieren conocimientos, desarrollan habilidades y competencias en función de objetivos definidos”.(Pág. 386).

Esta capacitación va a transmitir información; va a desarrollar habilidades, sobre todo las de destrezas y los conocimientos que están directamente relacionados con el desempeño del puesto presente o de posibles funciones futuras; desarrollará o modificará actitudes en busca de convertirlas en otras más favorables, como aumentar la motivación o desarrollar sensibilidad en el personal y supervisar los sentimientos del talento humano; y, elevará la capacidad de abstracción y la concepción de ideas y filosofías, para facilitar la aplicación de conceptos en la práctica de la administración.

## **JUSTIFICACION**

La capacitación desde un punto de vista más amplio, parece ser una respuesta lógica a un cuadro de condiciones ambientales cambiantes y a los nuevos requisitos para su supervivencia y el crecimiento de las organizaciones. Los criterios de eficacia de la capacitación se vuelven significativos cuando son considerados en conjunto con los cambios en el ambiente organizacional y en las demandas sobre la organización. La importancia de la capacitación está en el aumento de la productividad; en la mejora en la calidad de los productos y servicios; en la reducción del flujo de la producción; en la mejora en la atención al cliente; en la reducción de índice de morbilidad; y, en la prevención del aumento de mortalidad.

## **OBJETIVO GENERAL**

Brindar oportunidades para el desarrollo personal continuo y no sólo en sus puestos actuales, sino también para otras funciones más complejas y elevadas.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Fortalecer el programa de mejoramiento de la calidad de atención
- Contribuir al mejoramiento de las relaciones interpersonales
- Preparar a las personas para la realización inmediata de diversas tareas del puesto.

## **RESPONSABLE**

Dra. Karina Encalada Ortega, Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

## **GRUPO AL QUE VA DIRIGIDO**

Va dirigido a Médicos Residentes que labora en el área de Coloproctología del Hospital.

## **LUGAR**

Auditorio del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo.

## **FECHA DE PROGRAMACION**

10 al 25/09/2012

## **JORNADAS DE TRABAJO**

Sesiones de 4 horas diarias de trabajo (8H00am – 12H00 pm).

## **TEMAS:**

- Ileostomía: Generalidades y técnicas quirúrgicas.
- Colostomía: generalidades y técnicas quirúrgicas.
- Cuidados enterostomales
- Selección del sitio anatómico para la ubicación de la ostomía
- Complicaciones médicas y quirúrgicas de colostomía e ileostomía.
- Dietoterapia para colostomía
- Dietoterapia para ileostomía
- Consejería pre y post operatorio
- Colocación de bolsas de Ostomía
- Presentación de video “Cómo vivir con una colostomía”
- Presentación de video “Técnicas quirúrgicas de ileostomía”
- Presentación de video cuidados integrales de colostomías e ileostomías
- Vivir con una ileostomía
- Plan integral para manejar a pacientes con ileostomía y colostomía
- Sitios anatómicos de colostomía e ileostomía.

**EXPOSITORES:** Los conferencistas para esta capacitación son los siguientes:

Dr. Carlos Almeida Cruz, Médico Tratante del Hospital

Dr. Giancarlos Ponce, Médico del Hospital

Dra. Anny Terán, Nutricionista del Hospital

Lcda. Anita González, Nutricionista del Hospital

Dr. Ricardo Marín; Médico del Hospital

Dr. Manuel Ariza, Médico Tratante del Hospital

Dr. Fernando Ledesma, Médico Tratante del Hospital

Lcda. María Luisa Almeida, Líder Subproceso Cir. Varones

Dr. Julio González, Médico Tratante del Hospital

Dr. Jorge Vera, Traumatólogo del Hospital

Dra. Carmen Guillén, Médico del Hospital

Dra. Laura Flores, Psicóloga del Hospital

Dra. Karina Encalada Ortega, Médico del Hospital.

Dra. Alexandra Quiroz, Psicóloga del Hospital

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES  
CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MIERCOLES 10 DE  
SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	
8:00 – 8:30	Dr. JUAN CARLOS RODRIGUEZ	PALABRAS DE BIENVENIDA DEL DIRECTOR MÉDICO.		
8:30 – 9:30	Dr. Ricardo Marín	Video sobre cuidados integrales de colostomía	Proyección de video ( infocus )	
9:30 – 10:30	Dra. Carmen Guillen	Video sobre cuidados integrales de colostomía e ileostomía	Proyección de video ( infocus)	
10:30 – 11:00	RECESO			
11:00 – 12:00	Dra. Alexandra Quiroz	Vivir con una ileostomía	Proyección de diapositivas ( infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA TEMPORAL DEL DÍA LUNES 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:00	Lic. Ana González	Medidas generales de nutrición	Proyección de diapositivas ( infocus )	
9:00 – 10:00	Dra. Anny Terán	Dietoterapia para colostomía e ileostomía	Proyección de diapositivas ( infocus )	
10:00 – 11:00	Dr. Alexander Álava	Video de dietoterapia para pacientes con ileostomía	Proyección de diapositivas ( infocus )	
11:00 – 12:00	Dr. José Giraldo	Video de dietoterapia para pacientes con colostomía	Proyección de diapositivas ( infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA TEMPORAL DEL DÍA JUEVES 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:00	Dra. Karina Encalada Ortega	Presentación del Plan Integral de Colostomía e Ileostomía	Proyección de diapositivas (infocus )	
9:00 – 10:00	Lic. Maria Defaz	Demostración en pacientes, higiene e irrigación de ostomia	Pacientes, bolsas, jabón neutro, agua, guantes camilla. Etc.	
10:00 – 12:00	Dr. Carlos Almeida Dr. Fernando Ldesma Dr. Brucker Garcia	Mesa redonda: complicaciones de los pacientes ostomizados		

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MARTES 12 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

HORA	EXPOSITOR	TEMA	MEDIO	EVALUACIÓN
8:00 – 9:30	Dr. Julio González	Ileostomía: Generalidades y técnicas quirúrgicas	Proyección de diapositivas (infocus )	
9:30 -10:30	Dr. GianCarlos Ponce	Colostomía: Generalidades y técnicas quirúrgicas	Proyección de diapositivas (infocus )	
10:30 – 11:00	RECESO			
11:00 - 12:00	Dr. Carlos Almeida	Complicaciones médicas y quirúrgicas de ileostomía y colostomía	Proyección de diapositivas (infocus ) Entrega de tripticos	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

HORA	EXPOSITOR	TEMA	MEDIO	EVALUACIÓN
8:00 – 9:30	Lcda. María Luisa Almeida	Cuidados enterostomales	Proyección de diapositivas (infocus)	
9:30 -10:30	Dr. Manuel Ariza	Video de técnicas quirúrgicas de ileostomía	Proyección de video (infocus )	
10:30 – 11:00	RECESO			
11:00 - 12:00	Lic. Ana González Dra. Anny Terán Lic. Maria Defaz	Mesa Redonda Tema: manejo de dietas en hospitalización	Proyección de diapositivas ( infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:30	Dra. Laura Flores	Como vivir con ileostomía	Proyección de diapositivas (infocus )	
9:30 -10:30	Dra. Karina Encalada	Foro abierto: preguntas y respuestas.	Proyección de video (infocus )	
10:30 – 11:00	RECESO			
11:00 - 12:00	Dra. Alexandra Quiroz Dra. Laura Flores	Mesa Redonda Tema: apoyo psicológico en pacientes hospitalizados.	Proyección de diapositivas (infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA LUNES 17 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:30	Dr. Jorge vera	Indicaciones de ileoscopia y colonoscopia	Proyección de diapositivas ( infocus )	
9:30 -11:00	Dra. Karina Encalada Dr. Fernando Ledesma Dr. Giancarlos Ponce	Mesa redonda: manejo postquirúrgico en pacientes con ileostomía y colostomía	Proyección de video ( infocus )	
11:00 – 11:30	RECESO			
11:30 - 12:00	Dra. Anny Terán	Foro abierto	Proyección de diapositivas ( infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MARTES 18 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:30	Dr. Fernando Ledesma	Sitios anatómicos para realizar las ostomias	Proyección de diapositivas ( infocus )	
9:30 -11:00	Dr. Jorge Vera Dr. Julio Gonzalez Dr. Carlos Almeida	Mesa redonda: Técnicas quirúrgicas	Proyección de video ( infocus )	
11:00 – 11:30	RECESO			
11:30 - 12:00	Lic. Maria Luisa Almeida	Foro abierto	Proyección de diapositivas ( infocus )	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA MIÉRCOLES 19 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:30	Dr. Jorge vera	Indicaciones de ileoscopia y colonoscopia	Proyección de diapositivas (infocus)	
9:30 -11:00	Dra. Karina Encalada Dr. Fernando Ledesma Dr. Giancarlos Ponce	Mesa redonda: manejo postquirúrgico en pacientes con ileostomía y colostomía	Proyección de video (infocus)	
11:00 – 11:30	RECESO			
11:30 - 12:00	Dra. Anny Terán	Foro abierto	Proyección de diapositivas (infocus)	

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PLAN DE ATENCION INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA TEMPORAL DEL DÍA JUEVES 20 DE SEPTIEMBRE DEL 2012**

<b>HORA</b>	<b>EXPOSITOR</b>	<b>TEMA</b>	<b>MEDIO</b>	<b>EVALUACIÓN</b>
8:00 – 9:30	Dr. Fernando Ledesma	Experiencia en el manejo de pacientes ostomizados	Proyección de diapositivas ( infocus )	
9:30 -10:30	Dr. Giancarlos Ponce	Foro Abierto	Proyección de video ( infocus )	
10:30 – 11:30	Dra. Karina Encalada Ortega	Encuesta y entrega de materiales informativos		
11:30 - 12:00	Dr. Gene Alarcón Arteaga	Palabras de agradecimiento		

**APÈNDICE 11: PLAN DE ATENCIÒN INTEGRAL**



**HOSPITAL PROVINCIAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

**PLAN DE ATENCIÒN INTEGRAL A PACIENTES CON COLOSTOMÍA E  
ILEOSTOMÍA TEMPORAL.**

**DRA. KARINA ENCALADA ORTEGA**

**COLOPROCTÓLOGA**

Ecuador, Portoviejo

Octubre del 2012

## DERECHOS DE LOS OSTOMIZADOS

*“Es derecho de todos los ostomizados tener una adecuada calidad de vida después de su intervención quirúrgica”*

*Recibir información preoperatoria completa, informando sobre los beneficios de la operación y de los factores esenciales del vivir con un estoma.*

*Tener un estoma bien constituido y bien localizado en un sitio apropiado buscando el confort para el paciente.*

*Recibir el soporte médico profesional y experimentado y el cuidado de enfermería durante el periodo pre y post operatorio, tanto en el hospital como en su comunidad.*

*Recibir información completa e imparcial sobre los productos relacionados al cuidado de la ostomía disponibles en su país.*

*Tener la oportunidad de escoger de la variedad de productos de manejo de ostomía disponibles y sin prejuicio.*

*Recibir información sobre la Asociación Nacional de Ostomizados de su país y de los servicios que puedan proveer.*

*Recibir información y apoyo suficiente en beneficio de la familia y amigos para aumentar sus conocimientos y entendimientos sobre el estándar de vida satisfactoria de personas con ostomías.*

## INTRODUCCIÓN

Todos los años, muchos pacientes son sometidos a diversas ostomías en el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” de Portoviejo. Este tipo de cirugía se construye como tratamiento para lesiones obstructivas, perforaciones, y enfermedad inflamatoria intestinal.

Una ostomía es un proceso el cual se forma una abertura o salida de un órgano a la superficie de la piel. Esta abertura o salida recibe el nombre de estoma.

Existen muchos tipos de ostomías, nosotros hablaremos de aquellas aberturas quirúrgicamente creadas en el intestino, (colostomías e ileostomías).

Una colostomía es una conexión del colon a la piel de la pared abdominal. La ileostomía comprende exteriorización del íleo hacia la piel del abdomen.

La información acerca de los tipos y números de estomas construidos, las complicaciones de los estomas, y el deterioro resultante de la vida de un individuo ha sido limitada porque las enfermedades para las cuales se construyen estomas no son de notificación obligatoria en Estados Unidos. Por ende, la United Ostomy Association (UOA) grupo voluntario de 40.000 miembros con estomas de diversos tipos, se dio a la tarea de reunir datos de pacientes de Estados Unidos y Canadá que tienen un estoma intestinal. Una revisión de 15.000 de estas entradas muestra que la incidencia máxima de construcción de ileostomía debido a colitis ulcerosa ocurre entre los 20 y 40 años de edad, con un máximo más bajo pero con el mismo rango de edad en presencia de enfermedad de Crohn. El segundo máximo más grande representa colostomías construidas debido a cáncer colorrectal, y este ocurre a los 60 a los 80 años. Cuando se analizaron complicaciones de acuerdo con la indicación original para la operación, se encontró que muchos pacientes sabían que tenían complicaciones.

El estudio efectuado por la UOA reveló que los pacientes reanudaron actividades domésticas el 90% de las veces, profesionales el 73% de las ocasiones, sociales el 92% de las veces, y sexuales en el 90% de los casos.

Se toma en cuenta que los pacientes en quienes se efectúa proctectomía por cáncer suelen perder la función sexual debido a denervación del sistema nervioso autónomo, y no a la presencia de un estoma.

Los cambios que han mejorado la calidad de vida del enfermo que tiene un estoma son la creación y disponibilidad de equipos y accesorios mejorados para estoma

Este plan de atención integral contiene información sobre manejo médico especializado, de enfermería; nutricional y psicológico, cómo manejar cada una de estas situaciones con el objetivo de responder y aclarar algunas dudas que pueda tener sobre su estoma y la forma de llevar una mejor vida social del paciente ostomizado.

## **OBJETIVOS**

- Enumerar posibles alternativas de solución a minimizar las consecuencias deletéreas de las ostomias
- Brindar un instrumento al paciente ostomizado que sirva de mecanismo para mejorar su calidad de vida.

### **¿Qué es una colostomía?**

Una colostomía es un procedimiento quirúrgico que consiste en hacer una abertura u orificio por medio del cual un segmento del intestino grueso se saca por la pared abdominal, en donde se fija para permitir el paso de la materia fecal.

Las colostomías son temporales, cuando existe la posibilidad de restaurar el tránsito intestinal o permanente cuando debido a la patología existente no cabe la posibilidad para la reconstrucción.

### **Tipos**

La colostomía se puede construir en casi cualquier punto del colon. La posición depende de la razón médica de la cirugía.

#### **Colostomía Ascendente**

*Construida en la parte ascendente del colon.*

- Salida: Heces fecales líquidas o pastosas.
- Sistema colector abierto drenable

## **Colostomía Transversa**

*Construida en la parte transversal del colon.*

- Salida: Heces fecales pastosas o semiformadas.
- Sistema colector abierto drenable de una pieza y/o de dos piezas.

## **Colostomía Descendente**

*Construida en la parte descendente del colon.*

- Salida: Heces fecales por lo general formadas.
- Sistemas de colector abierto drenable de una pieza y de dos piezas.

## **Colostomía Sigmoidea**

*Construida en la parte sigmoides del colon.*

- Salida: Heces completamente formadas.
- Sistema colector abierto o drenable de una y/o dos piezas, sistema colector cerrado de una y dos piezas.
- Cubre estoma (en caso de irrigación).

## **¿Qué es una ileostomía?**

Una ileostomía es una abertura construida entre el intestino delgado y la pared del abdomen, por lo general al usar el íleon distal, pero a veces intestino delgado más distal.

En caso de una colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn, el colon puede extirparse quirúrgicamente, junto con el recto y el ano.

La construcción quirúrgica de una ileostomía debe ser más precisa que para una colostomía, porque el contenido es líquido, de alto volumen, y corrosivo para la piel que rodea el estoma. Por ende es necesario localizar este último con exactitud durante el preoperatorio.

## **Ubicación**

Por lo general la ileostomía se ubica en el “cuadrante inferior derecho” del abdomen. Ésta es la zona justo debajo de la cintura a la derecha del ombligo.

## **ATENCIÓN INTEGRAL**

Dentro de la variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que en la práctica médica se utilizan; y dentro de esta, en cirugía; las ostomías son procedimientos estándar que se realizan de gran repercusión por los inconvenientes económicos, laborales, sociales, además de los efectos psicológicos que provocan.

Las ostomías se definen como la comunicación con el exterior de la luz de un órgano, citando como ejemplos las gastrostomías, yeyunostomías, ileostomías y las colostomías, entre otras. Pueden ser realizadas de urgencias o electivas en pacientes traumatizados, en enfermedades neoplásicas e inflamatorias, en pacientes que requieran descompresión o derivación del tránsito intestinal o aquellos que requieran alimentación enteral como las yeyunostomías. Pueden tener carácter temporal o permanente de acuerdo a la indicación de las mismas.

El paciente ostomizado va necesitar de atención integral y especializada, relacionada tanto con los cuidados médicos e higiénico-dietéticos que requieren las ostomías, así como medidas que cubran las consecuencias biopsicosociales negativas que adornan a estos pacientes para tratar los sentimientos de angustia y devastación que los circundan, tanto por las causas que motivaron la intervención, así como debido a los cambios previstos en la imagen corporal, integridad física y estilo de vida.

Actualmente, en instituciones de salud existen equipos multidisciplinarios para la atención integral de estos enfermos.

Para darle respuesta a los cuidados que requieren así como para el apoyo psicológico de los mismos, es necesario que todos los miembros del personal asistencial, y la familia estén en capacidad de ayudar y dar apoyo al paciente. Esto solamente es posible con un sistema de salud integral, donde se vinculen estrechamente y exista reciprocidad de participación de los diferentes niveles de atención médica.

Con el plan de especialización de medicina general integral, donde se forman especialistas de nuevo orden, avalados no solo del conocimiento puramente médico sino capaces de ver al enfermo como un ente social y elemento inseparable de la sociedad de la cual forman parte; la atención primaria se logra por parte del complejo médico y enfermera de la familia, los cuales son aptos para manejar la

información complementaria y el apoyo necesario al paciente y familiares en el manejo armónico de esta nueva problemática.

Los cuidados que requieren una ostomía incluyen la adecuada atención de la piel circundante, la aplicación correcta y manejo de las bolsas colectoras, irrigación de la ostomía y la aplicación de dispositivos de contención. El paciente ostomizado no necesita de una dieta especial, pero esta debe ser individualizada para evitar las diarreas y el estreñimiento.

Sin olvidar los cuidados de la ostomía, es vital e imperativo la atención y manejo de las consecuencias devastadoras en las esferas económicas, sociales y psicológicas que caracterizan a estos pacientes.

### **ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS**

El manejo del paciente ostomizado va a depender del sistema social imperante. En sociedades capitalistas y países del tercer mundo con tecnologías atrasadas, los tratamientos son muy selectivos y se destinan solo a la clase social con posibilidades económicas, esto hace que los pacientes acudan en etapas avanzadas de la enfermedad, donde la única alternativa es la ostomía.

Sufrir la pérdida de control del esfínter además de otros inconvenientes, puede alterar su desarrollo social, al incrementar en la mayoría no pudiente, el empobrecimiento y la quiebra de su ya precaria estructura económica.

En nuestro país, el costo de las ostomías es casi totalmente subsidiado por el estado, ya que la atención hospitalaria es totalmente gratuita; que incluyen los recursos empleados (anestésicos, suturas, bolsas, sondas, entre otros). Los pacientes con ostomía se comportan de modo similar a los de países desarrollados, generalmente se encuentran en pleno desarrollo de su profesión, ya sean aquellos que sufren lesiones traumáticas, o en los casos de cáncer. El estado cubano ha tomado medidas con vistas a garantizar los recursos mínimos de forma centralizada y equitativa.

### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

En las décadas pasadas al paciente que se le realizaba una ostomía era abandonado a su propio albedrío, rechazado y segregado por la sociedad reinante. En algunos países africanos, debido a su bajo nivel cultural y creencias religiosas no

aceptan este proceder quirúrgico; llegando en ocasiones al suicidio, como única alternativa, al despertar de la anestesia y verse con tal “mal”.

Desde el mismo momento que se hace el diagnóstico y ante la cirugía inminente, el paciente comienza a sentir gran angustia , por lo que todos los miembros del personal asistencial y la familia deben estar en capacidad de ayudar y dar apoyo al paciente.

El hecho de una ostomía es un impacto devastador y demoledor de la autoestima. Despertar de la anestesia con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa y a veces inadvertida; la inadaptación y depresión resultan comunes, impactando sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación. La cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como una amenaza para su vida sexual satisfactoria.

Los cambios en la integridad de la imagen corporal y estilo de vida conllevan a un agobio emocional severo. Es entendible que el paciente piense que todo el mundo conoce de su desgracia y lo considere como una mutilación y por lo tanto, que experimenten serias etapas críticas como el shock psicológico, desconfianza, rechazo, negación, ira y rehabilitación.

La cirugía de los estomas como tratamiento de enfermedades, sin duda alguna tiene una influencia negativa en la calidad de vida de estos pacientes, reportándose un elevado estrés psicológico, dado por el daño físico y desfiguramiento estético, la pérdida de funciones corporales y los consiguientes cambios en la higiene personal dado por el mal olor y ruidos comprometedores del movimiento intestinal debido a gases y expulsión de materia fecal, preocupación seria por el ambiente social circundante, con el deterioro de la relaciones sociales y el aislamiento, que incluso reportan rechazo por parte de la familia; considerando en algunas ocasiones hasta la opción del suicidio.

Con el objetivo de ayudar a resolver estos conflictos psicosociales ; y aceptar y vivir con la imagen corporal alterada y sus consecuencias ya descritas , se imponen una serie de medidas que van desde el tratamiento integral del paciente ostomizado por grupos multidisciplinarios hasta el análisis de las individualidades y características de cada paciente en particular. Es imperativo que este acercamiento se inicie desde

el mismo momento que se realiza el diagnóstico por primera vez y continuar durante todo el proceso de la enfermedad en los casos que así lo requieran.

A pesar de los avances de la medicina moderna; y el surgimiento y desarrollo de nuevas especialidades que permiten un enfoque integral de cualquier paciente enfermo, parece existir el consenso de que aun en nuestros días, el impacto del estoma en la vida de pacientes es pobremente discutido y subvalorado, tanto como se le resta valor a la contribución de las diferentes variables de tratamiento de la estomaterapia en la mejoría de la calidad de vida de estos casos.

Ha sido demostrado que los pacientes reciben insuficiente información relacionada con los estomas previo a la cirugía, lo cual contribuye a los temores postoperatorios y dificultades en la adaptación.

La información adecuada y el consentimiento informado de pacientes ostomizados por parte del personal especializado y cirujanos, parece ser aun deficiente, sugiriendo que los estándares de calidad de vida requieren una continua revisión y evaluación.

Algunos análisis sugieren que equipos de estomaterapia o enfermeras especializadas en estos aspectos deben asumir el rol de educadores en todo el proceso preoperatorio para facilitar la mejora de la calidad de vida del paciente ostomizado.

Todavía existen hechos que resaltan la tarea de salvar únicamente la vida por el cirujano actuante, y menosprecian lo importante de los valores éticos morales que son invadidos y afectados en estos enfermos, produciendo un marcado deterioro de su estado psicológico y la alteración de su integridad física.

Pensamos que reflexionar y enfatizar en estos aspectos nos brindaría un enfoque integral, pleno y holista de cómo manejar este tipo de pacientes; a los cuales muchas veces no se le presta la atención que merecen y estos aspectos son ignorados ocasionalmente por el profesional de salud, que prescinde por desconocimiento del éxito de la rehabilitación; siendo uno de sus pilares fundamentales la educación.

La educación es la clave del éxito, un paciente informado se convierte en un aliado. Como resultado de esto parecerían existir pocos problemas en este consorcio para la ayuda. Sin embargo, el cirujano debe seleccionar al paciente apropiado y

emplazar la ostomía en el sitio correcto, prestando atención a detalles de la técnica para alcanzar buenos resultados a largo plazo. Asimismo debe conocer todos los pasos y los problemas de la rehabilitación.

La valoración preoperatorio adecuada y un consentimiento informado apropiado con un seguimiento a largo plazo por el equipo de manejo de estomas, sin duda alguna contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida.

Un grupo profesional, los terapeutas para ostomías, desempeñan en la actualidad una función invaluable asesorando a este tipo de pacientes, no solamente en la utilización de novedosos y revolucionarios dispositivos que son más planos, livianos, inodoros y adhesivos; sino en el enfoque integral psicosocial atendiendo a las necesidades de estos pacientes, transitando por la mejora de la autoestima, imagen corporal, esfera sexual y relaciones sociales.

Es importante identificar las necesidades psicosociales específicas e individualizar el plan asistencial. Hay que salvaguardar la intimidad del paciente, al limitar las visitas de común acuerdo con él, es importante conservar siempre esta intimidad cuando se le atienda, conviene también eliminar los apósitos contaminados y sacarlos de la habitación para evitar olores desagradables, a veces se requieren desodorantes ambientales si los apósitos huelen mal.

Para adaptarse al cambio el paciente experimentará primero un período de shock o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

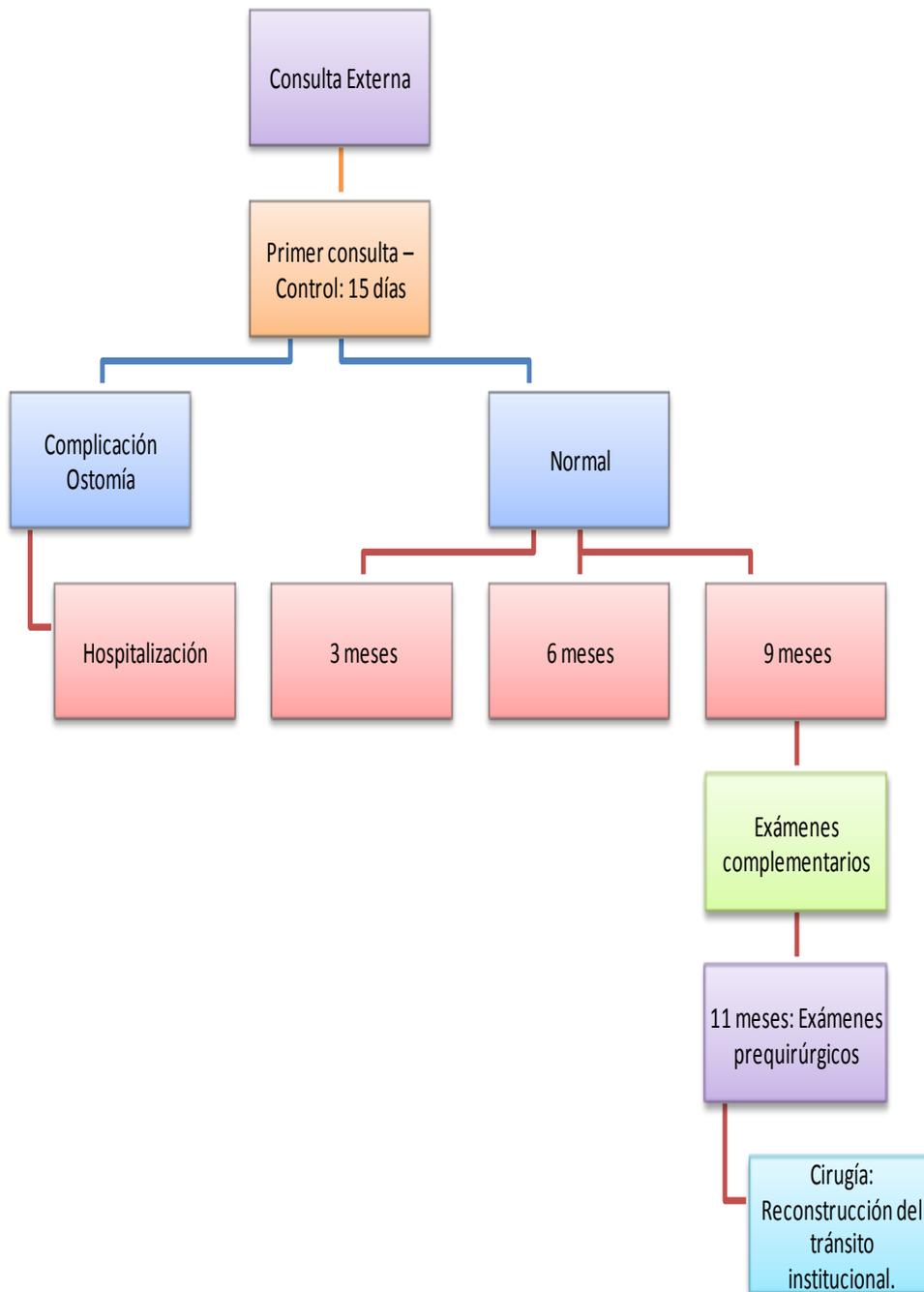
Grupos especializados de atención a pacientes ostomizados pueden proveer educación especializada en el manejo de la enfermedad, asistir con la identificación de mecanismos inefectivos de cooperación y promover efectivas habilidades de colaboración y técnicas antiestrés.

## **CONCLUSIONES**

- El manejo del paciente ostomizado depende del sistema social imperante.
- En países capitalistas y del tercer mundo, la ostomias constituyen un elemento importante de empobrecimiento y deterioro económico.

- Las ostomias constituyen causa seria de afectación en detrimento de la calidad de vida de estos pacientes.
- Elevado estrés psicológico, dado por el daño corporal y alteración de su integridad física, la pérdida de funciones corporales y los consiguientes cambios en la higiene personal afectan la autoestima del paciente ostomizado.
- La cirugía de ostomía están relacionadas con el deterioro de las relaciones sociales y el aislamiento de los pacientes.
- En los pacientes ostomizados hay afectación de la esfera sexual.
- No existe una adecuada información y educación de aquellos pacientes candidatos a cirugía de ostomias, así como insuficiente preparación de familiares; afectando así la adecuada cooperación de los mismos en el manejo médico.
- La educación de estos pacientes, desde el periodo del preoperatorio, y a lo largo de su seguimiento, constituye el pilar del manejo en todo paciente con ostomía.
- La implementación de grupos especializados de manejo de pacientes ostomizados pudiera permitir una atención integral a estos pacientes.
- Los estándares de calidad de vida en el paciente ostomizado debe ser continuamente revisado.

# FLUJOGRAMA DE MÉDICOS CIRUJANOS DIGESTIVOS APLICADO EN LA CONSULTA EXTERNA



## BIBLIOGRAFIA

- Noda Sardiñas CL, y cols. (2001). "Problemática actual del paciente con ostomía". *Rev Cubana Med Milit*;30(4):256-62.
- Gooszen AW, y otros. (2000). "Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. colostomy". *Dis Colon Rectum*; May;43(5):650-5.
- Furlani R, et. Al. (2002). "Living with a permanent intestinal stoma: changes told by stoma patients". *Rev Bras Enferm*; Sep-Oct;55(5):586-91.
- Karadag A, et. Al. (2003). "Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies". *Int J Colorectal Dis*; May;18(3):234-8.
- Berndtsson IE, y cols. (2004). "Health-related quality of life and pouch function in continent ileostomy patients: a 30-year perspective". *Dis Colon Rectum*; Dec;47(12):2131-7.
- Silva MA, y otros. (2003). "Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy". *World J Surg*; Apr;27(4):421-4.
- Persson E, y otros. (2005). "Ostomy patients' perceptions of quality of care". *J Adv Nurs*; Jan;49(1):51-8.
- Edwards DP, y cols. (2001). "Stoma-related complications are more frequent after transverse colostomy than loop ileostomy: a prospective randomized clinical trial". *Br J Surg* 2001; Mar; 88(3):360-3.
- Karadag A, y otros. (2005). "Colostomy irrigation: results of 25 cases with particular reference to quality of life". *J Clin Nurs*; Apr;14(4):479-85.
- Bondarevs'kyi AO, y cols. (2001). "Quality of life of patients with colostomy after colonic injury". *Klin Khir*;(5):18-21.
- Norton C, et Al. (2005). "Patients' views of a colostomy for fecal incontinence". *Dis Colon Rectum*; May;48(5):1062-9.
- Rosito O, y cols. (2002). "The effects of colostomy on the quality of life in patients with spinal cord injury: a retrospective analysis". *J Spinal Cord Med*;25(3):174-83.
- Persson E. & Hellstrom A.L. (2002). "Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery". *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*; 29(2), 103-108.

Persson E., Severinsson E. & Hellstrom A.L. (2004). "Spouses' perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma". *Cancer Nursing*; 27(1), 85-90.

Reynaud, SN, y cols. (2002). "Coping Styles of Older Adults with Ostomies". *Journal of Gerontological Nursing*; 28(5):30-36.

De Gouveia S, y otros. (2001). "The Pouch Acting as a Mediator Between "Being a Person With an Ostomy" and "Being a Professional": Analysis of a Pedagogical Strategy". *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 28(4):206-214.

Persson E, y cols. (2005). "Information to the Relatives of People With Ostomies: Is It Satisfactory and Adequate?". *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*; 32(4):238-245.

Black P. (2000). "Practical stoma care". *Nursing Standard*; 14(41):47-55.

# ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.**

### **JUSTIFICACIÓN EN DAR RECOMENDACIONES**

Tanto el enfermo, la familia y/o el cuidador presentan un nivel perceptible de ansiedad, debido a la falta de conocimiento en los cuidados que deben prestarle o tener en sí el propio paciente ya en su domicilio. Es un proceso que de forma habitual se lleva a cabo en las unidades de hospitalización.

Esta situación se presenta a diario en una unidad quirúrgica, como es el caso de cirugía general y de urología. Es en el momento del alta, cuando de forma rápida, casi excesiva, se plantean muchas dudas que no siempre quedan aclaradas a la hora de marchar.

La enfermera, en este aspecto, tiene una importante función educativa, tanto al paciente como al familiar y/o cuidador; colaborar en que la rehabilitación del enfermo sea lo más favorable en sí, ayudarle a que conozca mejor su proceso de evolución a la mejoría o detección de problemas en el caso de la no mejoría o complicaciones.

Para poder dar esa información, la enfermera debe valorar el conocimiento del sujeto y/o familiar, así como su nivel cultural, de aprendizaje, etc. Hay que abordar cuestiones básicas con las que se va a encontrar:

1. Identificar, con el enfermo y familiar, sus dudas u objetivos de enseñanza.- una vez sabido o detectado estas deficiencias, indicar lo que debe saber o necesita aprender, será mucho más fácil y práctico. Hay que poner en práctica el mecanismo de retroalimentación; esto es motivarle, promover su participación a que pregunte antes de marchar a su casa.
2. Involucrando activamente al paciente y/o familiar, comprometiéndole con el proceso de aprendizaje, contribuyendo así, a la autoresponsabilidad y al AUTOCUIDADO por parte del paciente.

Con respecto a las RECOMENDACIONES, cada patología lleva consigo las propias y la mayoría de ellas son comunes a cualquier cirugía general: digestiva o urológica, tanto sea su estancia corta o larga, por lo que vamos a abordar las recomendaciones comunes a todas ellas y se matizará o incidirá en ciertos puntos, según las diferentes patologías.

Las normas de enseñanza o pautas a seguir, solemos darlas al enfermo y/o familiar, de forma rutinaria, casi sin darnos cuenta, sin programarlo; por lo que el concepto de cuidar quedaría aquí también definido, ya que es algo inherente al trabajo en sí. Estas normas pueden indicarse de forma verbal, asegurándonos que se han entendido, y no siempre es así, o la duda es el mal más habitual ante las prisas y el desconocimiento.

Confeccionar por escrito estas normas o consejos básicos, y entregárselo al alta al sujeto, no sólo da una garantía a nuestros cuidados, sino una tranquilidad para ellos, ya que pueden consultarlo cuando precisen. Estamos pues, tratando de transmitir una mayor información práctica y una mayor seguridad en el domicilio.

## **CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA AL ALTA**

### *Antes de retirar la sutura*

- Debe mantener seca y limpia la incisión.
- Puede ducharse si lo desea.
- Puede mantener la herida descubierta.
- Debe informar al personal sanitario si aparece:
  - Enrojecimiento.
  - Hinchazón (área >2,5 cm)
  - Sensibilidad anormal.
  - Aumento de calor en el área de la incisión.
  - Pus o derrame y olor desagradable (infección o fístula).

### *Después de retirar la sutura*

- Conserve limpia la línea de sutura.
- No la friccioné con fuerza.
- Séquela con presión leve.
- Un aspecto rojizo y un tanto protuberante, es normal.
- Informe si el sitio de la incisión continúa enrojecido, hinchado y sensible a la presión después de 2 - 3 semanas.

## **Cirugía proctológica**

- Realice baño de asiento con agua tibia o fría, y siempre después de cada evacuación.

### **Recomendaciones en el domicilio después de la cirugía.**

- Sin salir de casa durante las primeras 48 horas, mantener la actividad que apetezca. El paciente puede andar libremente por toda la casa y subir o bajar escaleras. Sin embargo, si prefiere mantenerse en reposo relativo (no encamado permanentemente), también puede hacerlo.
- Durante los primeros dos días tomará la pauta de analgesia que se le prescribe en el informe de alta.
- A partir de las 48 horas después de la operación, dejará de tomar la medicación para el dolor cuando desee.
- Desde el momento del alta hospitalaria el paciente puede beber agua libremente (siempre que no le produzca náuseas o vómitos) y por la noche puede tomar una cena ligera. Al día siguiente puede ampliar la dieta según le apetezca (sea prudente, sobre todo el día de la intervención y evite comer en exceso) Es mejor que se quede con algo de hambre.

El paciente ha de procurar que las deposiciones sean blandas para que la defecación no sea dolorosa. Para ello se recomienda:

- Dieta rica en residuos (verduras, frutas, etc.), evitando las comidas muy grasas y condimentadas.
- Cetil-celulosa 500 Mg.: 1 comp. 2-3 veces día.
- Evitar los laxantes.

Al día siguiente de la operación se retirará el vendaje y tomará una ducha o baño completo. Para una buena higiene de la zona anal, se recomienda baños de asiento con agua y jabón, a continuación después de secar bien la zona puede colocar una gasa limpia.

Evite conducir durante la semana siguiente a la operación.

## **CUIDADOS RELACIONADOS CON LA MOVILIDAD**

- Alternancias del reposo a la actividad.
- Evitar encamamiento.
- Evitar permanecer de pie de forma prolongada en cualquier cirugía abdominal para evitar agotamiento, y sobre todo en las varices queda prohibido.
- Aconsejar el uso de fajas en cirugía abdominal, para su mejor movilización y mayor sensación de seguridad.
- Aconsejar tomar la analgesia previamente a la movilización, para que esta no resulte evitada por la presencia de algún tipo de dolor.
- Informar que la recuperación de su movilidad habitual (nivel de movilidad previo a la intervención) será de forma progresiva, llegando aproximadamente de 4-6 semanas. Aumentar la actividad según la tolerancia, no levantar peso como botella, bolsas de compra, como mínimo en un mes.

## **SEGUIMIENTO DE LAS PRESCRIPCIONES MÉDICAS**

Este punto a simple vista parece ser absurdo, ya que un informe médico aparentemente está claro. El hecho de que el personal de enfermería esté en contacto permanente con el enfermo hasta su momento de alta, le hace más cercano y sencillo a él, lo cual es sugerente de responderle las dudas que el mismo informe médico, con toda la buena intención o corrección médica en sí, no consigue entender el paciente.

Indicaciones respecto al tratamiento médico, por ejemplo antibioterapia, antiinflamatorios o analgésicos, pueden verse turbados si no son entendidos correctamente por el enfermo, familiar y/o cuidador.

Aclararle la dosis, las tomas y el seguimiento en los días marcados supone asegurarnos un buen seguimiento farmacológico. Explicarle que la continuidad del tratamiento es ya desde su centro de salud, su médico, enfermera y hasta el farmacéutico, si le surge duda sobre su medicación, efectos secundarios, etc..., la toma de analgesia dependerá del dolor de cada paciente, su tolerancia y es aconsejable su ingesta por la noche, para facilitar el descanso tras la movilización diurna, las molestias de la herida, etc.

Indicaciones de cómo evitar el estreñimiento, van implícitas cuando se le explica la dieta, según la intervención realizada. El estreñimiento es recomendable evitarlo en toda la cirugía abdominal, tanto la digestiva como urológica, y evitarlo conlleva la toma de algún laxante, o uso de enema, ya que evitando esfuerzos desagradables, se evitan complicaciones como el dolor.

Reforzar la información sobre evitar ejercicios excesivos, violentos, levantar peso hasta su recuperación total, un mínimo de un mes.

Insistir en la importancia de la asistencia a los controles periódicos, seguimiento de análisis, exploraciones, para un mayor estudio de su proceso o enfermedad, lo cual repercute en beneficio del paciente, aunque lleve implícito situaciones desagradables.

Siguiendo con el desarrollo del tema sobre recomendaciones en pacientes quirúrgicos, y en concreto de los que hablaremos a continuación (cirugía urológica), cabe insistir que son prácticamente las mismas indicaciones, puesto que no dejan de ser quirúrgicas; por ejemplo: en el aspecto de cuidados de la sutura, si es que la hay, cuidados con la movilidad, la dieta o prescripciones médicas.

## **ACTUACIÓN AL ALTA DE ENFERMERÍA: GENERALIDADES**

### *Objetivos*

1. Asegurar al paciente los cuidados necesarios una vez esté fuera del hospital.
2. Mitigar el temor y la ansiedad que produce el abandonar el medio seguro del hospital.

### *Actuación (actividades)*

Se elaborará el alta de enfermería con remisión a la enfermera del centro de salud, a fin de favorecer el plan de cuidados o seguimiento del paciente por parte de la enfermera de atención primaria, garantizando la continuidad de dichos cuidados con un nivel óptimo de calidad.

Se informará al paciente sobre procedimientos y cuidados especiales, así como si se necesita una información más clara y sencilla respecto a su proceso y/o tratamiento farmacológico, etc..., en el caso de haber dudas, interpretaciones erróneas, etc...

Se informará al paciente y a su familia, y mantendremos con ellos un Feed-Back para detectar si han entendido todas las pautas de tratamiento y su seguimiento en el domicilio.

Hay que asegurarse de que el paciente tiene todos los documentos del alta médica (recetas, informe, tratamiento, etc).

Informar al paciente, a su familia o al cuidador de la función de los centros de salud, para que hagan un seguimiento respectivo en el ámbito médico y de enfermería.

Asegurarnos que el paciente tenga todas sus pertenencias al alta, así como, si su destino es un centro como residencia geriátrica, avisarles de su llegada y ponernos en contacto por teléfono con la enfermera o cuidadora, para que se haga cargo personalmente del enfermo, por ejemplo, en el caso de que el paciente precise cuidados de enfermería, informarle si es portador de sondaje, si precisa curas de úlceras, e incluso del estado anímico del enfermo, ya que en algunos casos el regreso a la residencia geriátrica es el reencuentro con sus cuidadores y ya le conocen.

## **ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA AL ALTA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.-**

### *Generalidades*

Los pacientes ostomizados requieren un tratamiento individual y experto tanto antes como después de la intervención. Es importante que el paciente salga del hospital bien informado y motivado, todo ello como parte activa de su tratamiento, dado que estas personas dejan de controlar voluntariamente las deposiciones, orina, dependiendo de un dispositivo colector, obturador o método de irrigación. La humanización en la atención sanitaria significa dar respuestas adecuadas a las necesidades de cada paciente. Sin embargo, no siempre existe un verdadero adiestramiento de las enfermeras sobre los cuidados del estoma, lo que puede ocasionar una cierta inseguridad en el paciente ostomizado. Nos marcaremos como meta en esta enseñanza el dotar al paciente de una serie de soportes que le den seguridad en su actuación:

1. Se le dará toda la información por escrito.

2. Se le facilitará material suficiente para que realice las primeras curas y no se encuentre al llegar a su domicilio con que el único dispositivo es el que lleva puesto.
3. Nombre, tamaño, referencia, casa comercial, dirección y teléfono contacto.
4. Información sobre la dispensación por la seguridad social.
5. Información sobre el tipo de ostomía, condiciones normales de la piel, etc.

### *Cuidados del estoma*

Prevenir los problemas de la piel es mejor que tratarlos, hay que evitar que la piel sufra.

### **HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL**

1. Al principio lavar el estoma con Suero Fisiológico y secar con gasas. Al caer los puntos de sutura del estoma, se lavará con agua y jabón neutro, secar con tejido suave, algodón. Se pueden usar toallitas desechables tipo bebé.
2. Al lavar no efectuar fricciones energías.
3. No utilizar sustancias irritantes sobre el estoma, alcohol, colonia, etc.
4. Colocar dispositivo ajustado al estoma para evitar complicaciones, pero sin oprimir.
5. Mantener la piel que está debajo de la bolsa limpia y seca en todo momento.

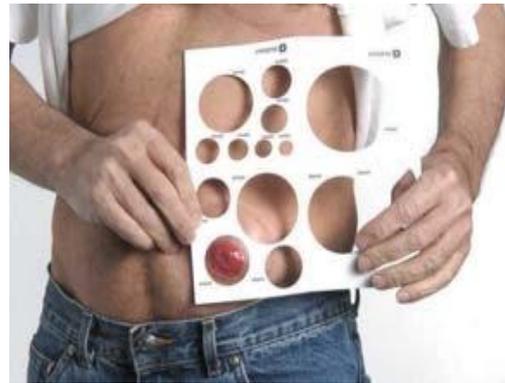
Si la velloidad alrededor es abundante, no afeitarlo, no utilizar depilatorios, únicamente cortarla con tijeras.

Es preferible usar la ducha o baño con bolsa en ileostomía, o sin bolsa en colostomía.

Respecto al estoma, al principio estará un poco inflamado, por lo que se usará un diámetro un poco mayor al que tenga. Progresivamente reducirá de tamaño, por lo que se utilizará el medidor para ajustar mejor el orificio de la bolsa al estoma.

Al principio es normal que sangre un poco el estoma.

Recomendarle no levantar peso mayor a 10-15 Kg., con el fin de evitar posibles hernias.



## COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO

### 2.2 PROCEDIMIENTO:

- Reunir material necesario.
- Despegue adecuado de la bolsa.
- Limpieza del estoma.
- Recortar aro de la placa con medición adecuada.
- Adherencia de la placa de manera adecuada a la piel

### Según el tipo de evacuación:

- **Cerrados:** están sellados en su parte inferior, siendo necesario cambiar de bolsa cada vez que se desee desechar las heces.
- **Abiertos:** el extremo inferior está abierto con lo que la bolsa se puede vaciar. Existen dos tipos:- Abiertas: se cierran mediante una pinza o cierre de velcro integrado.

### Según el sistema de sujeción:

- **Una pieza:** El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel.
- **Tres piezas:** El disco y la bolsa son dos elementos que se presentan por separado. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico.

Además llevan un tercer elemento, el cliper de seguridad, que garantiza la unión de la bolsa al disco.

La elección de los dispositivos depende de los siguientes factores:

- El tipo de efluente: orina, heces líquidas o heces sólidas
- El estado de la piel periestomal: normal, sensible o irritada.

### Bolsas de Ostomías:

- **Bolsas desechables:** De polietileno con un extremo adhesivo para pegar a la piel ajustando al tamaño del estoma el adhesivo. Para cambiarlas se desprenden de la piel, se lava la piel, se seca y se vuelve a aplicar la bolsa haciéndose necesario su cambio una vez al día. Su extremo distal de cierra con un elástico o

- clip evitando que quede con aire.
- Estas bolsas desechables pueden contar en la parte que se adhiere a la piel con la placa
- **Bolsas permanentes:** Constan de un disco adhesivo a la piel y una bolsa para recolectar el flujo. El disco adhesivo a la piel está formado por el material de la placa protectora. La bolsa se ajusta al disco cambiándola cada 12 – 14 horas, se lava se seca y se guarda con talco para posteriormente volver a reutilizarla. En su extremo distal se cierra con un clip para bolsas de ostomías o con un elástico evitando que quede aire.

### *Ostomías de eliminación: Colostomizados*

En cualquier ostomía realizada, el control voluntario de la evacuación de los residuos no es posible, siendo necesario llevar un dispositivo de recogida. Si entendemos por continencia “el control voluntario y el dominio de evacuación”, comprenderemos que recuperarla constituye para muchos ostomizados una búsqueda permanente.

La ventaja de utilizar un dispositivo continente, consiste en asegurar la continencia durante un número determinado de horas, logrando por lo tanto, una mejora significativa en la calidad de vida del paciente, mejorando su aspecto físico, autoestima, vida social y laboral.

En la actualidad se dispone de los siguientes métodos:

- Irrigación.
- Obturador desechable.
- Combinación de irrigación y obturador.

No obstante, no todos los pacientes pueden beneficiarse de utilizar estos dispositivos por lo que es necesario tener en cuenta, las siguientes indicaciones y contraindicaciones:

**Indicaciones.-** En colostomías descendentes o sigmoidostomías de una sola vía, en estomas visibles sin complicaciones, en pacientes motivados para su aprendizaje, en pacientes con óptimas condiciones físicas, en pacientes con estabilidad mental y con buena conciencia de su situación, y en pacientes con evacuación intestinal consistente y 2 - 3 veces/día como máximo.

**Contraindicaciones.-** Urostomías, ileostomías, colostomías derecha o transversa, en pacientes con metástasis, en pacientes con complicaciones en el estoma, en pacientes con senilidad, alteraciones visuales,... etc.

Estas indicaciones o contraindicaciones, son criterios de inclusión o exclusión para los pacientes cuando acuden a su revisión a la consulta de cirugía. Tanto en el ámbito médico como de enfermera se le debe informar y explicar si procede la existencia de estos dispositivos para que el paciente pueda mejorar su calidad de vida. En las unidades de hospitalización, no se lleva a cabo, pero si se les puede informar para cuando marchen a casa. De alguna forma se les da una esperanza de que en un futuro próximo su imagen física pueda mejorar.

**Colostomizados.-** Proporcionar maletín de curas o set de dispositivos que tengamos en la unidad y que coincida con el que se va a mandar para que se habitúe a él y lo pueda encontrar a su vez en la farmacia.

Dicho maletín se compone de bolsas de una pieza, placa y bolsa de dos piezas, medidor, folleto informativo sobre el cuidado del estoma y consejos dietéticos, materiales y teléfono de contacto.

Antes de marchar del hospital se les debe recordar, tanto al paciente como al familiar, que hay sistemas de una sola pieza caracterizados porque la bolsa colectora y adhesivo son una unidad, y pueden ser: Transparentes, opacas, con filtro, abiertas, cerradas, ... etc. Estas bolsas pueden venir ya recortadas, según la referencia, o en distintas medidas para recortarlas según proceda. Asimismo, puede optar también por el set con sistema de dos piezas, a diferencia de las anteriores el dispositivo consta de dos elementos: en primer lugar, un sistema de adhesivo protector mas aro de enganche, que se fija a la piel y que puede permanecer hasta una semana dependiendo del estado de la piel, y en segundo lugar, una bolsa colectora con otro aro de enganche que será la que el paciente cambie con frecuencia.

El set de dos piezas suele estar indicado en casos en los que el número de evacuaciones es elevado o bien en los que se manifieste una excesiva fragilidad en la piel del paciente, hacia posibles lesiones por la alta frecuencia de pegado y despegado.

Es importante que el paciente ostomizado antes del alta, conozca todos los elementos y dispositivos de los que puede disponer, algunos imprescindibles y otros opcionales. Debe conocer lo que es necesario para realizar una buena higiene, además de toda la información sobre los dispositivos actuales, que probablemente en el centro hospitalario no se utilizan, pero que cuando vaya a casa los pueda solicitar, por ejemplo: las bolsas opacas (no utilizadas en hospitales), etc, también los accesorios o productos para el cuidado clínico de la piel, por ejemplo en caso de irritaciones: pomadas, geles, etc.

Cuando el paciente lleva bastante tiempo operado suele ocurrir que utiliza el mismo material con el que se marchó del hospital tras su intervención; si no ha sido seguido por una consulta de ostomías o supervisado por una enfermera, puede quedar desfasado en este aspecto. Por lo que estar en contacto con la consulta de estomas, o de cirugía llevando una continuidad; así como una comunicación con la casa comercial ayuda y facilita que el paciente ostomizado se sienta al día en este aspecto.

Se le debe de informar de que en un intervalo de cuatro semanas se debe controlar el estoma, midiendo el diámetro con un medidor de estomas ya que los primeros tres meses puede reducir su tamaño. El paciente que es dado de alta sin esta información seguirá utilizando las primeras bolsas y continuará con el mismo diámetro que con el que se marchó. Cuando se reduce el edema y comienza la cicatrización se reducirá el diámetro del mismo, por lo que paralelamente se deberá reducir el diámetro de la bolsa y evitar las dermatitis de contacto irritativas.

Comentar al paciente que cuando acuda a otro centro hospitalario, informe al personal de que es portador de colostomía, para evitar errores como el forzar para poner un enema o supositorio a través del ano, cuando no procede en dicho caso. O en caso de preparación intestinal prequirúrgica o diagnóstica, facilitarle material para que pueda sentirse cómodo.

Informarle que los suplementos de hierro, analgésicos narcóticos, anti-psicóticos, antidepresivos, sedantes y anti-parkinsonianos producen estreñimiento.

Recordarle que revise la bolsa de colostomía en busca de fármacos mal absorbidos y después de iniciar un nuevo tratamiento.

## Recomendaciones dietéticas

El objetivo de las recomendaciones dietéticas es regular el tránsito intestinal y evitar así las diarreas y estreñimiento, así como restablecer un buen estado nutricional.

### Consejos generales:

- Hay que tener en cuenta el tipo de intervención quirúrgica para escoger el tipo de alimentación. Asesoramiento conjunto con el médico.
- Hay ciertos alimentos y bebidas que son gaseosos y su efecto es maloliente y desagradable.
- Hay que masticar correctamente los alimentos, así como tener una buena higiene bucal.
- Hay que tomar las comidas a unas horas fijas y con calma.
- Los tres primeros meses, hay que comer con precaución y aumentando progresivamente el régimen alimenticio.
- Evitar los alimentos que produzcan fermentaciones (gases abundantes), como las legumbres, verduras en exceso, etc.
- Algunos medicamentos pueden alterar su evolución.
- Evitar el exceso de peso ya que altera el estoma.

En las colostomías sigmoideas, o transversa cercana al sigma, se requiere una alimentación lo más próxima a la normalidad; evitando legumbres secas, col, cebolla, ajo, especias, cerveza, sidra, bebidas heladas, etc.

En colostomía derecha, o transversa próxima a duodeno, evitar los embutidos, grasa cruda o cocida, verdura cruda o pastosa, pan integral, bebidas excitantes, café, té, alcohol. Algunas personas toleran mal la leche, otras toleran mal el zumo de fruta; con el tiempo, el conocimiento e introducción de alimentos variados para saber su tolerancia es un ejercicio para cada enfermo.

<b>PREFERIBLE A TOMAR:</b>	<b>EVITAR:</b>
<b>Agua sin gas.</b>	Bebidas gaseosas, excitantes.
<b>Arroz, pastas, sémola.</b>	Cereales.
<b>Jamón magro.</b>	Salazones, patés, embutidos.
<b>Quesos frescos, sin fermentación.</b>	Quesos grasos, de cabra.
<b>Fruta pelada.</b>	Frutos secos, laxantes (frutas)
<b>Leche y yogures descremados.</b>	Leche entera.
<b>Legumbres verdes, cocidas.</b>	Legumbres ricas en fibra

**Ileostomizados.**- Se trata de pacientes cuya ostomía procede de la parte terminal del íleon. Es pues, una variedad de ostomía, y por ello incluye los mismos cuidados que cualquier ostomizado. Durante su hospitalización se procederá cuanto antes, a facilitarle el material que debe usar, e iremos educándole hasta lograr un completo autocuidado.

Este tipo de resección intestinal suele ser frecuente en individuos jóvenes por colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn, por lo que su motivación es mayor para ser independiente, aunque no cabe duda que este tipo de ostomía presenta con diferencia mayores complicaciones a nivel dérmico y psicológico, ya que las heces son más líquidas.

El maletín o set de dispositivos del que va a disponer se centrará sobre todo en el uso de dos piezas, ya que la evacuación es mayor que en la colostomía. Pueden disponer de bolsas abiertas en su extremo inferior, pero por lo general la gran mayoría prefiere no abrir la bolsa por lo desagradable que resulta, por lo que acaban usando la mayor parte dos piezas y sistema cerrado.

Así pues, son los mismos cuidados dirigidos al paciente y a su estoma, sabiendo que va a utilizar diferente sistema colector, con mayor posibilidad de complicaciones a nivel nutricional (por aumentar el volumen evacuado.) Presenta pues, una diarrea en forma de heces fluidas y gases, lo que conlleva a una absorción de nutrientes alterada. Aumentando la ingesta líquida, yogures y mantequilla se ayuda a eliminar el mal olor.

A nivel de hábito higiénico, hay que decirle que se puede bañar sin bolsa, aunque es preferible que lo haga con ella puesta, ya que las heces al tener consistencia semilíquidas, evacuaran continuamente, lo que a nivel higiénico resulta más desagradable.

Hay que indicarle que cuando acudan a su médico le informen que llevan una ileostomía, pues estos pacientes presentan mayores dificultades en el tratamiento de fármacos, por alterarse su absorción (la mayoría de los fármacos orales se absorben en intestino delgado). En estos enfermos no es recomendable la toma de laxantes ni se debe administrar enemas, ya que se podría provocar un desequilibrio electrolítico.

**FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES OSTOMIZADOS  
EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL “DR. VERDI  
CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO**



## BIBLIOGRAFIA

Martínez Morales, María, D<sup>a</sup>. (2005). Enfermería oncológica: cuidados del paciente ostomizado.

Díaz Rubio, M. y cols. (2000). Medicina Interna.

K. Jennifer, et Al. (2003). Dietética y nutrición, Manual de la Clínica Mayo. 7<sup>a</sup>. Edición.

Longo, E. N. y otros. (1998). Técnica Dietoterapica.

Krause (1995). Nutrición y Dietoterapia. 8<sup>a</sup>. Edición. Editorial Interamericana.

McPhee, Stephen et al. (1997). Fisiopatología Médica. Editorial Manual Moderno.

Torresani, M. E. (1997). Lineamientos para el cuidado nutricional. Edit. EUDEBA.

Sleisenger & Fordtran. Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas. 6<sup>o</sup> edición. Tomo 2. Editorial Panamericana.

Mora. Soporte Nutricional Especial. 2<sup>a</sup>. Edición. Editorial Panamericana.

ASISTENCIA  
NUTRICIONAL

# **PLAN INTEGRAL PARA EL PACIENTE CON ILEOSTOMÍA Y COLOSTOMÍA**

## **INTRODUCCIÓN**

El objetivo de la atención nutricional en pacientes colon e ileostomizados es de aportar una dieta completa, equilibrada y suficiente que mantenga un estado nutricional adecuado y que minimice la presencia de flatulencias, distensión, obstrucción, entre otras complicaciones propias del procedimiento.

Los principales síntomas relacionados con el estoma son: flatulencias, mal olor, ardor en la piel, deshidratación y obstrucción. Por tanto, es fundamental que la orientación dietética debe estar enfocada en reducir estos síntomas, ya que influyen en una mejor recuperación y la calidad de vida del paciente.



## **DIETOTERAPIA PARA COLOSTOMÍA**

### **1. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

Es necesario determinar el estado de nutrición basal del paciente, se valora la historia clínica nutricional, la encuesta dietética, las medidas antropométricas y los exámenes de laboratorio, sin embargo, en estos pacientes deben además considerarse otros factores, como el sitio de la colostomía y la longitud de colon funcional y la características de las evacuaciones en cuanto a volumen, consistencia y efectos de la dieta en las mismas.

## **2. CALCULO DE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES**

Para calcular las necesidades energéticas se debe tomar en cuenta la actividad física y la existencia de algún estado hipermetabólico (septicemia, fiebre, procesos inflamatorios).

Para las necesidades proteínicas en general se recomienda que la dieta aporte 1.0 gr de proteína por cada kilogramo de peso teórico al día. Si existen pérdidas entéricas, se utilizarán corticosteroides o suceden ambas cosas, se debe aumentar dicho suministro de 1.3 a 2.0 g/kg peso teórico / día.

## **3. DIETOTERAPIA**

En el posoperatorio inmediato, y luego de restablecer la vía oral por medio de una dieta de transición, se recomienda prescribir una dieta blanda, baja en fibra, para promover la cicatrización del estoma y prevenir la irritación del sitio de este. Posteriormente y en cuanto sea posible, se alienta al paciente a seguir una dieta normal. Solo se restringe algún alimento cuando este causa un efecto indeseable, como gas o diarrea. Si un alimento causa problemas, debe suspenderse su consumo de manera temporal y en un tiempo razonable se volver a introducir a la dieta para probar su tolerancia.

### **3.1. Dieta inmediatamente después de la operación.**

Después de la intervención quirúrgica y en cuanto se reinicie la vía oral, la dieta debe progresar poco a poco de la siguiente manera: dieta líquidos claros, dieta suave y baja en fibra y dieta normal según la tolerancia.

### **3.2. Dieta durante las primeras seis a ocho semanas.**

En este periodo se debe alentar a los pacientes a consumir una dieta con alimentos de consistencia suave para prevenir la obstrucción del estoma, debe contener fibra soluble en agua (avena, puré de manzana, plátano, arroz) para ayudar al colon a dar consistencia a las heces. Se debe evitar alimentos que contengan fibra insoluble (salvado, maíz, nueces, trigo) hasta que se normalice el gasto del estoma y el edema intestinal haya desaparecido.

Si existe la presencia de esteatorrea o diarrea, es necesario restringir el consumo de grasa. Si el gasto del estoma es alto, la dieta debe aportar suficiente cantidad de líquido, por lo menos de ocho a diez vasos al día o más (2 a 2.5 L, aproximadamente).

<b>Guía para selección de alimentos en pacientes con colostomía durante las primeras seis a ocho semanas</b>	
<b><i>Alimentos bien tolerados en el posoperatorio</i></b>	<b><i>Alimentos que deben limitarse en el posoperatorio inmediato</i></b>
Arroz (no integral)	Crema de maní
Avena	Frituras
Pan (no integral)	Frutas con cascara y semillas
Café (con moderación)	Frutas secas
Carne, pollo y pescado son grasa (rostizado, asado, hervido o al horno)	Galletas saladas integrales
Fruta cocida	Helados
Galletas saladas (no integrales)	Jugos de manzana, uva, ciruela y arándano
Huevo (en cualquier forma excepto frito)	Mantequilla, margarina y mayonesa en exceso
Jugos cítricos sin azúcar: naranja, toronja, limón, mandarina	Nueces
Pan blanco	Palomitas de maíz
Papa (sin cascara, en puré, hervida o al horno)	Panes integrales
Plátano	Papas fritas
Puré de manzana	Refrescos con gas
Quesos (cualquiera excepto quesos untables)	Salsas
Tés	Semillas
Verduras cocidas	Verduras crudas
Verduras en puré	

### **3.3. Dieta luego de ocho semanas.**

Es posible introducir de manera gradual alimentos ricos en fibra insoluble de acuerdo con la tolerancia del paciente. Los individuos con colostomía normalmente no presentan pérdidas excesivas de líquidos o electrolitos, de hecho, los sujetos con colostomías descendentes, en ocasiones requieren ablandadores para las heces.

#### **4. RECOMENDACIONES GENERALES**

- Seguir un horario regular de comidas tres o más veces al día. Esto favorece la normalización de los hábitos intestinales y disminuye la producción de gas.
- Comer lentamente y masticar bien los alimentos para facilitar la digestión y reducir las probabilidades de obstrucción de estoma.
- Ingerir suficiente cantidad de líquido, de ocho a diez vasos al día.
- Evitar aumentar de peso. El exceso de peso afecta el funcionamiento del estoma.
- Evitar la goma de mascar, el cigarrillo, los refrescos con gas y el uso de pajillas o sorbetes, ya que de esta manera entra más aire al organismo.
- Limitar el consumo de alimento que produzcan exceso de gas, diarrea o puedan obstruir el estoma.
- Cenar poco para reducir el gasto nocturno.
- Limitar el consumo de chile y de alimentos irritantes para disminuir el ardor y la irritación.
- Remojar los frijoles toda una noche para luego eliminar el agua en que se remojaron, pues esto disminuye la presencia de gases. Asimismo, se recomienda consumirlos machacados con poca grasa o molidos para evitar residuos.
- Consumir papa en forma de puré para digerirla más fácilmente.
- No consumir los tallos duros de verduras como el de coliflor o brócoli.
- Moderar el consumo de semillas, granos o alimentos con alto contenido de fibra integral, ya que pueden provocar obstrucción.
- Consumir naranja sin bagazo para evitar diarrea.
- Probar un nuevo alimento por vez y verificar su tolerancia.

#### **5. PRINCIPALES MOLESTIAS GASTROINTESTINALES Y SU TRATAMIENTO DIETÉTICO.**

Las principales molestias que experimentan los pacientes sometidos a colostomía son flatulencias, mal olor, obstrucción y diarrea. Otras molestias incluyen cólicos y cambio de color en las heces.

La producción de gas determina que la bolsa se distienda e incluso se desprenda de manera accidental. El mal olor es una de las principales molestias informadas por los pacientes con colostomía.

En ocasiones, las heces cambian de color de acuerdo con los alimentos consumidos.

<b>ALIMENTOS QUE PRODUCEN MOLESTIA O ALIVIA SÍNTOMAS DE PACIENTES CON COLOSTOMÍAS</b>		
<i>Principal molestia gastrointestinal</i>	<i>Alimentos asociados a dicha molestia</i>	
<b>Cambio de color en las heces</b>	Rojo: remolacha	Oscuras: brócoli Espárragos Espinacas
<b>Cólico</b>	Huevo Leche	
<b>Diarrea</b>	Aguacate Alimentos muy condimentados Ciruela pasa	Jugo de ciruela, manzana, naranja o uva Leche
<b>Gas</b>	Brócoli Maní Calabaza Cebolla Col Coles de Bruselas Coliflor Alverja Espárragos Frijoles	Garbanzo Habas Huevo Leche Lentejas Papa Pepino Plátano Refresco
<b>Flatulencia</b>	Pescado	
<b>Olor desagradable</b>	Alimentos muy condimentados Ajo Cebolla Col Espárragos	Frijol Huevo Maíz pescados
<b>Alimentos que reducen el olor</b>	Jugo de arándano	Perejil Yogurt
<b>Obstrucción</b>	Aceitunas Apio Cascara dura de algunas frutas y verduras Coco Col Champiñones Alverjas Choclo Espinacas Frutas secas (pasas)	Hongos Lechuga Nueces (nuez, almendra, maní, etc) Palomita de maíz Pepinillos Pepinos Piña Pimiento verde Semillas (semilla de girasol, pepitas, etc.)
<b>Alimentos que dan consistencia a las heces</b>	Arroz Crema de maní cremosa Harinas Pan Pastas	Plátano Puré de manzana Quesos Tortilla de harina

Es muy importante recalcar que esta es solo una lista de los alimentos que se ha informado producen molestias, pero que las modificaciones que se realicen en la dieta deben hacerse de manera individualizada y de acuerdo con la tolerancia del paciente a los diferentes alimentos. Un alimento no debe eliminarse de la dieta sin antes probarlo varias veces y comprobar su intolerancia.

# **DIETOTERAPIA PARA ILEOSTOMIA**

## **1. VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL**

En la primera consulta se deberá realizar la historia clínica nutricional que incluya: valoración del estado de nutricional, encuesta dietética (recuerdo de 24 horas y cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos), medidas antropométricas y exámenes de laboratorio (metabolismo de la glucosa, perfil lipídico, proteínas séricas y viscerales, entre otros acorde a los antecedentes y estado actual). Para esta valoración es necesario considerar si, además de la ausencia quirúrgica del colon el paciente no sufrió una resección o desfuncionalización de otra porción del intestino delgado que también pueda provocar algunas consecuencias funcionales (ej. Pacientes con ileostomía en asa posterior a una anastomosis ileoanal tienen, además de la ausencia del colon, desfuncionalizados cerca de 50 a 60 cm de la porción terminal del íleon luego de la ileostomía). Hay que recordar que la porción terminal de íleon es la parte del intestino en donde se absorben algunas de las vitaminas liposolubles, en especial vitamina B12

## **2. CALCULO DE LAS NECESIDADES NUTRICIONALES**

Las necesidades de un paciente con ileostomía son las mismas que para cualquier otro paciente sano, ajustado a los resultados de la valoración del estado nutricional. El plan dietético por tanto estará formado un 60 a 65% por carbohidratos, del 20 al 25% como lípidos y del 10 al 15% en proteínas.

## **3. DIETOTERAPIA**

La dieta debe estar basada tanto en las preferencias alimentarias como en la tolerancia, identificando los alimentos que ocasionen situaciones indeseables al paciente para así definir un plan de alimentación con modificaciones específicas de acuerdo con la porción resecada del tubo digestivo y la capacidad individual del paciente para tolerar dichos alimentos.

En el posoperatorio inmediato, y posterior a la valoración de la tolerancia se implementará una dieta líquidos claros: infusiones, jugos de frutas cernidos, coladas de frutas, helados de agua, gelatina, caldos y consomés desagradados, similares. Esta dieta provee líquidos, electrolitos y energía en forma de alimentos de fácil digestión con un mínimo residuo intestinal. Es importante informar al paciente que deberá

identificar aquellos alimentos que puedan causarle molestias los mismos que deberán ser apartados de la dieta de manera temporal y en un tiempo razonable se volver a introducir a la dieta para probar su tolerancia.

### **3.1. Dieta inmediatamente después de la operación.**

Después de la intervención quirúrgica y en cuanto se reinicie la vía oral, la dieta debe progresar poco a poco de la siguiente manera: dieta líquidos claros, dieta suave y baja en fibra y dieta normal según la tolerancia.

### **3.2. Dieta durante las primeras seis a ocho semanas.**

La dieta durante las primeras semanas consiste en un proceso de adaptación donde es el propio paciente quien con la guía del profesional en nutrición identificaran los alimentos bien tolerados y aquellos que producen o exacerban las molestias.

La dieta se caracteriza por ser baja en grasa limitada de fibra insoluble y con un alto contenido de fibra soluble para ayudar a aumentar el tiempo de tránsito y a solidificar las heces, además ser de alto contenido en carbohidratos como el puré de papa. Poco a poco deben introducirse alimentos que contengan fibra como frutas y verduras pues es sabido que esta puede producir molestias a los pacientes.

### **3.3. Dieta a partir de las sexta semana**

Después de la sexta semana los pacientes deben experimentar con alimentos nuevos ya que no todos los alimentos causan molestias a todos los pacientes. Es fundamental introducir los alimentos uno a uno para detectar cuáles son los que individualmente producen molestias.

Los paciente son una ileostomía que funciona normalmente no suelen tener problemas nutricionales. Sin embargo n el caso de una resección ileal es necesario proporcionar complementos de vitamina b12. Así mismo, estos individuos tienen mayor incidencia a desarrollar cálculos biliares y renales. Un aporte adecuado de agua (10 vasos diarios) parece ser la clave de la prevención.

#### 4. PRINCIPALES MOLESTIAS GASTROINTESTINALES Y SU TRATAMIENTO DIETÉTICO.

Las principales molestias que experimentan los pacientes sometidos a ileostomía son flatulencias, mal olor, obstrucción y diarrea. El paciente no debe sentir que se le están imponiendo una gran cantidad de restricciones alimentaria, sino mas bien que se sienta acompañado en el descubrimiento de su tolerancia individual a cada alimento.

El consumo de los alimentos del grupo de las leguminosas debe ser reducido en las primeras semanas porque es bien conocida su asociación con molestias gastrointestinales que pueden interrumpir la recuperación normal del paciente. Así mismo, ciertos grupos de alimentos que contienen altos porcentajes de proteínas como las leguminosas, los productos de origen animal entre ellos la leche , están relacionados con flatulencia, mal olor y diarrea.

IMPACTO DE DIFERENTES ALIMENTOS EN LA FUNCIÓN DE LA ILEOSTOMIA					
<b>Flatulencia</b>	Aceite	Chicharrón	Garbanzos	Melón	
	Ajo	Col	Habas	Mostaza	
	Bebidas alcohólicas	Col de Bruselas	Huevo	Nueces	
	Bebidas gaseosas	Coliflor	Leche	Papas	
	Brócoli	Condimentos	Lentejas	Pepino	
	Carne de cerdo	Espárragos	Longaniza	Pescado	
	Carne de res	Espinaca	Maíz	Pimienta	
	Cebolla	Frejoles	Maní	Rábano	
	<b>Mal olor</b>	Aceite de hígado de	Carne de cerdo	Coliflor	Pescado
		Bacalao	Carne de res	Esparrago	Queso
Ajo		Cebolla	Frejoles	Salmon	
Atún		Cerveza	Huevo	Salsas	
brócoli		col	Mariscos		
<b>Obstrucción</b>	Acelga	Col	Espinaca	Maní	
	Apio	Col de Bruselas	Frejoles	Manzana	
	Brócoli	Coliflor	Frutos secos	Nueces	
	Coco	Comida china	Guayaba	Verduras crudas	
<b>Irritación</b>	Café	Ciruelas	Granos integrales		
	Cereales	Espinaca	Leche		
	Cerveza	Frutos secos	Verduras crudas		

#### Recomendaciones generales

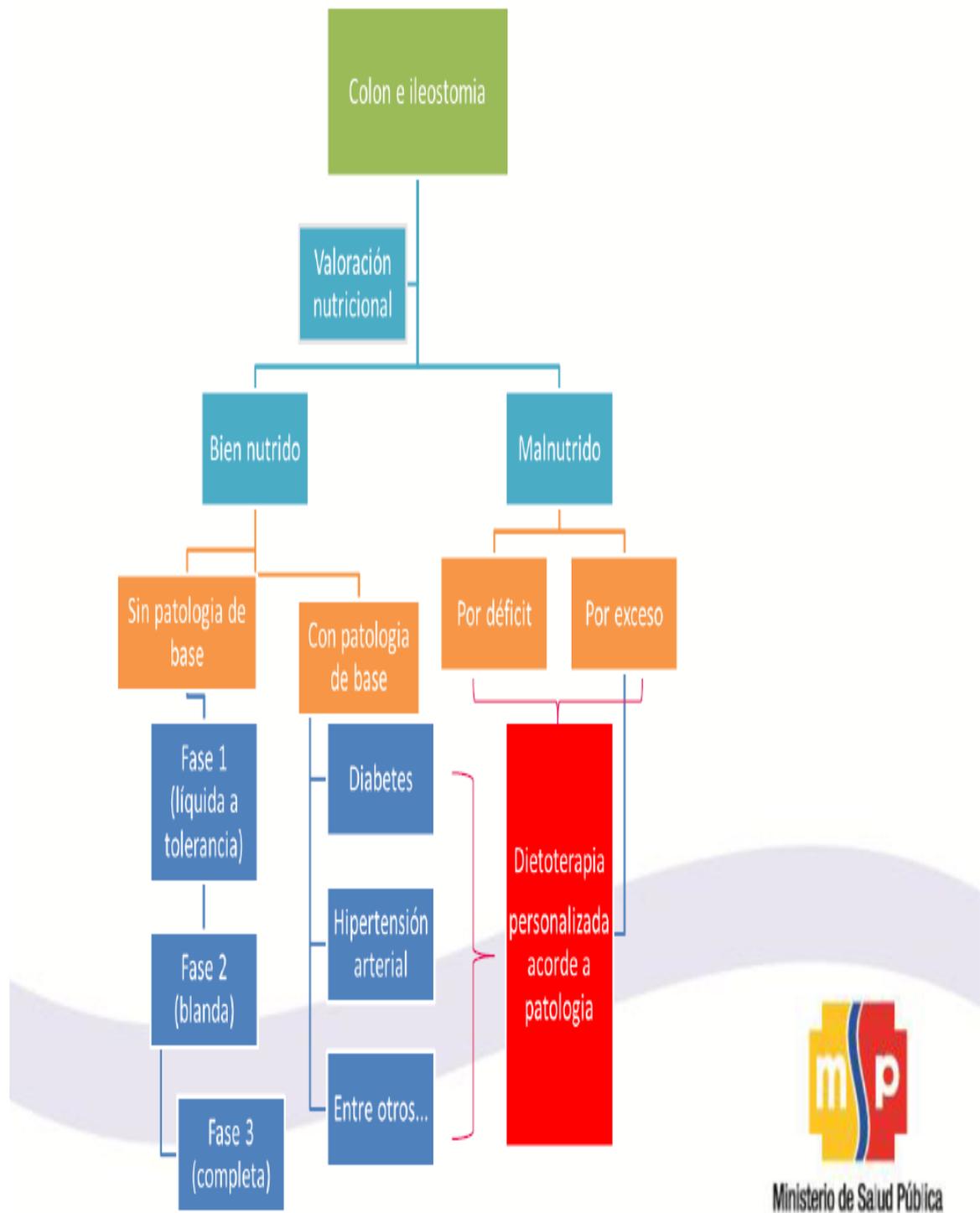
- Seguir un horario regular de comidas tres o más veces al día. Esto favorece la normalización de los hábitos intestinales y disminuye la producción de gas.

- Beber al menos 2 litros de líquidos al día.
- Evitar alimentos difíciles de digerir, tal como choclo, comida China, piel o semillas de tomate, ya que pueden aparecer en la bolsa, no digeridos.
- Evitar los aumentos de peso que dificultarían la adaptación del dispositivo.
- El olor puede ser más fuerte si toma huevos, legumbres, fritos. Se puede reducir al consumir
- mantequilla, yogur, perejil.
- Masticar los alimentos lentamente con la boca cerrada para evitar la introducción de aire.
- Intente mantener un horario de comidas, con el fin de regularizar el vaciado intestinal.

**EN CASO DE:**

- DIARREA: Aumente la ingesta de agua sin gas e infusiones sin azúcar. Como yogur natural, arroz hervido, manzana rallada.
- ESTREÑIMIENTO: Aumente la ingesta de líquidos, frutas, verduras. Realizar actividad física de intensidad leve a moderada (ej. Caminar 1 hora diaria).

## FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN EN NUTRICIÓN EN PACIENTES CON COLOSTOMIA E ILEOSTOMIA.



# ASPECTOS PSICOLÒGICOS

## **ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

Se debe animar al paciente a que se incorpore lo antes posible a su vida familiar, laboral y social para así recuperar su estado emocional.

El estoma supone una agresión muy importante a su imagen corporal así como una amenaza a la capacidad de autocontrol del individuo. Supone un elemento de incertidumbre en todas las esferas de la su comportamiento (¿podré seguir trabajando?, ¿podré mantener relaciones sexuales?, ¿seguiré haciendo deporte?, ¿podré salir con los amigos?, etc.).

Es importante dar al paciente la máxima información e ir aclarándole todas estas dudas para disipar sus temores.

Hay que animar al paciente a que comparta sentimientos y hay que estimularlo para que asuma gradualmente sus responsabilidades anteriores al estoma.

Una vez que el shock inicial ha pasado y que los pacientes conocen el estoma y sus cuidados, así como sus responsabilidades, podemos comprobar con el tiempo una ganancia psicológica muy importante en cuanto a dinamismo psíquico (mayor interés, más actividad, más ilusiones, mayor sociabilidad, mayor independencia, superación del aislamiento y la desesperación, etc.). Es importante tener en cuenta que tanto el cirujano, como la enfermera y los familiares son piezas claves para conseguir una buena adaptación. Si ésta no se consiguiera, habrá que derivar a un profesional especializado.

## **CONSEJERÍA**

Casi todas las personas que pasan por una ostomía tienen fundamentalmente dos preocupaciones: creer que puede fallar el dispositivo y tener la sensación de mal olor. Ambas creencias son falsas.

Los dispositivos recolectores que existen hoy día son de muy alta calidad. Además, para sentirnos más seguros, podemos probar con los distintos dispositivos en casa imitando posibles accidentes.

Una vez superado el cáncer es importante que la persona ostomizada asuma que ya no está enferma aunque deba convivir con una ostomía.

Después de la operación es importante que empecemos a dar pequeños paseos. Cuando nos recuperemos, tenemos que incorporarnos progresivamente a las actividades que realizábamos antes de la intervención, en cuanto nos acostumbremos a esta nueva situación, todo volverá a ser como antes. Nuestra familia, las relaciones sociales, los paseos, las actividades de ocio, el trabajo, pueden ayudarnos a no centrar nuestra vida exclusivamente en el estoma.

### **Adaptación a la nueva imagen corporal**

Cuando la operación en lugar de una cicatriz, tiene como consecuencia un orificio, es decir, la ostomía, se produce un gran impacto y una ruptura del esquema corporal.

Tenemos que aprender a reconocer nuestra nueva imagen. El objetivo es integrar la ostomía a la imagen que tienes de tu propio cuerpo. Para ello, es positivo y eficaz que te mires al espejo diariamente. Aceptar tu nueva imagen es muy importante para tu recuperación.

Para conseguir una buena aceptación de la nueva imagen es aconsejable:

- Comenzar a mirar la zona afectada de forma indirecta, por ejemplo: mientras estás tumbado o sentado, mientras realizas diversas actividades (p. ej. duchándote, cuando te realizas las curas, cuando te vistes). También ayuda la imaginación, dibujos, observación de fotos o de otras personas.
- Acostumbrarte a tocar la zona y a las nuevas sensaciones que puedes experimentar al mover el cuerpo.
- Observar la zona mirándote en el espejo. Primero mirar la zona afectada, luego el resto del cuerpo. Dedicar tiempo a contemplar todo el cuerpo con tranquilidad y descubrir aquellos aspectos que no han cambiado y que sí te gustan para potenciarlos.
- Comenzar la exposición ante las demás personas y en distintas situaciones. En un principio facilitar la exposición a las personas más allegadas.
- De forma gradual ir enfrentándote a distintas situaciones sociales.

## **Comunicación con familiares y amigos**

Es recomendable que hablemos de la operación con naturalidad, al fin y al cabo la intervención que nos han hecho, en muchos casos, salva la vida por lo que no hay que avergonzarse de ello.

No es necesario comentarlo con todo el mundo pero sí es importante hacerlo con las personas más cercanas. Además, compartir lo que nos pasa, puede ser positivo tanto para nosotros mismos como para los demás que podrán apoyarnos en nuestras necesidades y entender mejor nuestra situación.

Es muy importante pedir ayuda, no esperar que adivinen nuestras necesidades. Eres la persona más indicada para explicarles lo que necesitas.

**Evita el aislamiento**, ya que puede ayudar a producir reacciones de ansiedad y depresión. Es muy importante ser activo, salir con amigos y familiares y comunicarse con ellos.

## **Qué ropa puedo utilizar?**

Las características de los dispositivos que existen hoy día permiten seguir vistiendo como nos gusta. No es necesario modificar la forma de vestir, la única precaución que deberemos tener en cuenta es elegir ropa que no comprima el estoma.

Además hay dispositivos de muchos tamaños por lo que siempre pueden adaptarse a la ropa más adecuada para las distintas actividades (deportes, baño, etc.). Podemos seguir llevando la ropa interior habitual y si utilizamos fajas mejor ponerse alguna más desgastada y que nos apriete menos.

## **Puedo seguir trabajando?**

El hecho de tener un estoma no es incompatible con la incorporación al trabajo. Es más, es probable, que el hecho de trabajar te ayude a normalizar tu vida, a distraerte y a mantenerte activo.

Es posible que el cansancio y la debilidad tras los tratamientos te obliguen a permanecer en casa unos meses para recuperarte físicamente. Por ello, será importante incorporarse a trabajar poco a poco, reduciendo la jornada al principio para ir adquiriendo confianza y evitar agotarse.

Solamente si el trabajo requiere un esfuerzo con la musculatura abdominal, por ejemplo levantar o mover pesos, puede que tengas que plantearte cambiar a un trabajo más tranquilo. Ante cualquier duda consúltalo con un profesional sanitario.

### **Viajes, algunos consejos...**

Cuando te dispongas a realizar un viaje es conveniente que tengas en cuenta algunas recomendaciones:

- Llevar siempre consigo al menos una bolsa para poder cambiarse en caso de necesidad
- En el caso de viajar en avión no facturar las bolsas de ostomía, llevarlas en el equipaje de mano.
- En caso de viajar en coche, si el cinturón comprime el estoma, se puede utilizar un adaptador igual que el que utilizan las embarazadas.
- No dejar los dispositivos de ostomía dentro de un coche donde haga mucho calor.
- Cuando vayas a estar bastante tiempo fuera de tu domicilio habitual, es conveniente ponerse en contacto con una farmacia del lugar y encargarse de las bolsas que utilizas habitualmente.

### **Ejercicio y deporte**

En general, después de la cirugía es recomendable, en cuanto podamos y nos lo aconsejen, empezar a caminar y dar pequeños paseos. No hay que olvidar que estar activos mejora la percepción de nuestra salud.

Si ya realizábamos algún deporte antes de la operación, no hay ningún problema en volver a practicarlo. Hay que tener en cuenta que los dispositivos que existen no se despegan con la acción del sudor. No hay ningún inconveniente en practicar los deportes más habituales como son los paseos, bicicleta, natación, esquí, golf, etc.

La única excepción en cuanto a ejercicio suelen ser los deportes de contacto muy bruscos o el levantamiento de pesas.

### **Baños en el mar y en la piscina**

Los dispositivos actuales son fáciles de disimular bajo el bañador y además son resistentes al cloro y al agua salada. Cuando nos bañemos deberemos llevar el

dispositivo puesto y el filtro tapado con las pegatinas diseñadas para tal fin. Si queremos adquirir más confianza es recomendable sumergirnos en la bañera y probar así como funciona el adhesivo. Los dispositivos mini o midi y opacos resultan más discretos para ir a la playa o a la piscina.

Los hombres encontrarán bañadores con los que no se notan los dispositivos. Las mujeres podrán usar bañadores y bikinis siempre que la braguita sea suficientemente alta para tapar la bolsa.

### **Las relaciones sexuales**

Los cambios producidos tanto por la cirugía como por los tratamientos pueden producir reacciones psicológicas que van a condicionar la imagen que la persona tiene de sí misma y, por tanto condicionará su respuesta sexual. Como en otros aspectos de nuestra vida, necesitaremos un tiempo para adaptarnos a la nueva situación.

Hay una serie de conductas que ayudan a una sexualidad gratificante:

- Aceptar el propio cuerpo (los nuevos cambios).
- Si nuestra sexualidad la vivimos en pareja, es importante hablar con la otra persona y que nos exprese también sus inquietudes. No se solucionará nada tapando esta situación. Hay que comunicar los sentimientos y deseos.
- Es importante quitarse de la cabeza la idea de que sexo es sólo erección y orgasmo. La sexualidad no se reduce a la penetración sino que otras manifestaciones como las caricias, besos y el contacto físico pueden darnos más seguridad.
- Centrarse en el placer. Se pueden inventar nuevas formas de disfrutar el sexo, creando ambientes íntimos, experimentando juegos sexuales, accesorios eróticos, ropas sugerentes... en definitiva todo aquello que nos ayude a sentirnos mejor.
- Crear tiempo y espacio para el sexo.
- Ser flexible. Es importante que las dos personas acepten la presencia del estoma en las relaciones.
- Recuerde que para estos momentos íntimos están perfectamente indicadas las bolsas mini, con la posibilidad de que además sean opacas, del obturador o de los cubre estoma (siempre que no esté contraindicado).

- Es recomendable cambiar la bolsa antes del contacto.

### **Problemas sexuales**

En ocasiones, y derivados de la cirugía pueden producirse algunos problemas, que a veces serán ocasionales.

En los hombres puede producirse incapacidad de mantener erección (impotencia), ausencia de eyaculación, ausencia de orgasmo, disminución del apetito sexual o de la sensibilidad. La aparición de estas complicaciones dependerá del tipo de operación y de si, tras la intervención o como consecuencia de la enfermedad, se han visto afectados los vasos y nervios que se encargan del funcionamiento de los órganos genitales. Hoy en día existe la posibilidad de utilizar medicamentos contra la disfunción eréctil, aunque no siempre son efectivos. Tu profesional sanitario te podrá aconsejar al respecto.

Las mujeres, por su parte, pueden experimentar en ocasiones falta de lubricación vaginal y percibir dolor durante sus relaciones sexuales, disminución del apetito sexual y de la sensibilidad genital o incapacidad para conseguir placer (anorgasmia). Es probable que desaparezcan con el tiempo.

### **Algunas recomendaciones:**

- Ante la sequedad vaginal probar a utilizar lubricantes intravaginales o supositorios de glicerina. No utilizar vaselina ni aceite ya que pueden aumentar la proliferación de hongos.
- Probar con posturas diferentes en las relaciones sexuales con penetración para ver con cuál nos sentimos mejor.
- Si se ha estrechado la vagina, realizar dilataciones con el dedo o usar dilatadores específicos.
- Consultar la posibilidad de conservar el recto, valorando el riesgo.
- No es aconsejable utilizar la ostomía para practicar el sexo ya que puede causar hemorragias y cicatrizaciones que pueden dar problemas a largo plazo.

Por último, tanto en hombres como en mujeres pueden producirse trastornos en el deseo y disminución de la libido producidos por el estrés, la medicación y la tensión que experimentamos durante la enfermedad.

Si no encuentras una solución satisfactoria siempre puedes consultar al profesional sanitario que te atiende y si fuera necesario al especialista de urología o ginecología.

### **Embarazo y contracepción**

Una mujer ostomizada puede quedarse embarazada, aunque se recomienda esperar un período de dos años tras la intervención. Durante el embarazo pueden producirse algunos cambios en el estoma haciéndose más grande o más pequeño. Esto hace que surjan problemas para adaptar las bolsas. Esta situación se solucionará en cuanto termine el embarazo.

El parto puede ser por vía vaginal o cesárea independientemente del estoma y siguiendo las indicaciones médicas según cada caso. Tampoco existe contraindicación para la lactancia materna.

Si utilizas métodos anticonceptivos es importante saber que en las mujeres ileostomizadas la píldora anticonceptiva no se absorbe bien por lo que pierde su eficacia contraceptiva. Ante cualquier duda consulta siempre con tu profesional sanitario.

### **Aspectos psicológicos del ostomizado**

La realización de una ostomía produce en la persona un impacto físico y psicológico que altera un conjunto de factores que conforman parte importante de la vida cotidiana como: la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual.

En esta nueva condición de vida la persona se enfrenta a un cambio importante de su imagen corporal, además con la falsa creencia de que por tener un estoma podrá ser rechazado por sus familiares y amigos.

Las diferentes etapas de duelo por las que atraviesa una persona con una ostomía son:

- 1) Negación
- 2) Enojo
- 3) Negociación
- 4) Depresión

## 5) Aceptación/esperanza

Donde hay sentimientos como:

- Miedo, cólera, enojo.
- Inquietud física y mental.
- Sentimientos de dependencia y de tristeza.
- Reconocimiento gradual de la enfermedad.
- Cambios importantes en sus patrones de vida.

Para lograr reincorporarse a la vida cotidiana la persona debe emprender la búsqueda del equipo que mejor se adapte a sus necesidades, momento en el cual, se enfrenta a una diversidad de equipos y debe ser consciente de que no cualquiera es el indicado para él, por lo que deberá recibir asesoría individual para orientarlo adecuadamente en la selección del equipo específico en su caso.

No permita que cualquier persona opine, esto seguramente le creará confusión.

### **Usted tiene amigos que le pueden ayudar:**

La cirugía que se le ha practicado le ha devuelto la libertad para gozar de la vida. Este goce puede empezar tan pronto como usted maneje su estoma, en vez de dejar que ello lo maneje a usted.

Es de vital importancia que aprenda a cuidar de su piel y de su estoma y seleccione con ayuda de un especialista, el equipo adecuado a sus necesidades, esto disminuirá de manera importante algún problema con su piel. No es necesario que usted pruebe todos los productos del mercado ni que tenga que pasar un periodo de tiempo específico para que seleccione su equipo.

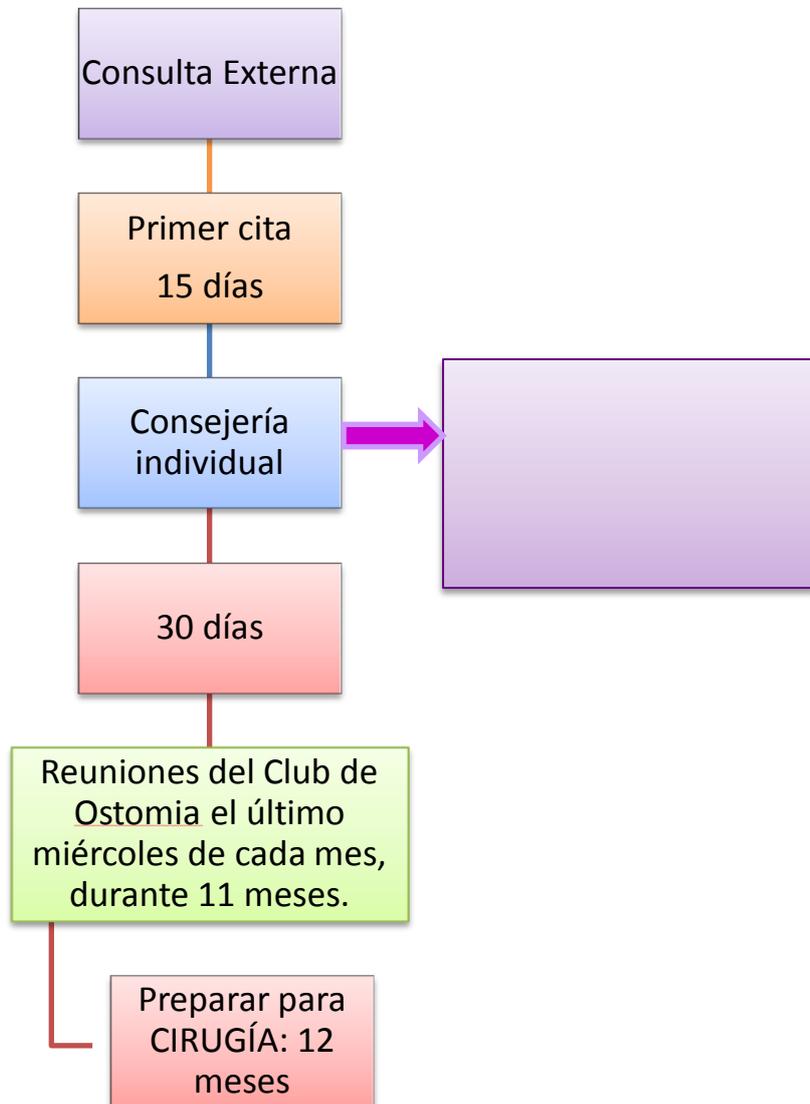
Existen personas especializadas en el cuidado de la ostomía, su médico o el hospital podrán ponerle en contacto con ellos.

Miles de personas están en su misma situación; hable con ellas, descubrirá con qué facilidad han superado e integrado la ostomía en su vida.

Pregunte a su médico, Terapeuta Enterostomal o a sus Médico personal, por los Centros de Asesoría y Grupos de Pacientes Ostomizados.

Recuerde que la ostomía no es una enfermedad, sólo una condición de vida.

**FLUJO DE ATENCIÓN EN PSICOLOGÍA EN PACIENTES  
CON COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA**



## **BIBLIOGRAFIA**

Guía de autocuidado en pacientes oncológicos. Pautas estéticas. Asociación Española de Estética Reparadora Integral. Disponible en: <http://www.aeeri.org/guia-aeeri.pdf>

Carballo Chinarro, Ana Isabel. (2008). Guía rápida de colostomía. Fundación Te cuidamos. Disponible en <http://www.tecuidamos.org>

Fundación La Caixa. (2005). Guía para ostomizados. Las enterostomías: ileostomías y colostomías.

Coloplast. (2003). Una ayuda para personas ostomizadas y sus familiares. Manual práctico. Programa de Ayuda en el Cuidado del Estoma (PACE).

ConvaTec, (2007). Guía de cuidados para colostomías.

Lenneberg, Edith, y cols. (2007). Guía de colostomía. Disponible en [www.uoaa.org](http://www.uoaa.org)

**APÈNDICE 12: PLAN DE CHARLAS****HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA” DE PORTOVIEJO****PLAN DE CHARLAS PARA INTEGRANTES DEL CLUB DE  
OSTOMIZADOS**

<b>FECHA</b>	<b>TEMA</b>	<b>HORA</b>	<b>LUGAR</b>
15/11/2012	- Manejo integral de colostomía e ileostomía.	09h00	PRE-ANESTESIA CENTRO QUIRÙRGICO
16/11/2012	- Demostración sobre colocación y uso de bolsas de ostomias. Cremas, talcos, cinturones, etc.	09h00	
19/11/2012	- Autocuidado de colostomía e ileostomía.	09h00	
20/11/2012	- Apoyo nutricional y psicológico	09h00	
21/11/2012	- Manejo integral de colostomía e ileostomía.	09h00	
22/11/2012	- Autocuidado de colostomía e ileostomía.	09h00	
23/11/2012		09h00	
26/11/2012	- Apoyo nutricional y psicológico	09h00	
27/11/2012		09h00	
28/11/2012	- Demostración sobre colocación y uso de bolsas de ostomias. Cremas, talcos, cinturones, etc.	09h00	
29/11/2012		09h00	
30/11/2012	- Manejo integral de colostomía e ileostomía.	09h00	

