



INSTITUTO MARILLAC, A.C.

INCORPORADO A LA UNAM.

¿EXISTE DIFERENCIA EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON OSTOMÍAS QUE RECIBEN UNA ADECUADA ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPARACIÓN CUANDO NO LA RECIBEN?

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

**MÉNDEZ PÉREZ ROCÍO PETRONA
DOMÍNGUEZ SALGADO LUIS FELIPE**

ASESOR:

DR. IGNACIO CANCINO QUIROZ

México, D.F.

FECHA:

ABRIL 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Lic. María Luisa Zarate Mendoza

Directora general
INSTITUTO MARILLAC, A.C.

Lic. María Cruz Sotelo Badillo

Directora Técnica
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia
INSTITUTO MARILLAC, A.C.

Dr. Ignacio Cancino Quiroz

Asesor Metodológico

Lic. Delia Espinosa Rioja

Profesora
INSTITUTO MARILLAC, A.C

HOSPITAL GENERAL XOCO

LIC. HERMINIA MARTÍNEZ NOVILLAN

Jefa de Enfermeras

C.C.P.L.E MARÍA DEL ROSARIO AYALA ROCHA

Coordinadora de Enseñanza de Enfermería

C.C.P.E.T.E MARTHA ANGÉLICA CARPIO RAMOS

Jefa Clínica de Heridas

E.A.S.E MARTÍN PIÑA BELTMON

Enfermero Jefe de Consulta Externa

DEDICATORIA

A Dios por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fortaleza para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestra carrera.

A nuestra familia, por ser el pilar más importante y por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias, a pesar de nuestra distancia.

Señor Jesús, queremos que seas luz en nuestros conocimientos profesionales y que sigas siempre en nuestras vidas cuando tengamos bajo nuestros cuidados esos seres humanos que necesitan de nuestra ayuda; gracias por hacernos enfermeros dispuestos a dar lo mejor en cada paciente que tengamos en nuestras manos.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto Marillac, A.C. con un reconocimiento especial para la Lic. María Cruz Sotelo Badillo, Directora del Instituto por esta gran oportunidad para lograr nuestra meta profesional

A nuestras familias por sus apoyos incondicionales, cariño y comprensión, por el arduo trabajo de seguir adelante a pesar de las adversidades, y por el aliento de confianza que pusieron en nosotros.

A nuestro asesor: Dr. Ignacio Cancino Quiroz por impulsarnos a seguir adelante y no rendirnos a pesar de las adversidades y por su valiosa asesoría, fundamental para la elaboración del presente trabajo.

Al Hospital General Xoco y a todo el personal que colabora en él, por brindarnos su apoyo y orientación.

Al servicio **CLÍNICA DE HERIDAS** del Hospital General Xoco por su apoyo incondicional y brindarnos los materiales necesarios para el cumplimiento de este proyecto.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	5
HIPÓTESIS.....	6
 CAPÍTULO I.	
HISTORIA DE LOS ESTOMAS	7
SISTEMA DIGESTIVO HUMANO (COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA).....	8
CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS DIGESTIVOS.....	11
 CAPÍTULO II.	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS.....	13
PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE COLOSTOMÍA.....	14
CUIDADOS EN EL PRE Y POSTOPERATORIO (COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDÍAS).....	15
 CAPÍTULO III.	
DIETA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO.....	20
ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO.....	23
HIGIENE Y VESTIMENTA.....	26
ASPECTOS PSICOLÓGICOS.....	27
ETAPAS DE DUELO.....	28
DERECHO DE LOS OSTOMIZADOS.....	30
CUIDADOS DEL ESTOMA DE ACUERDO AL TIPO DE MATERIAL.....	31
 CAPÍTULO IV.	
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	33
TIPO DE ESTUDIO.....	38
UNIVERSO DE TRABAJO.....	40
TÉCNICAS PARA CONTROLAR LA DIFERENCIA ENTRE SUJETOS.....	41
MUESTREO Y TAMAÑO DE MUESTRA.....	42

CONSIDERACIONES ÉTICAS APICABLES AL ESTUDIO.....	44
RESULTADOS.....	45
DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIÓN.....	52
SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	53
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56

INTRODUCCIÓN

La realización de una colostomía e ileostomía en las últimas décadas se han ido incrementando por el alto porcentaje de pacientes politraumatizados intervenidos en el Hospital General Xoco y pacientes con enfermedades del colon, constituyendo uno de los principales problemas de salud en la eliminación, afectando tanto a hombres como a mujeres con predominio en la población adulta y anciana. Siendo uno de sus tratamientos quirúrgicos alternativos la realización de estomas, con el objetivo de recuperar el estado de salud del paciente, disminuyendo la mortalidad y el riesgo de complicaciones post operatorias. La ostomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual; se crea una comunicación artificial entre una viscera hueca o el intestino a la pared abdominal exterior con el objetivo de evacuación, denominándose colostomía cuando la intervención incluye parte del colon e ileostomía en parte del íleon.

La realización de una colostomía e ileostomía implica para la persona que se le practica, además de una alteración de la imagen corporal, la pérdida del control voluntario de eliminación de las heces y la necesidad de utilizar una bolsa para almacenar las materias fecales vertidas por el intestino. Cuando a una persona se le practica una colostomía o ileostomía sufre una serie de alteraciones biológicas, psíquicas y sociales que le dificultan la adaptación a su entorno.

Al cambiarle la función del ano tiene que hacer frente a cambios higiénicos, dietéticos y de pérdida de control de esfínteres que pueden afectar la percepción que tiene de su propia imagen, e incluso tener dificultades de integración y reinserción a su vida familiar, laboral y social. Existen razones suficientemente importantes, como aquí se han expuesto, que hacen pensar en los cuidados específicos de atención a pacientes ostomizados y su familia para enfrentarse a los problemas de diversos factores, teniendo en cuenta lo anterior se observa que es muy importante la educación al paciente con estomas y su familia a través de una comunicación horizontal enfermera, paciente y familia. Esta comunicación no solo debe ser durante el periodo de hospitalización sino, antes, durante y después de este periodo para mejorar la calidad de vida del paciente, evitar complicaciones y la reinserción social.

La presente investigación se realizó con la finalidad de brindar una adecuada orientación de enfermería para la realización de su propio autocuidado en el paciente ostomizados del Hospital General Xoco,⁽¹⁾ para ello dicho estudio diferencial, con la aplicación de un estudio observacional descriptivo, para diferenciar las complicaciones que presentan los pacientes que reciben una adecuada orientación de enfermería en comparación cuando no la reciben.

Por ello se realiza una encuesta para dar a conocer la frecuencia de complicaciones y de esta manera hacer la propuesta de una intervención educativa para disminuir la frecuencia de complicaciones, motivo del presente estudio.

¹ México D.F. Clínica De Heridas, Hospital General Xoco.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿EXISTE DIFERENCIA EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON OSTOMIAS QUE RECIBEN UNA ADECUADA ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPARACIÓN CUANDO NO LA RECIBEN?

JUSTIFICACIÓN

En nuestro país el 20% de la población son sometidas a la realización de un estoma. Con el fin de restaurar el funcionamiento normal intestinal o urológico entre otros más existentes.

Investigaciones anteriores demuestran que el 56% de los pacientes que recibieron alguna información sobre el manejo de estomas, la califican de pobre o de poca calidad debido a que no se aplica un plan de cuidados estandarizado o guía de práctica clínica para este tipo de pacientes, la estancia postoperatoria no es suficiente para preparar al paciente para su propio autocuidado y no se realiza instrucción de los pacientes una vez dados de alta, entre otros.

En un estudio de 220 pacientes ostomizados, el 16% tenían complicaciones periestomales. Los autores señalan que la corta estancia hospitalaria dificulta la enseñanza sobre el cuidado del estoma, por lo que se incrementa el riesgo de complicaciones de este tipo.

Bryant, Breckmann, Turnbull y otros estomaterapeutas plantean que, el asesoramiento adecuado en el periodo preoperatorio es un paso primordial para que el paciente y su familia enfrente con éxito la cirugía; mientras más temprano se proporcionen los cuidados especializados a los pacientes ostomizados, más herramientas tendrán para el manejo posterior y menos riesgo de complicaciones se presentarán.

Como profesionales de salud nos compete brindar una atención integral al paciente ostomizado en todas las fases del proceso quirúrgico y recuperación de su autonomía, para mejorar la calidad de vida en términos de: adaptación rápida con apoyo de su familia, aceptación y adopción de la rutina diaria, principalmente del autocuidado, la prevención, disminución y detección temprana de la presencia de complicaciones, la reincorporación a su vida laboral y social.

Por todo lo mencionado consideramos de gran importancia el siguiente trabajo de investigación partiendo de la pregunta de investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Demostrar que los pacientes Ostomizados al recibir una orientación adecuada de enfermería pueden realizar mejor su propio autocuidado sin complicaciones, en comparación cuando no reciben una adecuada orientación de enfermería.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Lograr una detección precoz de complicaciones, constituyendo la educación sanitaria uno de los pilares fundamentales para la atención de la persona ostomizada.
- Brindar una intervención educativa a través de un taller de pláticas.
- Prevenir posibles complicaciones al paciente ostomizado al brindarle una buena orientación y cuidado de su estoma.

HIPÓTESIS

Los pacientes ostomizados al recibir una orientación adecuada de enfermería pueden realizar mejor su propio autocuidado sin complicaciones en comparación con los pacientes que no reciben una buena orientación de enfermería.

CAPITULO I.

HISTORIA DE LOS ESTOMAS

Actualmente se encuentran artículos mexicanos enfocados al manejo de material y equipo para estomas así como también los hábitos higiénicos, la conducta alimentaria, el ocio, el modo de vestir, la sexualidad, la vida social y laboral entre otros los cuales serían interminables de mencionar.

La historia de las ileostomías y colostomías ha sido en parte paralela al desarrollo de la cirugía, que ha desempeñado un papel crucial en la salud y en especial en la terapéutica. La cirugía se define como el arte de trabajar con las manos. El sufijo ostomía proviene de la palabra griega *stomatos* que quiere decir boca u orificio. La derivación al exterior de la corriente intestinal es una técnica quirúrgica básica en el tracto digestivo.

La construcción de un estoma intestinal probablemente fue una de las primeras intervenciones efectuadas sobre el intestino. Es muy posible que los primeros estomas consistieran en fistulas fecales por heridas de guerra, trauma, hernias encarceladas, atresia ano rectal u obstrucción intestinal. Esta intervención quirúrgica para el alivio de la obstrucción fue descrita por Praxágoras de Cos (384-322 a.c.) en tiempos de Aristóteles, por lo que fue el iniciador del tratamiento quirúrgico de la obstrucción o trauma intestinal ⁽²⁾.

No se encuentran referencias sobre el tema en los siguientes dieciocho siglos, hasta que Theophrastus Bombastus Von Hohenheim, llamado Paracelso (1491-1541), se declaró convencido de estos anos artificiales frente a cualquier otra técnica de manipulación de las asas intestinales lesionadas ⁽³⁾.

Las primeras colostomías fueron realizadas en el siglo XVIII y XIX por cirujanos franceses. Maydl en 1884 describió la técnica de la colostomía en asa sobre un vástago. En 1908, E. Miles describe la colostomía sigmoidea terminal con resección abdominoperineal y Hartmann en 1923 popularizó el procedimiento quirúrgico de resección del colon sigmoides con colostomía terminal y cierre del muñón rectal para obstrucción del colon sigmoides o recto superior, procedimientos quirúrgicos que aún se realizan en la actualidad.

² **Praxagoras de Cos (384-322 A.C.):** Describió la intervención Quirúrgica para el alivio de la obstrucción intestinal.

³ **Theophrastus Bombastus Vo: Llamado Paracelso (1491-1541):** Se declaró convencido de los anos artificiales frente a cualquier otra técnica de manipulación de las asas intestinales lesionadas

SISTEMA DIGESTIVO HUMANO (COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA)

Los alimentos después de ser masticados e ingeridos descienden por el esófago hasta llegar al estómago. Los ácidos del estómago y un producto químico llamado enzima los descomponen hasta formar una mezcla líquida que pasa del estómago al intestino delgado.

La mayor parte de la digestión tiene lugar en el intestino delgado que mide unos 6 metros de largo y se divide en tres partes:

- Duodeno.
- Yeyuno.
- Íleon.

A medida que la mezcla líquida de alimentos recorre el intestino delgado la sangre del cuerpo absorbe las sustancias nutritivas, como son vitaminas, minerales, proteínas grasas e hidratos de carbono a través del intestino delgado y los alimentos que no son digeridos ni absorbidos por el intestino delgado pasan al intestino grueso en forma de desechos líquidos o heces fecales.

El intestino grueso también llamado colon se divide en cuatro partes:

- Colon ascendente.
- Colon transversal.
- Colon descendente.
- Colon sigmoideos.

Por lo general mide de 1.5 a 1.8 metros de largo. Y su función es absorber el agua de las heces fecales y almacenarlas hasta que la persona las evacúe. Durante la evacuación las heces fecales pasan del colon al recto y salen del cuerpo al ano, y este último tiene un músculo, llamado esfínter anal que permite controlar el momento de la evacuación.

COLOSTOMÍA:

Todo paciente que requiera de una colostomía es con la finalidad de brindarle una nueva calidad de vida, de evitar dolor, sufrimiento y sobre todo la muerte. Entonces podemos decir que colostomía, es un procedimiento quirúrgico que consiste en hacer una abertura u orificio por medio del cual un segmento del intestino grueso se expone por la pared abdominal en donde se fija para permitir el paso de la materia fecal, a esta nueva abertura en el abdomen se le llama estoma ⁽⁴⁾.

⁴ Asociación mexicana de cirugía general. (Marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación.)

Al realizarse una colostomía las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y la evacuación se realiza a través del estoma, el cual, al carecer del músculo esfínter impide que la persona pueda controlar la evacuación de forma voluntaria de manera que la persona necesita una bolsa recolectora adherida a su vientre.

Las colostomías son temporales, cuando existe la posibilidad de restaurar el tránsito intestinal o permanentes cuando debido a la patología existente no cabe la posibilidad para la reconstrucción; La colostomía se puede construir en casi cualquier punto del colon, la posición depende de la razón médica de la cirugía.

- **Colon ascendente:** construida en la parte ascendente del colon y la salida de heces fecales pueden ser líquidas o pastosas.
- **Colon transverso:** construida en la parte transversal del colon y la salida de heces fecales son pastosas o semi formadas
- **Colon descendente:** construida en la parte descendente del colon y las heces fecales por lo general son formadas.
- **Colon sigmoides:** construida en la parte sigmoides del colon y la salida de las heces fecales son totalmente formadas.

La incisión quirúrgica debe realizarse con preferencia sobre la línea media a fin de preservar diversas ubicaciones para una o varias ostomias previo a exteriorizar el segmento intestinal seleccionado para la creación del estoma. Se orientan hacia la línea media las diferentes capas de la pared abdominal en bloque desde la epidermis hasta la aponeurosis fijando en el sitio marcado. Se recomienda una incisión circular, menor de 2 cm de diámetro sobre el sitio marcado para el estoma ⁽⁵⁾.

ILEOSTOMÍA:

Es un segmento del intestino delgado que se expone a través del músculo recto abdominal y se fija en el abdomen para eliminar la materia fecal sin que llegue al colon.

En una ileostomía las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y se eliminan por la misma. La ileostomía carece de músculo esfínter por lo que la persona no puede controlar la evacuación de forma voluntaria y necesita llevar una bolsa recolectora de heces fecales adheridas a su vientre. Por lo general la ileostomía se ubica en el cuadrante inferior derecho del abdomen esta es la zona justo debajo de la cintura a la derecha del ombligo.

Después del procedimiento quirúrgico de una ileostomía las heces procedentes son por lo general líquidas y constantes sin embargo a medida que el intestino delgado empieza a adaptarse las heces se harán más espesas y pastosas pero nunca serán duras y formadas.

Ya que proceden directamente del intestino delgado y contienen enzimas digestivas que son muy irritantes para la piel. El estoma en una ileostomía se asemeja al de una colostomía, no obstante todos los estomas son únicos y esta se inflama después de la cirugía y tarda alrededor de 8 semanas en adquirir su tamaño final (en desinflamarse)

La piel que rodea el estoma se llama piel periestomal. No existen terminaciones nerviosas en el estoma por lo que no duele y debe ser siempre roja la mucosa y estar húmeda parecida al interior de la boca de una persona, también puede sangrar fácilmente especialmente si recibe un golpe o se roza suele recuperarse fácilmente.

La bolsa de colostomía está hecha de una película resistente a los olores por lo que el olor de las heces fecales queda contenido dentro de la bolsa, si la bolsa está limpia y se coloca de forma adecuada solamente olerá al vaciarla o al cambiarla, por lo tanto la bolsa recolectora se debe cambiar cada vez que sea necesario y conveniente por lo general se vacía cuatro veces al día. 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 tuvo como única solución la creación de un estoma ; además de devolverle la confianza en sí mismo.

La palabra estoma etimológicamente se deriva del griego y significa boca o abertura ⁽⁶⁾. Es la derivación quirúrgica de una parte del tracto digestivo hacia el exterior contra natural y que tiene como consecuencia la pérdida del control de esfínteres, por su construcción puede ser de:

- Una boca
- Dos bocas
- En asa

Por su altura: Esto significa por el grado que sobresale de la pared abdominal.

Retraído: Aquel que no se asoma

Plano: Aquel que esta al ras del abdomen.

Plano y retraído: Que está dentro de un pliegue (en ocasiones no se ve a simple vista)

Normal: El que tiene 2 a 2.5 cm por encima de la pared abdominal.

Largo: Aquel que pasa de los 2.5 cm.

Para los estomas planos y/o retraído se recomienda el uso de una barrera convexa cuyo objetivo es exponer o protruir el estoma ya que esta ejerce presión en el área periestomal para lograr que el estoma plano o retraído sobresalga de la pared abdominal (se asome) esto evitará que el efluente quede por debajo de la barrera y en contacto con la piel (filtración) lo cual sucede con frecuencia en estomas retraídos y planos que propician eritema periestomal.

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTOMAS DIGESTIVOS:

Por sitio anatómico: Ascendente, Transverso, Descendente, Sigmoideo.

Por aparatos y sistema: Estoma urinario o urostomía, Estoma digestivo o enterostomía.

Por su forma: Normales, Planos, Protuidos.

Por su duración:

- ❖ **Temporal:** Son aquellos estomas que generalmente han sido contruidos como solución a intervenciones de urgencia y que existe la posibilidad de reconexión una vez controlada la fase aguda de la enfermedad de base.
- ❖ **Permanentes:** Cuando no es posible la reconexión por excèresis del aparto esfinteriano o cuando el tipo de incontinencia anal o vesical no se haya podido corregir con otra técnica.

Por su grado de continencia:

- ❖ **Convencionales:** aquellos estomas en los que la descarga del efluente es continua y sin control.
- ❖ **Continentes:** son los estomas que pueden drenarse por medio de un catéter o sonda, periódicamente, lo cual permite a la persona una convivencia social

Por su construcción:

- ❖ **En asa:** Consiste en exteriorizar un asa de intestino realizándose una incisión sin seccionar por completo el intestino y formando dos bocas. La proximal que se denomina estoma funcional y la distal fistula mucosa.
- ❖ **Doble boca:** El colon 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 colon.

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

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.

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 (fístula mucosa y estoma) ⁽⁷⁾.

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.
- ✓ Movilidad: ligero movimiento.
- ✓ Sensibilidad: mínima, el estoma no debe de ser doloroso.

⁵ Manual de la persona Ostomizada. Hollister (los detalles importan)

⁶ Guyton & Hall. Anatomía fisiológica del estómago. Fisiología medica decimoprimer edición.

⁷ www.hollister.com (hollister.mexico@hollister.com)

CAPÍTULO II

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Los pacientes sometidos a una ostomía presentan cambios fundamentales y drásticos que provocan pérdida de la autonomía, negación al autocuidado, pérdida o disminución de la autoestima, miedo, duda, depresión, ansiedad y estrés. Siendo importante la enseñanza impartida por el profesional de enfermería lo cual influye favorablemente en el autocuidado, sin embargo dependerá del grado de instrucción que el paciente reciba para que adopte nuevas conductas durante su autocuidado; ya que debe tener conocimientos básicos para comprender sus necesidades y elegir alternativas que ayuden a su recuperación.

Actualmente existen en México diversas clínicas y servicios que proporcionan este cuidado a las personas poseedoras de un estoma, sin embargo, es necesario revisar qué tan efectiva está siendo esta capacitación, por lo que se debe analizar el efecto que tiene la intervención educativa de enfermería en la rehabilitación social, laboral y familiar del paciente ostomizado.

Según Bryant, Breckmann, Turnbull y otras estomaterapeutas “el asesoramiento adecuado en el periodo preoperatorio es un paso primordial para que el paciente enfrente con éxito la cirugía ⁽⁸⁾ ; mientras más temprano se proporcionen los cuidados especializados a pacientes ostomizadas, más herramientas tendrán para el manejo posterior y mejor será su estado de ánimo.

En la revisión hecha no se encontraron estudios que arrojen niveles de evidencia altos; se hace necesario realizar investigaciones tanto cualitativas como cuantitativas en este campo, que contribuyan con la validación teórica y con la generación de teorías. Medir el impacto de la atención que brindan las y los profesionales especializados es de gran importancia. Se recomienda realizar estudios que midan y evalúen la calidad de vida y los cambios que se presentan durante el proceso de adaptación a vivir con una estoma, el reintegro laboral o vocacional, la participación en grupos de apoyo y autocuidado ⁽⁹⁾.

- 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.
- 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 las que el atraviese, debe informar también al paciente y familia sobre los distintos grupos de apoyo con los que se cuenta ya que estos constituyen una gran fuerza en la rehabilitación y bienestar del paciente ostomizado.

PROCEDIMIENTO PARA LA COLOCACIÓN DEL EQUIPO DE COLOSTOMÍA:

- Lavado de manos.
- Reunir el equipo y material necesario (bolsa recolectora, barrera, gasas agua, pinzas polvo pasta, tijeras, toalla, guantes, etc.)
- Comenzar a despegar la barrera de la piel con agua gasas o toalla.
- Retirar completamente la barrera.
- Limpiar la superficie de la piel con agua y gasa y secarlo al término completamente bien.
- Rasurar si es necesario con agua y jabón o crema de afeitar.
- Medir adecuadamente el estoma (con una guía de medición o molde.)
- Dibujar el molde a la barrera y cortarlo dejando 2mm adicional a la medida del estoma.
- Colocar polvo en la piel periestomal.
- Colocar pasta en la piel alrededor del estoma y en pliegues nivelando el abdomen en poca cantidad si fuera necesario.
- Calentar con la palma de la mano y/o con la ayuda de un foco en la parte trasera de la barrera.
- Desprender el papel protector de la barrera o bolsa recolectora y colocarlo dentro del estoma .

⁸ **Bryant, Breckmann, y Turnbull** mencionan que en el preoperatorio el asesoramiento es de suma importancia para una cirugía de éxito.

⁹ **Dora Lucia Gaviria Noñare** (La evolución del cuidado de enfermería un compromiso disciplinar.)

¹⁰ **Lucia Past Castillo** (intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con un ostomia.)

CUIDADOS EN EL PRE Y POSTOPERATORIO

- Preparar física y psicológicamente al paciente que va ser sometido a la construcción de un estoma.
- Informar, orientar y asesorar al paciente y su núcleo familiar para su autocuidado y rehabilitación.
- Dar la enseñanza en el preoperatorio para obtener el consentimiento informado, lo que implica que las(os) enfermeras(os) evalúan la comprensión del paciente y su familia sobre la razón para la cirugía y el procedimiento planeado y la creación del estoma.

Brindar cuidados adecuados con el fin de evitar complicaciones prevenibles, dar énfasis en el autocuidado, detectar tempranamente dificultades y facilitar la rehabilitación. Los cuidados de las personas con estomas en general, se realizan mediante una serie de medidas simples y prácticas que deben adaptarse a las necesidades de cada persona, y dependen de la naturaleza de la intervención, edad, capacidades físicas, psicológicas, intelectuales y del entorno social y económico. Además se enfatiza en detectar precozmente complicaciones cuya aparición puede ser el resultado de un factor o la combinación de varios. Cuando se presenta complicaciones, lo ideal es reconocer la causa, de esta forma contribuimos a proteger a la persona del dolor, el sufrimiento y de costos adicionales. Para planear el cuidado de una manera eficiente, comprensiva y cuidadosa es elaborar diagnósticos de enfermería.

COMPLICACIONES (TEMPRANAS Y TARDÍAS).

COMPLICACIONES TEMPRANAS: Complicaciones tempranas son aquellas situaciones que ocurren en un periodo menor a 1 mes del postoperatorio. Dentro de la bibliografía que reporta las series más largas sobre complicaciones de ostomías, se reporta en promedio 34% de complicaciones, de las cuales 21% son complicaciones tempranas y 6% tardías.

NECROSIS O COMPROMISO VASCULAR: El compromiso vascular en las colostomías se debe a la interrupción del aporte sanguíneo colateral en el esfuerzo de obtener un segmento intestinal distal largo libre de tensión.

Manejo: valorar color, aspecto y funcionalidad del estoma y si es posible se realiza una reintervención quirúrgica.

EDEMA: engrosamiento fisiológico excesivo de la mucosa y submucosa del intestino a nivel del estoma, por un aumento del componente hídrico intersticial en la fase posterior a una intervención quirúrgica. Puede estar causado por un manejo inadecuado del asa intestinal en su exteriorización quirúrgica.

Intervención de enfermería

- Vigilar aumento del edema en el postoperatorio inmediato.
- Aplicar compresas de agua o suero salino hipertónico frío.
- Comprobar la reducción del edema con medición constante del diámetro del estoma y registrar los cambios observados en la coloración, tamaño y funcionamiento.
- Evitar manipulación brusca durante la higiene o cambio de sistema colector.

RETRACCIÓN DEL ESTOMA: la retracción de la ostomía en el postquirúrgico inmediato se relaciona con mayor frecuencia a la tensión excesiva sobre el mesenterio o el intestino, generalmente secundaria a técnica inadecuada al movilizar el segmento intestinal; otros factores que contribuyen a esta complicación son la selección inadecuada del segmento intestinal para crear la ostomía, desnutrición, obesidad y uso de esteroides.

Intervención de enfermería

- Utilizar barrera convexa y cinturón para ostomias
- Aplicar pasta niveladora para conseguir un buen ajuste de la barrera cutánea y evitar fugas hacia el interior del abdomen.
- Controlar el excesivo aumento de peso
- Requieren de un seguimiento por parte de médico tratante, terapeuta enterostomal y nutrición para evitar el estreñimiento y la obesidad.

SEPARACIÓN MUCOCUTANEA: es causada muchas veces por la infección de los bordes afrontados, relacionada con la contaminación del campo quirúrgico durante la intervención. Otras causas pueden ser la excesiva tensión y tracción del colon.

Intervención de enfermería

- Si hay una herida a nivel del estoma, tratar la herida quirúrgica correctamente.
- Medir la extensión y la localización de la dehiscencia con la técnica de las agujas horarias para un mejor control evolutivo.
- Rellenar la separación con un material absorbente: polvo, hidrofibra, alginato de calcio, apósito antimicrobiano para minimizar el riesgo de infección.
- Colocar barrera cutánea sobre el área para protegerla del efluente con cinturón.

LESIÓN DE LA PIEL PERIESTOMAL: la dermatitis periestomal se define como la erosión e inflamación de la epidermis con la subsecuente disrupción de continuidad en el grosor total de la piel; lo anterior en respuesta al contacto con los jugos biliares del contenido intestinal.

La incidencia reportada para la irritación de la piel periestomal se encuentra en rangos variables desde el 3 al 42%, y el tratamiento de esta condición radica en el adecuado manejo de las barreras cutáneas ⁽¹¹⁾.

La lesión periestomal se divide en varios tipos:

Dermatitis por contacto irritativa: es la irritación de la piel causada por el contacto con heces u orina o a cualquier material que entre en contacto con la piel.

Dermatitis mecánica: es una lesión de la piel donde se pierde la epidermis generada por maniobras bruscas durante el desprendimiento de la barrera cutánea.

Dermatitis por contacto alérgica: debida a la sensibilización de alguno de los componentes, solventes y adhesivos de los sistemas colectores, que están en contacto con la piel y suele coincidir con la forma y el tamaño del material que está generando la reacción.

Dermatitis periestomal con infección fúngica: más común por sobrecrecimiento de *Cándida Albicans*. Esta micobacteria forma parte de la microbiota normal del intestino, que al estar en contacto con la epidermis lesionada, uso irracional de antibióticos y antisépticos que provocan la dermatitis.

El pioderma gangrenoso: es una condición frecuentemente relacionada con enfermedad intestinal inflamatoria, en casi el 2%. Esta ulceración dolorosa inicia con pequeñas pústulas o pápulas eritematosas que coalescen rápidamente formando una ulcera superficial con bordes indurados, eritematosos brillantes y un centro violáceo; predominantemente doloroso.

Intervención de enfermería

- Identificar la causa y corregirla
- Utilización de la barrera cutánea correcta, plana en estomas bien construidas con altura adecuada, o convexas en estomas retraídas parcial o totalmente en pliegues no tan pronunciados. De igual manera, sistema de una pieza flexible.
- Realizar higiene correcta
- Valoración de piel y las características de la lesión e identificar la causa.
- Evitar recortar la barrera cutánea de manera incorrecta.
- Tratar la lesión con polvos, aposito hidrocoloide transparente para regenerar el tejido lesionado.

- Verificar que el dispositivo colector no lesione la mucosa intestinal, provocando úlceras o sangrado de la ostomía.

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: la creación de la apertura abdominal se realiza a una amplitud que permita el libre paso de dos dedos del cirujano. Esta apertura debe ser lo suficientemente amplia para evitar la compresión del intestino y su mesenterio ⁽¹²⁾.

COMPLICACIONES TARDÍAS

Se definen como aquellos eventos adversos que ocurren posteriores al periodo de adaptación psicológica; para la mayoría de los pacientes esto sucede dentro de las 6 a 10 semanas del postoperatorio para la creación de una ostomía.

HERNIA: es la complicación tardía más frecuente. Entre los factores asociados con el desarrollo de las hernias, se encuentran la obesidad, desnutrición, enfermedades respiratorias crónicas, aumento de la presión intraabdominal, uso crónico de esteroides o inmunosupresores, neoplasias, edad avanzada, infecciones en la herida quirúrgica, historial de múltiples cirugías abdominales.

Intervención de enfermería

- Educación del paciente para evitar aumento de peso, y el estreñimiento mediante un plan balanceado de alimentación.
- Evitar esfuerzos físicos que incrementen la presión abdominal.
- Instruir al paciente sobre la posibilidad de que la descarga de heces puede ser más voluminosa durante el descanso nocturno al verse favorecida por la posición en decúbito.
- Si la hernia es pequeña y no compromete el tránsito intestinal utilizar prendas de compresión moderada para contenerla evitando su progresión y mejorando la comodidad del paciente.
- En presencia de signos de estrangulamiento u oclusión intestinal, requiere manejo quirúrgico urgente.

PROLAPSO DE LA OSTOMIA: se presenta en cualquier tipo de ostomía, ya sean terminales o en asa y en todos los segmentos intestinales.

Intervención de enfermería

- En pacientes con ostomías temporales, próximos a la restitución de tránsito intestinal, se sugiere manejo expectante, con reducción manual y vigilancia estrecha.
- Colocar una barrera ligera para evitar trauma en el estoma, recortar la barrera adhesiva cuando ya esté hecha la reducción manual del prolapso.
- Asesoría dietética para evitar el estreñimiento y evitar esfuerzos físicos que incrementen la presión intraabdominal.

RETRACCIÓN DE LA OSTOMÍA: su incidencia como complicación varía en el 6% para las colostomías y 17% en ileostomías. Las causas para la retracción de la ostomía se deben a varios factores, por mencionar algunos, el aumento de peso en forma aguda o un trayecto corto de intestino al momento de la creación de la ostomía, e incluso ambas situaciones.

El tratamiento definitivo para la retracción de la ostomía implica la revisión con exteriorización de longitud de intestino suficiente para la creación de la ostomía.

Intervención de enfermería

Cuando la retracción llega a peritoneo, requiere de reintervención urgente. Si es parcial se utilizan las medidas conservadoras, mismas utilizadas para la dehiscencia y además:

- Vigilar permeabilidad del estoma.
- Utilizar barrera convexa y cinturón para ostomias.
- Aplicar pasta niveladora en la zona desinsertada para conseguir un buen ajuste del sistema colector y evitar fugas hacia el interior del abdomen.
- Controlar el aumento de peso y el estreñimiento, a través de un equipo multidisciplinario, conformado por cirujano, terapeuta enterostomal y nutriólogo.
- Realizar marcaje de reubicación idónea de la ostomía previo a la intervención quirúrgica.

¹¹ **Candela bonill de las Nieves.** Las dos caras de la enfermedad (experiencia de una persona ostomizada) Index de enfermería / primer trimestre 2008. vol. 17 N. 1

¹² **María Rosario Caparrós Sanz, Margarita Lancharro Bermúdez.** (factores de riesgos de complicaciones en patologías colorrectal.)

CAPÍTULO III.

DIETA NUTRICIONAL EN EL PACIENTE OSTOMIZADO

Una de las observaciones frecuentes a la población ostomizada está relacionada con alteraciones en los hábitos alimenticios, por ende 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.

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.

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

RECOMENDACIONES GENERALES PARA PERSONAS CON OSTOMÍAS.

- 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 solo aquellos alimentos que no le sientan bien.

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.

Ingerir cantidades normales de té y otros líquidos.

En 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 yogurt y la mantequilla ayudan a eliminar el mal olor y las heces fluidas, así como los gases. (Breckman, 1987) ⁽¹³⁾.

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 del colon).

ALIMENTACIÓN CORRECTA DE UN OSTOMIZADO

- **Completa:** Es decir que contenga todo los nutrimentos, se recomienda incluir en cada comida alimentos de los tres grupos (el plato del buen comer) especialmente frutas, verduras.
- **Variada:** Que incluya diferentes alimentos de cada grupo, comer todos los alimentos en cantidades mínimas pero siempre variando para no aburrirse de lo mismo.
- **Equilibrada:** Que los nutrientes guarden las proporciones apropiadas entre sí según sus necesidades para una mejor digestión y metabolismo.
- **Suficiente:** Es importante que se cubran las necesidades de todos los nutrimentos de tal manera que se tenga una buena nutrición y un peso saludable.
- **Adecuada:** Que esté acorde con los gustos y la cultura de quien la consume y ajustada a sus recursos económicos, ya que esto dependerá de cada persona de no forzarlo a que coma lo que no le guste.
- **Inocua:** no debe implicar riesgo a la salud, evitando todo aquello que pueden presentar posibles complicaciones como son los refrescos, y bebidas alcohólicas.

Tener una ostomía no significa seguir una dieta especial ⁽¹⁴⁾, muchas personas con enfermedades intestinales deben seguir dietas especiales debido a su enfermedad en muchos casos la ostomía permite seguir una dieta normal sobre todo a personas con colostomía. Solo al término de la cirugía tendrá una dieta especial no obstante pasando el periodo de recuperación podrá volver a su dieta habitual. Existen ciertos alimentos que pueden producir olores o gases como son: espárragos, huevos, brócoli, pescado, ajo, col, cebolla, habas, coliflor, la cerveza, maíz brócoli, pepino, bebidas gaseosas. Principalmente en una colostomía el cuerpo necesita más líquidos para no deshidratarse lo recomendable es beber cantidades abundantes de agua, jugos u otros líquidos (2 litros aproximadamente diarios) siempre y cuando no tenga ningún problema cardiaco o renal. Suprimiendo los alimentos con alto niveles de fibra y que estos causan principalmente la obstrucción en el íleon que dificultarían la materia de la salida fecal a través del estoma por lo menos durante las primera 8 semanas después de la cirugía.

¹² (Breckman, 1987) (El yogurt y la mantequilla ayudan a eliminar el mal olor y las heces fluidas, así como los gases.)

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 del peristaltismo 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, 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 ricino 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 albúmina o harina de algarrobo; depresores de la actividad motora intestinal, la dipirona sódica y magnésica, derivados morfínicos, polvos de opio, entre otros.

ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE OSTOMIZADO.

La realización de una ostomía supone para el individuo un impacto emocional muy fuerte ya que implica una alteración de su imagen corporal, su capacidad de autocontrol y por lo tanto de su autoestima, siendo partícipe el personal de salud brindando un buen asesoramiento sobre cómo adaptarse a las distintas circunstancias y tipos de actividad.

IMAGEN CORPORAL: El ser humano es una unidad bio-psicosocial 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-psicosocial. (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 si 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 mostrara 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, lo cual se afianza conforme el niño actúa con independencia creciente (Dela 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, al 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 afectan su imagen corporal y el individuo duda de saber incorporarlos a su vida. (Sudeen, 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 cómo es aceptable la "imagen mental" en el involucramiento individual.

La mayoría de las personas se critican así 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 termino con un estoma es una experiencia intra-personal, el cómo reaccionen las personas depende de sus sentimientos, actitudes y experiencias hacia su cuerpo. La propia percepción es parte de una personalidad individual la cual 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 si mismos afortunados, sin embargo cada individuo podrá experimentar en esta área en un tiempo u otro.

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 de los pacientes ostomizados experimentan un gran temor hacia su propia sexualidad; se preguntan cuál 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 irremediablemente la armonía de la pareja.

En este sentido, en el presente trabajo hemos enfatizado los aspectos de imagen corporal, 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 coadyuvara a reducir los problemas emocionales del paciente.

Es especial que todos los miembros del equipo asistencial, el captar que la capacidad de cambiar una bolsa no signifique para 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 proporcionara una buena indicación de la ayuda de los familiares ofrecerán al paciente después de la operación (Sutherland, 1956) ⁽¹⁵⁾. 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 debido a la pérdida de su imagen corporal.

El conocer que este 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 miedos 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 practica 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 él 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 necesitara ayuda para poder superar esta fase, sino que también la necesitaran 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.

El personal de salud especializado en un campo que puede servirle de ayuda para el cuidado del paciente con estoma, debe ser animado para que el mismo sea aceptado sin que se le 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, al orientar a los pacientes sobre el concepto de sí mismos antes de la cirugía y después de la misma con la única finalidad de que el paciente ostomizado al recibir una adecuada orientación de enfermería pueda valerse por sí mismo a lo largo de su nuevo estilo de vida.

HIGIENE Y VESTIMENTA DE UN OSTOMIZADO

Las personas con estoma pueden bañarse con bolsa o sin bolsa, se recomienda sin bolsa para realizar una mejor limpieza del estoma y su piel alrededor; los que se bañan con bolsa se les recomienda secarla bien después del baño para evitar la lesión de la piel por el contacto de la humedad de la bolsa.

Con una ostomía se puede bañar o duchar como cualquier persona solo se debe tomar ciertas precauciones como:

Proteger el equipo de ostomía para prolongar la adherencia de la misma, esto significa que no se debe retirar y/o separar la bolsa de la barrera durante el baño ya que el agua diluirá la barrera cutánea y esta dejará de protegerlo. El día que se quiera retirar completamente el equipo se puede bañarse como cualquier otra persona y dejar caer agua y jabón sobre la estoma y enjuagarse perfectamente bien.

Después de una cirugía de ostomía muchas personas se preocupan de que se les pueda ver la bolsa por debajo de la ropa, también creen que no puedan utilizar su ropa y que esta deberá ser demasiado holgada, la realidad es que se puede poner la misma ropa que ponía antes de la operación solo si la estoma queda justo en la cintura el pantalón o falda deberá quedar por arriba para evitar frotarlo y con ello lastimarlo. Además las bolsas actuales son delgadas y se ajustan al cuerpo y es muy poco probable que sea notorio.

Como toda cirugía es necesario un tiempo de recuperación que pueda durar de seis a ocho semanas para poder volver al trabajo o realizar algún viaje. No se debe de limitar a nada de las actividades que se realizaba antes.

Las ostomias no deben impedir en realizar ejercicio o alguna actividad física se puede realizar de las mismas actividades que se realizaban antes a excepción de deportes de contacto muy bruscos o levantamiento de grandes pesas. Algunos ejercicios más usuales y recomendados son:

- Natación.
- Yoga
- Caminar o correr.

Cuidados de la piel: Es muy importante que la piel periestomal (alrededor de la estoma) este sana y sin lesiones esta debe tener el mismo aspecto que la piel de otros lugares del abdomen. Para impedir problemas de la piel como: irritación, hongos, etc. Se de vera tener una barrera cutánea adecuada y una bolsa recolectora que se ajuste al diámetro de la estoma y en el contorno del estoma.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

La realización de una ostomia produce en una persona un impacto físico y psicológico que altera un conjunto de factores que conforman parte importante de la vida cotidiana como: la seguridad la autoimagen las relaciones interpersonales y la vida sexual.

En esta nueva condición de la vida la persona se enfrenta a un cambio importante tanto de su imagen corporal además con la falsa creación de que por tener una estoma podría ser rechazada por sus familiares y amigos. La imagen corporal es una característica dinámica, que al igual que las percepciones y experiencias sufre cambios a lo largo de la vida.

Estos cambios pueden ser naturales o espontáneos y no naturales; estos últimos son producto de amenazas reales o imaginarias de trauma o por pérdida de partes corporales.

La persona con estoma refiere que la sociedad le da mucho énfasis al cuerpo perfecto, esbelto, atractivo y hay un vacío de conocimientos sobre lo que es vivir con un estoma. Esto hace que la persona ostomizada se vea diferente y en algunas ocasiones se aíse del medio familiar, laboral y social.

ETAPAS DE DUELO DE UN OSTOMIZADO:

- ✓ Negación
- ✓ Enojo
- ✓ Negociación
- ✓ Depresión
- ✓ Aceptación / esperanza.

Donde existen sentimientos como:

- Miedo, cólera enojo.
- Inquietud física y mental.
- Sentimientos de dependencia y de tristeza.
- Reconocimiento gradual de la enfermedad.
- Cambios importantes en sus patrones de vida.

Cuando se construye una ostomía la persona puede experimentar diferentes reacciones ante el cambio de su imagen corporal, este es un concepto personal y subjetivo, para lo cual se hace necesario una valoración adecuada durante el preoperatorio la cual incluye:

- Identificar las necesidades básicas, culturales, sociales y sexuales de la persona a quien se le va a construir un estoma para brindarle el apoyo necesario.
- Medir el grado de necesidad que tiene la persona para recibir educación y pautas que van a ayudar en su rehabilitación, determinar el tiempo, lugar adecuado y la compañía adecuada.
- Apoyar a la persona para que acepte la ayuda psicológica de la familia, amigos u otros profesionales de la salud para la incorporación rápida a su trabajo y actividades familiares y sociales.
- Brindar apoyo psicológico en relación con el cambio de la imagen corporal, la autoestima y el autoaprecio como indicadores importantes de la calidad de vida.
- Incluir la visita de un miembro de la Asociación de Ostomizados.

Para lograr reincorporarse a la vida cotidiana la persona debe comprender la búsqueda del equipo que mejor se adapte a sus necesidades, momentos en el cual, se enfrenta a una diversidad de quipos y debe ser consciente de que no cualquiera es el indicador para el por lo que es mejor recibir asesoría individual para orientarse adecuadamente.

Apoyo emocional: Después del acto quirúrgico, cuando la persona comienza a recuperar la fuerza física y psicológica y sabe que sobrevivirá a ésta experiencia, una sensación de esperanza le hace pensar en cómo vivirá en adelante con su recién adquirido estoma. Ante esta situación, es importante como parte del cuidado escuchar a la persona y colaborar para reconocer que sus reacciones negativas son normales y previsibles.

En cuanto a las relaciones socioculturales proporcionar los medios para mantener una buena relación con los amigos con el fin de desarrollar una actitud positiva hacia sí mismo. Importante tener presente lo siguiente:

- Identificar las respuestas verbales y no verbales, gestos y actitudes a los cambios de su imagen corporal, con el fin de brindar ayuda y apoyo para su aceptación.
- Lograr que la persona acepte y participe en el tratamiento y en las acciones asistenciales que estime oportunas.
- Realizar técnicas de comunicación asertivas y técnicas de relajación.
- Identificar y observar los factores de estrés o amenaza que genera ansiedad.
- Identificar en la persona el miedo a verse rechazado, al cambio y a perder su control e independencia.
- Brindar información clara, concisa y adecuada para que su reincorporación a su medio familiar y social sea lo más temprano posible a su cirugía.
- Respetar las barreras culturales y religiosas que puedan influir en la capacidad de participación de la persona para el cuidado de su estoma.
- Identificar precozmente los dispositivos que brinden calidad de vida. que apoyan y proporcionan seguridad a la persona y al personal de salud.
- Establecer un plan de cuidados estructurado en la participación de la persona ostomizada para que aprenda a aceptar y a vivir con su nueva situación
- Remitir o solicitar la visita de un miembro del grupo de ostomizados; el contacto con la persona ostomizada rehabilitada del grupo de ostomizados de la región es de gran apoyo.

Relaciones sexuales y personales: La sexualidad está íntimamente relacionada con la imagen corporal, es un fenómeno altamente complejo. Es importante animar a la persona a verbalizar inquietudes con respecto a la función sexual, reproducción y relaciones interpersonales. Hay que discutir sobre éstos temas en privado, Inicialmente la persona está preocupada con aspectos prácticos del cuidado del estoma, la piel, las aplicaciones apropiadas y no exterioriza sus preocupaciones psicosexuales. Las preocupaciones varían, unas pueden ser sobre cuándo volver a tener relaciones sexuales y como cuidar la bolsa, otras inquietudes

giran alrededor de si su compañera(o) la desea o la rechaza por tener un estoma o si él o ella son físicamente capaces de tener una relación sexual.

La persona misma es el mejor juez para saber cuándo puede iniciar su actividad sexual, las recomendaciones más importantes son:

- Una buena higiene
- Desocupar la bolsa antes de la actividad
- Usar funda para cubrir la bolsa

La creación de una ostomía afecta ambas partes de la relación y es algo a lo que se debe adaptar ambas partes lo esencial es la comprensión y la comunicación.

Debido a que la cirugía de ostomía es un procedimiento que altera la imagen corporal, a muchos o todos les preocupa por sus relaciones sexuales e intimidad así como la aceptación del conyugue o de la persona querida.

Es importante recordad que el apoyo familiar es muy importante en estos casos y en cualquier tipo de cirugías, también es importante hacer saber a su compañera/o que la actividad sexual no es perjudicial, ni para la persona ni para el estoma y que puede continuar a menos que haya una contraindicación médica.

DERECHOS DE LOS OSTOMIZADOS

La Asociación Internacional de Ostomizados (IOA) publicó la declaración de los derechos de los ostomizados:

- Consejo preoperatorio
- Una estoma bien situada
- Una estoma bien formada
- Soporte emocional
- Instrucción individual
- Cuidados posoperatorios por una enfermera experta
- Información sobre los productos disponibles
- Información sobre recursos disponibles en la comunidad
- Supervisión al salir del hospital y durante toda la vida
- Cooperación entre profesionales de cuidado sanitario
- Información y consejos de la asociación de ostomizados y sus miembros.

CUIDADOS DEL ESTOMA DE ACUERDO AL TIPO DE MATERIAL

Están compuestos de placas, bolsas o por su sistema y se divide en:

Sistema de una pieza: la barra cutánea y la bolsa están unidas permanentemente. Se aplican y retiran juntas en una pieza.

- ✓ Firstchoice
- ✓ Compact
- ✓ Bolsa de anillo de karaya

Sistema de dos piezas: la barra cutánea y la bolsa son hechas como unidades separadas y deben unirse o ensamblarse (Tándem, New image)

Con este sistema se puede cambiar la bolsa cuantas veces sea necesario manteniendo colocada la placa durante varios días. Las placas están hechas de pectina, gelatina y carboximetilcelulosa sódica son hipoalergénicas y transpirable y se adhiere a la piel periestomal.

Las placas pueden ser planas y convexas y pueden ser pre cortados, recortables además las barreras planas se utilizan en personas cuyas estomas tienen una altura normal y las barreras convexas se recomiendan en aquellas estomas planas y retraídas y las barreras convexas ejercen presión en el área periestomal.

Para lograr que el estoma sobresalga de la pared abdominal esto evitara que el efluente quede por debajo de la barrera y en contacto con la piel.

Cerrados: no tienen apertura para eliminar las heces por lo que generalmente se utilizan para evacuaciones sólidas y esta indica en una colostomía descendente y sigmoidea.

Abierta o drenable: se utiliza principalmente en evacuaciones líquidas que se drenen por la abertura de la parte inferior lo cual se cierra herméticamente con una pinza se recomienda en ileostomía y colostomía.

Pasta adapt: se utiliza para llenar superficies irregulares o rellenar los contornos periestomales, evitando así filtraciones y facilitando la colocación del equipo.

Polvo Premium o de karaya: los polvos absorben la humedad y protegen la piel.

Pasta de karaya: es una resina natural que se mezcla con agentes humectantes una película a base de alcohol y aglutinantes, se recomienda en personas que presentan alergias a la pasta adapt.

Gel cutáneo protector en toalla: crea una capa delgada sobre la piel reduciendo el daño causado por los adhesivos ayuda a aumentar la adherencia en la piel.

Removedor de adhesivo en toalla: se utiliza para remover la barrera.

Filtros deodorizantes: hechos a bases de carbón activado para dejar salir los gases continuamente eliminando el olor algunas bolsas las tienen integrados y en otras son reemplazables.

Cinturones: están hechas de material elásticas y se adaptan al aro del equipo para su fijación.

Pinzas: se utiliza para sellar las bolsas drenables por su forma anatómica y puntas redondeadas se adaptan a las formas de las piernas y evitan rozadura ⁽¹⁶⁾.

¹⁵ **Material utilizado en el Hospital General Xoco en:** (Clínica de Heridas y Estomas) Consulta Externa.

**CAPÍTULO IV.
ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES**

VI

VD

**Orientación
adecuada de
enfermería**



**Realización del
autocuidado Sin
complicaciones**

**Sin orientación
adecuada de
enfermería**



**Realización del
autocuidado
Con
complicación.**

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Definición conceptual: Es un elemento del proceso de investigación científico, en que un concepto específico se define como ocurrencia mensurable. Básicamente le da el significado del concepto.

VI: ORIENTACIÓN ADECUADA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Conocimiento que los pacientes tienen sobre el manejo y el cuidado integral de los estomas intestinales.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Es una demostración de un proceso, tal como una variable o un objeto, en términos de proceso o sistema específico de pruebas de validación, usadas para determinar su presencia y cantidad.

DIMENSIONES:

- ✓ Que es:
- ✓ Clasificación Tipo
- ✓ Cuidados
- ✓ Indicaciones
- ✓ Complicaciones

PUNTUACIÓN:	Con orientación adecuada	10
	Sin orientación adecuada	5

VD: Frecuencia de complicaciones del estoma

Grado de vulnerabilidad que manifiesta un paciente ostomizado.

Datos clínicos de complicación de los estomas son:

- ❖ dolor
- ❖ Fiebre
- ❖ Enrojecimiento
- ❖ Purulento o con sangre.
- ❖ Pérdida de epidermis o parte del tejido
- ❖ Piel húmeda.
- ❖ Sangrado.
- ❖ Necrosis.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN (INDICADOR %)
Proceso infeccioso Agregado	DEP.	Según el tipo de herida limpia o sucia (infectada)	Cuantitativa	Si/no
Fiebre	DEP.	Aumento de la T ^o Corporal por encima de lo normal	Escarlar	°C
Dolor	DEP.	Según el grado de afectación de la herida	Cuantitativa	Leve, moderado, severo
Olor	DEP.	Según el tipo de herida limpia o sucia (infectada)	Cuantitativa Continua	Si/ no
Aspecto de la piel (periestomal)	DEP.	Según el estado de la lesión en la piel	Cuantitativa	Normal/ anormal
Tipo de germen	DEP.	En base de cultivos agregados	cuantitativa	Cultivo
Tipo de tratamiento	DEP.	Dependiendo del tipo de herida	Cuantitativa Continua	Seguimientos
Ubicación	DEP.	Región anatómica	Cualitativa Nominal	Región anatómica
Etiología	DEP.	Según tipo de cirugía de realizada	Cuantitativa Continua	Bueno

De acuerdo a la observación obtenida se encuentra que los pacientes que reciben una adecuada orientación sobre enfermería sus complicaciones son escasos en comparación a los pacientes que no reciben ninguna orientación sobre el cuidado de su estoma.

Complicaciones: pocos

No complicado: La mayoría de los pacientes le da importancia a su cuidado

VI: orientación adecuada de enfermería	VD: realización del autocuidado
Con orientación	Sin complicaciones
Sin orientación	con complicaciones

ESCALAS DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES

Las variables independientes y dependientes son:

Nominal: El valor nominal indica el valor teórico o ideal, de cualquier cosa que pueda ser cuantificable, en oposición al valor real que es el que se obtiene en una medición dada.

Discreta: Se dice que si la variable medida es susceptible a ser contada, se puede construir una escala discreta, formada por números ENTEROS con incrementos fijos, donde las fracciones no son consideradas, para esto, se debe considerar la magnitud de los números expuestos.

Finita: La que tiene unas dimensiones contables, definidas.

IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES EXTRAÑAS

Edad	Años	X
Ocupación	Laboral/ ama de casa	X
Situación económica	Medio/ alto/ bajo	X
Estado civil	Soltero/ casado	X
Religión	Católica/ otros	X
Sexo	Hombre/ Mujer	X
Origen	Cd de México/ estados	X
Peso	Kg.	X
Cx anteriores	Si/ No	X
Tabaquismo	Si/ No	X
Antecedentes Familiares	Si/ No	X
Alimentación	Adecuada/ insuficiente	X
Cultura	Rural/ Urbana	X
Pena	Si/ No	X
Temor	Si/ No	X
Conocimiento	Si/ No	X
Talla	Cm	X
Complicaciones	Si/ No	
Higiene	Siempre/ a veces	
Importancia	Mucho/ Poco	
Escolaridad	Básica/ Superior/ analfabeto	
Actividad Física	Si/ No	X

**OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS (UNIVERSALES)**

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA DE LA VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta su edad actual representando en años	Cuantitativo	20- 60
Sexo	Condición orgánica que se distingue al macho de la hembra en seres humanos, masculino- femenino.	Cualitativo Nominal	Femenino masculino
Estado civil	Situación jurídica concreta de cada persona respecto a la familia las leyes o costumbres relativas al matrimonio que existe en el país o nación de su origen	Cualitativa Nominal	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre
Escolaridad	Tipo de formación profesional que recibe cada individuo	Cualitativa Nominal	Primaria Secundaria Nivel superior

TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo al periodo en que se capta la información es: RETROSPECTIVO; en la evolución del fenómeno es: TRANSVERSAL a la comparación de la población es COMPARATIVA; y la interferencia del investigador el tipo de estudio realizado es: OBSERVACIONAL. Por lo tanto es: UNA ENCUESTA COMPARATIVA RETROSPECTIVA.

UBICACIÓN DEL ESTUDIO EN ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital General Xoco.
Ubicado en México Coyoacán S/N Esquina Bruno Traben Col. General Anaya Del. Benito
Juárez C.P.30340

“UNIVERSO DE TRABAJO”

POBLACIÒN: PACIENTES CON ESTOMAS TEMPORAL, DEFINITIVO O PERMANENTE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GENERAL XOCO EN HOSPITALIZACIÒN Y CONSULTA EXTERNA (CLÌNICA DE HERIDAS) CON UN PERIODO DE AGOSTO DEL 2013 A JULIO DEL 2014.

TÉCNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS Y SITUACIONALES

Es técnica de selección homogénea y la técnica para controlar las situaciones es la de aleatorización.

MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, y la determinación del tamaño de la muestra fue por medio de la estimación de proporciones donde de acuerdo a la literatura se da una $p=$ de 6% (0.06), y $q=1-p$ de 0.94; calculando por medio de $n=Z^2pq/d^2$, dando un tamaño de muestra de 86 pacientes pero 6 no cumplieron los criterios de inclusión y se obtuvo finalmente una muestra de 80 pacientes.

Se aplica a un grupo de 80 pacientes hospitalizados y que acuden a consulta externa en el servicio de clínica de heridas en el turno matutino debido a la accesibilidad de los pacientes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
1. Número de pacientes ostomizados	< 10 pacientes	Extravió de cuestionario
2. Pacientes con edad = o >de 20 años.	< de 20 años	Cuestionario incompleto
3. Urbano /suburbano		Defunción
4. Saber leer y escribir.	Alta del paciente	Ausentismo del paciente
5. Conocimiento	Pacientes ostomizados de otro centros hospitalario	Extravió de expediente
6. Pacientes con estomas	Pacientes que no tengan estomas	
7. Escolaridad	Pacientes con deterioro cognitivo.	
8. Firma del consentimiento Informado.	Pacientes con dificultad en el idioma.	
9. Pacientes hospitalizados o Ambulatorios.	pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado	

“CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO”

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

En la Declaración de Helsinki nos indica el promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

El presente trabajo de investigación toma en cuenta las consideraciones bioéticas aplicables en seres humanos, en específico a pacientes ostomizados en el hospital general XOCO con la finalidad de darle una mejor comodidad al paciente en su autocuidado y así prevenir posibles complicaciones y que pueda integrarse a su nuevo ámbito de vida.

RESULTADOS

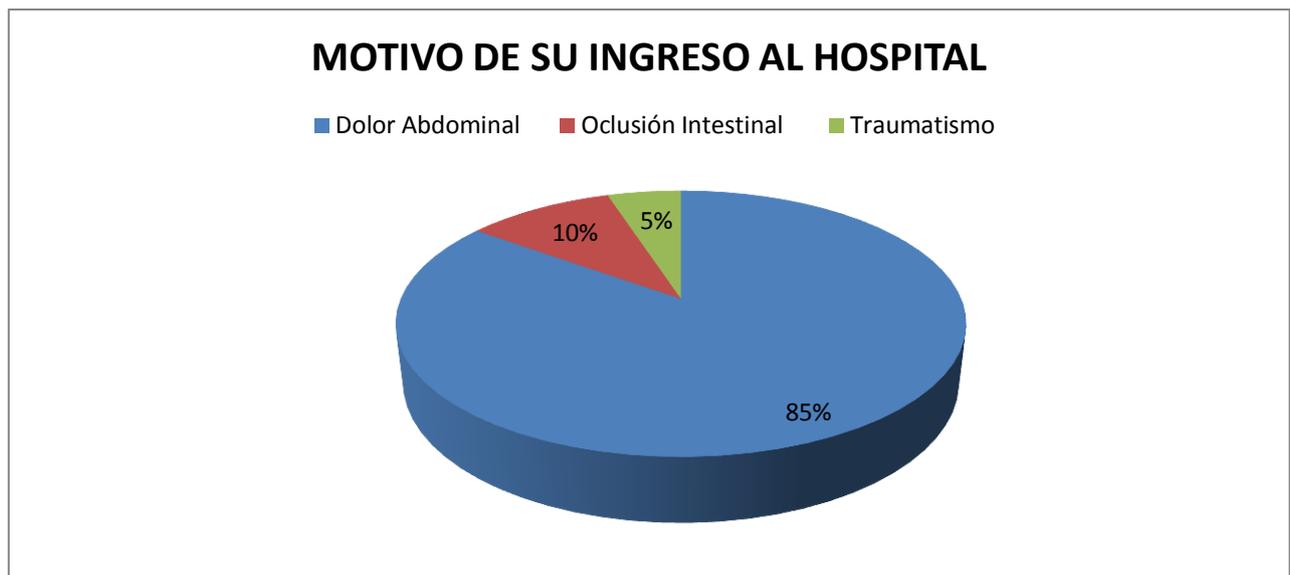
Finalmente después de realizar dicho estudio de investigación se obtuvo los siguientes resultados con la finalidad de dar a conocer la exactitud de cada caso que se trató directamente con el paciente.

GRAFICA #1



El 97% de los pacientes encuestados en el Hospital General de Xoco, fueron varones que equivalen a 78 de 80 pacientes mientras que solo el 3% fueron mujeres equivalentes a solo 2 de ellas.

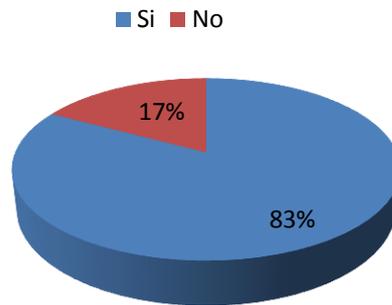
Grafica #2



De 80 pacientes encuestados el 85% que equivale a 68 pacientes ingresaron por un dolor abdominal mientras que el 10% de ellos su diagnóstico inmediato fue oclusión intestinal y solo el 5% ingreso por un traumatismo.

GRAFICA # 3

CONOCIMIENTO SOBRE SU AUTOCUIDADO

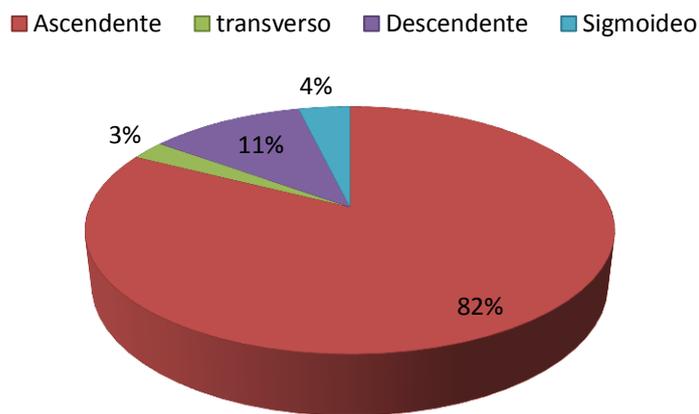


Con respecto al conocimiento sobre el autocuidado de la colostomía se obtuvo que de 80 pacientes (100%), 62 que equivale a 77% si conocen sobre su autocuidado mientras que 18 pacientes a 23% no conocen sobre su autocuidado.

El autocuidado en un paciente ostomizado es importante para conseguir un óptimo estado de salud y un buen funcionamiento del estoma.

GRAFICA # 4

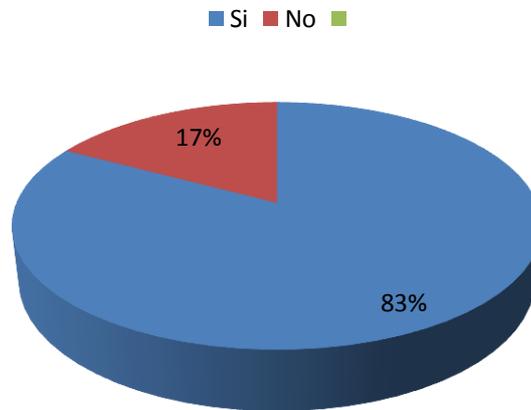
SITIO ANATÓMICO MAS COMÚN



De 80 pacientes que acudieron a la clínica de heridas de 66 pacientes (82%) el sitio anatómico más común fue ASCENDENTE permitiendo una mayor comodidad para su propio autocuidado y su vaciamiento.

GRAFICA # 5

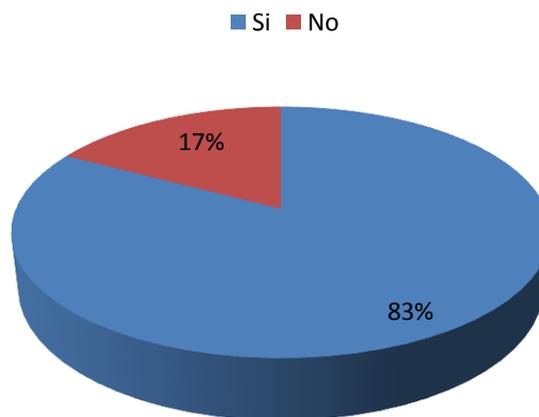
COMPLICACIONES MAS FRECUENTES



Se obtuvo como resultado que de 58 pacientes equivalente a 73% no presentan ninguna complicación sin embargo siempre acuden a orientación y a curación y 17 Pacientes que equivale a 21% presentaron COMPLICACIONES PERIESTOMALES debido a escasa higiene y práctica inadecuada en su colostomía en continuación con hernia estomal de 5 pacientes que es el 6% por las mismas condiciones.

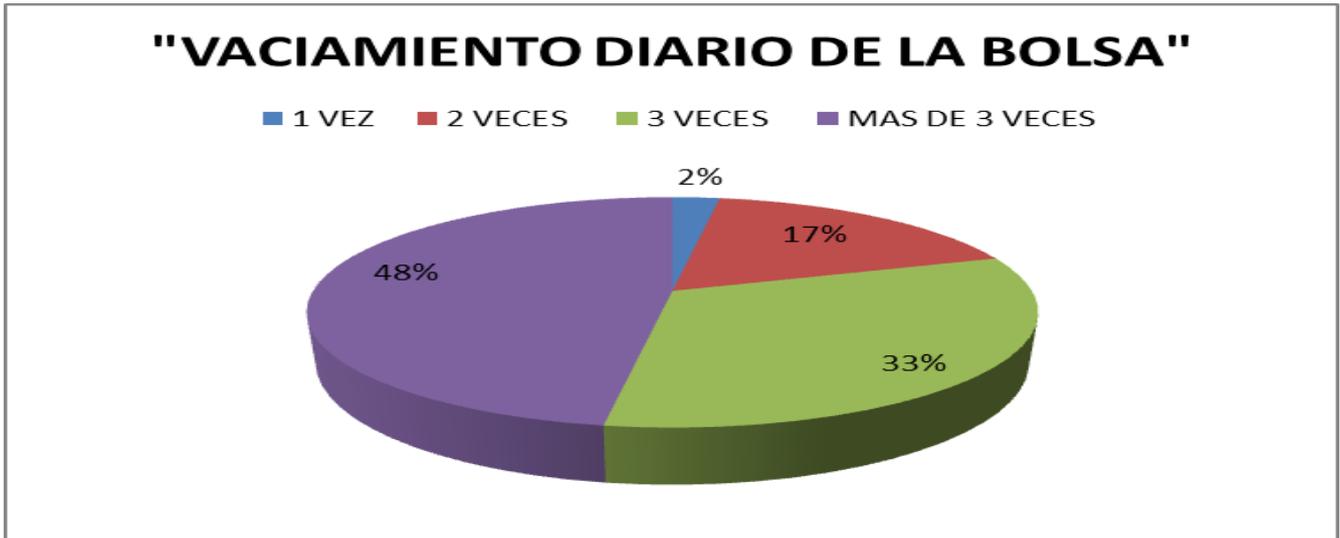
GRAFICA # 6

ORIENTACIÓN ADECUADA DE ENFERMERÍA



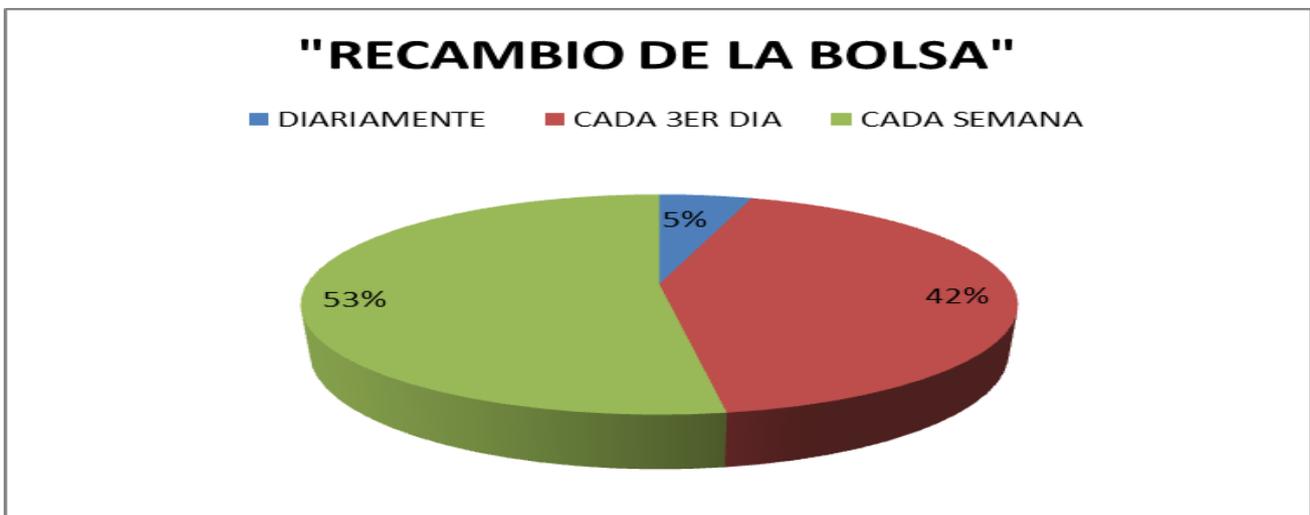
EL 83% (58) de los pacientes que acudieron a consulta externa (clínica de heridas) se les proporcionó orientación de cómo realizar su autocuidado mientras el 17% (12) solo se quedó con la orientación cuando estuvo en hospitalización.

GRAFICA # 7



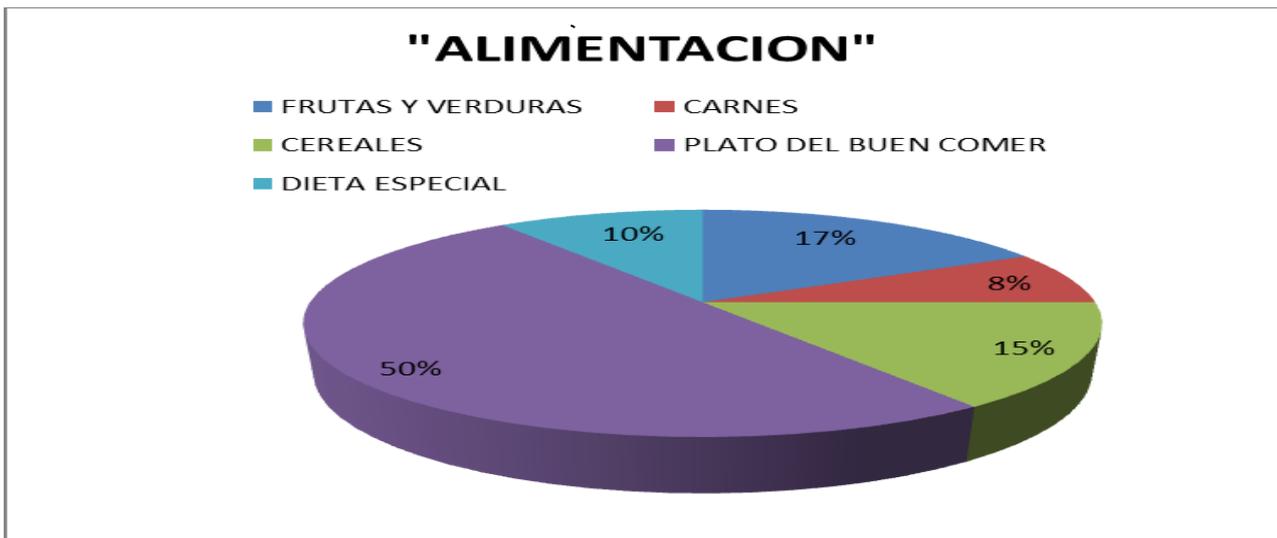
Se encuentra que el 33% (38) pacientes de los pacientes realizan el vaciado de su bolsa 3 Veces durante el día lo cual indica que la mayoría de ellos su vaciamiento lo realizan hasta que está completamente lleno.

GRAFICA # 8



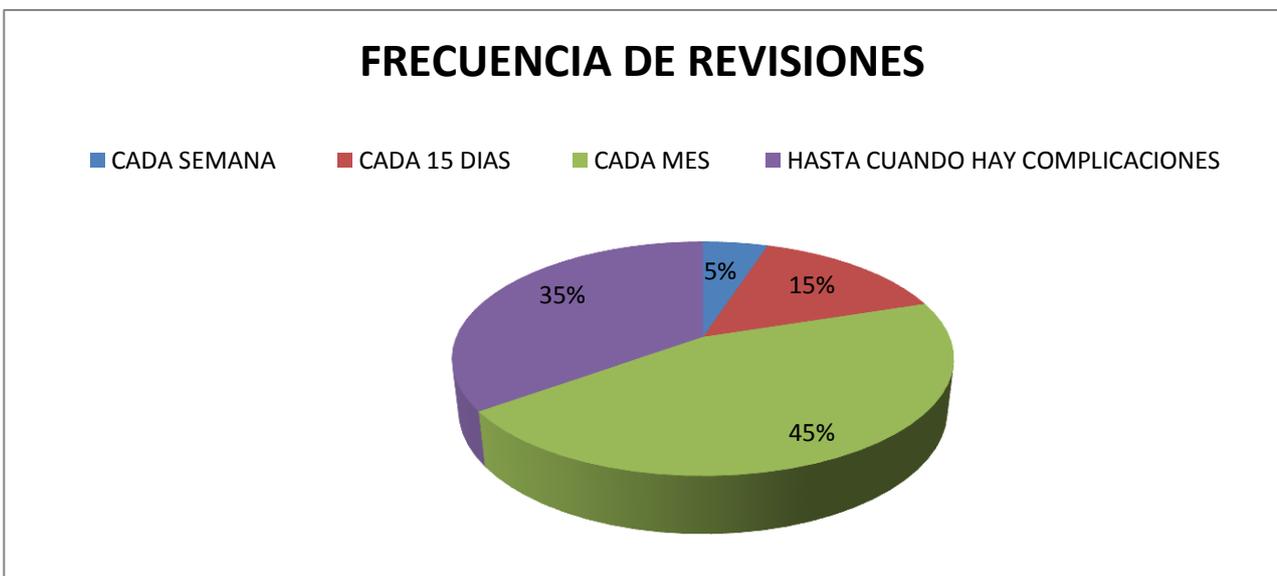
Por lo tanto el cambio completo de la bolsa de colostomía de cada paciente lo realiza cada semana debido al uso y desgaste del mismo y sobre todo a la disminución a la adherencia de la piel con la finalidad de prevenir lesión periestomal (irritación de la piel).

GRAFICA # 9



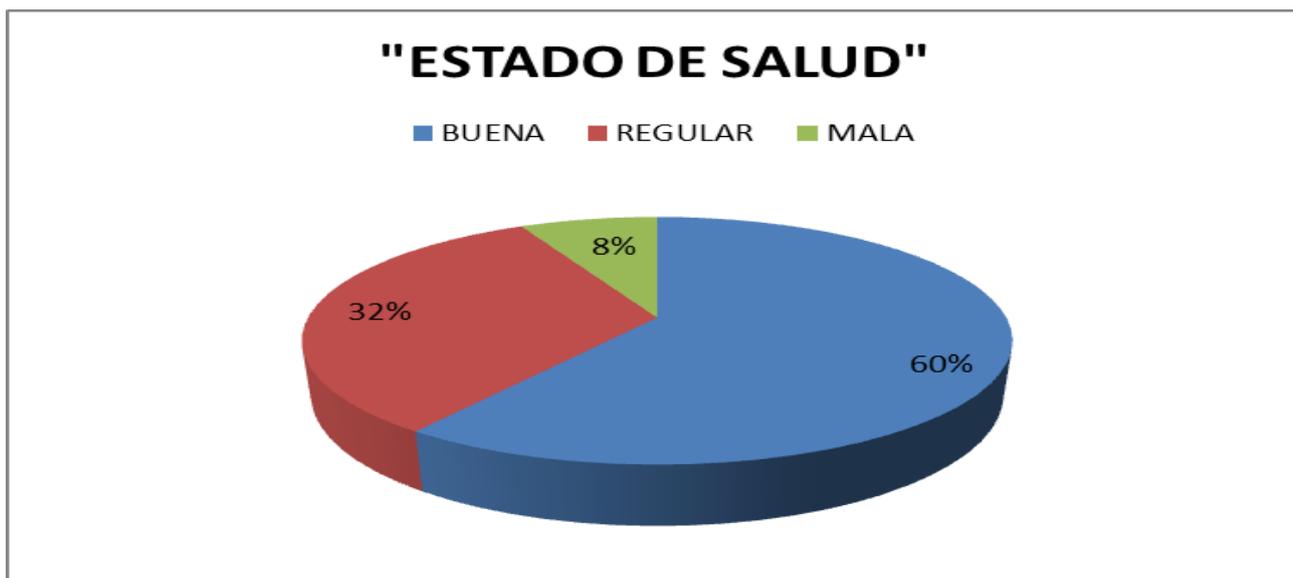
Muchos de los pacientes por ser de una economía baja o mediana de 40 pacientes que equivale al 50% su alimentación que llevan es acorde con el plato del buen comer y solo 8 (10%) pacientes llevan una dieta especial.

GRAFICA # 10



Después de su hospitalización al inicio acuden a revisiones cada semana después por lo regular cada mes y muchos de ellos solo cuando ya se presenta alguna complicación regresan a revisión.

GRAFICA # 11



En conclusión de 80 pacientes encuestados la mayoría de ellos al preguntarle sobre su estado de salud actual, el 60% que equivale a 48 pacientes respondieron que su estado de salud es buena, ya que es una nueva oportunidad de vida sin embargo el 32% su estado de salud es regular debido a que la adaptación de su nuevo estilo de vida es complicado, y el 8% fue mala por haber presentado mayores complicaciones.

Relación del tipo de orientación con sus complicaciones:

	REALIZACIÓN DEL AUTOCUIDADO SIN COMPLICACIONES	REALIZACIÓN DEL AUTOCUIDADO CON COMPLICACIONES	TOTAL
CON ORIENTACIÓN ADECUADA DE ENFERMERÍA	58	6	64
SIN ORIENTACIÓN ADECUADA DE ENFERMERÍA	4	12	16
TOTALES	62	18	80

Los resultados obtenidos fueron: de 62 pacientes encuestados no presentan complicaciones debido a una orientación adecuada y a un seguimiento continuo de consultas, sin embargo 18 pacientes presentan complicaciones por no realizar una higiene adecuada a su estoma y la poca importancia que le brinda.

DISCUSIÓN

De acuerdo a los datos obtenidos, de 80 pacientes encuestados; 62 pacientes sobresalen con una orientación adecuada de enfermería además de no presentar complicaciones por darle importancia a su estoma y acudir constantemente a revisión y 18 pacientes presentan complicaciones, la mayoría de ellos lesión periestomal por no darle importancia a su estado de salud y solo acudir a revisiones cuando ya presentan alguna complicación.

De acuerdo al procedimiento estadístico, al aplicar prueba de hipótesis de χ^2 para dos muestras independientes de 2.706 con grado de libertad igual a 1 y alfa 0.05 nuestra χ^2 experimental fue de 0.33 por lo que la discusión estadística es que no hay diferencia estadística significativa en los pacientes que reciben orientación y los que no reciben orientación adecuada.

Sin embargo la diferencia observada en cuanto a las complicaciones encontradas es debida al tamaño de muestra mayor para el grupo para quienes reciben la orientación y mucho menor para quienes no reciben la orientación por lo que la no significancia puede ser debido a variaciones propias del muestreo y al tamaño de individuos de un grupo y otro grupo.

Por lo que sí se puede demostrar el objetivo en cuanto a los que recibieron orientación presentan menor complicación en cuanto a los que no reciben orientación adecuada presentan mayores complicaciones.

CONCLUSIÓN

Dicha investigación permitió identificar que la mayoría de los pacientes con estoma intestinal son del sexo masculino y el alto porcentaje de complicaciones que se pueden presentar si no hay presente una intervención educativa por parte del personal de enfermería, ya que los pacientes que recibieron intervención educativa se rehabilitaron, a diferencia del grupo que no la recibió. Cabe mencionar que este último grupo presentó una serie de complicaciones en la piel periestomal; dato de suma importancia.

De acuerdo a los datos obtenidos en esta investigación se infiere que la función específica de la enfermera terapeuta enterostomal en cuanto a la intervención educativa para la rehabilitación del paciente poseedor de un estoma de eliminación es de suma importancia, así como el contar con un manual específico de capacitación para el paciente ostomizado.

Por otro lado el contar con una clínica de ostomias redundará no solo en la atención que se le proporciona al paciente ostomizado sino que también se traduce en la disminución de costos para las diferentes instituciones y el paciente.

En conclusión, podemos decir que se lograron los objetivos planteados.

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Que el departamento de enfermería coordine con el personal de salud para elaborar estrategias de educación con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las prácticas en los pacientes ostomizados favoreciendo en su autocuidado y previniendo complicaciones a través de programas de educación continua que incluyan desde el cuidado del estoma, cambio de bolsa de colostomía hasta su alimentación y vestimenta, además de identificar correctamente cualquier tipo de anormalidad de su estoma (medida preventiva).
2. Que la atención del paciente contribuya en el mejoramiento de fortalecer su conocimiento para el manejo de su propio autocuidado para sí mismo prevenir posibles complicaciones, favoreciendo su reintegración social y haciéndole coparticipe de la misma por la ayuda de enfermería.
3. Aplicar un plan de cuidados estandarizado o guía de práctica clínica al paciente ostomizado.
4. Se plantea una:
 - Intervención educativa a través de un taller de pláticas.
 - Dicha investigación queda como base de datos para otra investigación.

BIBLIOGRAFÍAS

- 1) Guía Nutricional para personas Ostomizadas. Editorial: Hollister ostomía. pp: 8-52
- 2) Manual de la persona Ostomizada. Editorial: Hollister Ostomía. pp: 16-23
- 3) Enfermería del Estoma. Ed: Beckerman. España interamericana 1987
- 4) Protocolo de cuidados para el paciente Ostomizado. Ed: Doering. Edición en español vol. 3 junio 1985
- 5) Molina García Ana María. Atención integral al paciente Ostomizado España 1992
- 6) Ortiz H. Indicaciones y cuidado de los Estomas. Barcelona Jims. 1989
- 7) Lic. Lucia Pat Castillo. Intervención Educativa de Enfermería para la Rehabilitación de personas con una ostomía. Revista Enfermería Universitario ENEO-UNAM. vol. 7 junio 2010
- 8) Adela María Muñera. Perfil Biosicosexual y social de la persona Ostomizada. Investigación y Educación de Enfermería
- 9) Candela Bonilla de las Nieves. Las dos caras de la enfermedad. Experiencia de una persona ostomizada. Fundación Index
- 10) María del Carmen Carrasco las personas portadoras de Estomas. La narrativa y los cuidados Humanizados. Ed. Cuarto trimestre. 2009
- 11) Dr. José Contreras Ruíz. Abordaje y manejo de Heridas y Estomas. Ed. Intersistemas. 2013
- 12) Dr. Francisco Campos Campos, Dr. Jorge Arturo Vázquez Reta. Guía de Practica Clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación. 2011
- 13) Antonia Yolanda Crespillo Díaz, Begoña Martin Muños. La Adaptación al entorno socio familiar del Paciente Ostomizado. Artículos Especiales. Index enferm vol. 21 enero 2012.

- 14) Alves Rita Isabel Moutinho Braz. La Práctica Educativa en Ostomía Intestinal. 2010 (<http://hdl.handle.net/10348/740>)
- 15) Adriana Pelegrini Dos Santos Pereira. Asociación de los factores Sociodemográficos y Clínicos a la Calidad de Vida de los Ostomizados. Rev. Latino- Am. Enfermagem, ene.- feb. 2012.
- 16) Pacientes Ostomizados Adultos. Revista en la Facultad de Enfermería. Vol. 42. 2008
- 17) Ma. Dolores Ruiz Fernández. Calidad de Vida y Necesidades de Personas Ostomizadas y sus Cuidadores. Estudio Esponsosado por Coloplas Productos Médicos S.A. 2003
- 18) Dora Lucia Gaviria Noreña. La Evolución del Cuidado de Enfermería: un compromiso Disciplinar. Investigación Educativa de Enfermería 2009
- 19) Lic. Lucia Pat Castillo. Intervención Educativa de Enfermería para la Rehabilitación de Personas con una Ostomia. Rev. Enferm. Universitaria ENEO- UNAM. Vol. 7. Junio 2007
- 20) Candela Bonill de las Nieves. Las dos caras de la enfermedad (experiencia de una persona ostomizada). Index de Enfermería. Primer trimestre. Vol. 17. 2008
- 21) María Rosario Caparros Sanz, Margarita Lancharro Bermudez. Factores de Riesgo de Complicaciones en Patología Colorrectal. Nursigg. Vol. 29. 2011.
- 22) María del Carmen Carrasco-Acosta, Manuel Márquez Garrido. Las personas Portadoras de Estomas: La Narrativa y los Cuidados Humanizados. Index de Enfermería. Cuarto trimestre. Vol. 18. 2009.
- 23) Adela María Muñera Garcés, Bernarda Ospino de González. Perfil Biosicosexual y Social de la persona Ostomizada. Investigación y educación de enfermería.
- 24) Caracterización de los Pacientes Sometidos a Estoma Intestinal. Texto y contexto- Enfermería. Vol. 18. 2009.

ANEXOS

GLOSARIO

- **Ostomía:** Abertura de una víscera hueca al exterior generalmente hacia la pared abdominal de acuerdo al segmento exteriorizado es la denominación que recibe.
- **Ostomías digestivas:** Todo aquellos que pertenecen al aparato digestivo como son: (colostomía, ileostomía, esofagostomía, gastrostomía, y yeyunostomía)
- **Estoma:** De la palabra griega “boca” abertura quirúrgica para el drenaje de residuos.
- **Ileostomía:** Abertura del intestino delgado a través del abdomen con carácter temporal cuando su objetivo es desfuncionalizar el colon o desviar el contenido fecal para evitar su paso por el mismo o con carácter definitivo cuando el colon debe de ser extirpado en su totalidad.
- **Colectomía:** Resección parcial o total del colon.
- **Enfermera (o) terapeuta enterostomal:** Profesional especializada (o) en los cuidados de personas con derivaciones urinarias, fístulas y heridas que drenan, incontinencia fecal, urinaria, heridas crónicas como lesiones de piel por presión, úlceras vasculares, úlceras en los diabéticos. Están preparados para brindar enseñanza, apoyo emocional y guía a las personas a quienes les brindan el cuidado.
- **Colostomía:** Exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel con el objeto de crear una salida artificial al contenido fecal.
- **Anastomosis:** Comunicación quirúrgica entre dos órganos o espacios sin conexión.
- **Dehiscencia:** Separación mucocutánea que puede afectar un segmento o la totalidad de la circunferencia del estoma.
- **Dermatitis periestomal:** Erosión e inflamación de la epidermis en el grosor total de la piel.
- **Hemorragia paraestomal:** Sangrado profundo de los vasos submucosos localizados en el borde del estoma.
- **Peristaltismo:** Movimiento ondulatorio progresivo involuntario de los órganos tubulares del cuerpo, especialmente del tubo digestivo que impulsa su contenido hacia adelante.
- **Pielostomía:** Técnica quirúrgica mediante la cual se coloca un catéter dentro de la pelvis renal el cual queda exteriorizado en el flanco abdominal correspondiente.
- **Retracción del estoma:** Hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel debido a una excesiva tensión generalmente por pobre movilización y en ocasiones se asocia al peso del paciente y la retracción puede ser parcial o total y suele ir acompañado de una gran irritación de la piel periestomal y puede dar lugar a una estenosis.
- **Cecostomía:** Procedimiento indicado en pacientes con abdomen agudo y anatomía distorsionada por distensión masiva del colon.
- **Liposucción:** Es una técnica alternativa para remover el exceso de tejido subcutáneo circunferencial al estoma, en pacientes que no presentan estenosis o hernia periestomal.

CARTA DE AUTORIZACIÓN

A QUIEN CORRESPONDA:

Por medio del presente escrito solicitamos a usted el siguiente permiso: para la aplicación de un cuestionario relacionado con el protocolo de investigación sobre el tema de: **“Existe diferencia en la realización del autocuidado en los pacientes con ostomías que reciben una adecuada orientación de enfermería en comparación cuando no la reciben”** que se llevará a cabo en el servicio de consulta externa (Clínica de Heridas) con la finalidad de aplicar una encuesta a pacientes con ostomía.

Sin más por el momento reciba un cordial saludo de nuestra parte, esperando contar con su autorización a dicha petición de ante mano gracias.

LIC. HERMINIA MARTÍNEZ NOVILLAN
Jefa de Enfermeras

ATENTAMENTE

P.E. MÉNDEZ PÉREZ ROCÍO PETRONA

P.E. DOMÍNGUEZ SALGADO LUIS FELIPE

INSTITUTO MARILLAC

C.C.P.L.E MARÍA DEL ROSARIO AYALA ROCHA
Coordinadora de Enseñanza de Enfermería

C.C.P.E.T.E MARTHA ANGÉLICA CARPIO RAMOS
Jefa Clínica de Heridas

E.A.S.E MARTÍN PIÑA BELTMON
Enfermero Jefe de Consulta Externa

CONSENTIMIENTO INFORMADO (PACIENTE)

México D.F. Marzo de 2014

Acepto participar en el desarrollo del estudio de investigación:

¿EXISTE DIFERENCIA EN LA REALIZACIÓN DEL AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES CON OSTOMÍAS QUE RECIBEN UNA ADECUADA ORIENTACIÓN DE ENFERMERÍA EN COMPARACIÓN CUANDO NO LA RECIBEN? Así como contestar el presente cuestionario de forma veras y concreta.

Así mismo doy también mi consentimiento para que la información recopilada sea utilizada para complementar la base de datos y los procedimientos necesarios para su análisis, tomando en cuenta mi privacidad y nombre.

Firma del paciente

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: Marque con una X o \checkmark la respuesta que considere correcta, se le pide que conteste con la mayor sinceridad que sea posible ya que con su ayuda contribuiremos a que el cuidado del paciente ostomizado sea de mayor calidad y eficacia así como recopilar la importancia que se le da a los estomas.

Unidad Médica: **HOSPITAL GENERAL XOCO**

Edad: _____ sexo: M () F () Edo. Civil _____

Ocupación: _____ Nivel educativo: _____

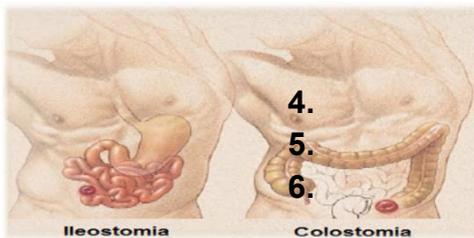
1. Cuál fue el motivo de su ingreso al Hospital?

- Dolor abdominal ()
- Oclusión intestinal ()
- Traumatismo ()

2. ¿Qué tipo de colostomía tiene usted?



3. ¿Qué tipo de estoma le realizaron?



3. ¿Qué tipo de complicación presenta con su estoma?



() Lesión periestomal



() necrosis estomal



() prolapso estomal



() hernia estomal



() Normal sin complicaciones

4. ¿Recibió educación para el autocuidado de su estoma?

SI ()

NO ()

Con quien _____

¿Cuántas veces al día hace el vaciamiento de su estoma?

1 vez ()

2 veces ()

3 veces ()

Más de 3 veces ()

5. ¿Cada cuando hace el recambio de su bolsa recolectora de ostomía?

Diariamente ()

Cada tercer día ()

Dos veces a la semana ()

Otro: _____

6. ¿Cada cuando realiza la limpieza de su estoma?

Diariamente ()

Cada tercer día ()

Dos veces a la semana ()

Otro: cuando: _____

7. ¿Qué alimentos consume frecuentemente?



() Frutas y verduras



() Pan y Cereales



() Carnes



() Dieta Especial

8. ¿Cada cuándo acude a revisión?

Cada semana ()

Cada 15 días ()

Cada mes ()

Hasta Cuando se presenta alguna complicación ()

9. ¿Qué tipo de bolsa recolectora le es más cómoda y cual utiliza más?

() Abierta con una sola pieza

() Cerrada con dos pieza

() Otra _____

10. ¿Cómo considera su estado de salud actual?

- () Buena
- () Mala
- () Regular

Usted no está solo todo hombre como mujer, ricos y pobres nadie está exento de tener un estoma y la finalidad de tenerlo es para una mejor calidad de vida

Por su colaboración se le agradece

Firma

GRAFICA DE GANTT
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN DE PACIENTES OSTOMIZADOS

	Mes	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	MAYO	JUNIO	JULIO
	Semanas	30 de agosto	27 de septiembre	25 de octubre	29 de noviembre	31 de enero	28 de febrero	28 de marzo	30 de mayo	27 de junio	25 de julio
ACTIVIDADES											
Diseño de protocolo		X	X								
Revisión del marco teórico				X							X
1era. Revisión del protocolo				X	X						
Preparación del primer informe				X	X	X					
Grupo de discusión					X	X					
Determinación del ámbito						X	X				X
Segundo informe de avance						X	X	X			
Tabulación de datos								X	X		
Definición de variables							X	X	X	X	
Elaboración de cuestionario									X	X	X
Prueba piloto							X	X	X		X
Análisis de entrevista										X	X
Cuestionario definitivo										X	X
Avance de resultados								X		X	X
Redacción definitiva											X
Aceptación									X	X	X
Elaboración del informe final										X	X