



ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO



TRABAJO FINAL INTEGRADOR PROTOCOLO DE CUIDADOS PARA NEONATOS CON OSTOMÍA

SONIA E. LÖHR – DOMENGET

Directora de Cátedra: Dra. Ma. Cristina Cometto

CÓRDOBA. Julio de 2016



AGRADECIMIENTOS

- ❖ Gracias de corazón a mis tutoras, la Dra. María Cristina Cometto y la Dra. Patricia Gómez, por su paciencia, dedicación, motivación, criterio y aliento. Por haber hecho fácil lo difícil. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.
- ❖ Hago extensible este agradecimiento también a todos los profesionales experimentados, colegas especialistas y demás colaboradores que aportaron de su experiencia y vastos conocimientos a nuestro crecimiento profesional.
- ❖ A mis padres, amigos y personas especiales en mi vida; seres queridos que suponen benefactores de importancia inimaginable en mis circunstancias diarias. No podría sentirme más agradecida con la confianza puesta sobre mi persona, especialmente cuando he contado con su mejor apoyo. Este nuevo logro es en gran parte gracias a ustedes, quiero dedicar mi tesis a ustedes, personas de bien, seres que ofrecen amor, bienestar y los finos deleites de la vida.
- ❖ Y para finalizar, también agradezco a todos los que fueron mis compañeros de clase en ésta primera cohorte 2014 – 2016, pero principalmente a los colegas del Grupo Federal, ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante.



INDICE

PÁGINAS

RESÚMEN – PALABRAS CLAVE	4
INTRODUCCIÓN.....	5
DEFINICIONES.....	7
CONTEXTO DE DESARROLLO.....	12
ESTRATEGIA DE BUSQUEDA.....	14
OBJETIVOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTO.....	16
RECOMENDACIONES.....	17
RECOMENDACIONES PARA CON LOS PADRES.....	19
INSTRUMENTO DE MONITOREO.....	20
SOCIALIZACION INSTITUCIONAL.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXO.....	23

RESUMEN

La enfermera neonatóloga es significativamente importante en el cuidado especializado del recién nacido, por lo que el mismo debe ser realizado de manera que el tratamiento impacte en el desarrollo de una vida plena para ese recién nacido y su familia.

Durante el periodo neonatal (RN- 28 días), determinados trastornos agudos obligan a extirpar tramos del intestino delgado, acompañados de la realización de ostoma.

El siguiente trabajo final integrador es un resumen de la lectura de varios trabajos bibliográficos; el abordaje de los cuidados de la piel del neonato ostomizado, y la propuesta para mejorar el cuidado en el momento de colocación o recambio de bolsa de ostomía, protocolo que será socializado una vez aprobado en el Hospital Misericordia.

Palabras Clave: Cuidado Enfermero. Neonato Ostomizado. Protocol.

Summary

Nurse neonatologist is significantly important in the care service of the newborn, so it, applied so that the treatment impacts on the development of a full life for that newly born and his family. During the neonatal period,(RN-28 day), certain acute disorders force to remove more or less extensive bowel, accompanied by the realization of ostomy. In the following final work Integrator you will find a review of the literature, the approach to the care of the newborn ostomizado skin, and the proposal to improve care at the time of placement or replacement of Ostomy bag. Carried out in the Mercy Hospital.

Key words: Care nurse. Neonato Ostomizado. Protocol.

INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas más frecuentes que llevan a cirugía abdominal en el recién nacido pre término (RNPT) se encuentra la enterocolitis necrotizante (NEC), aunque no es la única. La NEC es una lesión intestinal grave desencadenada por una serie de factores unidos a un intestino relativamente inmaduro. En la NEC, inicialmente se produce un daño mucoso isquémico que provoca pérdida de la integridad de la mucosa intestinal, si existe un sustrato apropiado para la proliferación bacteriana en la zona dañada se producirá una liberación de gas (hidrógeno) por los microorganismos, lo que provocará neumatosis intestinal y, en siguientes fases, llegará a necrosis transmural, perforación y peritonitis. Si en la cirugía abdominal es necesaria una resección intestinal masiva, es decir, más del 50% del ID, nos encontraremos con un RN en el que se desencadenará un cuadro con tránsito intestinal acelerado, digestión inadecuada y mala absorción, es el denominado "Síndrome de intestino corto" (SIC).(1)

Durante el periodo neonatal determinados trastornos agudos obligan, con frecuencia a extirpar porciones más o menos extensas del intestino delgado, acompañado de la realización de ostomías.

En la edad pediátrica la actitud y la respuesta de los padres a la situación condicionarán de manera importante la respuesta del niño enfermo. El profesional de enfermería debe realizar una función docente con la unidad familiar para facilitar la adaptación a la nueva situación y minimizar la alteración de la vida cotidiana de la familia.

Una ostomía es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, comporta una agresión física y psíquica que, al afectar la integridad corporal, afecta también la propia imagen, a la capacidad funcional y a la calidad de vida, por lo que supone un gran impacto en la vida diaria del paciente.(2)

La adaptación al ostoma va a depender de varios factores, como lo son la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes y el pronóstico, las condiciones de la intervención quirúrgica; las complicaciones funcionales del ostoma, las secuelas postquirúrgicas y las características entorno psico-social y del contexto cultural (creencias, valores, conceptos y actitudes en relación a la enfermedad, las problemas físicos y el dolor).



En el servicio de UCIN se han tratado durante los dos últimos años varios pacientes que han precisado la realización de ostomías, y hemos comprobado que para que el tratamiento y los cuidados de estos recién nacidos tenga éxito es necesaria una actuación coordinada en equipo, a menudo durante largo tiempo.

Junto a las medidas esenciales para mantener el ingreso de nutrientes hay que realizar un esfuerzo conjunto para potenciar la relación familiar (padres-hijo) y así estimular el desarrollo del recién nacido (RN).

DEFINICIONES

OSTOMÍAS

La palabra estoma procede del griego y significa literalmente boca o abertura. Con ella se designa en la actualidad la intervención quirúrgica cuyo objeto es crear una comunicación artificial entre una víscera, órgano o conducto y la pared abdominal. **(3)**

Las ostomías digestivas son comunicaciones artificiales de un órgano con la pared abdominal mediante una intervención quirúrgica, con la finalidad de suplir las vías naturales de excreción o de alimentación cuando estas se interrumpen por cualquier causa clínica. Según el tiempo de permanencia serán:

- Temporales si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado.
- Definitivas si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo.

COLOSTOMÍA: En una operación en la que se lleva parte del colon a la superficie del abdomen para formar el ostoma. Generalmente, se crea una colostomía del lado izquierdo del abdomen. Las heces en esta parte del intestino son sólidas y, como el ostoma no tiene un músculo para controlar la defecación, por lo que es necesaria la utilización de una bolsa de ostomía.

Hay dos tipos diferentes de cirugía de colostomía: colostomía terminal y colostomía en asa.

➤ **COLOSTOMÍA TERMINAL:** Si se han extirpado partes del intestino grueso (colon) o recto, el intestino grueso remanente se lleva a la superficie del abdomen para formar un ostoma. Una colostomía terminal puede ser temporaria o permanente. La solución temporaria es relevante en situaciones donde se ha extirpado la parte enferma del intestino y la parte remanente del intestino necesita descansar antes de que se puedan unir los extremos. La solución permanente se elige en situaciones donde es demasiado riesgoso o no es posible volver a unir las dos partes del intestino.



➤ **COLOSTOMÍA EN ASA:** En una colostomía en asa, se levanta el intestino por encima del nivel de la piel y se lo deja en su lugar con una varilla para ostoma. Se realiza un corte en el asa del intestino expuesto, y luego los extremos se enrollan y se suturan a la piel. De esta forma, el ostoma en asa en realidad está formado por dos ostomas (ostoma de doble boca) que están unidos. Generalmente, la colostomía en asa es una medida temporaria que se lleva a cabo en situaciones agudas. También puede llevarse a cabo para proteger una unión quirúrgica en el intestino.

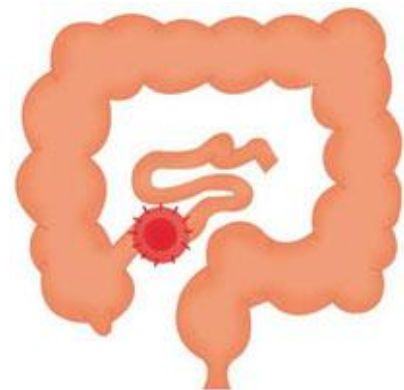
ILEOSTOMÍA

Por lo general, la ileostomía se realiza en casos donde la parte final del intestino delgado está enferma, y habitualmente se realiza del lado derecho del abdomen. Es la exteriorización del último tramo del íleon a la pared abdominal, se sitúa en la parte derecha del abdomen es más exigente en su confección que una colostomía debido a que el contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuesta a ellos, de manera que esta ostomía debe ser siempre protruida, 2-3 cm. sobre el plano de la piel. La elección del sitio donde efectuarla es de vital importancia. En general cuadrante inferior derecho del abdomen por debajo del ombligo a través del músculo recto abdominal, alejado de prominencias óseas, de pliegues de la piel. Las heces en esta parte del intestino son generalmente líquidas y, como el ostoma no tiene un músculo para controlar la deposición, será necesario recogerlas en una bolsa. (4)

Hay dos tipos diferentes de cirugía de ileostomía:

➤ ILEOSTOMÍA TERMINAL

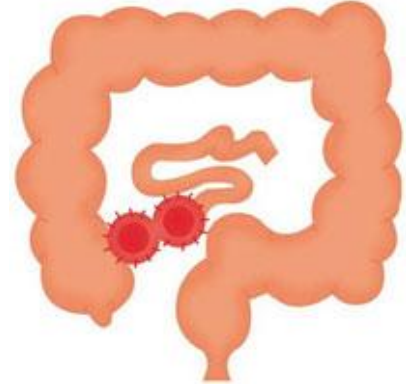
Una ileostomía terminal se realiza cuando se extirpa (o simplemente necesita descansar) parte del intestino grueso (colon) y la parte final del intestino delgado se lleva a la superficie del abdomen para formar un ostoma. Una ileostomía terminal puede ser temporaria o permanente.



La solución temporaria es relevante en situaciones donde se ha extirpado la parte enferma del intestino y la parte remanente del intestino necesita descansar antes de que se puedan unir los extremos. La solución permanente se elige en situaciones donde es demasiado riesgoso o no es posible volver a unir las dos partes del intestino.

➤ ILEOSTOMÍA EN ASA

En una ileostomía en asa, se levanta el intestino delgado por encima del nivel de la piel y se lo coloca en su lugar con una varilla para ostoma. Se realiza un corte en el asa del intestino expuesto, y luego los extremos se enrollan y se suturan a la piel. De esta forma, la ileostomía en asa en realidad está formada por dos ostomas que están unidos.



Por lo general, la ileostomía en asa es temporaria y se realiza para proteger una unión quirúrgica en el intestino. Si es temporaria, se cerrará o se revertirá en una operación posterior. **(5)**

Las ostomías de alimentación reciben distintos nombres

- **GASTROSTOMÍA.** Es la exteriorización del estómago a la pared abdominal.

- **YEYUNOSTOMÍA.** Es la exteriorización a nivel del intestino delgado.

Puede ser de dos tipos: exteriorización bajo sonda, con función de alimentación (situación similar a una gastrostomía de alimentación); o salida directamente a la piel, en situaciones debidas a dehiscencias de anastomosis. **(6, 7)**

Cada uno de los ostomas presenta sus características propias. Es importante conocer el objetivo con el que se realiza un ostoma. La función de los ostomas varía para cada uno de los tipos antes mencionados y, dentro del mismo tipo, el ostoma puede estar confeccionado con objetivos diferentes. **(8)**

Indicaciones principales para una ostomía intestinal en neonatos:

- ✓ Enfermedad inflamatoria intestinal con perforación
- ✓ Isquemia intestinal
- ✓ Obstrucción
- ✓ Perforación
- ✓ Ano perforado
- ✓ Enterocolitis necrotizante
- ✓ Atresia intestinal

(9)



CONTEXTO DE DESARROLLO

El Hospital Nuestra Señora de la Misericordia (HNSM) se encuentra situado en la zona sur de la ciudad de Córdoba. Depende de la Dirección de Especialidades Médicas del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y se encuentra ubicado en la calle Belgrano al 1502 del Barrio Güemes.

Esta institución comienza a funcionar en el año 1970 como hospital polivalente, ya que anteriormente funcionaba como sanatorio para tuberculosos, año 1922.

Cubre las necesidades de salud y da atención una amplia zona de la ciudad como es la zona sur, abarcando los barrios Cáceres, Bella Vista, Suárez, Ferrer, Ciudadela, Santa Isabel, Villa Libertador, Barrio Comercial y Hogar III. También recepta derivaciones de otras instituciones de la capital y del interior de la provincia; población estimada en unos 3.300.000 habitantes.

El perfil del hospital se encuadra dentro del segundo y tercer nivel de complejidad, es polivalente, por lo que cuenta con los servicios de clínica médica, clínica quirúrgica, guardia de emergencias, UCI y UTI pediátricas, consultorios externos, oncología para tratamientos ambulatorios, UTI de adultos, unidad de tocoginecología, obstetricia y servicio de neonatología, dividido en sector de UTIN y UCIN.

Debido al aumento de la demanda de atención en el sector público y a la necesidad de una tecnología más avanzada y en vista del deterioro de la infraestructura de éste hospital, gestiones anteriores de gobierno, decidieron el traslado de esta institución a un nuevo nosocomio que se encuentra en un predio al lado del mismo.

Como parte de este proyecto en agosto del año 2007 comienzan a funcionar las áreas nuevas de obstetricia y neonatología; y en el año 2011, el resto de las áreas en la nueva institución.

Hasta el año 2014 el servicio de neonatología contaba con 20 unidades de internación entre UTI, UCI y pre alta (nivel III C de complejidad) todas estas ubicadas en el mismo sector del nuevo hospital.

En septiembre 2014 se reinaugura el sector de UCIN, área que había sido cerrada por gestiones políticas anteriores, con una capacidad de internación de 10 unidades, sector ubicado estratégicamente al lado de la residencia de madres, ya que nuestra institución adhiere al programa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

En nuestro servicio se está llevando a cabo, además, un proyecto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, que cuenta entre sus ejes con el llamado sistema COPAP (Contacto Piel A Piel), en el cual los bebés prematuros que sólo requieren cuidados rutinarios (regulación de temperatura, alimentación y monitoreo básico) pueden permanecer con sus madres en contacto permanente contra su piel, siendo asistidos por ellas con una mínima intervención médica y de enfermería; y estando ampliamente demostrados los beneficios de esta modalidad de atención.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE SE INTERNAN EN LA UCIN

- Todos o en su gran mayoría bebés menores de 30 días de vida.
- Recién nacidos pre término para crecimiento y desarrollo.
- Pacientes que necesitan terminar tratamiento de antibioticoterapia.
- Pacientes con hiperbilirrubinemia para tratamiento de luminoterapia.
- Pacientes post quirúrgicos previo al alta (Ej. bebés ostomizados).
- Recién nacidos con patologías neonatales de media a baja complejidad, que no requieran ventilación mecánica, técnicas invasivas, etc.
- Prematuros estables que puedan ingresar al programa COPAP
- Lactantes (ex pacientes de neonatología o no) con un peso igual o menor de 4000grs., que requieran asistencia en incubadora
- Ex pacientes de neonatología que requieran re ingreso hospitalario, hasta las 42 semanas de edad gestacional corregida.

CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

El número de unidades es de 10 (diez), aunque la capacidad del servicio puede ser ampliada hasta 20 unidades.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Revisión bibliográfica

SITIO	REVISTA	ARTÍCULO
SCIELO	Publicación de Instituto Nacional de Perinatología versión impresa ISSN 0 187-5337	1.1.1 Perinatol. Reprod. Hum. vol.28 no.1 México ene. /mar. 2014 (10)
SCIELO	Publication of Universidad de Print Antioquia version ISSN 0121-0793	1.1.2 Iatreia vol.19 no.4 Medellín Oct. /Dec. 2006 Fisiopatología y factores de riesgo para el desarrollo de enterocolitis necrosante en neonatos menores de 1.500g (11)
SCIELO	RevChilNutr; 40(3): 283-289, set. 2013. Artículo en Español LILACS-Express ID: lil-695759	1.1.3 El desarrollo de la microbiota intestinal humana, el concepto de probiótico y su relación con la salud humana / Development of the human intestinal microbiota, the concept probiotics and their relationships with human health (12)
SCIELO	Cruz, Andréia Cascaes; Angelo, Margareth. Rev Esc Enferm USP; 46(6): 1306-1312, dez. 2012. Artículo en Portugués LILACS ID: lil-664077	Estomas em neonatología: um resgate da memória materna (13)

Dialnet Plus	Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia, ISSN 0214-0128, <u>Nº. 89, 2010</u> , págs. 28-31	Cuidados de enfermería en recién nacidos con estomas digestivos. (14)
CENETC	Guía de Práctica Clínica GPC. Evidencias y recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-646-13	Estomas de Eliminación de Tubo Digestivo (15)

OBJETIVOS, MATERIALES Y PROCEDIMIENTO

CUIDADOS DE LA OSTOMÍA

Objetivo: Sistematizar el cuidado de enfermería para los neonatos con ostomía en la UCIN.

Objetivos Específicos:

- Valorar el funcionamiento del ostoma.
- Mantener humedad permanente en el ostoma.
- Mantener la integridad de la piel periestomal y tratar las lesiones cuando aparezcan.

Nivel de Evidencia y Grado de Recomendación: II a

Materiales y Equipo:

- Guantes, gasas, tijera y medidor de ostoma.
- Pomada protectora y/o epitelizante, pasta selladora o placa de hidrocoloide.
- Dispositivos protectores del tamaño y tipo adecuado (disco y bolsa, y bolsa colectora de materia fecal).
- Limpiador de piel para despegar y limpiar la bolsa anterior.

Procedimiento:

Lavado de manos

Promover y utilizar "Los 5 momentos para la higiene de manos

1. Antes del contacto con el paciente.
2. Antes de realizar tarea aséptica.
3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales
4. Después del contacto con el paciente
5. Después del contacto con el entorno del paciente.

¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del paciente.

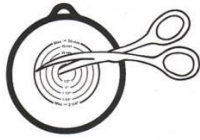
Nivel de evidencia y Grado de Recomendación: I a

RECOMENDACIONES

- ❖ Durante los primeros siete días la herida quirúrgica no debe contaminarse con materia fecal.
- ❖ Mantener humedad del estoma durante los primeros días según criterio del cirujano, aplicando vaselina estéril y tapando con gasas.
- ❖ Limpiar la piel periestomal retirando restos de heces con agua tibia o solución fisiológica y secar posteriormente la zona con gasas sin frotar.
- ❖ Proteger la piel periestomal con crema o pomada del tipo pasta las que crean una película que protege de la humedad.
- ❖ Si la bolsa se despegase en alguna zona, debe retirarse completamente y cambiarse, teniendo la precaución de hacerlo con loción limpiadora de piel o en su defecto con solución fisiológica.
- ❖ Si la bolsa es drenable vaciarla frecuentemente, controlando características y cantidad y registrar.
- ❖ Cuando las deposiciones son líquidas y continuas y existe elevado riesgo de lesión de la piel periestomal se emplearán otro tipo de dispositivos: antes de que exista la lesión se puede proteger la zona con apósitos o discos adhesivos de Hidrocoloide ajustándolo al tamaño del estoma. Aplicarlos con la piel limpia y seca evitando que se formen pliegues y no retirar hasta que no se despeguen por sí solos.
- ❖ Para asegurar la adecuada fijación del disco, sin que queden zonas en contacto con las heces y para evitar cambios frecuentes que podrían también lesionar la piel, puede utilizarse como complemento al disco una pasta autoadhesiva protectora. **(16)**
Grado de Evidencia y Recomendación: **II b**
- ❖ En las ocasiones en que es necesario el uso de bolsas colectoras con discos protectores se debe elegir un modelo que permita un vaciado y/o cambio frecuente de bolsa sin tener que despegar el disco cada vez. Existen bolsas que se acoplan a discos que poseen un reborde o anillo con sistema de "clipper".

Aplicación del disco adhesivo

1



El orificio del disco debe acoplarse exactamente al contorno de su estoma. En caso de ser necesario, dibuje una plantilla apropiada a la forma de su estoma y recorte el orificio con unas tijeras curvas.

2



Retire el papel protector del disco adhesivo.

3

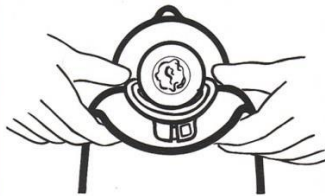


Adhiera el disco adhesivo cuidadosamente sobre la piel, evitando pliegues y grietas.

4

Aplicación de la bolsa

4



Ajuste la bolsa en el anillo del disco adhesivo.

5



Empezando por la parte inferior y moviendo sus dedos hacia arriba en forma semicircular, hasta su acoplamiento total.

6



Cierre el clipper, presionando los extremos del mismo, hasta oír un "click".

7

- ❖ Registrar: estado del estoma y piel circundante, color, cantidad, tipo y consistencia de las heces.
- ❖ Cuando existe pérdida de la integridad de la piel alrededor del ostoma es útil el uso de pomadas epitelizantes que contengan cinc.

Grado de evidencia y Recomendación: **II b**

RECOMENDACIONES PARA CON LOS PADRES

PARTICIPACIÓN DE LOS PADRES EN EL CUIDADO.

Los principales objetivos para trabajar con los padres son:

- ❖ Ofrecerles información y enseñarles los cuidados de la ostomía.
- ❖ Implicar a los padres en los cuidados del enterostoma.
- ❖ Introducir a los padres en la alimentación enteral.
- ❖ Potenciar la relación afectiva padres-hijo.

Intervenciones:

- ❖ Facilitar la realización de preguntas y contestar con términos comprensibles, adecuando la información a cada momento.
- ❖ Preparación de la alimentación.
- ❖ Explicarles cómo preparar y administrar aportes suplementarios.
- ❖ Favorecer la realización de cuidados higiénicos del recién nacido (RN) por parte de los padres.
- ❖ Deberá realizarse el lavado del ostoma y el cambio de bolsa delante de los padres, y animarles a que realicen ellos la técnica, respondiendo en el momento sus dudas.
- ❖ Estimular la relación afectiva entre padres y RN, liberalizando el horario de visitas, en función de las necesidades del RN y la situación laboral y personal de los padres.
- ❖ Conseguir un ambiente tranquilo en el momento de la enseñanza de los cuidados, evitando que existan alrededor personas ajenas a la unidad familiar.
- ❖ Detectar signos de angustia y rechazo y si es necesario, remitir y contactar con profesionales cualificados (psicólogos, trabajadores sociales, etc.).
- ❖ Si el RN es dado de alta con ostomía, facilitar teléfonos de contacto para consultar las dudas que puedan presentarse, asegurándoles que pueden acudir a la UCIN en cualquier momento del día si se presentase algún problema.



SOCIALIZACIÓN INSTITUCIONAL

Una vez aprobado el presente trabajo se socializará en los turnos mañana, tarde y noche de manera rotativa para que todo el personal de planta de la UCIN logre trabajar de manera coordinada y protocolizada en favor del bienestar del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://anecipn.org/ficheros/archivo/XXI/html/m3c3.htm>
2. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>
3. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:1Ok9Yl0AnGIJ:estomasenfermeriahgt.blogspot.com/p/tipos-de-estomas.html+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=ar>
4. http://www.coloplast.com.ar/ostoma/profesional/ostomia/#section=Diferentes-tipos-de-ostoma_213826
5. <http://www.sosenfermero.com/noticias-de-salud/cuidados/cambio-de-bolsa-de-colostomia-ileostomia/>
6. Bubrick MP, Roistad BS. "Intestinal Stomas" in Principles and Practice of Surgery for the colon Colon. Rectum and Anus. 1992 page: 855-905.
7. Abcarian H, Pearl RK. "Stomas" in The Surgical Clinics of North America. Dec. 1988 pag: 1296 - 1305.
8. http://bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/libro_47.pdf
9. <http://estomasenfermeriahgt.blogspot.com.ar/p/tipos-de-estomas.html>
10. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000100001
11. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_serial&pid=0121-0793
12. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182013000300011
13. <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/04.pdf>
14. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3181268>
15. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacion/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacionger.pdf
16. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo111/capitulo111.htm>

ANEXO

los 5 momentos de la higiene de manos



manos limpias
salvan vidas

- 1 ANTES DEL CONTACTO CON EL PACIENTE**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos antes de tocar al paciente, cuando nos aproximemos a él o ella.
EJEMPLOS Al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.
- 2 ANTES DE UNA TAREA ASÉPTICA**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos inmediatamente antes de cualquier tarea aséptica.
EJEMPLOS Cuidado oral/dental, aspiración de secreciones, curas, inserción de catéteres, preparación de alimento o de medicación.
- 3 DESPUÉS DE UNA EXPOSICIÓN A FLUIDOS CORPORALES**
CUÁNDO Inmediatamente después de una exposición a fluidos corporales (y después de quitarse los guantes).
EJEMPLOS Cuidado oral/dental, aspiración de secreciones, extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos.
- 4 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE**
CUÁNDO Realizar la higiene de las manos después de tocar al paciente, o su entorno inmediato, cuando nos alejamos de él o ella.
EJEMPLOS Al estrechar la mano, ayudar al paciente a moverse, realizar un examen clínico.
- 5 DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL ENTORNO DEL PACIENTE**
CUÁNDO Después de tocar cualquier objeto o mobiliario en el entorno inmediato del paciente, al alejarnos (incluso si no se ha tocado al paciente).
EJEMPLOS Cambiar la ropa de la cama, ajustar la velocidad de perfusión.

Región  de Murcia

Servicio  Murciano de Salud

PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 tu salud, seguridad

 World Health Organization