



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMERAS SOBRE EL CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE CON ESTOMAS INTESTINALES EN UN HOSPITAL DEL D. F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA PRESENTAN:

ELVIA RUTH CASTANEDA ROMERO

9367329-5

CATALINA MAZAS GUZMAN

94029292-3

Laura Moran Peña

DIRECTOR DEL TRABAJO: MTRA. LAURA MORAN PEÑA



MEXICO,

MAYO 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*A mi hija
A mi madre
A mi esposo
Y a todas aquellas personas
que me ayudaron y me soportaron
durante el tiempo de realización
de este trabajo de investigación
que, mas que mío es de todos ustedes.*

MUCHAS GRACIAS

Catalina Mazas Guzmán

Doy gracias a Dios, por permitirme
llegar a este momento de mi vida

A mi madre y a mi hermana Ana
Rosa, quiero expresar mi más
profundo agradecimiento por su
apoyo incondicional y paciencia que
me brindaron durante el tiempo en
que se realizó la investigación

A la Mtra Laura Morán Peña, por
compartir sus múltiples
conocimientos mediante su asesoría
y a quienes de alguna manera
colaboraron con su apoyo, paciencia
y comprensión en la elaboración de
la presente tesis, nuestra tesis, a
todos muchas gracias

E. Ruth Castañeda R

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	2
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
4. OBJETIVO.....	5
5. VARIABLES EN ESTUDIO.....	6
5.1 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	6
6. MARCO CONCEPTUAL.....	8
6.1 GENERALIDADES Y CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS.....	9
6.2 COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN LOS ESTOMAS Y SU MANEJO.....	13
6.2.1 COMPLICACIONES INMEDIATAS.....	13
6.2.2 COMPLICACIONES TARDÍAS.....	15
6.2.3 COMPLICACIONES NO QUIRÚRGICAS.....	16
6.3 CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA.....	18
6.3.1 CUIDADOS PREOPERATORIOS A PACIENTES OSTOMIZADOS.....	18
6.3.2 UBICACIÓN DEL ESTOMA.....	19
6.3.3 LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POST- OPERATORIO.....	20
6.4 LA IMAGEN CORPORAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.....	24
6.4.1 ASPECTOS RELEVANTES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE OSTOMIZADO.....	28
6.4.2 CONSEJOS PARA LA ADAPTACIÓN A UNA NUEVA IMAGEN CORPORAL.....	30
6.5 ASPECTO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.....	32
6.5.1 RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON ENTEROSTOMÍAS.....	32
6.5.2 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS – PARA PERSONAS CON ILEOSTOMÍAS.....	33
6.5.3 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS – PARA PERSONAS CON COLOSTOMÍAS.....	33
6.5.4 ALIMENTOS QUE PUEDEN OCASIONAR BLOQUEO	33

6.5.5 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS CON OSTOMÍAS.....	34
7. METODOLOGÍA.....	35
7.1 RECURSOS Y LOGÍSTICA.....	36
8. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	37
8.1 DEL CUESTIONARIO.....	37
8.2 DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN.....	45
9. CONCLUSIONES.....	55
10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	59
11. BIBLIOHEMEROGRAFÍA.....	61
12. ANEXOS.....	65

1. INTRODUCCIÓN

La atención brindada a los pacientes con un estoma debe ser integral, puesto que estos individuos tienen el derecho de ser atendidos desde un punto de vista holístico, y es por ello que la presente investigación se realizó con la finalidad de conocer el grado de conocimiento que tienen las enfermeras del servicio de Cirugía General sobre los cuidados integrales a pacientes con estomas intestinales.

Para ello se realizó un estudio observacional descriptivo de sombra, con la aplicación de una cédula de evaluación y una guía de observación, para conocer tanto los conocimientos teóricos como la práctica real que tiene el área de enfermería con estos pacientes.

De la información obtenida se encontró que el personal evaluado obtuvo una calificación baja demostrándolo en los cuadros y gráficas correspondientes; así también se demuestra que las enfermeras participan más en cuidados técnicos (*rutinarios*) y no en un verdadero cuidado profesional que involucran las tres esferas del ser humano (*bio-psico-social*).

Es importante mencionar las limitaciones que se tuvieron durante la investigación, como la escasa participación de las autoridades del hospital, así como también la indiferencia del personal de enfermería para la realización de dicha investigación.

2. ANTECEDENTES

(Investigación de enfermería sobre pacientes ostomizados)

La investigación de enfermería sobre el cuidado a pacientes ostomizados es muy vaga, pues no se le ha dado la importancia requerida, en tanto que es necesaria para la atención de dichos pacientes.

Actualmente se encuentran en la literatura mexicana artículos básicamente enfocados al aspecto médico y técnico tales como el manejo de material y equipo para un estoma, innovaciones sobre el equipo para el ostomizado, de la hospitalización al cuidado en el hogar, el rol de la enfermera como apoyo a los pacientes de colitis ulcerativas ligados a una probable ileostomía, entre otros los cuales serían interminables de mencionar.

Pero ¿Qué podemos encontrar aquí en México sobre este tema? Poco, con respecto a la calidad de atención, nada en cuanto al cuidado que se le brinda al paciente; por lo tanto se tuvo que recurrir a otras instancias internacionales para saber las innovaciones que surgen en torno al cuidado y tratamiento que se le brinda a los pacientes ostomizados.

Dichos artículos los podemos encontrar en diversas revistas tales como: Helios Revista internacional editada por los laboratorios Coloplast para los profesionales interesados en la ostomía; Nurse-stand, ostomy-wound manage, J.Wound-ostomy-continental-nurse las cuales son ediciones norteamericanas.

Otra información de gran ayuda son los artículos publicados en la revista Desarrollo Científico de la enfermera ya que tales artículos

sirven de apoyo bibliográfico y / o retroalimentación; tales como: clasificación de los estomas, complicaciones más frecuentes de las ostomías, atención de enfermería en el pre y post-operatorio, etc.

Por último mencionamos otras fuente de información, " la investigación en enfermería", de los cuales le mencionamos los siguientes trabajos: Diana Fendya (1988), escribe sobre las necesidades de los pacientes con ostomía pediátrica y su familia, menciona aspectos fisiológicos y psicológicos importantes en un pacientes pediátrico ante el sentimiento de aflicción y pérdida al dejar de ser normal.

Judy Clancy (1988), escribe sobre las razones comunes de las ostomías pediátricas, hace referencia sobre algunos padecimientos que afectan a los niños y por los cuales son intervenidos para la creación de una ostomía.

Bárbara Borwell (1977), escribe el tema: Consideraciones psicológicas del cuidado del estoma por la enfermera, y enmarca las complejidades e impacto de la cirugía del estoma; describe las respuestas psicológicas que los pacientes pueden presentar; identifica necesidades individuales y aplica el conocimiento para dar un cuidado psicológico afectivo.

Dichas autoras nos muestran un panorama diferente sobre la atención a los pacientes ostomizados y pone énfasis en otras necesidades que son necesarias y prioritarias para los pacientes.

Por tal motivo y para fines de nuestra investigación retomaremos estos últimos, pues al mostramos un enfoque diferente que enfatiza el aspecto psicológico y emocional sobre el cuidado a pacientes con estomas, nos amplía nuestras áreas de interés sobre la atención que brinda la enfermera en nuestro universo de trabajo; ya que al realizar un estudio observacional nos percataremos de qué aspectos aborda más la enfermera y cuáles hay que desarrollar más o en cuales hay que poner mayor énfasis, de tal manera que se brinde un cuidado integral a estos pacientes para un pronto restablecimiento y reintegración del individuo ostomizado a su medio ambiente.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué tanto conoce el personal de enfermería del servicio de Cirugía General del Hospital Balbuena, los cuidados integrales a pacientes con estomas intestinales?

4.OBJETIVO

- Identificar el grado de conocimientos teórico-prácticos que tiene el personal de enfermería sobre el cuidado integral para la atención de estomas intestinales.

- *Por el tipo de estudio realizado se omitirán las hipótesis.*

5. VARIABLES EN ESTUDIO

Los conocimientos teórico-prácticos que tienen las enfermeras generales sobre el cuidado a pacientes con estomas intestinales.

5.1. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

1. Conocimientos que las enfermeras generales tienen sobre el cuidado integral a pacientes con estomas intestinales.

DIMENSIONES :

* Conocimientos Teóricos:

Indicadores:

- Conoce lo que es un estoma y su función.
- Conoce la clasificación de los estomas.
- Conoce las complicaciones más frecuentes.
- Conoce cual es la atención de enfermería en el pre-operatorio y en el post-operatorio.
- Dentro del tratamiento y cuidados específicos la enfermera conoce las medidas específicas que se deben brindar a los pacientes con estomas intestinales tales como:
 - Uso de antibióticos y otros medicamentos que causan efecto en los estomas.
 - Técnica de irrigación a un estoma.
 - Dieta especial.
 - Cuidados a la piel.
 - Material y equipo para estomas intestinales.

- Orientación psicológica y emocional, ante su nueva imagen corporal y su estilo de vida.

* Conocimientos Prácticos:

Indicadores:

- Si realiza las funciones específicas en el pre y post-operatorio.
- Sí tiene precaución en la administración y ministración de medicamentos a pacientes con estomas intestinales.
- Sí realiza y con habilidad la técnica de irrigación.
- Sí verifica si la dieta del paciente es la adecuada y proporciona orientación sobre su nueva alimentación.
- Sí realiza los cuidados específicos a los diferentes tipos de estomas intestinales.
- Sí protege la piel del estoma y periestomal durante cualquier procedimiento.
- Demuestra habilidad en la colocación del material y equipo para estomas intestinales.
- Aprovecha el contacto físico con el paciente para proporcionar orientación psicológica y emocional sobre su nueva imagen corporal y nuevo estilo de vida.

6.1. GENERALIDADES Y CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS.

Cada día se acrecienta más el número de personas a las que hay que realizarles una ostomía. Es necesario que las enfermeras tengan un vasto conocimiento para adquirir la competencia profesional necesaria en esta área para poder evaluar y brindar un cuidado de calidad que sobre bases científicas le permita comprender la problemática del paciente que como única solución fue la creación de un estoma; además, de ayudarlo a devolver la confianza en sí mismo.

Se hablará en general de los estomas y se especificará solo en las colostomías e ileostomías.

La palabra estoma etimológicamente se deriva del griego y significa boca o abertura.

Estoma es la derivación quirúrgica de una parte del tracto digestivo o del aparato urinario hacia el exterior contranatural y que tiene como consecuencia la pérdida del control esfínteriano.

Los estomas reciben diversas clasificaciones, las siguientes son las más utilizadas:

- I. Por aparatos y sistemas.
- II. Por sitio anatómico
- III. Por su forma
- IV. Por su duración
- V. Por su grado de continencia

VI. Por su construcción.

I. POR APARATOS Y SISTEMAS

- A) Estoma digestivo o enterostomías.
- B) Estomas Urinarios o Urostomía.

II. POR SITIO ANATÓMICO

A) Las enterostomías se clasifican en:

- 1. Faringostomía
- 2. Esofagostomía
- 3. Gastrostomía
- 4. Ileostomía: Es la exteriorización de una porción del intestino delgado terminal a través de la pared abdominal suturándolo a la piel. Se ubica generalmente en el lado derecho del abdomen en su parte más baja.
- 5. Colostomía: ascendente, transversa descendente y sigmoidea.

B) Las Urostomías se clasifican en:

- 1. Nefrostomías.
- 2. Ureterostomías
- 3. Vesicostomías o cistostomías.

III. POR SU FORMA: Esta clasificación se utiliza para identificar el estoma de acuerdo a la altura que tiene la mucosa evertida sobre la superficie cutánea y pueden ser:

- Normales

- Planos
- Protuídos

CARACTERÍSTICAS DE UN ESTOMA NORMAL

- Color Rosa o Rojo brillante
- Altura: 2 A 3 cm.
- Diámetro: 2.5 a 5 cm.
- Mucosa: Lisa, Húmeda y brillante
- Sensibilidad: Mínima, él estoma no debe ser doloroso
- Movilidad: Ligera movilidad.

IV. POR SU DURACIÓN:

1. TEMPORALES: Son aquellos estomas que generalmente han sido construidos como solución e intervenciones de urgencias y que existe la posibilidad de reconección, una vez controlada la fase aguda de la enfermedad de base.
2. PERMANENTES: Cuando no es posible la reconección por exeresis del aparato esfinteriano o cuando tipo de incontinencia anal o vesical que no se haya podido corregir con otras técnicas.

V. POR SU GRADO DE CONTINENCIA:

- 1.CONVENCIONALES: Aquellos estomas en que la descarga del efuente es continua y sin control.
- 2.CONTINENTES: Son los estomas que permiten la continencia de tipo social, porque pueden drenarse por medio de un catéter o sonda.

VI. POR SU CONSTRUCCIÓN:

1. EN ASA: Consiste en exteriorizar una asa de intestino, realizándose una incisión sin seccionar por completo el intestino y formando dos bocas. La porción proximal se denomina estoma funcional y la distal, fistula mucosa.

2. DOBLE BOCA: El colón es seccionado por completo y los dos extremos se fijan a la piel juntos o dejando un pequeño puente cutáneo, se realiza con el objeto de lograr una mayor exclusión del colón.

3. HARTMAN: El colon proximal se aboca al exterior y el distal se cierra sin abocarlo quedando oculto. Es común en colón descendente y sigmoideo cuando no se planea anastomosis en el mismo tiempo quirúrgico.

4. TERMINAL: Consiste en abocar la porción proximal al exterior, es común que se realice en colon descendente resecaando el sigmoideo y recto, dejando una sola boca.

5. DIVIDIDA: Se realiza cuando se ha resecaado una porción del intestino y los dos extremos se exteriorizan de forma separada en diferente lugar del abdomen formando dos bocas (fistula mucosa y estoma). (Landavazo, 1993).

6.2. COMPLICACIONES MAS FRECUENTES EN LOS ESTOMAS Y SU MANEJO.

Una buena cirugía y un buen cuidado integral de enfermería deben reducir al mínimo las complicaciones de los pacientes ostomizados.

Sin embargo, no siempre la cirugía es un éxito y desde luego no todo el personal de enfermería, está capacitado en el cuidado integral del paciente con estomas.

Las complicaciones de las ostomías las podemos clasificar en Inmediatas y Tardías, y subclasificarlas en Quirúrgicas y No Quirúrgicas.

6.2.1 COMPLICACIONES INMEDIATAS

1. **NECROSIS.-** Se observa con mayor frecuencia en colostomías. (urgente valoración del estoma)

- **CAUSAS:** - Interrupción del flujo sanguíneo por sección vascular estrangulamiento de vasos sanguíneos al suturar.
 - Torsión del segmento al exteriorizarlo.
 - Tracción excesiva del segmento con elongación de vasos.
- **MANEJO:** - Avisar de inmediato al médico.
 - Exploración del estoma.
 - Reintervención quirúrgica.

2. **HEMORRAGIA.** - Más frecuente en ileostomías.

- CAUSA: - Sangrado de algún vaso subcutáneo o submucoso
- MANEJO: - Observación
 - Comprimir la zona sangrante
 - Aplicación de una gasa con adrenalina si es abundante o persistente.

3. INFECCIÓN Y SEPARACIÓN MUCOCUTÁNEA: Se presenta más frecuentemente en colostomías.

- CAUSA : - Generalmente infecciosa
- CONSECUENCIA : - Formación de abscesos y estenosis Posterior.
- MANEJO : - Retirar 1 o 2 puntos y debridar.
 - Curación con soluciones yodadas.
 - Uso de hidrocoloides en polvo
 - Si es completa resuturar
 - Uso de equipos de dos piezas.

- 4. EDEMA:** - Más frecuente en colostomías
- CAUSAS: - Trauma quirúrgico
 - Orificio del estoma más pequeño que el diámetro de la víscera .
 - Tracción excesiva del segmento exteriorizado
 - Obstrucción por alimentos (ileostomías)
 - Recidivas de la enfermedad causal
 - MANEJO: - Uso de equipos de mayor diámetro
 - Vigilancia estrecha. (Ibarra C., 1993)

5. RETRACCIÓN (HUNDIMIENTO):
Se presenta con más frecuencia en colostomías.

- CAUSAS : - Deslizamiento del intestino hacia la cavidad abdominal por tensión excesiva de la unión mucocutánea.
 - Movilización intestinal inadecuada
 - Obesidad y embarazo.

- **MANEJO** : - Reintervención quirúrgica cuando el hundimiento llega al peritoneo.
- Reubicación del estoma.

6.2.2. COMPLICACIONES TARDIAS (QUIRÚRGICAS)

1. ESTENOSIS: Más frecuentes en ileostomías

- **CAUSAS:** - Complicaciones inmediatas (necrosis e infección)
- Técnica quirúrgica inadecuada.
- Recidiva de la enfermedad causal.
- **MANEJO:** - Dilataciones en colostomía que pueden ser digitales o con dilatadores tipo Hegar.
- Reubicar el estoma.

2. HERNIA:

- **CAUSAS:** - Técnica quirúrgica inadecuada.
- Idiosincrasia del organismo.
- **MANEJO:** - Cinturón con soporte rígido en torno al estoma o fajas especiales.
- Tratamiento quirúrgico cuando la dificultad para colocar los equipos es grande.

3. PROLAPSO : Más frecuente en colostomías.

- **CAUSAS :** - Lo favorece el peristaltismo.
- Técnicas quirúrgicas inadecuadas.
- **MANEJO :** - Reducción manual (introducción suavemente del asa intestinal hacia el interior del estoma).

- Corrección quirúrgica (cerclaje). (Ibarra C., 1993)

4. **OBSTRUCCIÓN INTESTINAL:** No hay salida de material fecal por el estoma, este puede estar bloqueado por alimento, tumores o cuerpos extraños.

- **CAUSAS:**
 - Adherencias post-quirúrgicas, a la pared abdominal.
 - Recidivas de la enfermedad de base.
 - Bolos alimenticios (alto contenido de fibra).
- **MANEJO:**
 - Irrigaciones
 - Reintervención quirúrgica.

5. **ESTOMA PLANO:** Cuando el estoma está, al ras de la piel o umbilical.

- **CAUSAS:**
 - Maduración inadecuada o retracción.
 - Aumento considerable de peso.
- **MANEJO:**
 - Recortar el equipo más grande al tamaño del estoma y usar cinturón. Bajar de peso.
 - Colocar pasta o barrera protectora líquida en la piel expuesta.
 - Reintervención quirúrgica.

6. **ESTOMA PROTUBERANTE :** Se consideran a los estomas que sobresalen de la piel más de 2.5 cm. de longitud.

- **CAUSA:**
 - Maduración inadecuada.
- **MANEJO:**
 - Tratamiento conservador.
 - Reintervención quirúrgica.

6.2.3. COMPLICACIONES NO QUIRÚRGICAS

1. **FOLICULITIS :** Es la inflamación e infección de un folículo piloso.

- **CAUSA :**
 - Vellosoidad en la piel periestomal.

- MANEJO : - Retirar el vello de piel con tijera.
- Evitar infiltraciones de la excreción, bajo el equipo.
(Ortiz H., 1994).

2. DERMATITIS : Es la complicación más frecuente y dolorosa se presenta como complicación inmediata o tardía y se relaciona directamente con la calidad de la atención de enfermería.

2.1. DERMATITIS POR CONTACTO : Aparece eritema, dolorosa y pérdida de la continuidad de la piel.

- CAUSA : - Fricción enérgica, rasurado y cambio frecuente del equipo.
- MANEJO: - Recortar el vello con tijera al ras de piel.
- Higiene frecuente y elección del equipo adecuado (No usar bolsas cerradas, colocar barreras protectoras de la piel).
- No usar adhesivo químicos.

2.2. DERMATITIS INFECCIOSA: Infección periestomal causada por bacterias y hongos; se manifiesta por placas exudativas, salteadas, eritematosas también por hongos, se caracteriza por placa furunculosa, pruriginosa, dolorosa e invaden la mucosa del estoma

- CAUSA - Bacterias: Estreptococo y estafilococo.
- Hongos: Candida Albicans.
- MANEJO : - Bacterias : Tomar cultivo de la lesión , higiene y dar antibiótico de acuerdo al tipo de bacteria reportada.
- Hongos: Secar la piel periestomal con pistola para secar el pelo.
- Uso del equipo adecuado y barreras protectoras.
- Aplicar nistatina tópica en polvo.

LA CLAVE PARA EVITAR UNA COMPLICACION ES PREVENIRLA.

6.3. CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA

6.3.1. CUIDADOS PREOPERATORIOS A PACIENTES OSTOMIZADOS.

La atención de enfermería es de suma importancia, una vez establecido el estoma; pues la presencia de éste representa una amenaza al bienestar físico y psicológico del paciente y por supuesto a su calidad de vida. (Helios,1996)

Dicha atención comenzará en la etapa preoperatoria, pues aquí donde se inicia la rehabilitación del paciente; ya que debido a la gravedad del padecimiento, la situación emocional, la falta de información, las posibles complicaciones o las futuras limitaciones que se generan crean verdaderas angustias y tensiones que repercuten en el restablecimiento total del paciente.

Durante el asesoramiento preoperatorio se proporcionará información veraz, amplia y adecuada a su nivel cultural, sobre la enfermedad causal, sobre la cirugía que se realizará, así como de las generalidades sobre el manejo posterior de su ostomía. (Ibarra C., Landavazo C. y C. 1993).

Pero no nada más nos abocaremos a este aspecto; la cirugía con los resultados proyectados ocasionará en el paciente temores y angustias, los cuales serán minimizados a través de una preparación física, psicosocial y educacional del paciente, y que se verán

reflejados en los resultados en el postoperatorio, pues es aquí donde el paciente se reincorporará a su vida cotidiana.

Dada las características del tipo de pacientes que son atendidos en unidades hospitalarias de urgencia y traumatología, los pacientes sometidos a intervenciones de urgencia no se preparan tanto física como mentalmente en forma ideal (localización y marcación sobre material de apoyo, etc.) para una intervención que requiere de colostomía, y por ello les lleva mucho más tiempo recuperarse del cambio en su imagen corporal. (Breckman, 1987), ante esta situación, el apoyo y la participación familiar sobre todo del cónyuge o pariente más cercano ayudaran a la superación del paciente y además a la cicatrización psicológica restaurando la confianza y autoestima.

6.3.2. UBICACIÓN DEL ESTOMA

Generalmente el sitio de la elección del estoma la realiza el médico cirujano ante la problemática fisiológica que presenta el paciente y que por consiguiente conlleve a la instauración de un estoma; pero la localización en muchos casos se instala en sitios inconvenientes, pues pasa por alto aspectos importantes del ser humano ocasionándole grandes problemas para el individuo ostomizado

En la cirugía programada la planeación de la localización del sitio del estoma representa una parte fundamental en la construcción del mismo, pues repercute en el bienestar y la calidad de vida del ostomizado; y es aquí donde la intervención de enfermería adquiere gran importancia durante este procedimiento, pues una colostomía bien realizada y ubicada repercute para que el paciente vuelva a su vida normal. Pues la habilidad para manejar el dispositivo con un mínimo de molestias y sin que se desprenda, ayuda a recuperar la confianza más rápidamente. (Horacopos, 1989).

Su ubicación debe de considerar los cambios de posición (parado, sentado, inclinado, etc.) el estilo general de paciente, su forma de vestir y se debe de evitar prominencias óseas (márgenes costales, espina iliaca anterior y sínfisis del pubis), cicatrices previas, ombligo, línea de cintura, pliegues profundos, áreas afectadas por enfermedades de la piel, herida quirúrgica y drenajes, correas de unión de extremidades artificiales o bragueras él estoma debe ubicarse sobre el muslo recto anterior y donde el paciente puede verlo para facilitar su manejo.

Entre otras medidas generales preoperatorias se consideran la preparación del colon (en caso de ser cirugía programada), la dieta los enemas evacuantes, laxantes, uso de antibióticos, entre otros.

6.3.3. LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL POST-OPERATORIO

En el período postoperatorio se deben cumplir criterios mínimos en la atención al paciente.

- *Reforzar el proceso de apoyo iniciado en la etapa preoperatoria
- *Orientar al paciente
- *Cuidar el estoma para evitar complicaciones prevenibles o detectar tempranamente dificultades en el cuidado.
- * Facilitar su rehabilitación
- * Planear el alta.

Según López (1993), en esta etapa se debe de considerar el futuro del paciente y la aceptación a su medio ambiente, por lo que cabe remarcar el apoyo psicológico y emocional hacia el paciente con miras de disipar el miedo y la inseguridad que le genera su actual imagen.

En la medida de lo posible se debe de contar con un equipo multidisciplinario de atención de estos pacientes, de tal forma que se le ayude a recobrar la fortaleza física y emocional en forma progresiva.

De tal manera, que se integre a la tarea de participar en la técnica del cuidado de su estoma. Cabe destacar que el cuidado del estoma, siempre debe ser asumido por el paciente y no permitir la dependencia hacia el personal de enfermería, ni hacia su familia, pero no por ello se le va a ayudar y a reforzar determinados aspectos que coadyuven a la excluir a este último de la tarea educativa, pues son éstos quienes le van reintegración de su vida familiar y social.

Las actividades de la enfermera van encaminadas a iniciar la orientación del paciente ostomizado y el cuidado integral de éste.

A fin de permitir la cicatrización de la herida se procederá a la colocación de la bolsa una vez terminada la cirugía, estando la piel aseada y seca alrededor del estoma, se colocará un adhesivo protector de la piel y se fijará, la bolsa deberá ser transparente y de tipo drenable con un orificio precortado de aproximadamente 1cm mayor que el diámetro del estoma a fin de dejar margen para el edema postoperatorio. La finalidad de la bolsa transparente permite visualizar cualquier cambio en el tamaño o en el color del estoma así como las secreciones procedentes del intestino. Una vez que el paciente se recupere del shock de asimilación de la información que recibió sobre la ostomía y su cuidado y en caso de ser necesario deberá repetirse en el proceso de información.

Los cuidados cutáneos van encaminados a permitir que no se pierdan las funciones tan importantes que tiene la piel por lo tanto se realizan los cuidados específicos hacia el área periestomal, tales como : asear el estoma con papel seco para la eliminación de heces, y se completará la limpieza con un tejido húmedo. Tanto la enfermera como el paciente deberán de observar cualquier señal de alteración en el estoma tal como retracción

prolapso, sangrado, necrosis pues son estas las principales señales de alarma; haciendo hincapié en que los primeros 2 o 3 días el estoma es de color rojo oscuro, edematoso y congestionado y que se tornará rojo brillante tirando a rosado debido a que esta formado por una posteriormente sección del tejido intestinal altamente vascularizada.

El uso del jabón se empleará en caso de que el paciente se bañe, de preferencia que sea neutro y solo en el aseo de la piel que rodea al estoma. El estoma propiamente dicho enjuagará con agua tibia para evitar lesiones en la mucosa. Posteriormente se observará y se valorará el estoma buscando cualquier anomalía y en caso de haber disminuido de tamaño de tamaño se calibrará el estoma asegurando así la selección de una bolsa con un orificio de tamaño adecuado. En la piel se buscarán irritaciones y lesiones en caso de existir se tratarán adecuadamente, si no se encuentra cualquiera de las alteraciones antes mencionadas se colocará la bolsa comprobando que la piel este limpia y seca. Seque el adhesivo cuidadosamente y se introducirá una pequeña cantidad de aire, la bolsa antes de pegarla, para evitar que las superficies se adhieran una con otra y que se peguen al estoma.

También se le orientará sobre la eliminación y contenido de la bolsa y de la misma, así como del cuidado en cuanto aseo y conservación del equipo.

En cuanto a otros procedimientos que ayudan al bienestar del paciente es la irrigación la cual se emplea como método de rehabilitación de los pacientes con colostomía descendente y sigmoidea pues a través de este método se lleva a cabo un vaciamiento intestinal controlado.

García Rosilio (1993), nos menciona que la introducción de agua al intestino grueso a través del estoma para estimular el peristaltismo y facilitar su evacuación realizado con periodicidad, crea un condicionamiento del intestino con lo que posteriormente el paciente identifica un ritmo de evacuación de

tal forma que permita al paciente permanecer limpio y sin bolsa colectora durante 48 horas.

Otro aspecto que es importante mencionar es el uso de algunos fármacos los cuales pueden alterar el funcionamiento del intestino y por ende de la colostomía.

Dentro de los medicamentos que afectan la función intestinal por su acción en el sistema nervioso autónomo (simpático y parasimpático), encontramos las sustancias colinérgicas que actúan a nivel parasimpático y que aumentan la actividad del tubo digestivo, como ejemplo de este tenemos la prostigmina la cual provoca diarrea.

Las drogas anticolinérgicas que actúan a nivel simpático y que retarda la actividad gastrointestinal tenemos la belladona y la atropina que provocan disminución de la peristalsis y reducción del tono muscular dando como consecuencia el estreñimiento.

De los medicamentos que afectan el control de los estomas tenemos los evacuantes mecánicos (metilcelulosa, caroximetilcelulosa, polvos de plantago); los lubricantes Vaselina líquida o parafina en evacuantes salinos u osmóticos sales de potasio y sodio así como la lactulosa); los evacuantes irritantes (aceite de recino y drogas que contienen entraquinone).

En los antidiarreicos tenemos los absorbentes y protectores de la mucosa intestinal tales como: el carbón activado y la pectina o el silicato de aluminio, los astringentes vegetales entre ellos tenemos el tanato de albumina o harina de algarrobo; depresores de la actividad motora intestinal, la dipirona sódica y magnésica, derivados morfínicos, polvos de opio, entre otros.

Por último algunos de los medicamentos que causan modificaciones en las heces son:

Antiácido y Kaopetate

Blanquisco

Antibiótico oral	Grisasea verdosa
Anticoagulante	Rosa, roja, negro
Bismutos	Negro
Carbón	Negro
Sales ferrosos (hierro)	Negro o verde obscuro
Indometacina	Verde
Piridum	Naranja o rojo
Fenilbutazona	Rosa, rojo, negro
Privinium	Rojo
Senna	Amarillo

6.4. IMAGEN CORPORAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO

CONCEPTO : Es la suma de todas las actividades conscientes e inconscientes que el ser humano tiene sobre su cuerpo (Murad, 1996), o bien puede ser definida como " la forma en que nos vemos".

IMAGEN CORPORAL : El ser humano es una unidad bio-psico-social que tiene necesidades que deben ser satisfechas para así mantener su armonía. Cuando alguna de estas áreas se ve amenazada o interrumpida, el individuo sufre un desequilibrio que rompe su homeostasis y altera esa unidad bio-psico-social. (Murad, 1996).

Existen varios factores los cuales pueden afectar la imagen corporal incluyendo: los genéticos, de socialización, cultura, raza, moda, educación media superior. (Borwell, 1997).

Stuart Sudeen (1989), afirmó que " cada persona tiene un sentimiento de sí mismo íntimamente relacionado con el que tiene acerca de su cuerpo, esto es una parte material y visible que sí ocupa el punto central de las percepciones de un individuo, por tal motivo para el caso que nos ocupa que es la calidad de

atención a los pacientes ostomizados, la imagen corporal es un elemento muy importante.

La imagen corporal es una entidad dinámica, que está en constante movimiento originando cambios y modificaciones a través de nuevas experiencias y percepciones (Sudeen, 1989).

Las personas necesitan el concepto de " imagen corporal ", y este se aprende durante la niñez temprana (Murad, 1993); abordaremos la imagen corporal como un aspecto relevante en el cuidado que la enfermera brinda al paciente ostomizado y por lo tanto se mostrará la importancia que tiene dicha imagen a lo largo del desarrollo de cada individuo.

Un primer ingrediente del yo es la noción del esquema corporal, la cual depende primero de la sensibilidad propioceptiva (tendinosa, articular, y ósea), simultáneamente a esto se desarrolla la noción psicológica del yo, la cual se afianza conforme el niño actúa con independencia creciente (De la Fuente, 1966).

El niño empieza a explorar su cuerpo, recibe estimulación sensorial a través del contacto físico con los demás y gradualmente se da cuenta de la separación de todo y de su propio todo (individualización) (Murad, 1993).

Al paso del tiempo los cambios corporales aumentan la autoconciencia del niño enfocándose en estas etapas de la vida hacia su propio cuerpo y al de los demás (Murad, 1993); y a través del yo, que es una síntesis en la que intervienen sensaciones corporales la imagen del propio cuerpo la continuidad de memorias, experiencias de autonomía y de actualización de potencialidades hacen que este individuo se realice como persona única y separada, en existencia continua.

Durante la pubertad se sufren cambios drásticos como el crecimiento del vello facial, crecimiento de las mamas en la mujer, etc., los cuales forman parte de la imagen corporal, los cuales, af

llegar a la adultez temprana, la imagen corporal se estabiliza permitiendo así, un mejor control, del individuo sobre su cuerpo.

Al ingresar la edad adulta madura, las personas experimentan cambios importantes en su manera de ser, esto se refleja en su vida a través de las modificaciones de funciones físicas y mentales (calvicie, cabello cano, arrugas, sordera, etc.) estos cambios naturales del ser humano afectan su imagen corporal y el individuo duda de saber incorporarlos a su vida (Suden, 1989).

Cuando se es viejo todos estos cambios se hacen más evidentes, la pérdida de dientes, la piel seca y arrugada pueden a simple vista parecer insignificantes sin embargo, depende del individuo aceptar estos cambios como parte natural de la vida.

Se ha demostrado, que en la medida que una persona acepta y le gusta su cuerpo, mayor seguridad y menos ansiedad existirá en la misma (Sudeen, 1989).

La cirugía de estoma puede tener un profundo efecto en la apariencia física, pérdida de función corporal, trauma psicológico y que puede ser percibido como una violación de la integridad del cuerpo. Un cambio en la imagen corporal implica que una persona sienta cambios físicos y psicológicos (Borwell, 1997).

El desarrollo de nuestra imagen corporal y percepción de uno mismo tiene lugar sobre muchos años, y podría afectar como un individuo siente acerca de sí mismo. La interacción con otras personas también podría ser influenciada y dependiente en como es aceptable la "imagen mental " en el involucramiento individual.

La mayoría de las personas se critican a sí mismas acerca de su imagen corporal en diferentes grados, y estas críticas propias pueden dar una salida los sentimientos de inseguridad.

Uno de los problemas más serios y que conllevan a una mayor dificultad en su manejo, es la inhabilidad del paciente para poder aceptar su estoma; pues muestra la preocupación desde la limpieza y privacidad, hasta la supuesta dependencia, además de que socialmente es repugnante y no compartido (Murad, 1993).

El paciente que finalmente vive a término con un estoma es una experiencia intra-personal, el como reaccionen las personas depende de sus sentimientos, actitudes y experiencias hacia su cuerpo. La propia percepción es parte de una personalidad individual la cuál podría influir su comportamiento, opinión, salud mental y bienestar. Otras características influenciales son aquellas relacionadas con un medio ambiente individual, estatus social y creencias personales y éticas (Borwell, 1997).

Las personas necesitan sentirse confiadas y en control de sus vidas, en orden para considerarse a sí mismos afortunados, sin embargo cada individuo podrá experimentar en esta área en un tiempo u otro (Borwell, 1997).

Es importante tomar en cuenta que la autoestima en este paciente también se ve disminuida, ya que antes podía valerse por sí mismo y ahora es dependiente (Murad, 1993).

Estos pacientes experimentan una pérdida del control en la eliminación ya sea de orina o de materia fecal.

En la intimidad los pacientes ostomizados experimentan un gran temor hacia su propia sexualidad; se preguntan cual será la reacción que tendrá su pareja y si su función sexual se ha visto afectada. El paciente se vuelve temeroso para relacionarse con personas del sexo opuesto. Cuando estas preocupaciones no se comentan durante la estancia hospitalaria antes de ser dados de alta, la incertidumbre invade al paciente y contribuye a una grave falta de comunicación; lo que crea tensión en la relación que de prolongarse, podrá afectar irremediamente la armonía de la pareja.

En este sentido, en el presente trabajo hemos enfatizado los aspectos de imagen corporal y si la enfermera al proporcionar atención a estos pacientes lo hace, ya que en este tipo de pacientes es imprescindible reconocer las necesidades derivadas de la imagen corporal de los pacientes como un elemento de atención integral que coadyuvará a reducir los problemas emocionales del paciente.

6.4.1. ASPECTOS RELEVANTES EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

La respuesta de la terapeuta enterostomal: si demuestra aceptación del paciente con un estoma como ser humano, con sus propios valores, dignidad, entonces el incorporará esa respuesta a la imagen que tiene en el mismo.

La terapeuta enterostomal debe hacer preguntas abiertas, lo que se le permite al paciente verbalizar sus sentimientos, temores y a expectativa. Se deberán explorar estos aspectos desde el periodo hospitalario, lo que permitirá que el proceso adaptativo del paciente sea mucho mejor.

Muchos problemas de adaptación pueden ser evitados si la terapeuta es perceptiva de estas situaciones ejemplo: si se nota que el paciente no desea ver sus estomas después de algunos días de operado, hablar con él al respecto es importante. Si su comportamiento no cambia a pesar de los esfuerzos que realice la terapeuta se puede recomendar inclusive que reciba asistencia del psiquiatra.

- Es importante reconocer los signos y síntomas de angustia y o depresión.
- Debe saber tolerar la tensión del paciente y hacer un

intento por entender lo que origina su ansiedad.

- Ser comprensiva con los sentimientos del paciente.
- Nunca demandar nada del enfermo cuando se note que sus niveles de ansiedad son altos.
- No tratar de reafirmarlo con explicaciones sin sentido.

Dar apoyo a la verbalización de sus sentimientos, permitirle recordar lo que sucedió antes de su episodio de ansiedad y no ofrecer sugerencia en relación a las posibles causas de ello.

No esperar a que el paciente cambie su comportamiento inmediatamente.

Después de saber lo importante que es la imagen corporal en nuestras vidas, podremos ser capaces de entender las necesidades del paciente ostomizado.

La terapeuta enterostomal debe tener la habilidad para detectar los mecanismos de comportamiento y de defensa que el paciente maneja en su propia experiencia

La terapeuta enterostomal debe forzar el sentido de totalidad enseñando al paciente a verse como una persona, completa y no como una persona fragmentada porque ha sufrido interrupción de la continuidad de una parte de su cuerpo, esto ayudará al paciente a reconocer su estoma como parte de sí mismo y no a él como parte del estoma.

Es por ello que el papel de la terapeuta es invaluable, ya que es un recurso necesario para ayudar al enfermo y familia a ajustarse a su nueva situación en estos tiempos difíciles. Es elemental poder identificar los mecanismos de defensa del paciente así como proveer apoyo, enseñanza y consultoría durante las distintas etapas por la que él atraviese, debe informar también al paciente y familia sobre los distintos grupos de apoyo con los que se cuenta ya que éstos constituyen una gran fuerza en la rehabilitación y bienestar del paciente ostomizado.

6.4.2. CONSEJOS PARA LA ADAPTACIÓN A UNA NUEVA IMAGEN CORPORAL.

Es esencial que todos los miembros del equipo asistencial, el aceptar que la capacidad de cambiar una bolsa no signifique para él el cambio, el trabajo que realiza en condiciones normales, la respuesta de la familia, amigos y compañeros de trabajo y la ayuda que reciben el paciente y la familia. La adaptación debe comenzar preoperatoriamente. El comportamiento pre-operatorio de la familia proporcionará una buena indicación de la ayuda de los familiares ofrecerán al paciente después de la operación (D. y k y Sutherland, 1956). El conocimiento de los mecanismos utilizados por la familia y el paciente ayudaron a las enfermeras en su labor diaria.

Muchos ostomizados pasan por un periodo de lamentaciones debidos a la perdida de su imagen corporal. El conocer que esta es una forma normal de comportamiento, puede ser útil al paciente y a su familia, particularmente si ellos han experimentado en otros tiempos el desamparo y aceptación eventualmente la perdida.

Es más útil la discusión preoperatoria acerca de lo que es la cirugía y va a representar en cuanto al cambio. Hay que disipar el miedo a los grandes dispositivos para el estoma, el olor, la inaceptabilidad social, la incapacidad en el trabajo y en las actividades sociales, ello puede ayudar al paciente a prescindir de sus miedos irreales y adaptarse a la realidad.

Hay que ofrecer al paciente la seguridad práctica de que podrá continuar su trabajo, sus aficiones y que podrá utilizar ropas normales.

El personal médico y de enfermería debe apoyar al paciente al observar los signos de rechazo o de repugnancia. El dolor puede llegar a expresarse de forma muy intensa.

Si el personal no acepta al paciente y no permite que el se exprese, llega a identificar el rechazo de un comportamiento como rechazo de sí mismo, debido a un nuevo aspecto.

Suele ser muy difícil tratar a un paciente agresivo, exigente y crítico con los cuidados que se le prestan, no solo el paciente necesitará ayuda para poder superar esta fase, si no que también la necesitarán la familia y las enfermeras.

El paciente se encuentra en una fase regresiva de no aceptar sus propias responsabilidades y decisiones, puede ser igualmente difícil de tratar sobre todo por parte de enfermeras que sientan culpabilidad por no ayudarlo lo suficiente.

El reconocimiento por parte del personal de que el paciente está pasando una situación difícil, puede ser muy útil para ambas partes para trabajar juntos más armoniosamente y para conseguir un paciente más relajado e informado.

Los pacientes especializados en un campo que puede servirle de ayuda para el cuidado de su estoma, deben ser animados para aceptarlo, sin que se les haga pensar que el personal que lo cuida espere que aprenda a manejar perfectamente las bolsas de inmediato.

Es una parte del cuidado de enfermería, el orientar a los pacientes sobre el concepto de sí mismos antes de la cirugía y después de la misma. Es algo que también él busca y en la mayoría de los casos encuentra como una parte propia de su vida diaria.

6.5. ASPECTO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO

Fany Govetri (1994), considera que un cambio de dieta cuidadosamente orientado es de vital importancia para las personas que han de adaptarse a la vida con una ostomía.

Destaca que no existen reglas rígidas sobre lo que los ostomizados deben conocer pero que generalmente es recomendable una dieta consistente en alimentos fácilmente digeribles que contengan los elementos nutritivos esenciales y que carezcan de un exceso de fibra y grasa.

El aspecto nutricional en el paciente ostomizado, es tan importante como para cualquier otro paciente que es sometido a una intervención quirúrgica, sin embargo, para después de la cirugía, existen una serie de recomendaciones donde la enfermera tiene una importante participación en la dieta de estos pacientes, y serán de acuerdo a su tipo de estoma.

Cabe enfatizar en que las ostomías en sí no precisan de restricciones alimentarias y que debe procurarse que el paciente tenga una alimentación completa y balanceada. (Breckman, 1987).

6.5.1. RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON ENTEROSTOMÍAS.

- Comer despacio y masticar bien.
- Incluir los alimentos omitidos poco a poco, en forma experimental.
- Introducir uno o dos alimentos a la vez, para identificar cual le causa problemas.
- Si algún alimento no es tolerado, no debe eliminarse definitivamente, debe suspenderse un tiempo y luego intentarlo nuevamente.
- No beber con popote y No fumar, puesto que favorecen la flatulencia.

- Evite sólo aquellos alimentos que no le sientan bien.

6.5.2. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS CON ILEOSTOMÍAS.

Algunos alimentos si no son bien masticados pueden salir a través de la ileostomía, casi tal como fueron ingeridos, pudiendo ocasionar bloqueo del estoma, ileoparalítico, vómito y edema de la mucosa.

Beba cantidades normales de té u otros líquidos

6.5.3 RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS CON COLOSTOMÍAS.

Beba cantidades normales de té y otros líquidos; necesita más líquido en tiempo caluroso.

Tome 2 cucharadas de salvado sin refinar una o dos veces al día de acuerdo con sus necesidades (Esto es para conseguir una deposición formada dos veces al día). El salvado puede tomarse con cereal, leche, yogur, sopa o zumos, fruta, según los gustos.

6.5.4.ALIMENTOS QUE PUEDEN OCASIONAR BLOQUEO

Apio, nueces, col, zanahorias, frutas secas, cacahuates, coco, palomitas de maíz, vegetales crudos, alimentos con semillas, alimentos fibrosos.

Estos alimentos no deben ser eliminados de la dieta, pero si deben ingerirse con discreción y ser masticados cuidadosamente (se recomienda la ingesta de agua en abundancia ya que hay mayor eliminación de líquidos por haberse excluido el colon).

6.5.5. RECOMENDACIONES DIETÉTICAS ESPECÍFICAS PARA PERSONAS CON OSTOMÍAS.

Esta dieta debe ser planeada, seleccionando alimentos que le eviten el riesgo de estreñimiento, que disminuyan la formación de gases y la fetidez de las evacuaciones.

Los derivados lácteos, con excepción de los quesos fuertes, disminuyen la flatulencia y la fetidez en las evacuaciones por lo que son recomendables en personas con colostomías.

El yogur y la mantequilla ayudan a eliminar el mal olor y las heces fluidas, así como los gases. (Breckman, 1987).

7. METODOLOGÍA

La presente investigación se desarrolló como estudio observacional descriptivo de sombra, en el personal de enfermería de Cirugía General del Hospital General Balbuena del D.D.F., se realizó mediante la observación directa apoyándonos en una guía de observación y para la valoración de conocimientos teóricos se utilizó de una cédula con preguntas cerradas, durante el lapso de una semana del 2 de diciembre de 1999 al 28 de febrero del 2000; se contó con la autorización por escrito de las autoridades correspondientes del presente Hospital para la realización de dicha investigación.

Se tomó como criterios de inclusión al personal con categoría de Enfermera General A y B, Enfermera Especialista A y B y a los pacientes con estomas intestinales (Ileostomías y Colostomías), excluyendo al personal de enfermería con otra categoría y a los pacientes que presentaron otro tipo de ostomía.

7.1. RECURSOS Y LOGÍSTICA

RECURSOS HUMANOS:

RESPONSABLES.- CATALINA MAZAS GUZMAN
ELVIA RUTH CASTAÑEDA R.

ASESOR.- MTRA. LAURA MORAN PEÑA

PERSONAL.- De Enfermería General y Especialista de las Categorías "A" y "B" del Hospital General Balbuena, del Servicio de Cirugía General de los 4 turnos.

RECURSOS MATERIALES : Libros, Revistas, Folletos, Papel, Lápiz, Pluma, goma, Máquina de Escribir, Computadora (Programas S.P.S.S. 10, Word y Excel).

RECURSOS FÍSICOS: Hospital General Balbuena del D.D.F.

LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN:

TIEMPO: De Mayo de 1999 a Diciembre del 2000.

ESPACIO: Servicio de Cirugía General.

8. ANÁLISIS DE RESULTADOS

8.1. Del cuestionario para evaluar conocimientos.

En el cuadro No. 1 que corresponde a la experiencia laboral en años, se observa que de las 19 enfermeras encuestadas los años de experiencia como mínimo es de 5 (1) y como máximo es de 29 (1); pero el mayor porcentaje de experiencia laboral es de 12 años con un 31.6%, posteriormente sigue el de 14 años con un 15.8%, el de 15 años y el resto corresponde a diferentes años de experiencia. Teniendo una media de 13.63 años de experiencia laboral.

CUADRO No. 1 Experiencia laboral en años de 19 enfermeras del servicio de Cirugía General del H.G.B.

Valores	Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
5	1	5.3	5.3	5.3
8	1	5.3	5.3	10.5
9	1	5.3	5.3	15.8
11	1	5.3	5.3	21.1
12	6	31.6	31.6	52.6
14	3	15.8	15.8	68.4
15	2	10.5	10.5	78.9
16	1	5.3	5.3	84.2
22	1	5.3	5.3	89.5
27	1	5.3	5.3	94.7
29	1	5.3	5.3	100.0
Total	19	100.0	100.0	

FUENTE: REGISTROS DE LA JEFATURA DE ENFERMERIA

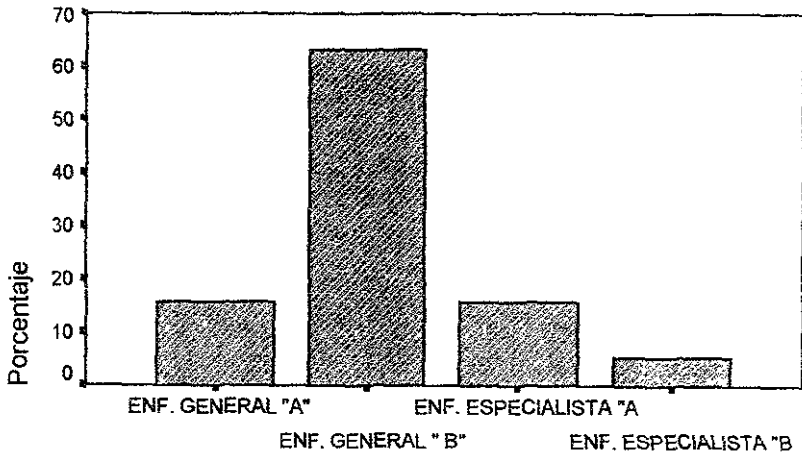
En el cuadro No. 2 de Categoría laboral se encontró que las enfermeras generales "B" dominan con una frecuencia de 12 lo que representa un 63.2% con respecto a las 19 enfermeras encuestadas, le siguen las categorías de enfermera general y especialistas "A" con un porcentaje de 15.8% cada una y por último 1 enfermera especialista "B" con un porcentaje de 5.3%.

CUADRO No. 2 Categoría laboral de las enfermeras del servicio de Cirugía General del H.G.B.

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	ENF. GENERAL "A"	3	15.8	15.8	15.8
	ENF. GENERAL " B"	12	63.2	63.2	78.9
	ENF. ESPECIALISTA "A"	3	15.8	15.8	94.7
	ENF. ESPECIALISTA "B"	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado a 19 enfermeras

Gráfica No. 1
Categoría laboral



Categoría laboral.

FUENTE: Cuadro No. 2

En el cuadro no. 3 de Calificación General se evaluó considerando que el total de 26 aciertos es igual al 100% de la calificación y lo que muestra el siguiente cuadro es lo siguiente:

La mayor frecuencia (4 enfermeras) que obtuvieron 13 aciertos corresponde a un 21.1%, 3 enfermeras con 10 aciertos tienen un porcentaje de 15.8% , 10 enfermeras con diferentes cantidades de aciertos que van de los 11 a los 16 excluyendo a las que obtuvieron 13 aciertos tienen un porcentaje total de 52.5% y las 2 últimas con 11 y 20 aciertos respectivamente, con un porcentaje de 5.3% cada una. Cabe mencionar que el máximo de aciertos fue de 20 y como mínimo 10 con una media 13.43%.

CUADRO No. 3 Calificación General de 19 enfermeras del Servicio de Cirugía General del H.G.B.

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	10	3	15.8	15.8	15.8
	11	2	10.5	10.5	26.3
	12	2	10.5	10.5	36.8
	13	4	21.1	21.1	57.9
	14	2	10.5	10.5	68.4
	15	2	10.5	10.5	78.9
	16	2	10.5	10.5	89.5
	18	1	5.3	5.3	94.7
	20	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

FUENTE: Cuestionario aplicado al personal de enfermería

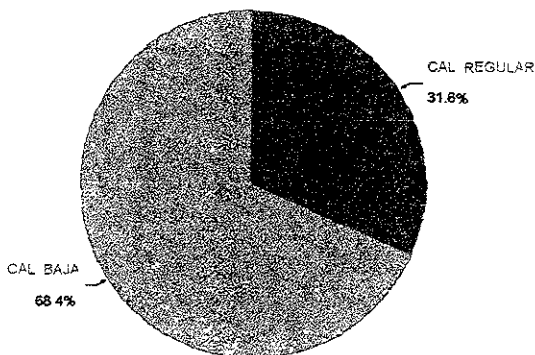
Por lo anterior se especifica que el cuadro no. 4 de Calificación Recodificada y gráfica no. 2 muestra que 13 de las enfermeras encuestadas tienen una calificación baja con un porcentaje de 68.4% y 6 enfermeras con calificación regular corresponde a un porcentaje de 31.6%.

CUADRO No. 4 Calificación Recodificada

	Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
valores baja	13	68.4	68.4	68.4
regular	6	31.6	31.6	100.0
Total	19	100.0	100.0	

GRAFICA NO. 2

CALIFICACION RECODIFICADA



En la siguiente tabla de contingencia se muestra la comparación de las diferentes categorías laborales y la calificación general obtenida de cada una de ellas; en la cual se observa que las enfermeras generales "A" son las que mayor número de aciertos obtuvieron con un porcentaje de 15.8% al igual que las especialistas "A" , pero estas últimas muestran una variabilidad en el puntaje puesto que 2 de 3 enfermeras (especialistas "A") tienen el puntaje más alto de toda la población estudiada . En la categoría de enfermera general "B" (con una frecuencia de 12 enfermeras) se muestra una diferencia de calificaciones que van desde la mínima de 10 a una máxima de 16 aciertos teniendo un porcentaje total de 63.2% , el mayor de las 4 categorías analizadas; pero en dicha categoría se observa una variabilidad de calificaciones puesto que el 47.4% de la población obtuvieron calificación baja y el 15.8% obtuvieron calificación regular . Por último el menor porcentaje de calificación total corresponde a la categoría de enfermera especialista "B" (con una frecuencia de 1) con un total de 16 aciertos y un porcentaje de 5.3% .

Ver cuadro de contingencia No. 1

CUADRO DE CONTINGENCIA No. 1 Categoría laboral & Calificación General

Categoría laboral		Calificación general									Total
		10	11	12	13	14	15	16	18	20	
ENF GENERAL "A"	Frecuencia	1			1	1					3
	% Dentro de la Calificación General	33.3%			25.0%	50.0%					15.8%
	% del Total	5.3%			5.3%	5.3%					15.8%
ENF GENERAL "B"	Frecuencia	2	2	1	3	1	2	1			12
	% Dentro de la Calificación General	66.7%	100%	50.0%	75.0%	50.0%	100%	50.0%			63.2%
	% del Total	10.5%	10.5%	5.3%	15.8%	5.3%	10.5%	5.3%			63.2%
ENF. ESPECIALISTA "A"	Frecuencia			1					1	1	3
	% Dentro de la Calificación General			50.0%					100%	100%	15.8%
	% del Total			5.3%					5.3%	5.3%	15.8%
ENF. ESPECIALISTA "B"	Frecuencia							1			1
	% Dentro de la Calificación General							50.0%			5.3%
	% del Total							5.3%			5.3%
Total	Frecuencia	3	2	2	4	2	2	2	1	1	19
	% Dentro de la Calificación General	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100.0%
	% del Total	15.8%	10.5%	10.5%	21.1%	10.5%	10.5%	10.5%	5.3%	5.3%	100.0%

Fuente: Cuadro No. 2 y Cuadro No. 3

En la tabla de contingencia No. 2, relativa a la experiencia laboral en años y la calificación general se encuentra lo siguiente: 6 enfermeras con 12 años de servicio tienen variaciones de calificación que van del mínimo de 10 al máximo de 20 aciertos y corresponden a un total de 31.6% de la población estudiada, le siguen 3 enfermeras con 14 años de servicio las cuales obtuvieron calificación regular con un porcentaje de 15.8% y el resto de la población que representa un 52.6% y que tienen experiencia laboral que va desde los 5 a los 29 años (excluyendo los 2 rubros de 12 y 14 años antes mencionados) obtuvieron calificaciones de mínima a regular.

Como datos relevantes se tiene que 1 enfermera con 29 años de experiencia laboral obtuvo calificación mínima y otra enfermera con 11 años de servicio tiene una calificación regular.

Ver cuadro de contingencia No. 2

CUADRO DE CONTINGENCIA No. 2 Experiencia laboral en años & Calificación general

			Calificación general							Total		
			10	11	12	13	14	15	16		18	20
Experiencia laboral en años	5	Frecuencia				1						1
		% Dentro Calif. Gral.				25.0%						5.3%
		% del Total				5.3%						5.3%
	8	Frecuencia					1					1
		% Dentro Calif. Gral.					50.0%					5.3%
		% del Total					5.3%					5.3%
	9	Frecuencia	1									1
		% Dentro Calif. Gral.	33.3%									5.3%
		% del Total	5.3%									5.3%
	11	Frecuencia								1		1
		% Dentro Calif. Gral.								100%		5.3%
		% del Total								5.3%		5.3%
	12	Frecuencia	1	1	1			1	1		1	6
		% Dentro Calif. Gral.	33.3%	50.0%	50.0%			50.0%	50.0%		100%	31.6%
		% del Total	5.3%	5.3%	5.3%			5.3%	5.3%		5.3%	31.6%
	14	Frecuencia				2			1			3
		% Dentro Calif. Gral.				50.0%			50.0%			15.8%
		% del Total				10.5%			5.3%			15.8%
	15	Frecuencia			1		1					2
		% Dentro Calif. Gral.			50.0%		50.0%					10.5%
		% del Total			5.3%		5.3%					10.5%
	16	Frecuencia		1								1
		% Dentro Calif. Gral.		50.0%								5.3%
		% del Total		5.3%								5.3%
	22	Frecuencia						1				1
		% Dentro Calif. Gral.						50.0%				5.3%
		% del Total						5.3%				5.3%
	27	Frecuencia				1						1
		% Dentro Calif. Gral.				25.0%						5.3%
		% del Total				5.3%						5.3%
	29	Frecuencia	1									1
		% Dentro Calif. Gral.	33.3%									5.3%
		% del Total	5.3%									5.3%
Total	Frecuencia	3	2	2	4	2	2	2	1	1		19
	% Dentro Calif. Gral.	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		100%
	% del Total	15.8%	10.5%	10.5%	21.1%	10.5%	10.5%	10.5%	5.3%	5.3%		100%

Fuente: Cuadro No 1 y Cuadro No 3

8.2 RESULTADOS DE LA GUIA DE OBSERVACIÓN

Para evaluar la guía de observación aplicada a las enfermeras de la población se abordaron los siguientes aspectos; cuidados preoperatorios, cuidados específicos y cuidados post-operatorios al paciente ostomizado, de los cuales se subdividieron en dos criterios, si realiza el cuidado o no lo realiza.

- Cuidados Preoperatorios al paciente que será Ostomizado

En los siguientes cuadros se muestran los resultados correspondientes a los cuidados pre-operatorios que incluyen del punto no. 1 al punto 6 . De los cuales se observa que el 100% de la muestra no realiza ningún cuidado.

- Cuidados Específicos al Paciente Ostomizado

De los cuidados específicos considerado del punto no. 7 al 9 se encontró lo siguiente:

El 94.7% de la población si tiene cuidado en la administración y ministración de medicamentos.

Precaución en la administración y ministración de medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Percentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	1	5.3	5.3	5.3
	Si lo hace	18	94.7	94.7	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

El 89.5% si verifica el tipo de dieta que es proporcionado por dietología para el paciente ostomizado.

Verificación de la dieta

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	2	10.5	10.5	10.5
	Si lo hace	17	89.5	89.5	100.0
Total		19	100.0	100.0	

Por último en la técnica de irrigación de la ostomía el 100% de la muestra no realiza la acción.

Técnica correcta en la irrigación

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valor	No lo hace	19	100.0	100.0	100.0

- Cuidados Post-operatorios al Paciente Ostomizado.

Los cuidados postoperatorios incluyen del punto 10 al 16 de la guía de observación y arrojó lo siguiente:

En el punto de orientación sobre su nueva alimentación el 57.9% no lo hace y el resto (42.1%) si lo hace.

Orientación sobre nueva alimentación

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	11	57.9	57.9	57.9
	Si lo hace	8	42.1	42.1	100.0
Total		19	100.0	100.0	

En cuanto a los cuidados específicos del estoma el 84.2% de la muestra si los realiza y el 15.8% restante no los realiza, dentro de estos cuidados se resaltan 2 incisos (a) no presionar sobre el abdomen inflamado y (b) deodorización y liberación de gas, en el primero se tiene que el 78.9% si lo realiza y el 21.1% no lo realiza; y

en el segundo el 52.6% no realiza el cuidado, pero el 47.4% si lo realiza.

Cuidados específicos al estoma

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	3	15.8	15.8	15.8
	Si lo hace	16	84.2	84.2	100.0
Total		19	100.0	100.0	

No presionar el abdomen inflamado

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje acumulado
Valores	No lo hace	4	21.1	21.1	21.1
	Si lo hace	15	78.9	78.9	100.0
Total		19	100.0	100.0	

Deodorización y liberación de gas

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	10	52.6	52.6	52.6
	Si lo hace	9	47.4	47.4	100.0
Total		19	100.0	100.0	

En la técnica correcta de la colocación de la bolsa de ostomía el 78.9% si lo hace y el resto 21.1% no lo hace.

Técnica correcta en la colocación de la bolsa

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	4	21.1	21.1	21.1
	Si lo hace	15	78.9	78.9	100.0
Total		19	100.0	100.0	

En el inciso no. 13 en el cual se incluye la instrucción al paciente ostomizado sobre los cuidados generales que debe tener, se observa que el 68.4% de la población si instruye al paciente y el 31.6% restantes no, haciendo incapié que el personal se aboca más a la instrucción sobre el cuidado a la piel y no al manejo de material y equipo.

Instrucción sobre los cuidados generales

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumuladp
Valores	No lo hace	6	31.6	31.6	31.6
	Si lo hace	13	68.4	68.4	100.0
Total		19	100.0	100.0	

Al evaluar el aprovechamiento del contacto físico de la enfermera con el paciente ostomizado el 84.2% de la muestra si aprovecha el contacto para brindar una mejor atención de enfermería y el 15.8% no.

Aprovecha el contacto físico con el pte.

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	3	15.8	15.8	15.8
	Si lo hace	16	84.2	84.2	100.0
Total		19	100.0	100.0	

Al proporcionar el reforzamiento psicológico el 73.7% si lo hace y el resto no; pero cabe mencionar que al abordar el rubro sobre la imagen corporal del paciente ostomizado el 57.9% de toda la población no lo aborda.

Complementa el apoyo psicologico

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
valores	No lo hace	5	26.3	26.3	26.3
	Si lo hace	14	73.7	73.7	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Ayuda a manejar su imagen corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	11	57.9	57.9	57.9
	Si lo hace	8	42.1	42.1	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Por último en el inciso sobre la información de los nuevos estilos de vida de estos pacientes el 94.7% no brinda esta información.

informacion sobre los nuevos estilos de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	No lo hace	18	94.7	94.7	94.7
	Si lo hace	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Los siguientes cuadros muestran la calidad de la atención de enfermería con base en los datos de las enfermeras que si realizan dicha acción, evaluándolo de la siguiente manera :

- * Muy bien
- * Regular
- * Deficiente

se realiza una evaluación observacional a partir del reactivo no. 7.

En la evaluación de la calidad en la administración de medicamentos el 47.4% de la muestra se evalúa que lo realiza muy bien, el 26.3% como regular y el 21.1% deficiente.

Calidad en la administración de medicamentos

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	4	21.1	21.1	21.1
	Regular	5	26.3	26.3	47.4
	Muy bien	9	47.4	47.4	94.7
	No aplica	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En la calidad de la verificación de la dieta el 36.8% es igual tanto en el rubro de muy bien como en deficiente, y el 15.8% se considera como regular.

Calidad en la verificación de la dieta

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	7	36.8	36.8	36.8
	Regular	3	15.8	15.8	52.6
	Muy bueb	7	36.8	36.8	89.5
	No aplica	2	10.5	10.5	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el cuadro de orientación sobre su nueva alimentación el 36.8% si orienta pero de manera deficiente y solo él 5.3% lo hace con calidad regular.

Calidad en la orientación sobre su nueva alimentación

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje acumulativo
Valores	Deficiente	7	36.8	36.8	36.8
	Regular	1	5.3	5.3	42.1
	No aplica	11	57.9	57.9	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

El reactivo 11 abarca los cuidados específicos al estoma y los subdividimos en los siguientes incisos: en el inciso a se evaluó la calidad en el cuidado del abdomen inflamado en donde el 47.4% se evaluó como muy bien, el 31.6% regular y el 5.3% deficiente; en el inciso b y d visualización del estoma y control del dolor obtuvieron porcentajes iguales quedando de la siguiente manera el 42.1% muy bien, el 26.3% regular y el 5.3% deficiente. En el inciso c de calidad en la protección a la piel periestomal obtuvo el 57.9% muy bien, el 26.3% regular y el 5.3% deficiente; el inciso e de la calidad en la deodorización el 15.8% muy bien, el 5.3% regular, el 26.3% deficiente.

Calidad en el cuidado del abdomen inflamado

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	1	5.3	5.3	5.3
	Regular	6	31.6	31.6	36.8
	Muy bien	9	47.4	47.4	84.2
	No aplica	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Calidad en la visualización del estoma

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	1	5.3	5.3	5.3
	Regular	7	36.8	36.8	42.1
	Muy bien	8	42.1	42.1	84.2
	No aplica	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Calidad en la protección a la piel periestomal

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	1	5.3	5.3	5.3
	Regular	5	26.3	26.3	31.6
	Muy bien	11	57.9	57.9	89.5
	No aplica	2	10.5	10.5	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Calidad en el control del dolor

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	1	5.3	5.3	5.3
	Regular	7	36.8	36.8	42.1
	Muy bien	8	42.1	42.1	84.2
	No aplica	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Calidad en la deodorización y liberación de gas

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	5	26.3	26.3	26.3
	Regular	1	5.3	5.3	31.6
	Muy bien	3	15.8	15.8	47.4
	No aplica	10	52.6	52.6	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el punto 12 de calidad en la técnica de la colocación de bolsa, se valora como deficiente al 52.6% de la población, regular al 21.1% y sólo el 5.3% lo hace muy bien.

Calidad en la técnica correcta en la colocación de la bolsa

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	10	52.6	52.6	52.6
	Regular	4	21.1	21.1	73.7
	Muy bien	1	5.3	5.3	78.9
	No aplica	4	21.1	21.1	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el rubro de instrucción de cuidados generales y el inciso de instrucción de higiene personal, los resultados de la valoración fueron iguales en ambos casos, el 21.1% fue deficiente, el 31.6% lo hace regular y el 15.8% muy bien.

Calidad en la instrucción de cuidados generales

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	4	21.1	21.1	21.1
	Regular	6	31.6	31.6	52.6
	Muy bien	3	15.8	15.8	68.4
	No aplica	6	31.6	31.6	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el inciso sobre instrucción en el manejo de equipo los resultados arrojan lo siguiente: el 73.7% no lo aplica, el 21.1% lo realiza pero de manera deficiente y el 5.3% lo hace regular.

Calidad en el manejo del equipo

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	4	21.1	21.1	21.1
	Regular	1	5.3	5.3	26.3
	No aplica	14	73.7	73.7	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el siguiente punto que valora la calidad en el aprovechamiento del contacto físico, los resultados muestran lo siguiente: 42.1% como deficiente, de manera regular el 31.6%, el 10.6% muy bien y el 15.8% no lo aplica.

Calidad en el aprovechamiento del contacto físico

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	8	42.1	42.1	42.1
	Regular	6	31.6	31.6	73.7
	Muy bien	2	10.5	10.5	84.2
	No aplica	3	15.8	15.8	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En el rubro de proporcionar reforzamiento psicológico y en el de ayuda para exteriorizar emociones, los resultados fueron iguales en

cada uno, quedando de la siguiente manera: el 42.1% fue deficiente, el 31.6% fue regular, el resto no lo aplica; en el inciso de ayuda al paciente a manejar su imagen corporal se obtuvo: el 26.3% deficiente, el 21.1% se cataloga como regular y el 52.6% no lo aplica.

Calidad en el reforzamiento psicológico

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulado
Valores	Deficiente	8	42.1	42.1	42.1
	Regular	6	31.6	31.6	73.7
	No aplica	5	26.3	26.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Calidad en la ayuda del manejo de su imagen corporal

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulativo
Valores	Deficiente	5	26.3	26.3	26.3
	Regular	4	21.1	21.1	47.4
	No aplica	10	52.6	52.6	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Por último, respecto a la calidad sobre información de los nuevos estilos de vida el 94.7% no realiza la actividad y sólo el 5.3% lo realiza de manera regular.

Calidad sobre información de los nuevos estilos de vida

		Frecuencia	Porcentaje	Valor Porcentual	Porcentaje Acumulativo
Valores	Regular	1	5.3	5.3	5.3
	No aplica	18	94.7	94.7	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

9. CONCLUSIONES

De acuerdo al planteamiento del problema, que era el conocer el grado de conocimiento teórico-práctico del problema de enfermería del servicio de Cirugía General de un hospital de Segundo Nivel del Departamento del Distrito Federal, hacia los pacientes con estomas intestinales se concluye lo siguiente:

La categoría de enfermera general "B" representa el mayor número de integrantes de la población, y esta misma categoría representó el mayor porcentaje de calificación de las cuatro categorías. Aunque con una variabilidad de calificación que va desde la mínima hasta la regular.

La categoría de enfermera general "A" y enfermera especialista "A", ambas tienen el mismo porcentaje de calificación; pero cabe mencionar que las enfermeras generales "A" fueron las que menor calificación obtuvieron y de las especialistas "A", 2 de ellas fueron las que mayor número de aciertos obtuvieron de toda la población pero no por ello significa que obtuvieron una calificación alta. Esto muestra que para este caso en particular no tiene que ver la preparación académica con la calificación obtenida; pero sí es importante considerar el contacto directo que se tiene con el paciente ostomizado para el desarrollo de habilidades teórico-prácticas, sin llegar a la rutinización para la atención de un paciente.

Por último en cuanto a calificaciones, la enfermera especialista "B" obtuvo una calificación regular.

En cuanto a la experiencia laboral en años y la calificación obtenida se concluye que la primera no es factor determinante para el conocimiento teórico-práctico, pero se observa que el rubro que va de los 11 a los 14 años de experiencia demuestran tener el mayor número de aciertos en la prueba de conocimientos.

La guía de observación se realizó con el fin de verificar acciones que realiza la enfermera en la atención directa a pacientes

ostomizados y la calidad en la ejecución de los cuidados, lo cual es un procedimiento que nos da aproximaciones a la realidad con un enfoque más cualitativo que solo la calificación obtenida en un examen de conocimientos, por lo tanto se concluye que:

Ninguna de las enfermeras de la población participan en la ejecución del cuidado preoperatorio, puesto que algunas funciones las realizan los médicos cirujanos y en cuanto a la afección psicológica no es abordada por dicha población.

Esto se observa de una manera preocupante puesto que la atención de enfermería es la primera que se otorga cuando un paciente llega requiriendo un servicio (ya sea en urgencias quirófano y/o cirugía general) y es el momento preciso cuando la enfermera puede y debe contribuir al restablecimiento de la salud bio-psico-social de un paciente, es decir, saber discernir lo que es técnicamente posible y éticamente lícito(acto bioético)(Amor, Sánchez, Del Castillo, 1999).

Respecto a la participación de la enfermera en los cuidados específicos al paciente ya ostomizado se encuentra que el único cuidado que se realiza con mayor eficacia es en la administración y ministración de medicamentos, quizá por que para ello es indispensable seguir las indicaciones médicas, en cuanto al tratamiento farmacológico y también por la experiencia que se tiene en el uso y ministración de los mismos; sin embargo, la enfermera debe de tener los conocimientos teóricos farmacológicos de los diferentes medicamentos que son manejados en el servicio de Cirugía General, conocer las acciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, así como también las reacciones secundarias y adversas de los mismos.

La técnica de la irrigación de la colostomía no es efectuada por el personal de enfermería, pues esta es realizada por los médicos residentes del servicio de Cirugía General y consideramos que sí se debe realizar por la enfermera ya que es ella la indicada para efectuarlo y de esta manera también enseñar al paciente a realizar la técnica correctamente para su mayor beneficio.

La mayoría de las enfermeras verifican las dietas que llegan del servicio de dietología según indicaciones médicas, pero en ocasiones no es la dieta específica para un paciente ostomizado, y además no brindan la orientación sobre la nueva alimentación que deben de tener dichos pacientes.

Al proporcionar los cuidados específicos al estoma, las enfermeras de la población estudiada realizan los cuidados de acuerdo a las condiciones fisiopatológicas en que se encuentra el paciente y además, de la disponibilidad en cuanto a recursos materiales y de equipo con que se cuente (bolsas específicas para ostomías). De los cuidados específicos referentes al estoma un porcentaje elevado de la población si visualiza el estoma, brinda protección a el área periestomal, controla el dolor y no presiona sobre un abdomen inflamado. Además como ya se mencionó anteriormente, en la desodorización y liberación de gases, así como también en la cuantificación del gasto fecal, esto depende de los recursos materiales que se tengan y de las condiciones del paciente.

En cuanto a la aplicación de la técnica correcta en la colocación de la bolsa recolectora y retiro de la misma, las enfermeras realizan dicha acción de manera deficiente; ya que no se toman en cuenta las condiciones del estoma, sino la facilidad de la enfermera para manejar dicha bolsa y por esto último se lesiona la piel periestomal acarreándole mayores complicaciones al paciente ostomizado, trayendo como consecuencia una recuperación tardía, mayor tiempo de permanencia intra hospitalaria y exposición a infecciones cruzadas, esto también perjudica al paciente directamente por el deterioro de su estado físico y el aspecto psicoemocional que se ve drásticamente lesionado, además afecta indirectamente a la familia, puesto que no se puede integrar a sus actividades cotidianas y/o laborales. Además no hay que pasar por alto la actitud indiferente de la enfermera, ya sea por la falta de sensibilidad emocional (Oakley,1992), o bien por el exceso de trabajo, así mismo la "falta de voluntad de adherirse a un **Código de Conducta** el cual es determinado por el bien cultural y social que resguarda una norma ética"(Amor, Sánchez, del Castillo, 1999) y que las enfermeras poco a poco han ido perdiendo.

En lo que respecta a la instrucción al paciente sobre los cuidados generales se concluye que se brinda mayor énfasis en la orientación sobre la higiene personal , descuidando el aspecto más importante que es el cuidado a la piel periestomal y la conservación y cuidado del material y equipo que se requiere para la ostomía , así también , se detectó, que la enfermera no da la instrucción adecuada por el desconocimiento que se tiene sobre la gran variedad de accesorios tanto para la protección del área periestomal, y los diferentes tipos de bolsa para la comodidad del paciente en su domicilio.

La enfermera al proporcionar los cuidados al paciente ostomizado no aprovecha en un 100% el tiempo que se encuentra en contacto directo con el paciente y dicho acercamiento es de regular calidad, ya que sólo proporciona cuidados técnicos o generales sin considerar el aspecto humano que debe de existir en toda relación entre dos individuos como es el caso de la enfermera-paciente; es decir, llegar a conocer y entender al paciente, (aunque es necesario mantenerse al límite y no relacionarse tanto con él), pero Liaschenko & Dans,(1991), argumentan que es necesario mantener un enfoque de cuestiones personales para conocer quien es el paciente, lo que concierne al conocimiento y enfermedad o la condición de la enfermedad y así poder ir en busca de cuidados de enfermería específicos para que se obtenga del paciente una salud excelente.

Como se había mencionado anteriormente, la afección psicológica no es abordada por la población en los cuidados preoperatorios y la ayuda que se puede brindar en esta etapa es de vital importancia para la aceptación de la nueva estética a la que se enfrentará un paciente ostomizado. En los cuidados postoperatorios el apoyo psicológico a este tipo de pacientes es deficiente puesto que desde un principio dicho apoyo debe estar bien sustentado para que en este periodo, el reforzamiento que se haga en este aspecto ayude a la exteriorización de sus emociones, y saberlas conducir para que el paciente no caiga en estado depresivo; como dice Schultz & Carnavale, 1996 " Conviene creer que cuando un tratamiento para obtener salud falla, es porque las experiencias del paciente, significados y cambios y problemas bioéticos no se han entendido bien". Así mismo, se le ayudará al manejo de su imagen corporal

que ha sido drásticamente modificada y por último, el saber orientarlo sobre los nuevos estilos de vida que va a tener en los diferentes ámbitos (familiar, social, profesional, sexual, etc.). Pero sin dejar de considerar la sensibilidad emocional propia de la enfermera como persona que es; ya que como sugiere Oakley (1992), "La experiencia de ciertas emociones es parte vital para ampliar nuestras perspectivas y así poder entender ciertos aspectos de la condición humana y por ende del paciente mismo".

10. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Al inicio de la investigación se proporcionó facilidades por parte de las autoridades del hospital (sin dejar de mencionar que para cualquier investigación, como protocolo se requiere de un oficio de autorización para la realización de la misma), posteriormente negándose a que se realizará dicha investigación, explicando que para ello se requería la autorización de la Dirección General de la Secretaría de salud del D. F. Se cree que por el tipo de investigación las autoridades se mostraron negativas ,(ya que se prestaría a suponer que entra en juego el prestigio y la calidad de atención médica brindada en dicho hospital); sin embargo, al ser notificada la negativa de las autoridades para la realización de la investigación sin la autorización mencionada ya se había trabajado con la aplicación del cuestionario y de las guías de observación realizadas en diferentes turnos.

Por lo que respecta al ámbito de enfermería, en la coordinación de enseñanza hubo apertura por parte de dicha coordinación, pero ya en la aplicación de la cédula el personal se mostró un poco renuente sobre todo el turno matutino por lo que implica ser cuestionado sobre un área específica de conocimientos y en el caso de la aplicación de la guía de observación, por la naturaleza propia del estudio no se le notifico al personal la realización de la misma, más sin embargo hubo aceptación durante nuestra presencia.

En cuanto a la obtención de la información para la documentación de la tesis, el material bibliográfico existente es muy escaso en nuestro país; dicho material se encuentra en la iniciativa privada, siendo los laboratorios médicos como: Bristol-Myers-Squibb, Hospimédica, Coloplast y Hollister los que mayor información tienen y los cuales monopolizan dicha información; así como también se acudió al Hospital de los Ángeles del Pedregal en busca de información, pues al ser el único hospital con un Diplomado en Terapia Enterostomal se pensó que podríamos obtener la bibliografía necesaria para fundamentar nuestra tesis, pero en dicha institución también se nos negó el material al respecto.

Es por estas razones que se tuvo que acudir a la búsqueda de información por vía internet (dentro de los programas artemisa y medline), pero la información facilitada fue en el idioma inglés y para ello se tuvo que acudir a un traductor para dilucidar los documentos proporcionados.

Otra de las limitantes en nuestra investigación fue el uso de la computadora y de los diferentes programas que se utilizaron para el procesamiento de los datos recolectados; puesto que la utilización del programa S.P.S.S. 10 se nos dificultó por el desconocimiento del programa mismo y por ser aplicado a un área restringida como lo es en el uso de la estadística y la investigación, que como ya sabemos en México es muy escasa.

11. BIBLIOHEMEROGRAFIA

1. AMOR V. A., Sánchez G. P., Del Castillo L. L.O ,(1999) Código de Etica de la Enfermera Militar. Deontología Para la Enfermera.(Propuesta). Revista de Sanidad Militar Vol. 53, Núm. 5, Septiembre-Octubre, México, D F.: 332 y 333
2. BRECKMAN, B.(1987) Enfermería del Estoma. Traduc Antonio Hernández Alcántara. (2ª. ed). Madrid, España: Editorial Interamericana, p 221.
- 3 BRECKMAN, B. (1987) Enfermería del Estoma Traduc Antonio Hernández Alcántara (2ª. ed.)._Madrid, España: Editorial Interamericana, p. 161-167.
4. BORWELL,B. (1997) Consideraciones Psicológicas del Cuidado del Estoma por la enfermera. Stand de la Enfermera 11: 49-55.
- 5 CALEN Darío D.C. (1992). Guía Nutricional para él Ostomizado .D.F.,México: Editorial Bristol Myers Squibb p p 29- 32
6. DE LA FUENTE M. R. (1966). Psicología Médica. (6ta. ed).D.F., México: Editorial fondo de la Cultura Económica.
- 7 DYR, R B S. A.M. (1956). Adaptation of the Spouse and other Family Members to the ostomy patient. Cáncer 9 p p. 123 – 38
8. GOVETRI S F. (1994). La importancia de una alimentación adecuada Revista HELIOS, España.Ed. Coloplast No 2 Vol. 2

9. HORACOPOS C. (1989). Indicación y Cuidados de los Estomas, (1 era. ed.), España: Ed. Jims
10. IBARRA, C. G. (1993) Complicaciones más Frecuentes de las Ostomías. Desarrollo Científico de la Enfermera ; Vol. 1, no. 8: 12- 17.
11. HELIOS, (1996). Iniciación a la Ostomía para los Profesionales Sanitarios, Parte X Revista HELIOS, España, Ed. Coloplast. No. 4 Vol. 1
12. LANDAVAZO, C. G (1993) Clasificación de los Estomas Desarrollo Científico de la Enfermera ; Vol 1, No 8 9-11
13. LIASCHENCO J., & Davis A J (1991) Nurses and physicians on nutritional support : a comparison. Journal of Medicine and Philosophy 16: 259-283.
14. LOPEZ A. (1993), Atlas de Anatomía Humana ,1era. ed . México, Ed. Interamericana
15. MURAD Y. (1993), Imagen Corporal del Paciente Ostomizado. Desarrollo Científico de la Enfermera Vol. 1, 10No 8 38- 41
16. OAKLEY J. (1992), Morality and the Emotions Routledge London.
17. ORTIZ H (1994), Indicaciones y Cuidados de los Estomas, 1 era ed. , España Ed Jims

18. SCHULTZ D. & CARNEVALE F. (1996), Engagement and suffering in responsible care- giving: on over coming maleficence in the health care. Theoretical Medicine 17, 189, 207.

- 19 SIDDEN, S. E. C (1989), Nurse- Client Interactions Implementing the Nursing process. The C.V. Mosby Company, 1989: 62- 66.

12. ANEXOS

No. de Cuestionario _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE CON ESTOMAS
INTESTINALES EN EL HOSPITAL GENERAL BALBUENA DEL
D.D.F.**

INSTRUCCIONES: Marque con una X la letra que considere su respuesta.

- 1.- ¿ La palabra estoma se refiere a ?
 - a) Una boca
 - b) Un hueso
 - c) Una parte del intestino

- 2.- ¿ La función del estoma es ?
 - a) Excretar sustancias del intestino y del aparato urinario en un momento dado
 - b) Retener los líquidos del organismo
 - c) Solamente para excretar toxinas

- 3.- ¿ Por su clasificación las ostomías se clasifican en ?
 - a) Temporales

- b) Permanentes
- c) a y b son correctas

4.- ¿ Cuáles son las complicaciones más frecuentes en los estomas intestinales ?

- a) Escoriación, edema, secreción
- b) Sangrado, necrosis, estenosis, prolapso, retracción
- c) Irritación, prurito, hematoma

5.- ¿ Qué cuidados se deben proporcionar durante el pre-operatorio ?

- a) Ayuno, pre-medicación, enema, marcación de la cirugía
- b) Enema, toma de signos vitales, limitar los alimentos que Causan diarrea.
- c) Ayuno de 12 horas, orientación psicológica y toma de signos vitales

6.- ¿ Qué cuidados se deben proporcionar durante el post-operatorio?

- a) Dieta normal, vigilar la presencia de hemorragia, control de líquidos, enema
- b) Control de líquidos, vigilar la presencia de hemorragia y otra alteración, uso de bolsa transparente en el estoma, apoyo psicológico
- d) Apoyo psicológico, control de líquidos, uso de bolsas de Color en el estoma

7.- ¿ Qué tipo de antibióticos y otros medicamentos no deben

utilizarse en pacientes con estomas intestinales ?

- a) Atropina, manitol, diuréticos, caolín y pectina, ampicilina, tetraciclina, lincomicina, por vía oral, multivitamínicos y antiácidos con magnesio
- b) Acido acetilsalicílico, acetaminofén, naproxen
- c) Cefalosporinas, butilioscina, loperamida

8.- ¿ Cuáles son las ostomías que deben irrigarse ?

- a) Colostomía sigmoidea y descendente
- b) Colostomía transversa y ascendente
- c) ileostomía

9.- ¿ Qué alimentos le producen áidez, flatulencia y malos olores al paciente ostomizado ?

- a) Grasas, berenjenas, melón, espinacas, uvas
- b) Carne magra de pollo o ternera, plátano, lechuga
- c) Verduras cocidas, frijol, ajo

10.- ¿ Qué tipo de dieta le recomienda al paciente ostomizado ?

- a) Dieta balanceada y baja en residuo
- b) Dieta balanceada e hipocalórica
- c) Dieta hipercalórica

11.- ¿ Describa el aspecto de una piel sana que rodea a un estoma intestinal ?

- a) Piel roja, irritada, edematizada
- b) Piel rosa, con prurito y húmeda
- c) Piel levemente rosa, sin irritación, ni escoriación semejante a la de todo el abdomen

12.- ¿ Qué cuidados debe proporcionar a la piel de un paciente con estoma intestinal ?

- a) Baño diario y limpieza periestomal con jabón antiséptico y fricción fuerte
- b) Baño diario y limpieza periestomal con agua tibia y jabón Neutro, fricción suave, secar la piel con golpecitos suaves
- c) Baño cada tercer día, curación periestomal diario con jabón Quirúrgico o isodine, secar profundamente

13.- ¿Qué características debe reunir un equipo para las ostomías?

- a) Del tamaño y forma del estoma
- b) Qué contengan barreras protectoras para la piel
- c) Plástico a prueba de olor, seguridad y costo apropiado
- d) Todas las anteriores

14.- ¿ Mencione cuáles son las intervenciones específicas de enfermería en un paciente con estoma intestinal ?

15.- ¿ Qué aspectos psicológicos y emocionales aborda usted en un paciente con estomas intestinales ?

16.- ¿ Qué otros aspectos además del emocional y psicológico considera cuando atiende a un paciente ostomizado ?

17.- ¿Cuál es su Categoría Laboral ?

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
U.N.A.M.

SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

CUIDADO INTEGRAL AL PACIENTE CON ESTOMAS INTESTINALES

GUIA DE OBSERVACION

No. Caso _____
Nombre del Observador _____
Fecha _____

No. de observación _____

INDICADORES	SI LO HACE			NO LO HACE	OBSERVACIONES
	MB	R	D		
PRE- OPERATORIO					
1.- Brinda información sobre su futura ostomía (Dar a conocer el procedimiento quirúrgico sus probables resultados o complicaciones)					
2.- Brinda Apoyo Psicológico : a) Comenta los temores con el paciente, con respecto a la cirugía. b) Brinda mayor énfasis a la atención de un paciente que muestra desinterés, ansiedad, angustia.					
3.- Verifica la localización y marcación de la ostomía					
4.- Refuerza el apoyo psicológico al paciente ostomizado.					
5.- Verifica que el material y el equipo sea el adecuado para el post-operatorio inmediato.					
6.- Vigila posibles complicaciones					
CUIDADOS ESPECIFICOS AL PACIENTE OSTOMIZADO					
7.-Tiene precaución en la administración y ministración de medicamentos indicados a pacientes con estomas intestinales.					
8.- En caso de requerir el paciente la irrigación, sigue la técnica correcta.					
9.- Verifica si la dieta del paciente es adecuada					

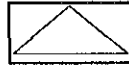
POST - OPERATORIO

- 10.- Proporciona orientación sobre su nueva alimentación
- 11.- Le proporciona cuidados específicos al estoma
- a) No presionar sobre el abdomen inflamado del pte.
 - b) Visualización del estoma
 - c) Protección de la piel periestomal
 - d) Control de dolor
 - e) Deodorización y liberación de gas
 - f) Descarga líquida impredecible y/o frecuencia.
- 12.- Utiliza la técnica correcta en la colocación y retiro de la bolsa recolectora.
- 13.- Instruye al paciente sobre los cuidados que debe tener tales como :
- a) Higiene personal
 - b) Cuidados de la piel
 - c) Manejo del Material y equipo.
- 14.- Aprovecha el contacto físico con el paciente para brindar apoyo emocional al proporcionar los cuidados específicos.
- 15.- Proporciona reforzamiento psicológico
- a) Ayuda al paciente a exteriorizar emociones y las canaliza
 - b) Ayuda al paciente a manejar su imagen corporal con respecto a su nueva situación.
- 16.- Da informes sobre los nuevos estilos de vida (familia, vida sexual, profesión, vida social, deportes, viajes, etc.,) con respecto a su nueva situación.

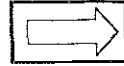
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

No	DESCRIPCION DE ACTIVIDADES	INICIO			TERMINACION			MESES DE TRABAJO																				
		AÑO	MES	DIA	AÑO	MES	DIA	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
1 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	P	99	05	24	99	06	04	△	△																			
	R	99	05	24	99	06	04	⇒	⇒																			
2 - PROTOCOLIZACION	P	99	06	07	99	06	20	△	⇒	⇒	⇒	⇒																
	R	99	06	07	99	06	20	⇒					○															
3.- PRUEBA DE INSTRUMENTO	P	99	10	07	99	10	07					△																
	R	99	10	07	99	10	07					⇒																
4 - RECOLECCION DE DATOS	P	99	11	02	00	02	28							△	△	△	△	⇒	⇒	⇒								
	R	99	11	02	00	05	05							⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	⇒	○							
5.- PROCESAMIENTO	P	00	06	05	00	07	12														△	△	⇒	⇒				
	R	00	06	05	00	09	07														⇒	⇒	⇒	○				
6.- INFORMACION	P	00	09	12	00	11	13																△	△	⇒			
	R	00	09	12	00	12	07																⇒	⇒	⇒	○		

PROGRAMADO



REALIZADO



AVANCE



SUSPENDIDO

