



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada
en Enfermería

AUTORA: Karen Vanessa Jaramillo Jácome

DIRECTORA: MSc. María Fernanda Valle Dávila

IBARRA - ECUADOR

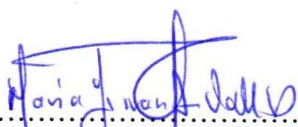
2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “**PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018**” de autoría de JARAMILLO JÁCOME KAREN VANESSA, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2018.

Lo certifico

(Firma).....

MSc. María Fernanda Valle Dávila

C.C: 100303209-9

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	100382656-5		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Jaramillo Jácome Karen Vanessa		
DIRECCIÓN:	Otavalo - Eugenio Espejo Atahualpa y Bolívar		
EMAIL:	karenjaramillo821@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	(06) 2635-325	TELÉFONO MÓVIL:	0990155335
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.”		
AUTOR (ES):	Karen Vanessa Jaramillo Jácome		
FECHA:	2018-12-21		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. María Fernanda Valle Dávila		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2018.

LA AUTORA

(Firma).....

Karen Vanessa Jaramillo Jácome

C.I.: 100382656-5

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

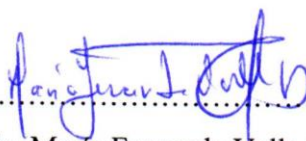
Guía: FCCS-UTN
Fecha: Ibarra, 21 de diciembre de 2018

JARAMILLO JÁCOME KAREN VANESSA “Prácticas de Autocuidado en pacientes ostomizados basado en la Teoría de Orem del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018.” / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 10 de diciembre de 2018.

DIRECTORA: MSc. María Fernanda Valle Dávila

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018. Entre los objetivos específicos se encuentran: Definir las características sociodemográficas de la población de estudio. Identificar la práctica de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl. Describir la percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado según la Teoría de Orem en la población de estudio.

Fecha: Ibarra, 21 diciembre de 2018



MSc. María Fernanda Valle Dávila

Directora



Karen Vanessa Jaramillo Jácome

Autora

AGRADECIMIENTO

Agradezco a:

Dios por haberme dado la fortaleza, sabiduría y perseverancia en todo momento, y guiarme en este arduo camino hacia la más hermosa, humanística y noble de las profesiones como es la ENFERMERÍA.

A mis padres Marcelo Jaramillo e Irene Jácome por brindarme ese apoyo incondicional y amor inquebrantable, educándome con valores y principios muy arraigados en mi familia, así también a enseñarme a luchar por mis metas y sueños, y que a pesar de la adversidad siempre al final del túnel se encuentra la recompensa.

A mis mejores amigas Karlita y Lore, que han sido un apoyo en mi vida, gracias a su amistad sincera e incondicional por su tiempo, paciencia, regaños y siempre amarme a seguir mis sueños con ese cariño y amor de hermanas que nos une. En fin, a todos mis demás amigos y familiares que de una u otra manera han contribuido para el logro de mis objetivos.

Un agradecimiento caluroso y sincero a mí Directora de Tesis Msc. María Fernanda Valle quien con sus conocimientos me guío para culminar con éxito este trabajo de titulación.

A mi casona universitaria la gloriosa Universidad Técnica del Norte quien me abrió las puertas para emprender conocimientos científicos y humanísticos en mi formación profesional.

Karen Vanessa Jaramillo Jácome

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado con todo mi cariño a mis padres Marcelo e Irene por haberme forjado y convertido en la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros tanto personales como profesionales son gracias a ustedes y no de ellos se ve reflejado en este trabajo. Me formaron con reglas y algunas libertades, pero siempre teniendo presente que con disciplina, perseverancia, coraje, entrega y amor hacia lo que no se propone lo cumple y es así que una muestra de ello es haber culminado esta etapa de mi vida.

Gracias papi y mami los adoro.

Karen Jaramillo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
AGRADECIMIENTO	vi
DEDICATORIA	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xiv
TEMA:	xvi
CAPÍTULO I.....	1
1. El Problema De Investigación	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del Problema.....	2
1.3. Justificación	3
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General:	5
1.4.2. Objetivos Específicos:.....	5
1.5. Preguntas de investigación.....	5
CAPÍTULO II	7
2. Marco teórico	7
2.1. Marco referencial	7
2.1.1. La asistencia de enfermería a paciente colostomizado: aplicando la teoría de Orem.....	7
2.1.2. Las Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería, México, 2015.....	7

2.1.3. La Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía, México, 2010	8
2.1.4. Cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado, México, 2013	9
2.1.5. Evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de Hospitalización de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador, 2016.....	10
2.2. Marco contextual	11
2.2.1. Antecedentes	11
2.2.2. Ubicación del Hospital San Vicente De Paúl.....	12
2.2.3. Misión del Hospital San Vicente de Paúl.....	13
2.2.4. Visión del Hospital San Vicente de Paúl	13
2.2.5. Infraestructura	13
2.2.6. Organigrama Hospital San Vicente de Paúl.....	14
2.2.7. Horarios de atención	14
2.3. Marco conceptual.....	15
2.3.1. Definición de Ostomía	15
2.3.2. Etiología de la ostomía.....	15
2.3.3. Clasificación de las ostomía.....	16
2.3.4. Intervención del Profesional de Enfermería en el cuidado de la piel periestomal y estoma.....	19
2.3.5. Intervención del Profesional de Enfermería en la elección de dispositivos de recolección.....	24
2.3.6. Intervención del Profesional de Enfermería en irrigaciones	27
2.3.7. Intervención del Profesional de Enfermería en la nutrición del paciente ostomizado	28
2.3.8. Intervención del Profesional de Enfermería en aspectos psicológicos del cuidado del estoma.....	31
2.3.9. Complicaciones de las ostomías y la intervención del Profesional de Enfermería.....	31
2.3.10. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem	41
2.3.11. Bases conceptuales de la teoría	44

2.4. Marco legal y ético	47
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008	47
2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017-2021	47
2.4.3. Ley Orgánica de Salud 2006.....	48
2.4.4. Código deontológico del CIE para profesionales de Enfermería.....	49
2.4.5. Declaración de Helsinki de la AMM	49
CAPÍTULO III.....	51
3. Metodología de la investigación.....	51
3.1. Diseño de investigación	51
3.2. Tipo de investigación.....	52
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	52
3.4. Población	53
3.4.1. Universo	53
3.4.2. Muestra.....	53
3.4.3. Criterios de inclusión	53
3.4.4. Criterios de exclusión.....	53
3.5. Métodos y técnicas de recolección de información	54
3.5.1. Encuesta	54
3.5.2. Entrevista.....	54
3.5.3. Observación.....	55
3.6. Operacionalización de variables	56
¿Podría compartir conmigo cuales son las actividades que realizó y realiza de autocuidado de la ostomía?.....	65
3.7. Análisis de datos	67
CAPÍTULO IV.....	69
4. Resultados de investigación	69
4.1. Descripción de las características sociodemográficas	69
4.2. Prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados	72
4.3. Bases conceptuales de la Teoría de Orem sobre los requisitos de autocuidado en pacientes ostomizados.....	87
CAPÍTULO V.....	107
5. Conclusiones y Recomendaciones	107

5.1. Conclusiones	107
5.2. Recomendaciones	109
Bibliografía	110
ANEXOS	118
Anexo 1. Oficio de ingreso al servicio de cirugía, consulta externa y coordinación de admisiones del Hospital San Vicente de Paúl.....	118
Anexo 2. Formato de consentimiento informado	119
Anexo 3. Formato de encuesta	120
Anexo 4. Formato de registro de observación.....	124
Anexo 5. Formato de guía de entrevista.....	127
Anexo 6. Constancia de búsqueda de pacientes ostomizados en la coordinación de admisiones	130
Anexo 7. Constancia de aceptación del consentimiento informado.....	130
Anexo 8. Encuesta realizada en el Hospital San Vicente de Paúl Servicio de Cirugía	131
Anexo9. Encuesta realizada en el domicilio del paciente Comunidad de Angla .	131
Anexo10. Registro de observación del paciente ileostomizado	132
Anexo 11. Registro de observación del paciente con urostomía permanente	132
Anexo 12. Registro de observación del paciente con colostomía temporal	133
Anexo 13. Entrevista realizada en el domicilio.....	133
Anexo 14. Demostración de la práctica de autocuidado	134
Anexo 15. Insumos utilizados para el autocuidado	134

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Tipos de ostomías	17
Ilustración 2. Tipos de ostomías	18
Ilustración 3. Tipos de ostomías	18
Ilustración 4. Estoma sano, de color rojo, sonrosado, brillante	20
Ilustración 5. Higiene del estoma.....	21
Ilustración 6. Consejos para el cuidado del estoma	22
Ilustración 7. Cambio de bolsa 1 pieza	23
Ilustración 8. Cambio de bolsa 2 piezas.....	24
Ilustración 9. Tipos de bolsas para colostomía e ileostomía.....	25
Ilustración 10. Bolsa de una pieza.....	25
Ilustración 11. Discos con cierre clic	26
Ilustración 12. Bolsas con cierre adhesivo	26
Ilustración 13. Bolsas cerradas.....	26
Ilustración 14. Bolsas abiertas	27
Ilustración 15. Edema de la mucosa.....	32
Ilustración 16. Hemorragia del estoma	33
Ilustración 17. Necrosis del estoma	35
Ilustración 18. Dehiscencia	36
Ilustración 19. Infección.....	37
Ilustración 20. Estenosis.....	38
Ilustración 21. Hernia.....	39
Ilustración 22. Prolapso.....	40
Ilustración 23. Dermatitis de contacto	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Características sociodemográficas de la población de estudio	69
Gráfico 2. Motivo del estoma.....	72
Gráfico 3. Tiempo de evolución del estoma	73
Gráfico 4. Tipo de dispositivo.....	74
Gráfico 5. Tipo de estoma de eliminación	75
Gráfico 6. Dimensión 1: Calidad de vida.....	76
Gráfico 7. Dimensión 2: Autosuficiencia.....	79
Gráfico 8. Dimensión 3: Cuestiones Generales	82

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Registro de observación de la ostomía.....	83
Tabla 2. Requisitos de autocuidado en pacientes ostomizado	89

RESUMEN

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.

AUTORA: Karen Vanessa Jaramillo Jácome

CORREO: karenjaramillo821@gmail.com

El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo siempre en respuesta a las necesidades de los pacientes. El objetivo: determinar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018. El abordaje de este estudio corresponde a un diseño mixto de tipo descriptivo, observacional, transversal; la muestra estuvo constituida por 15 pacientes ostomizados a los cuales se aplicó una encuesta validada “Cuestionario Montreux de Calidad de Vida a Pacientes Ostomizados”, registro de evaluación de la estoma mediante observación directa y una entrevista a profundidad semiestructurada enfocada en los requisitos de autocuidado descritos por la Teoría de Orem. La edad del grupo de estudio el 86.67% corresponde a pacientes mayores de 41 años mostrando un predominio en el sexo masculino con un 60%. Las prácticas de autocuidado identificadas en los pacientes ostomizados que acuden al Hospital San Vicente de Paúl son las siguientes: el 66.67% del grupo de estudio demuestra interés por su autocuidado, el 46,76% tiene una buena percepción sobre su estado de salud; en relación a la adaptabilidad a la estoma el 46.67% considera una práctica fácil; el 40% del grupo de estudio está totalmente seguro en realizar la limpieza de la estoma, cambio de bolsa. Se concluye que las percepciones de los pacientes ostomizados en la práctica de los requisitos su autocuidado muestra que el apoyo social es fundamental para el fortalecimiento de las relaciones y vínculos familiares, así también apoyo psicológico.

Palabras Claves: Teoría del autocuidado, requisitos del autocuidado, pacientes ostomizados, prácticas de autocuidado.

SUMMARY

SELF-CARE PRACTICES IN OSTOMIZED PATIENTS BASED ON THE OREM THEORY OF SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL, IBARRA 2018.

AUTHOR: Karen Vanessa Jaramillo Jácome

MAIL: karenjaramillo821@gmail.com

Self-care must be learned and applied deliberately and continues over time always in response to the needs of patients. The objective: to determine self-care practices in ostomized patients of the Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018. The approach of this study corresponds to a mixed design of a descriptive, observational, cross-sectional type; the sample consisted of 15 ostomized patients to whom a validated survey "Montreux Quality of Life Questionnaire to Ostomized Patients" was applied, record of stoma evaluation through direct observation and a semi-structured depth interview focused on self-care requirements described for the Theory of Orem. The age of the study group 86.67% corresponds to patients older than 41 years showing a predominance in the male sex with 60%. The self-care practices identified in ostomized patients attending the San Vicente de Paul Hospital are as follows: 66.67% of the study group shows interest in self-care, 46.76% have a good perception of their health status; in relation to the adaptability to the stoma 46.67% considered an easy practice; 40% of the study group is totally safe in carrying out the cleaning of the stoma, changing the bag. It is concluded that the perceptions of ostomized patients in the practice of self-care requirements shows that social support is fundamental for the strengthening of relationships and family ties, as well as psychological support.

Key words: Self-care theory, self-care requirements, ostomized patients, self-care practices.

TEMA:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.

CAPÍTULO I

1. El Problema De Investigación

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad el número de pacientes que requieren una ostomía ya sea por causas traumáticas, neoplasias, enfermedades congénitas o crónico degenerativas, ha ido incrementándose considerablemente. Según la Organización Mundial de la Salud una ostomía es una apertura de una visera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, pudiendo comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. De acuerdo al segmento exteriorizado es la denominación que reciben y esta apertura o salida recibe el nombre de estoma (1).

A partir de la realización de la ostomía, el paciente se enfrenta a ciertas transformaciones en cuanto al funcionamiento de su organismo, esas alteraciones en la fisiología y anatomía repercuten frecuentemente de manera negativa en la calidad de vida y bienestar del individuo tanto biológica como psicológicamente, siendo de gran importancia un soporte emocional para que haya una mejor y mayor adaptación a la nueva realidad de su enfermedad (2).

A nivel mundial según estudios realizados, se considera que, en las unidades médicas de segundo y tercer nivel, han incrementado en las últimas décadas. Este aumento trae consigo la necesidad de contar con personal capacitado para proporcionarle los cuidados necesarios y fundamentales para su reintegración a su vida social, familiar y laboral dando así una mejor calidad de vida a los pacientes. Se ha reportado que la falta de información, educación y comunicación en el paciente ostomizado y del cuidador primario son las principales causas para que se llegue a diversas complicaciones y el paciente no pueda participar activamente en su autocuidado (3) (4).

Los datos epidemiológicos referentes a la ostomía son escasos, debido a las dificultades de sistematización de datos e informaciones en salud. Pero se estima que en América Latina los datos que Argentina reporta que dos de cada mil de la población argentina conviven con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 30.000 personas. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a tres de cada mil de la población adulta argentina. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos (5).

En Ecuador, según un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín en la ciudad de Quito, sobre evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas; se estableció que en el servicio de cirugía general, el número de pacientes cuyo tratamiento quirúrgico es una ostomía es elevada, dando como resultado una elevada repercusión a nivel individual y familiar al afrontar la nueva condición; es por ello que ante este cambio morfo funcional el paciente debe adquirir conocimientos y prácticas sobre su autocuidado que le ayuden a convivir y sobrellevar su nueva condición de vida (6).

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados basado en la Teoría de Orem del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018?

1.3. Justificación

La visión holística de salud enfoca la necesidad de atención del paciente ostomizado enfocada no sólo para su nueva situación de salud, sino también para los aspectos subjetivos relacionados a la representación social de la nueva estoma en su cuerpo; los cambios en la imagen corporal son la determinación de la calidad de vida de los pacientes de ostomía en varias etapas de la rehabilitación.

El autocuidado es una práctica que debe ser desarrollado para cada paciente para que sea independiente y tomar el control de su cuidado y la salud. Sin embargo, la proclividad al autocuidado se aprende y depende de algunos factores como el grupo de edad, los hábitos de vida, el sexo, el grado de instrucción, los factores sociales, financieros, espirituales y culturales.

Este estudio contribuirá a fortalecer la Teoría de Dorothea Orem evidenciando su práctica, además está estrechamente relacionada con el Plan Toda una Vida, eje 1 objetivo 1 y la intervención de mejorar la calidad de vida de la población; debido que busca emplear prácticas de autocuidado en los pacientes ostomizados que se encuentran en el servicio de cirugía y los que acuden al servicio de consulta externa, relacionadas con las complicaciones, estilo de vida, hábitos alimentarios, actividad física, para encontrar explicaciones al comportamiento del paciente ostomizado que pueden afectar su reinserción a la vida social, lo que establece la base fundamental del proceso de enfermería.

La mayoría de los estudios realizados en diversos países de Latinoamérica coinciden en que la educación para la salud en este grupo de pacientes es deficiente, lo que hace que el paciente ostomizado manifieste conductas como el miedo, que inciden en que sea vulnerable a complicaciones. Por este motivo es de vital importancia fortalecer los programas de educación, por medio de la planificación y estandarización, con el fin de adquirir conocimientos y habilidades que permitan modificar su estilo de vida y un autocuidado efectivo.

Una forma eficaz de promover el cuidado de enfermería es mediante la aplicación de la Teoría del Autocuidado de Orem, respetando sus aspectos esenciales, pues, de ese modo, la asistencia se volverá dirigida a las necesidades del paciente, además de abordar los aspectos holísticos del cuidar. De forma simplificada, el autocuidado puede ser considerado como la capacidad del individuo de realizar todas las actividades indispensables para vivir y sobrevivir, estos incluyen física, psicológica y espiritual; por ende, poder diseñar intervenciones educativas de enfermería innovadoras encaminadas a cubrir las expectativas de información u orientación de los pacientes ostomizados.

A través de este estudio se obtendrá información sociodemográfica en relación a los pacientes ostomizados y hacer algunas consideraciones sobre el tema, debido a que en nuestro país no existen registros oficiales considerando la prevalencia en los diferentes centros asistenciales, por lo que se constituye como uno de los pioneros en el desarrollo de este tema en la provincia de Imbabura y en el ámbito de la profesión de Enfermería.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General:

Determinar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos:

- Definir las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar la práctica de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl.
- Describir la percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado según la Teoría de Orem en la población de estudio.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que aplican los pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl?
- ¿Cuál es la percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado según la Teoría de Orem en la población de estudio?

CAPÍTULO II

2. Marco teórico

2.1. Marco referencial

2.1.1. La asistencia de enfermería a paciente colostomizado: aplicando la teoría de Orem

Se realizó un estudio en Brasil con el objetivo de aplicar la teoría del autocuidado de Orem en la asistencia a una paciente portadora de ostomía. Se trata de un estudio clínico realizado con una paciente portadora de ostomía intestinal, secundaria a la enfermedad de Chagas. Los datos fueron recolectados a través del cuidado domiciliario y del uso de un formulario con preguntas referentes a las premisas de Orem. El análisis fue presentado de acuerdo con los factores determinantes en el desarrollo del autocuidado.

Se estableció que algunos requisitos de autocuidado estaban alterados tales como: "Equilibrio entre la soledad y la interacción social" y "Autocuidado en el desvío de la salud". La atención domiciliaria entregada basada en el sistema de educación de apoyo permitió la promoción de la salud y la percepción del paciente con respecto a la importancia del autocuidado. Concluyendo que la teoría del Autocuidado posibilitó el cuidado y la comunicación terapéutica adecuándose a la situación de la paciente(7).

2.1.2. Las Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería, México, 2015

Los pacientes enterostomizados requieren conocimientos de autocuidado para mantener su estado de salud y el profesional de enfermería tiene un papel crucial. Tuvo como objetivo fue determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado

en pacientes enterostomizados antes y después de la intervención educativa. Este fue un estudio de enfoque cuantitativo con un diseño cuasi experimental tipo intervención previa y posterior, realizado en un hospital público de segundo nivel durante el periodo de febrero a julio del 2013 en San Luis Potosí.

La validación fue hecha por juicio de expertos y obtuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach = 0.670, contó con dos apartados: el primero para obtener las variables sociodemográficas y de la ostomía; con el segundo se buscó indagar los conocimientos del paciente enterostomizado sobre prácticas de autocuidado (alimentación y cuidado de la ostomía), a su vez contó con 20 ítems de respuesta cerrada, utilizando estadística descriptiva e inferencial. Concluyó que los conocimientos sobre prácticas de autocuidado incrementaron posterior a la intervención educativa de enfermería, aspectos que promueven la adaptación del paciente a su nueva condición de salud (8).

2.1.3. La Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía, México, 2010

Se desarrolló un estudio con el objetivo de analizar el efecto que tiene la intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Se abordó mediante un estudio de tipo cuasi-experimental, la muestra se constituyó de 110 personas ostomizadas de las cuales el 50% el grupo experimental (A) recibió intervención educativa específica posterior a su cirugía para su rehabilitación en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza; el otro 50% pertenece a personas ostomizadas el grupo control (B) de otras unidades médicas de salud del Distrito Federal que no recibieron intervención educativa específica posterior a la cirugía y que representan el grupo control (9).

Se estructuró un instrumento con 13 ítems con un apartado de respuestas dicotómicas y otro con escala tipo Liker, validado por 11 enfermeras enterostomales de diferentes unidades de salud, aplicado a las personas ostomizadas el día programado para su dotación de material en cada unidad de salud participante.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la rehabilitación social y familiar se encontró que las personas que recibieron intervención educativa se rehabilitaron en un alto porcentaje, a diferencia del grupo que no la recibió, dato importante ya que la reintegración de estas personas a su núcleo social y familiar es fundamental para que ellos continúen con su vida en forma normal y no se sientan excluidos. Concluyendo que la intervención educativa en pacientes ostomizados de forma planificada, estandarizada y evaluada, es fundamental para lograr su rehabilitación educativa, laboral, social y familiar (9).

2.1.4. Cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado, México, 2013

Se desarrolló la investigación con el objetivo de realizar una revisión del impacto psicológico en pacientes ostomizados y las actividades enfermeras en los cuidados psicoemocionales de estos pacientes. Se abordó mediante una revisión bibliográfica de los estudios realizados en los últimos 5 años, dirigidos hacia el abordaje individual, psicoemocional e integral del paciente ostomizado por parte del personal de enfermería (10).

Se usaron las bases de datos Medline, Embase, Cinahl, ScienceDirect, Scopus y Springer usando las siguientes palabras clave: ostomate, ostomy, psychological impact, nursing care, y nurse, se limitaron a los artículos de los últimos 5 años, en el periodo de enero de 2008 hasta diciembre de 2012 y en los idiomas de inglés y español. Se seleccionaron finalmente un total de 65 artículos para realizar esta revisión bibliográfica. Concluyendo que el personal sanitario, y en especial el profesional de enfermería debe comprender la repercusión que tiene la estoma en cada paciente para poder dar cuidados individualizados, holísticos y de calidad, además debe dar educación pre, y postquirúrgico y realizar el seguimiento del paciente y de la familia para mejorar la calidad de vida del paciente (10).

2.1.5. Evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de Hospitalización de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín, Ecuador, 2016

Se llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado que tienen los pacientes con ostomías digestivas, para conocer cómo influye la educación proporcionada por el personal de enfermería, del servicio de hospitalización de cirugía del Hospital Carlos Andrade Marín (11).

Se abordó mediante un estudio cualitativo, descriptivo, transversal debido a que describen las generalidades de las ostomías digestivas, los conocimientos y prácticas de autocuidado y la colocación de la ostomía como única alternativa quirúrgica y de sus cuidados adecuados para prevenir posibles complicaciones y generar una pronta adaptación al medio social, laboral y familiar en un periodo de 4 meses. La muestra estuvo compuesta de 60 pacientes ostomizados con ostomías digestivas y 28 profesionales que laboran en la unidad en sus diferentes turnos (11).

De acuerdo a los resultados de este estudio, fue beneficioso tanto para los profesionales de la salud en lo referente a su desenvolvimiento técnico científico como para los pacientes ostomizados, al aportar con parámetros útiles y sencillos para que su ostomía no sea un inconveniente sino una nueva condición de vida. Concluyendo que ante un cambio morfo funcional el paciente adquirió conocimientos y prácticas sobre su autocuidado ayudándole a convivir y sobrellevar su nueva condición, por lo que es imprescindible la intervención del personal de enfermería (11).

Los estudios descritos anteriormente llaman la atención y se relacionan con el tema de investigación, debido a que se desarrollaron en poblaciones similares, las metodologías empleadas fueron estudios mixtos, descriptivos, analíticas, transversales, donde encuestas y entrevistas para obtener los resultados y respectivo análisis. Dichos artículos se enfocan en el estudio de pacientes ostomizados tomando como eje central las premisas descritas en la Teoría de Orem sobre el autocuidado, contribuyendo como sustento para la realización de este proyecto investigativo.

2.2. Marco contextual

2.2.1. Antecedentes

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura. Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a nuestra provincia y la zona norte de nuestro país.

En la madrugada de 1868, Ibarra fue destruida por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del Hermano Benito Aulin, de las escuelas cristianas, con el nombre de Hospital San Vicente De Paúl, entidad que fue considerada en su época como uno de los mejores de América. Este edificio antiguo que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas de la ciudad de Ibarra, en la actualidad es utilizado como centro de educación Superior de la Universidad Técnica del Norte.

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital, entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, el 23 de abril de 1991 es inaugurado el nuevo edificio del Hospital durante la Presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo director del Hospital el Doctor José Albuja, siendo un hito de gran relevancia para la comunidad de las provincias del norte del país (12).

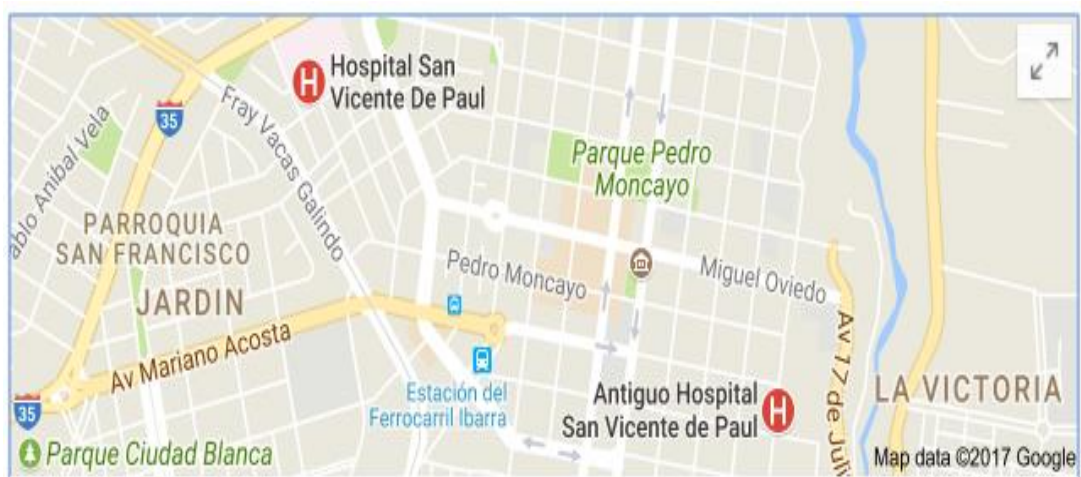
En el año 2015, esta casa de salud logró la acreditación internacional de calidad de sus servicios por parte de la organización canadiense Accreditation Canadá International (ACI). En el ámbito nacional ya son siete hospitales del Ministerio de Salud que cuentan con acreditaciones internacionales de ACI. Debido a que con la Acreditación hospitalaria, se gestionó recursos económicos para mejorar la calidad hospitalaria y seguridad del paciente.



Fuente. Sitio web Hospital San Vicente de Paúl

2.2.2. Ubicación del Hospital San Vicente De Paúl

El Hospital San Vicente de Paúl se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura misma que está ubicada en la región Sierra Norte del Ecuador, limita con las provincias de Esmeraldas al Noreste, con Carchi al Norte, y al Sur con la provincia de Pichincha. Pertenece al Cantón Ibarra, parroquia El Sagrario, al suroeste de la ciudad de Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres y Luis Gómez Jurado.



Fuente: Google Map. Dr. Luis Gonzalo Gómez Jurado, ubicación del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra, 2017

2.2.3. Misión del Hospital San Vicente de Paúl

“Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de la cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de justicia y equidad social”.

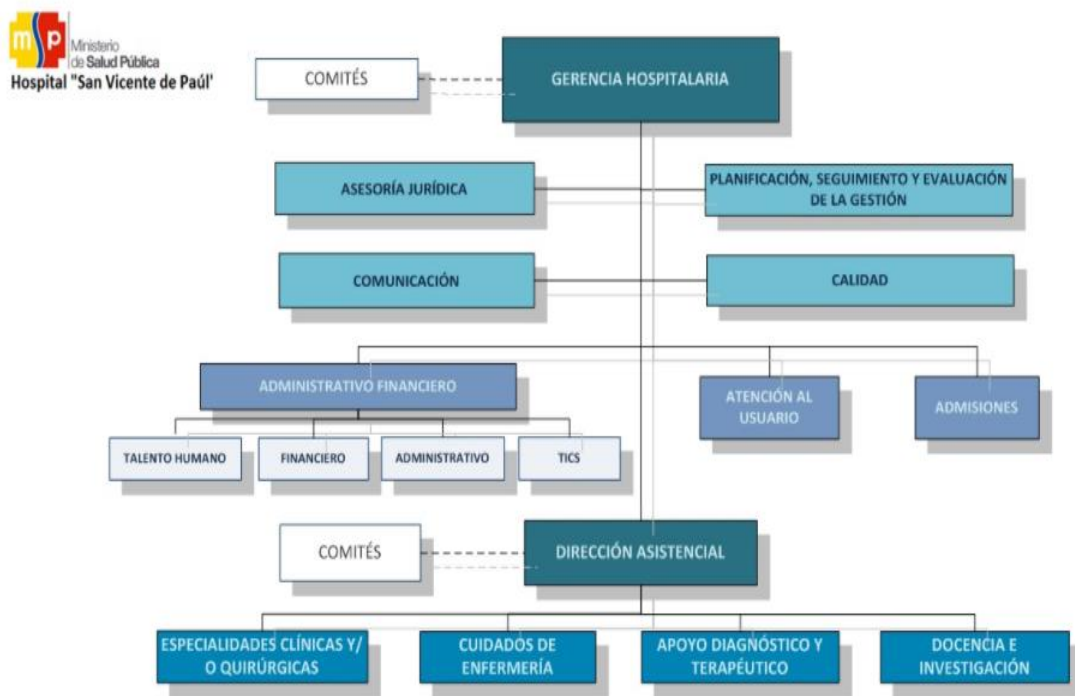
2.2.4. Visión del Hospital San Vicente de Paúl

“Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente”.

2.2.5. Infraestructura

El hospital San Vicente De Paúl cuenta con un edificio de aproximadamente 15.000 metros cuadrados distribuidos en cinco pisos, cuenta con 344 camas, es un hospital de referencia y contra referencia, calificado en el segundo nivel de atención como Hospital General. Distribuido de la siguiente manera: en la planta baja funcionan los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Estadística, Trabajo social, Laboratorio, Imagenología, Rehabilitación, Dietética y nutrición, farmacia, información; en el primer piso se encuentra el área administrativa, centro quirúrgico, esterilización y terapia intensiva; el segundo piso funciona ginecología, centro obstétrico y la unidad de neonatología; en el tercer piso cirugía y traumatología; en el cuarto piso medicina interna, la unidad de docencia y endoscopia, en cambio en el quinto piso pediatría y auditorio.

2.2.6. Organigrama Hospital San Vicente de Paúl



Fuente: Sitio web Hospital San Vicente de Paúl

2.2.7. Horarios de atención

El horario de atención administrativa en: Área administrativa, consulta externa, emergencia, hospitalización, servicios complementarios es de lunes a viernes de 08h00 a 16h30.

Consulta Externa en todas las especialidades y subespecialidades de lunes a viernes de 07h00 a 18h00 y los días sábados la atención en: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Odontología de 08h00 a 12h00.

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Definición de Ostomía

Una ostomía es una intervención quirúrgica en la que se practica una apertura (estoma) en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior, como el tracto intestinal o uno o ambos uréteres, con la finalidad de poder desechar la orina o heces que se recogen en un dispositivo (13).

La palabra “estoma” se deriva del griego que significa boca o abertura. Una estoma se forma después de una intervención quirúrgica por un proceso patológico, y su nombre completo se determina según el sitio. Una estoma con propósitos de eliminación es, por lo tanto, una abertura en la superficie del abdomen a través de la cual se lleva a cabo la eliminación, ya sea del intestino delgado o del grueso (o eliminación urinaria). La formación de un estoma temporal o permanente puede ser resultado de una cirugía electiva de un procedimiento de urgencia (14).

La formación de una estoma es parte integrada de muchas intervenciones quirúrgicas indicadas pro patología colorrectal de diversa índole: tumoraciones, traumatismos, diverticulitis, vólvulos y enfermedad inflamatoria intestinal. El objetivo de todo cirujano debe ser la corrección de cualquier patología colorrectal evitando la realización de una estoma por los inconvenientes que éste supone para el paciente y las complicaciones que puede conllevar. Sin embargo, la estoma como gesto quirúrgico único o asociado a otra técnica tiene sus indicaciones por lo que debe ponerse especial cuidado en cada uno de los pasos desde el momento en que se estima que un paciente es candidato a ser portador de un estoma (13).

2.3.2. Etiología de la ostomía

Las causas más frecuentes de resección intestinal en adultos son las cirugías secundarias a causas vasculares y neoplásicas, o enfermedad inflamatoria intestinal con mal control farmacológico. Las seis patologías que condicionan a la realización

de un estoma de eliminación fueron: cáncer de colon, malformaciones ano-rectal, cáncer de recto, traumatismo abdominal, divertículos, y apendicitis complicada (15). Muchas de estas resecciones precisan la realización de ostomías cuyas complicaciones pueden afectar la calidad de vida de los pacientes o generar costos añadidos al proceso.

2.3.3. Clasificación de las ostomía

Las ostomías según varios autores y guías de atención para pacientes con ostomías de eliminación se clasifican en 2 categorías, se ha tomado como referencia del Boletín Oncológico (16) para pacientes ostomizados donde se describen la clasificación funcional, de localización y tiempo de permanencia de cada una de las ostomías:

Según su función:

- Estomas de ventilación: en general a nivel de la tráquea para mantener la permeabilidad de la vía respiratoria.
- Estomas de nutrición: sonda en el aparato digestivo para mantener una vía abierta para la alimentación.
- Estomas de drenaje: vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenajes.
- Estomas de eliminación: se crea una salida para el contenido fecal o urinario.

Según tiempo de permanencia:

- Temporales: una vez solucionada la causa que las originó, se puede restablecer el tránsito intestinal o urinario.
- Definitivas: por una amputación completa del órgano o por cierre del mismo, no hay solución de continuidad.

En el caso de las Ostomías de eliminación:

Las ostomías digestivas de eliminación pueden ser de varios tipos atendiendo al lugar donde es practicado el estoma.

- Colostomía, es cuando se practica, tras una resección intestinal, en algunas de las porciones del colon: hemicolectomía derecha (colon ascendente), hemicolectomía izquierda (colon descendente), colostomía transversa (colon transverso), sigmoidectomía (colon terminal o sigma).



Ilustración 1. Tipos de ostomías

Fuente: Hollister Education Incorporated

La consistencia de las heces se va haciendo cada vez mayor conforme nos vamos acercando al recto, donde la absorción de los líquidos es mayor, por lo que serán más formadas y sólidas a nivel de sigma que de colon ascendente (17).

- Ileostomía, es cuando se practica en el intestino delgado a la altura del íleon. El contenido de las heces es líquido o semilíquido y muy corrosivo para la piel.

Ileostomía



Lado derecho del abdomen

Ilustración 2. Tipos de ostomías

Fuente: Hollister Education Incorporated

- **Cecostomía**, el estoma se practica cerca del ciego. El contenido de las heces es similar al de la ileostomía.
- **Urostomía:** La urostomía o desviación urinaria es una abertura creada quirúrgicamente en el abdomen o en la zona lumbar que permite la salida de la orina desde la parte dañada o enferma del aparato urinario hasta el exterior (18).

Urostomía (conducto ileal)



Lado derecho del abdomen

Ilustración 3. Tipos de ostomías

Fuente: Hollister Education Incorporated

Se pueden realizar diferentes tipos de urostomías o desviaciones urinarias:

- Urostomía cutánea (tipo Bricker)
- Ureterostomía
- Nefrostomía

El conocimiento de las ostomías desencadena los cuidados y recomendaciones al paciente en el momento de impartir educación sanitaria. Las ostomías de eliminación, prioridad de esta investigación como describen según la Guía Canadiense de Enfermera para Pacientes con Ostomías (19).

2.3.4. Intervención del Profesional de Enfermería en el cuidado de la piel periestomal y estoma

El manejo del profesional de enfermería en la atención del paciente es el pilar fundamental basado en conocimientos científicos, técnicos y éticos. La enfermera como la principal participe de estas actividades tiene un papel fundamental para que los pacientes logren su recuperación, rehabilitación o acompañamiento en el proceso de enfermedad.

El estoma suele funcionar a las 48h siguientes del acto quirúrgico, primero con gases y luego con heces que van saliendo más sólidas a medida que se normaliza la alimentación. Las heces eliminadas difieren dependiendo de las zonas intestinales donde se haya intervenido quirúrgicamente. Así en la ileostomía, las heces son líquidas o semilíquidas y contienen sustancias irritantes; por el contrario, en la sigmoidostomía, las heces son más sólidas y sin presencia de productos irritantes. El diámetro del estoma, a medida que pasa el tiempo, ira disminuyendo de tamaño hasta estabilizarse cuando disminuye el edema de la mucosa intestinal invertida. Su color normal es rojo rojizo (similar al de la mucosa bucal) (20).

Poseer un estoma de eliminación significa un cambio en el funcionamiento del cuerpo, es normal que el paciente sienta ansioso o depresivo en un principio; es por eso fundamental el apoyo tanto terapéutico como psicológico para orientarlo y darle tiempo para asumir y enfrentar su cambio físico. Una vez esto ocurra, sentirá que es parte de su vida diaria, como lavarse los dientes, afeitarse y le será gratificante estar capacitado para comer una dieta normal, mantener una vida activa de nuevo y lograr una reinserción a la sociedad (14).

- **Características de un estoma sano**



Ilustración 4. Estoma sano, de color rojo, sonrosado, brillante

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Un estoma sin complicaciones tiene las siguientes características:

- Color rojo o sonrosado debido a que contiene una gran cantidad de capilares sanguíneos y por ello sangra con mayor facilidad que la piel. Un ligero sangrado en el momento de la higiene no debe preocuparnos. En caso de producirse bastará con hacer una ligera presión sobre el punto de sangrado.
- Aspecto húmedo y brillante, ya que no se trata de piel sino de mucosa intestinal, cuya morfología especial hace posible que esté en contacto con las heces sin sufrir irritación. Sin embargo, los fluidos de desecho son altamente corrosivos

e irritantes para la piel, tanto más cuanto menos formados estén, es decir, cuanto más líquidos sean.

- No tiene terminaciones nerviosas y por tanto al tocarlo o lavarlo no duele. No es una herida por lo que no es preciso el uso de productos específicos tipo desinfectantes. Para su higiene se utilizará agua y jabón neutro (17).

Higiene de la ostomía abdominal

La piel situada alrededor del estoma (periestomal) debe conservarse en buen estado porque así se garantiza la correcta adherencia de la bolsa colectora y aumenta la resistencia frente a microorganismos. Una mala higiene, por el contrario, producirá un enrojecimiento de la piel, escoriaciones, úlceras o, incluso, necrosis del tejido.

La higiene y cuidados de la ostomía forma parte de su aseo personal diario. No trate su estoma como si fuera una herida.



Lave sus manos con agua y jabón.



Retire la bolsa usada suavemente desde arriba hacia abajo. Sujete la piel para evitar tirones.



Limpie suavemente su estoma con agua tibia y jabón neutro.



Seque la piel y el estoma con una toalla de algodón, nunca con aire caliente.

Ilustración 5. Higiene del estoma

Fuente: Guía educativa colostomía Hollister

Procedimiento:

- Informar al paciente. Tomar en cuenta que se debe enseñar la técnica para que sea él quien la realice con posterioridad.

- Reúne el material, lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Retira la bolsa colectora sucia, despegándola desde el borde superior hacia el inferior y sujetando la piel con las manos. Los restos del dispositivo se retiran con aceite de oliva (nunca con alcohol).
- Lavar la zona periestomal con agua tibia y jabón neutro. Sea cuidadosamente la piel.
- Lavar el estoma (color, diámetro y aspecto) Elegir la bolsa que mejor se adapte.
- Retirar el papel protector del anillo interior flexible y presionar suavemente sobre la piel para que se adhiera. Ahueca ligeramente la bolsa colectora para evitar que haga succión y colócala sobre el anillo que ha colocado anteriormente en el estoma. Compruebe que la bolsa está ajustada.
- Poner cómodo al paciente, recoger le material y lavarse las manos.



Ilustración 6. Consejos para el cuidado del estoma
Fuente: *Guía educativa colostomía Hollister*

Observaciones

El disco interior tiene una pestaña que permite introducir los dedos por debajo al intentar colocar la bolsa, de modo que no necesita presionar sobre el abdomen. Colocar la bolsa colectora empujando el aro contra el disco adhesivo. Para ello, mueva los dedos en forma semicircular. Tenga en cuenta que estamos hablando de un dispositivo de dos piezas (anillo y bolsa colectora). Existen otros dispositivos de una sola pieza, de modo que la bolsa se coloca directamente sobre la piel. La bolsa colectora tiene que estar colocada en un plano horizontal al paciente. Otro sistema disponible en el mercado es el dispositivo de tres piezas para bolsas cerradas.



1 Mida el tamaño del estoma.



2 Dibuje con la plantilla la línea de recorte.



3 Recorte la lámina con unas tijeras justo al tamaño del estoma.



4 Retire el protector transparente de la lámina. Evite tocar en exceso el adhesivo con los dedos.



5 Ajuste el orificio central de la lámina a la parte inferior del estoma y péguela de abajo hacia arriba.



6 Dé calor a la lámina con las manos y tire de la bolsa para comprobar su perfecta sujeción a la piel.

Ilustración 7. Cambio de bolsa 1 pieza

Fuente: Guía educativa colostomía Hollister



1 Mida el tamaño del estoma.



2 Dibuje con la plantilla la línea de recorte.



3 Recorte la lámina con unas tijeras justo al tamaño del estoma.



4 Ajuste el orificio central de la lámina a la parte inferior del estoma y péguela de abajo hacia arriba.



5 Acople la bolsa en la lámina mediante el anillo flotante.



6 Dé calor a la lámina con las manos y tire de la bolsa para comprobar su perfecta sujeción a la piel.

Ilustración 8. Cambio de bolsa 2 piezas

Fuente: Guía educativa colostomía Hollister

Evacuación controlada de las heces en una colostomía

Existen sistemas comerciales que permiten al paciente colostomizado ejercer un control sobre el momento de la evacuación de las heces. Estos equipos pueden ser utilizados por personas portadoras de colostomías, descendentes y sigmoidostomía de una sola boca (20).

2.3.5. Intervención del Profesional de Enfermería en la elección de dispositivos de recolección

Existen varias clases de dispositivos y la elección de uno u otro tipo dependerá de las características que presente el estoma y la piel periestomal, de su ubicación, y del tiempo transcurrido desde la cirugía.

	Colostomía	Ileostomía
Tipo de bolsa	Cerrada	Abierta
Una pieza	Recortable o pre-recortada de distintas medidas plana / convexa Transparente / Opaca Con filtro	Recortable o pre-recortada de distintas medidas plana / convexa Transparente / Opaca Con filtro
Dos piezas	Disco plano / convexo Transparente / Opaca Con filtro	Disco plano / convexo Transparente / Opaca Con filtro
Postoperatorio inmediato	Dos piezas Transparente Abierta	Dos piezas Transparente Abierta
Postoperatorio tardío (a elección de la persona ostomizada)	Una / Dos piezas Opaca Cerrada Con filtro	Una / Dos piezas Opaca Abierta Con filtro

Ilustración 9. Tipos de bolsas para colostomía e ileostomía

Fuente: Artículo científico Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación

De una pieza, son aquellas que llevan incluido el adhesivo y se pegan directamente a la piel



Ilustración 10. Bolsa de una pieza

Fuente: Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación

De dos piezas, incluyen un disco adhesivo que se pega a la piel y una bolsa colectora que se acopla al disco.

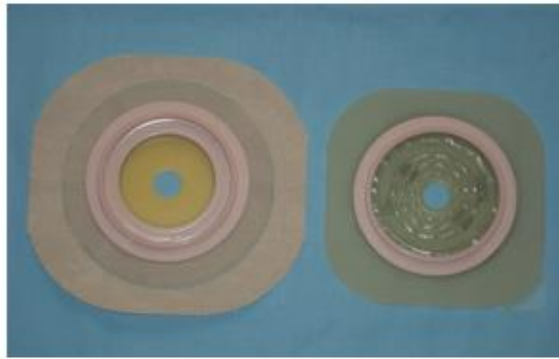


Ilustración 11. Discos con cierre clic

Fuente: Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación



Ilustración 12. Bolsas con cierre adhesivo

Fuente: Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación

Cerradas, están indicadas para deposiciones consistentes y formadas.



Ilustración 13. Bolsas cerradas

Fuente: Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación

Abiertas, están indicadas para deposiciones líquidas o semilíquidas y pueden vaciarse sin necesidad de ser cambiadas.



Ilustración 14. Bolsas abiertas

Fuente: Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación

Las bolsas se cambiarán o vaciarán cuando tengan llenas dos tercios de su capacidad. El dispositivo se despegará con suavidad, de arriba hacia abajo siguiendo la dirección del nacimiento natural del vello y protegiendo la piel. La frecuencia en el cambio de bolsa dependerá del número de deposiciones diarias y de si existe fuga (disco o bolsa despegados). En el caso de bolsas abiertas, éstas podrán vaciarse en lugar de ser cambiadas si las heces son líquidas, aunque siempre se aconseja cambiarlas una vez al día para evitar malos olores. Si se utiliza un dispositivo de dos piezas, el disco se cambiará siempre pasados 4 días.

Las heces son muy agresivas e irritantes para la piel por lo que debemos recortar el adhesivo del disco o bolsa con la misma medida y forma del estoma. Debemos tener en cuenta que la forma y tamaño del estoma variarán durante los primeros meses tras la cirugía, por lo que tendremos que irnos adaptando a esos cambios (17).

2.3.6. Intervención del Profesional de Enfermería en irrigaciones

Es un procedimiento consistente en lavar el intestino con unos 1.000 ml de agua templada a través del estoma. Con esta maniobra disminuye los olores, se previene el estreñimiento, se controla la evacuación de las heces y se puede preparar el intestino

para realizar exploraciones, como endoscopias o pruebas de radio diagnóstico. Se precisa un equipo de irrigación compuesto por su irrigador graduado, conexiones, cono, bolsa de irrigación, cinturón, pinzas y escobilla (para limpiar el cono). Otros materiales que se precisan son: guantes, lubricante, jarra, agua templada (a 37°C), artículos para la limpieza periestomal, minibolsa u obturador y soporte para el irrigador.

Una vez preparado el material y lleno el irrigador con agua templada, la técnica consiste en introducir el líquido en el intestino, con la ayuda del cono lubricado, a través del estoma, en un tiempo aproximado de 10 a 15 min. Terminado este proceso, se suele introducir la evacuación de las heces al cabo de los 20 min siguientes. Finalmente, se realiza la limpieza del estoma y se recoge todo el material. Los problemas que se pueden dar en una irrigación son: retortijones, permanencia de agua en el intestino o diarrea. Los retortijones suelen deberse a la utilización de agua demasiado fría, a la introducción rápida del agua y a la existencia de aire en el equipo de irrigación (14).

2.3.7. Intervención del Profesional de Enfermería en la nutrición del paciente ostomizado

Es normal que tras la cirugía el ritmo intestinal esté alterado, pero no debemos preocuparnos en exceso puesto que el intestino irá recuperando en poco tiempo su tonicidad y ritmo hasta llegar a la normalidad. Tras comprobar la existencia de peristaltismo y ruidos intestinales iniciaremos la tolerancia a una dieta líquida que irá progresando al principio, a medida que sea bien asimilada por el paciente, hacia una dieta pobre en residuos (fibra) para evitar la distensión abdominal.

Los pacientes portadores de un estoma de eliminación no tienen que seguir una dieta estricta ni comer alimentos especiales; sin embargo es importante saber qué alteraciones pueden aparecer cuando se realiza una resección intestinal y qué consejos dietéticos hay que seguir.

Recomendaciones generales durante los primeros dos meses:

- El paciente debe tomar como mínimo entre 1.5 L y 2 L de agua al día (sin gas). Es aconsejable hacerlo no sólo junto a las comidas sino a lo largo de todo el día.
- La alimentación del paciente consiste en hacer guisos sencillos, cocidos, al vapor o a la plancha, poco especiados y con poco aceite.
- El paciente debe masticar bien los alimentos y comer despacio para evitar flatulencias.
- El intervalo entre comidas debe hacerlo de cinco a seis comidas al día, menos abundantes, para evitar digestiones difíciles.
- El paciente de mantener horarios regulares en las comidas, obligándolos a una rutina diaria que facilitará el manejo y control de las deposiciones.
- El paciente debe evitar bebidas carbonatadas y alcohólicas, café, refrescos azucarados, así también la ingesta de alimentos que produzcan gases y den mal olor a las heces (coles, legumbres, quesos) y alimentos ricos en fibra (verduras, frutas crudas, hortalizas). Además, de alimentos ricos en grasas (carnes rojas, pescado azul, fiambres), los fritos, las salsas y los frutos secos.

Pasados dos o tres meses el paciente debe ir incorporando el resto de los alimentos de manera progresiva. En caso de aparecer diarrea se aumentará la ingesta de líquidos, acompañada de una dieta blanda y astringente (sopa de arroz, pescado blanco, pollo cocido, manzana, pan tostado). En caso de estreñimiento, se aumentará la ingesta de líquidos y una dieta rica en residuos (fibra) con zumos de frutas, verduras, legumbres y frutos secos (21).

Indicaciones en caso de diarrea

Generalmente la diarrea se produce como consecuencia de la resección intestinal, la ingesta de determinados alimentos o bien por el efecto adverso de medicamentos. Es necesario iniciar la tolerancia con una solución hidratante tipo suero oral y continuar con una alimentación pobre en residuos y sin lactosa. Una alternativa casera puede ser la preparación de agua de arroz para lo que se deben hervir 50 g de arroz y una zanahoria pelada en 1,5 l de agua con sal durante 20 min, después colar y dejar enfriar. No tomar verduras, cereales integrales o con fibra, café o leche (puede ingerirse leche sin lactosa). Para conseguir deposiciones más consistentes se pueden incluir suplementos farmacológicos de fibra soluble.

Indicaciones en caso de estreñimiento

El estreñimiento se define como una frecuencia de defecación menor a tres veces por semana. El ejercicio físico es beneficioso para evitar el estreñimiento. El tratamiento inicial suele ser dietético, aumentando el residuo de la dieta con una alimentación rica en fibra. La dieta rica en fibra puede producir un cúmulo de gases, causando algunas molestias, que se evitan desechando el agua de cocción de los primeros minutos en las legumbres o verduras flatulentas. Se recomienda aumentar la ingesta de verduras, zumos de frutas sin colar y frutas enteras y tomar líquidos: agua, infusiones no astringentes, licuados, que aumentan el consumo de líquidos, aunque no aporten fibra, así como legumbres y cereales integrales. No se deben tomar laxantes sin consultar con el médico.

Indicaciones dietéticas en pacientes urostomizados

El sistema urinario tiene una gran importancia en el balance de líquidos, el equilibrio electrolítico, el equilibrio ácido-base y la excreción de desechos. Para favorecer éste, se deben tomar abundantes líquidos que mantienen la orina diluida y el equilibrio electrolítico adecuado. Si no existe ninguna contraindicación, la orina debe mantenerse con un pH ácido, que se consigue tomando de ocho a diez vasos de agua al día. Es

recomendable el zumo de cítricos, tomar vitamina C y alimentos que mantienen la acidez de la orina como todos aquellos ricos en proteínas: carnes, pollo, pescados, huevos, leche, legumbres (22).

2.3.8. Intervención del Profesional de Enfermería en aspectos psicológicos del cuidado del estoma

Gases

La salida de gas por el estoma es normal, con mayor frecuencia las primeras semanas y meses tras la intervención quirúrgica. Unos determinados hábitos alimenticios pueden ayudar a regular la producción de los mismos, como masticar bien los alimentos y evitar las bebidas gaseosas. También resulta beneficioso ingerir con cierta prudencia alimentos como cebollas, judías secas, col o champiñones, entre otros.

Es fácil que en poco tiempo el propio paciente ostomizado reconozca personalmente aquellos alimentos que le produzcan mayor cantidad de gases. El ruido de la salida del gas a través del estoma puede amortiguarse colocando la mano con suavidad encima del estoma e inclinándose un poco hacia delante.

Olor

El tramo de intestino que particularmente provoca mayor olor en la deposición es el tramo del colon transversal. El olor de las heces en las ileostomías generalmente es muy distinto (22).

2.3.9. Complicaciones de las ostomías y la intervención del Profesional de Enfermería

Las tasas de complicación de las ostomías son muy altas. Se describe una tasa del 34 al 46% aunque hay series que muestran una tasa de complicación de hasta el 96%

durante las tres primeras semanas. Estas complicaciones se clasifican, según el momento de aparición, en precoces o tardías.

Dentro de las complicaciones precoces más frecuentes están descritas el daño en la piel periestomal 6 - 42%, infección o abscesos 2 -15%, retracción 3 - 35%, dehiscencia mucocutánea 7 - 25%, necrosis 1 - 34%, con menos frecuencia los problemas hidroelectrolíticos y nutricionales asociados a un débito excesivamente alto por la ostomía. Si bien durante los primeros días tras la realización de una ostomía, normalmente hay un aumento del efluente, éste disminuye rápidamente por la “adaptación intestinal” (23).

Cuando la adaptación falla o precisa de un largo tiempo, los pacientes se enfrentan al desafío de controlar las grandes pérdidas que pueden llevar a un estado de deshidratación crónica, debido a que en pacientes ostomizados comienzan a aparecer grandes pérdidas de agua, sodio y magnesio, así como desnutrición y pérdida de peso a largo plazo. Este evento se conoce como Ostomía de Alto débito (OAD), según algunos estudios ha sido identificado como precursor de deshidratación y disfunción renal. Los reingresos hospitalarios de pacientes ostomizados que han sido sometidos a cirugía colorrectal son frecuentes y costosos y retrasan la recuperación después de la cirugía por lo que el adecuado manejo de los estomas puede prevenir la morbimortalidad asociada cuando se desarrolla OAD (23).

Complicaciones precoces:

- **Edema**



Ilustración 15. Edema de la mucosa

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Durante el postoperatorio inmediato es frecuente que aparezca cierto edema de la mucosa del estoma. Esto es debido al propio trauma quirúrgico y suele disminuir en las dos o tres semanas posteriores a la intervención.

También se puede producir edema de la mucosa si el orificio que se ha hecho para la salida de la mucosa y para la realización del estoma tiene un diámetro inferior a la víscera que se tiene que exteriorizar. Si existe una tracción exagerada del intestino puede ocasionar edema en la mucosa del estoma. Se debe evitar que el edema persista para que no se complique, puesto que originaría cierta obstrucción intestinal y se presentarían problemas en la función del estoma que, de no solucionarse, podrían obligar a la reconstrucción quirúrgica.

Las intervenciones del personal de Enfermería consisten en utilizar dispositivos transparentes para poder visualizar el estoma permanentemente y seguir su evolución. Se aconseja usar dispositivos que se ajusten al estoma sin llegar a presionarlo en la base (3 mm mayor que el estoma); de esa forma se evitará el roce sobre la mucosa del estoma y la producción de ulceraciones en la misma. Los primeros cambios que se observan en la mucosa cuando se produce un edema son el tamaño y el color. La actuación irá encaminada a conseguir la disminución del edema se procederá a colocar compresas de suero salino hipertónico frío (no helado) sobre el estoma o aplicar sobre la mucosa azúcar granulado (para realizar una terapia osmótica) (22).

- **Hemorragia**



Ilustración 16. Hemorragia del estoma

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención.

Considera como una complicación poco frecuente y de producirse suele ocurrir en las primeras horas después de la intervención quirúrgica, debida generalmente a la lesión de algún vaso subcutáneo o sub- mucoso en la sutura del intestino a la pared o úlcera en la mucosa. En las ileostomías está causada con mayor frecuencia por la maniobra de eversión del intestino. También puede deberse a problemas trombóticos venosos locales. Suele remitir de manera espontánea, si bien en algunos casos requiere la hemostasia del vaso sangrante con anestesia local. Si el sangrado tiene lugar alrededor del estoma la causa puede ser una lesión de los vasos epigástricos, lo que puede provocar isquemia por compresión e incluso hemoperitoneo.

Las intervenciones como profesional de Enfermería dado que el diagnóstico se realiza por observación directa, es importante registrar el momento de la aparición, así como la intensidad del sangrado y el volumen, a fin de ajustar el tratamiento. Si la hemorragia es enterocutánea será suficiente la hemostasia local o la simple compresión. Si se localiza en la mucosa los cuidados incluyen la compresión y la aplicación local de frío, la coagulación; si no cede se puede aplicar un apósito empapado de adrenalina o cloruro férrico. Es importante revisar que el dispositivo no esté rozando la mucosa del estoma y sea esto la causa del sangrado.

El intestino al ser una zona muy vascularizada por lo que, simplemente al realizar la higiene, la mucosa puede sangrar con cierta facilidad. Se debe tomar en cuenta que al paciente ostomizado para disminuir su preocupación se colocarán dispositivos transparentes para observar la evolución del sangrado. De estar localizada la hemorragia en algún punto de la mucosa puede procederse a la cauterización o coagulación con nitrato de plata. Si la hemorragia es arterial superficial se debe hacer una sutura localizada en el punto de sangrado. La hemorragia debida a trastornos de coagulación requerirá tratamiento de manera específica (17).

- **Necrosis**



Ilustración 17. Necrosis del estoma

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Considerada como complicaciones derivadas de la técnica quirúrgica tales como una desvascularización del intestino durante la disección o una mayor compresión del orificio de la aponeurosis o una tracción importante pueden provocar isquemia y la necrosis de la mucosa del estoma.

Suele manifestarse dentro de las primeras 24 h del postoperatorio, pudiendo aparecer incluso en el quirófano antes de la finalización de la intervención. Se produce un cambio de color de la mucosa del estoma, de rojizo a grisáceo negruzco. La isquemia puede ser superficial de la mucosa o extenderse hacia la cavidad peritoneal, lo que determinará sin duda la actuación a seguir: tratamiento conservador, dependiendo de la extensión lesionada y las condiciones generales del paciente, o reintervención quirúrgica urgente.

La intervención del profesional de enfermería se basa en la observación directa del estoma según las agujas del reloj durante las primeras horas para detectar cualquier cambio en la coloración de la mucosa. Esto manifestará la isquemia y advertirá de la necrosis de forma precoz, incluso si evoluciona con otros signos, como pueden ser la infección y la desinserción del estoma. Es conveniente la colocación de un dispositivo transparente para poder observar con facilidad la evolución de la necrosis (22).

- **Retracción**

Se denomina retracción al hundimiento del estoma por debajo del nivel de la piel. Suele deberse a una excesiva tensión del intestino generalmente por pobre movilización, aunque en muchas ocasiones también el aumento de peso del paciente puede favorecerla de la misma manera que una hipertensión abdominal.

Las intervenciones del profesional de Enfermería esta encaminadas a emplear dispositivos flexibles de manera que se adapten al desnivel y pliegues de la piel con la menor dificultad y evitar así las fugas, previniendo irritaciones cutáneas por contacto. En otras ocasiones, y dependiendo del estoma, es aconsejable utilizar un dispositivo convexo que se adaptará con pasta protectora y con cinturón para mayor seguridad y adaptabilidad (22).

Dehiscencia



Ilustración 18. Dehiscencia

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Tras la cirugía se apreciará en el estoma puntos de sutura cuya función es mantener la unión del estoma a la piel. Dicha sutura puede desprenderse provocando una separación entre estoma y piel recibiendo el nombre de dehiscencia. En función del grado de extensión, presencia de otras complicaciones y valoración de la herida se decidirá un tratamiento u otro. Si la dehiscencia es parcial, la intervención del

profesional de Enfermería será aislar el estoma ajustando el dispositivo para evitar las fugas y prevenir infecciones, procurando la cicatrización por segunda intención. Por el contrario la dehiscencia es total, la mayoría de las situaciones requieren volver a suturar (17).

- **Infección y sepsis**



Ilustración 19. Infección

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

En este tipo de cirugía es una complicación que se da con frecuencia por causas de asepsia. Suele manifestarse por dolor en la zona periestomal ante la simple palpación o roce, inflamación, supuración y en ocasiones se acompaña de fiebre. Puede evolucionar desde una inflamación periestomal hasta la formación de un absceso. Si afecta a toda la circunferencia de la ostomía puede llegar a presentar dehiscencia en la unión mucocutánea.

La intervención del profesional de Enfermería consiste en observar, controlar y registrar la zona afectada, así como el estado de la sutura mucocutánea según las agujas del reloj para poder describirlo con mayor exactitud. Si se ha generado un absceso se debe drenar la zona afectada mediante una incisión (si es necesario, colocar un drenaje capilar) y lavados periódicos con solución salina y antiséptico.

Una vez limpia la zona de materia purulenta, para facilitar la regeneración del tejido de granulación se pueden utilizar polvos o geles hidrocoloides. Esto ayudará a proteger la zona periestomal. Es aconsejable colocar dispositivos transparentes que permitan seguir la evolución. En este caso la utilización de un dispositivo de dos piezas puede facilitar los cuidados, ya que permite realizar una limpieza de la zona con la frecuencia necesaria sin tener que retirar el dispositivo de la piel circundante (22).

Complicaciones tardías

- **Estenosis**



Ilustración 20. Estenosis

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Definida como el estrechamiento del orificio del estoma por debajo de la medida necesaria para asegurar una adecuada evacuación. La presencia de otras complicaciones como dehiscencia, edema, hernia, retracción puede dar lugar a estenosis. Como profesional de Enfermería se debe identificar que cuando la estenosis es cutánea es aconsejable indicar una dieta en la que se consiga que las heces sean lo más pastosas posibles y se facilite la evacuación. La instrucción al portador del estoma a realizar dilataciones digitales periódicas si la estenosis es parcial. Si la estenosis llega a ser completa habrá que valorar la posibilidad de la reconstrucción quirúrgica (24).

- **Hernia**



Ilustración 21. Hernia

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Se define como el fallo o defecto en la pared abdominal que provoca la protusión tanto del estoma como de la zona de alrededor. Suele aparecer con la persona de pie y desaparecer en decúbito supino. La hernia, una vez instaurada sólo tiene tratamiento quirúrgico al cual se recurre en caso de aparición de alguna complicación médica como una obstrucción intestinal. Es fundamental instruir al paciente en unas medidas preventivas para reducir el riesgo de aparición de hernia (24).

El profesional de Enfermería recomienda evitar los esfuerzos que comprometan la musculatura abdominal. En ocasiones dificulta la adhesión del dispositivo a la piel, por lo que es aconsejable la utilización de flexibles para favorecer la adaptabilidad, valorando el uso del cinturón. Se aconsejará la colocación del dispositivo en decúbito supino y el empleo de una faja de compresión suave que no comprometa el estoma.

- **Prolapso**



Ilustración 22. Prolapso

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención

Definida como la excesiva protusión del estoma sobre el plano cutáneo del abdomen mostrando una longitud superior a la presentada por el estoma en el momento de su construcción. Más frecuente en estomas digestivos que urinarios (24). Es preciso que el profesional de Enfermería controle tanto el crecimiento como el color y aspecto del prolapso para seguir la evolución del mismo, por si ocasionara ulceraciones con signos de isquemia en la mucosa o si produjera molestias.

La aplicación local de compresas con solución salina fría sobre la propia mucosa puede ser favorable. También se pueden adaptar dispositivos que no produzcan roces en la mucosa y se debe aconsejar evitar los esfuerzos físicos. Existe una técnica manual de reducción del prolapso que consiste en colocar al paciente en decúbito supino muy relajado y con las manos enguantadas se dan suaves masajes al estoma en la dirección de la pared abdominal (22).

- **Dermatitis**



Ilustración 23. Dermatitis de contacto

Fuente: Guía de intervenciones de enfermería en el manejo de estomas de eliminación en niños y adultos en el segundo y tercer nivel de atención.

Definida como la pérdida de integridad de la piel periestomal. En cualquier tipo de dermatitis el tratamiento va orientado a actuar sobre la causa concreta. Según la etiológico, el profesional de Enfermería procederá a aplicar cremas protectoras o polvos hidrocoloides sobre la zona afectada, aislándola del contacto con la orina. Se aplicará pasta barrera para disminuir la dermatitis. También entra en las funciones propias del profesional de Enfermería administrar los tratamientos farmacológicos prescritos y observar periódicamente la zona periestomal para visualizar la progresión de la lesión (24).

2.3.10. Teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem

- **Biografía**

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education. Falleció a sus 92 años el 22 de junio de 2007 en su casa en Savannah, Georgia, Estados Unidos (25).

- **Antecedentes de la teoría**

Orem estableció que la enfermería pertenece a la familia de los servicios sanitarios que se organizan para prestar asistencia directa a personas con necesidades legítimas de diferentes formas de atención directa por sus estados de salud o por la naturaleza de sus necesidades de asistencia sanitaria. La principal fuente de ideas sobre la enfermería para Orem surgió de sus experiencias en enfermería, debido a que, a través de la reflexión sobre las situaciones de la práctica enfermera, pudo identificar el objetivo o foco real de la enfermería como profesión.

Reconoció que para que la enfermería avance como un campo de conocimientos y como un campo de práctica, se necesitaba de cuerpo de conocimientos enfermeros estructurado y organizado. Desde mediados de la década de 1950, cuando propuso por primera vez una definición de enfermería, hasta antes de su muerte en 2007, Orem se dedicó a desarrollar una estructura teórica que sirviera de marco organizador para este cuerpo de conocimientos (26).

La pregunta que guio el pensamiento de Orem fue: “En qué estado está una persona cuando se decide que una enfermera o enfermeras intervengan en la situación”. El estado que indica la necesidad de asistencia enfermera es considerada como la incapacidad que tienen los pacientes para proporcionarse por sí mismos y continuamente el autocuidado de calidad según su situación de salud. Es el objetivo el que determina el dominio y los límites de la enfermería como un campo de conocimiento y como un campo de práctica, marcando el inicio del trabajo teórico de Orem. El trabajo individual y colectivo con otros compañeros condujo al desarrollo y perfeccionamiento de la teoría enfermera del déficit de autocuidado TEDA (25).

Dorothea Orem, dio a conocer su modelo de autocuidado de Enfermería y menciona el trabajo de otras autoras que han contribuido a las bases teóricas de la Enfermería, entre ellas Faye Glenn Abdella, Virginia Henderson, Dorothy E. Johnson Imogene King Levine, Florence Nigthingale, Ida Jean Orlando, Hildegard E. Peplau, Martha E. Rogers, Sor Callista Roy y Virginia Wiedenbach (27).

La TEDA está formada por diversos elementos conceptuales y tres teorías que especifican las relaciones entre estos conceptos y es una teoría general que ofrece una explicación descriptiva de la enfermería en todos los tipos de situaciones prácticas. Los esfuerzos de enfermeras expertas e investigadoras por construir esta base dan lugar a un cuerpo de conocimientos que sirve a las enfermeras para asistir a las personas que necesitan atención enfermera.

Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

- **Persona:** concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un ente integral dinámico con capacidades para conocerse, utilizar las ideas, palabras y símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, así también la capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos al fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependientes.
- **Salud:** es un estado que para las personas tiene varios significados en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional, ausencia de defecto o enfermedad que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual. Por ende, lo considera como la percepción de bienestar que tiene la persona.
- **Enfermería:** servicio humano, que se suministra cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, es proporcional a las personas y/o grupos de asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por situaciones personales.

Aunque no define entorno como tal, lo reconoce como un conjunto de factores externos que influyen sola la decisión de la persona de emprender su autocuidado o la capacidad de ponerlo en práctica (27).

Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- **La teoría de autocuidado**, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- **La teoría de déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.

- **La teoría de sistemas enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados períodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo (26).

2.3.11. Bases conceptuales de la teoría

- **Requisitos del autocuidado**

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas.

Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

- El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
- La naturaleza de la acción requerida. Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado.

- **Requisitos de autocuidado universal**

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que

se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
 - El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
 - El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
 - La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
 - El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
 - El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
 - La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
 - La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas (26).
- **Requisitos de autocuidado del desarrollo**

Los requisitos de autocuidado de desarrollo estaban separados de los requisitos de autocuidado universales en la segunda edición de Nursing: Concepts of Practice.

Se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- Implicación en el autodesarrollo.
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

- **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud**

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma), los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente.

En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados (26).

2.4. Marco legal y ético

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución Política es la principal carta legal del Estado en la que están consagrados los derechos a la vida y a la salud, derechos económicos y socio culturales, para todos los ecuatorianos y ecuatorianas.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (28).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

2.4.2. Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida 2017-2021

El Gobierno Nacional busca planificar para Toda Una Vida y promover la garantía de derechos durante todo el ciclo de vida. Esto implica una visión integral e inclusiva para que nadie se quede fuera o se quede atrás, sino que todos vayamos juntos.

“Toda una vida” implica garantizar el acceso progresivo de las personas a sus derechos, a través de políticas públicas y programas para el desarrollo social y humano de la población.

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

La garantía en la igualdad de oportunidades para todas las personas va mucho más allá de la simple provisión de servicios; significa luchar contra la pobreza, la inequidad y la violencia, promoviendo un desarrollo sustentable, la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, y la realización plena de los derechos humanos Lograr una vida digna para todas las personas, en especial para aquellas en situación de vulnerabilidad, incluye la promoción de un desarrollo inclusivo que empodere a las personas durante todo el ciclo de vida. Esto implica esfuerzos integrales dirigidos hacia el individuo desde sus primeros años de vida, considerando su entorno familiar y social (29).

2.4.3. Ley Orgánica de Salud 2006

En el Capítulo III Derechos y Deberes de las personas y del estado en relación con la salud establece:

Art. 7.- Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

Inciso a

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

Inciso e

e) Ser oportunamente informada sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, ¡así como en usos, efectos, costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

Inciso h

h) Ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona o para la salud pública (30).

2.4.4. Código deontológico del CIE para profesionales de Enfermería

Los profesionales de enfermería tienen cuatro deberes fundamentales para promover la salud, prevenir y restaurar la salud y aliviar el sufrimiento de los pacientes la enfermera y las personas; la enfermera y la práctica; la enfermera y la profesión; La enfermera y sus compañeros de trabajo.

La enfermera y las personas:

La responsabilidad del personal de enfermería será realizar cuidados con el paciente respetando sus derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad; proporcionar información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada, en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente; Además mantendrá confidencial toso información personal y utilizara la discreción compartirla (31).

2.4.5. Declaración de Helsinki de la AMM

Establece que:

El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es 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.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales; no obstante, el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente (32).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de investigación

Cualitativa: el abordaje de este estudio es cualitativo ya que se orienta a comprender tanto los fenómenos o experiencias que viven los usuarios y pacientes ostomizados, permitiendo conocer la realidad del problema de una forma subjetiva, ya que atrás ves de los datos busca describir el comportamiento del objeto de estudio; en este caso el de pacientes ostomizados ajustándose al desarrollo natural de los sucesos y enfocado desde la teoría de Orem (33).

Además, contará con un estudio fenomenológico debido a que pretende describir las experiencias y fenómenos detallados por el usuario y paciente, para después ser interpretada por el investigador y relacionarla con los requisitos de autocuidado de la teoría de Orem.

Cuantitativa: Basado principalmente en un proceso sistemático, objetivo con el cual se busca generar magnitudes numéricas en cuanto a la práctica de autocuidado a través de un instrumento validado aplicado a la población en estudio. Permitiendo de esta manera cuantificar el problema y comprender la dimensión de una forma global (34).

La importancia del uso de métodos mixtos en salud radica en dar explicaciones de un fenómeno cuando un enfoque u otro no alcanzan a resolver la problemática planteada. En los servicios de salud busca principalmente la integralidad para comprender la complejidad del sistema sanitario. Al contar con una variedad de observaciones derivadas de diferentes fuentes, tipos de datos y contextos, produce información más rica y variada, aumentando la posibilidad de ampliar las dimensiones del proyecto investigativo, permitiendo una riqueza interpretativa y sentido de entendimiento (35).

No experimental, debido a que la investigación tiende a tener esta metodología aleatoria en la que como investigadora no existe la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente para después analizarlos (33).

3.2. Tipo de investigación

Se trata de una investigación de tipo descriptiva, observacional, transversal.

Descriptiva, basada en la descripción de cuál es la práctica de los requisitos de autocuidado de Orem desde la percepción de los pacientes ostomizados. Fue un estudio que permitió describir las experiencias tal y como se desarrolla en el diario vivir de los pacientes portadores de una ostomía, además se identificó las características sociodemográficas y su influencia en la práctica del autocuidado (33).

Observacional, partió de la observación para la identificación y análisis de la práctica de los requisitos de autocuidado que realizan los pacientes ostomizados.

Transversal, se examinó la relación entre la práctica de los requisitos de autocuidado de Orem desde la percepción de los pacientes ostomizados, de acuerdo a las variables de la población en un periodo de espacio y tiempo determinado.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La presente investigación se realizó en el Hospital San Vicente de Paúl, que se encuentra ubicada en la parroquia El Sagrario, al suroeste de la ciudad de Ibarra entre las calles Luis Vargas Torres y Luis Gómez Jurado.

3.4. Población

3.4.1. Universo

Corresponde a 15 pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl atendidos entre el Servicio de Cirugía y consulta externa durante el período 2017- 2018.

3.4.2. Muestra

No se realizó un cálculo de muestreo debido al tamaño de la población. Por cuanto se tomó a todos los pacientes desde el periodo del 6 de enero del 2017 al 23 de agosto del 2018 referidos por el departamento de estadística.

3.4.3. Criterios de inclusión

- Pacientes en un grupo etario entre 18 a 80 años.
- Pacientes o usuarios del servicio de consulta externa y cirugía que presenten ostomías
- Pacientes que residen en la provincia de Imbabura.
- Pacientes que se encuentren en pleno usos de sus facultades mentales y de realizar su autocuidado.

3.4.4. Criterios de exclusión

- Pacientes menos de 18 años
- Pacientes o usuarios del servicio de cirugía y consulta externa que presenten ostomías y no acepten participar en la investigación.
- Pacientes que residen en otras provincias.
- Pacientes que no se encuentren en pleno uso de sus facultades mentales.

3.5. Métodos y técnicas de recolección de información

3.5.1. Encuesta

Se aplicó como método la encuesta a través del instrumento del cuestionario. Fue validado en Francia e Inglaterra, traducido a varios idiomas y utilizado en 16 países europeos incluido España en más de 4.000 pacientes ostomizados denominado Cuestionario Montreux de la calidad de vida a pacientes ostomizados.

El cuestionario consta de 41 preguntas con una escala de Likert de 5 valores que valora las siguientes dimensiones relacionadas con la calidad de vida y organizadas en tres secciones: Sección 1: Autosuficiencia, relacionada con los cuidados higiénicos del estoma; Sección 2: Calidad de vida; bienestar físico, bienestar psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos; Sección 3: Cuestiones generales, en relación con la aceptación del estoma y las relaciones familiares (36).

3.5.2. Entrevista

Se realizó una entrevista a profundidad con el fin de adquirir información del entrevistado de forma clara y directa que permitió obtener datos subjetivos sobre la práctica de los requisitos de autocuidado desde la percepción de los pacientes en estudio. Se diseñó una guía para la entrevista, basada en los requisitos de autocuidado tanto universales, de desarrollo y desviación de la salud desde la Teoría de Orem. La información fue grabada para la posterior transcripción manual en un libro de registro de la información obtenida.

La recolección de información tanto para la entrevista y encuesta se obtuvo previa explicación al grupo de estudio sobre el objetivo de la investigación y firma del consentimiento informado, formato que se adjunta en anexos (Anexo 2).

3.5.3. Observación

Se aplicó como técnica la observación a través del instrumento el formulario de evaluación. Fue validado de las Guías de buenas prácticas clínicas “Cuidado y manejo de la ostomía 2009” de la Asociación profesional de enfermeras de Ontario - Canadá, denominado: Registro de evaluación de la ostomía (37).

El registro de evaluación consta de 5 secciones a evaluar: estado del estoma, unión mucocutánea, piel periestomal, residuos y dispositivos de ostomía utilizado. Implico evaluar el estado del paciente mediante datos objetivos, es decir, aquellos aspectos clínicos que incluyen observaciones acerca del problema del paciente.

3.6. Operacionalización de variables

Objetivo: Definir las características sociodemográficas de la población de estudio.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características socio-demográficas	Conjunto de características biológicas, socioeconómico y cultural que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles (38).	Edad	Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • >18 • 19 – 40 • > 41
		Características biológicas anatómicas	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
		Autoidentificación	Autoidentificación	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Indígena • Blanco • Montubio • Afro descendiente
		Tipos de nacionalidad	Nacionalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Ecuatoriano • Venezolano • Colombiano • Otros
		Estado civil	Establecido por el registro civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera/o • Casada/o

				<ul style="list-style-type: none"> • Divorciada/o • Viuda/o • Unión libre
		Lugar de residencia	Delimitación geográfica	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
		Nivel de escolaridad	Años aprobados	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Universitaria • Ninguno
		Ocupación	Actividad humana	<ul style="list-style-type: none"> • Empleado público • Empleado privado • Agricultor • Ama de casa • Ninguno
		Dimensión física	Tipo de vivienda	<ul style="list-style-type: none"> • Propia • Arrendada • Prestada
		Servicios básicos.	Necesidades de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibles • No disponibles

Objetivo: Identificar la práctica de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Práctica de autocuidado	Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior (25).	Patología de base (antecedente clínico)	Motivo del estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Neoplasia • Enfermedad inflamatoria intestinal • Sepsis anorectal • Enfermedad diverticular del colón • Otros
		Duración	Tiempo de evolución	<ul style="list-style-type: none"> • Temporal • Definitiva
		Seguridad	Tipo de dispositivo	<ul style="list-style-type: none"> • Único cerrado • Múltiple abierto • Múltiple cerrado
		Órgano implicado y su función	Tipo de estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Colostomía • Ileostomía • Urostomía • Traqueostomía • Yeyunostomía

				<ul style="list-style-type: none"> • Gástronomía
		Calidad de vida	Interés del autocuidado del estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Nunca demostrado • Raramente demostrado • A veces demostrado • Frecuentemente demostrado • Siempre demostrado
		Calidad de vida	Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Malo • Regular • Bueno • Muy bueno • Excelente
		Calidad de vida	Adaptabilidad al estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Nada fácil • Algo fácil • Normal • Bastante fácil • Muy fácil
		Calidad de vida	Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Algo • Poco • Bastante

				<ul style="list-style-type: none"> • Muchísimo
		Calidad de vida	Realización de actividades habituales	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Algo • Poco • Bastante • Mucho
		Calidad de vida	Realización de actividades previas al estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de acuerdo • De acuerdo • Ni en acuerdo ni en desacuerdo • En desacuerdo • Totalmente en desacuerdo
		Autosuficiencia	Seguridad en la limpieza del estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Alguna vez • Regular • Muy frecuente • Totalmente
		Autosuficiencia	Seguridad en el cambio de bolsa	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Alguna vez • Regular

				<ul style="list-style-type: none"> • Muy frecuente • Totalmente
		Autosuficiencia	Seguridad al tirar la bolsa	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Alguna vez • Regular • Muy frecuente • Totalmente
		Autosuficiencia	Seguridad en la obtención de bolsas de recambio	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Alguna vez • Regular • Muy frecuente • Totalmente
		Autosuficiencia	Seguridad en solicitar consejo o ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Nada • Alguna vez • Regular • Muy frecuente • Totalmente
		Cuestiones generales	Asistencia profesional en el cuidado del estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No

		Evaluación del estoma	Tamaño Color Aspecto Elevación Otro	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Novedades
		Unión mucocutánea	Intacta Separada	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Novedades
		Piel periestomal	Color Integridad Turgencia Factores de predisposición	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Novedades
		Residuos	Heces Orina	<ul style="list-style-type: none"> • Características textura, color, olor, producción
		Dispositivo de estoma utilizado	Tipo de dispositivo	<ul style="list-style-type: none"> • De una pieza • Dos piezas • Pastas, tiras adhesivas y sellos de barrera • Polvo para el estoma • Cinturón

Objetivo: Describir la percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado según la Teoría de Orem en la población de estudio. En este estudio se tomó en cuenta los requisitos de autocuidado de Orem, cabe recalcar que el diseño cualitativo de investigación carece de variables, por cuanto el objetivo de la guía fue medir el constructo sociológico de percepción en la práctica de autocuidado (34).

GUÍA DE LA ENTREVISTA

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	PREGUNTA
Percepción de la práctica de los requisitos de autocuidado.	Empoderar a las personas para que satisfagan sus necesidades de autocuidado, ayudándoles a desarrollar y ejercer sus capacidades para tal fin, a través de sus experiencias y prácticas (25).	Requisitos de autocuidado universales	Mantener una buena nutrición general	¿Podría compartir conmigo cómo es el tipo de alimentación que usted mantiene o de acuerdo al régimen terapéutico?
			Mantener el aporte de aire utilizando medidas de cuidados normales	¿Podría compartir conmigo cuáles son los hábitos de higiene y cuidado de salud que realiza diariamente?
			Mantener la eliminación	¿Podría compartir conmigo que cuidados realiza para la eliminación de las

				heces/orina de su ostomía y sí reconoce alteraciones en la consistencia de la misma?
			Mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social	¿Podría contarme como ha sido su experiencia desde que tiene la ostomía y en que a cambiando su estilo de vida inter y extra personal?
			Mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad	¿Podría compartir conmigo como ha influenciado el portar la ostomía en las actividades que realiza en su diario vivir, así también en las actividades recreativas?
			Mantener la protección ante los peligros	¿Podría compartir conmigo diciendo cuales son las actividades de protección que realiza ante un peligro,

				para salvaguardar su ostomía?
			Fomentar la normalidad	¿Podría compartir conmigo como es la relación que tiene con sus familiares, amigos y vecinos después de ser portador de la ostomía en las actividades de la vida cotidiana?
		Requisitos de autocuidado de desarrollo	Actividades de autocuidado	¿Podría compartir conmigo cuales son las actividades que realizó y realiza de autocuidado de la ostomía?
			Adaptabilidad al estoma	¿Podría compartir conmigo como fue su experiencia al adaptarse a su estoma, olores y pérdidas producidas por el mismo?
			Percepciones positivas y negativas	¿Podría compartir conmigo que repercusiones positivas o negativas experimento

				después de portar el estoma, relacionada con las actividades del diario vivir?
		Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud	Controles médicos	¿Con que frecuencia acude a los controles médicos?
			Actividades en caso de emergencia	¿En caso de presentar una emergencia que actividades realiza en bien de su salud?

3.7. Análisis de datos

Se diseñó una base de información en el programa estadístico Microsoft Excel 2017. Los datos fueron analizados a través de estadística descriptiva básica con frecuencias y porcentajes.

El procesamiento de la información de los datos de la entrevista a profundidad se realizó a través de la codificación abierta y axial de los datos. Comparando los conceptos de las categorías y subcategorías de los requisitos de autocuidado postulados por Orem, de tal forma que nos permitió observar los conceptos de manera crítica y relacionarlos con la teoría.

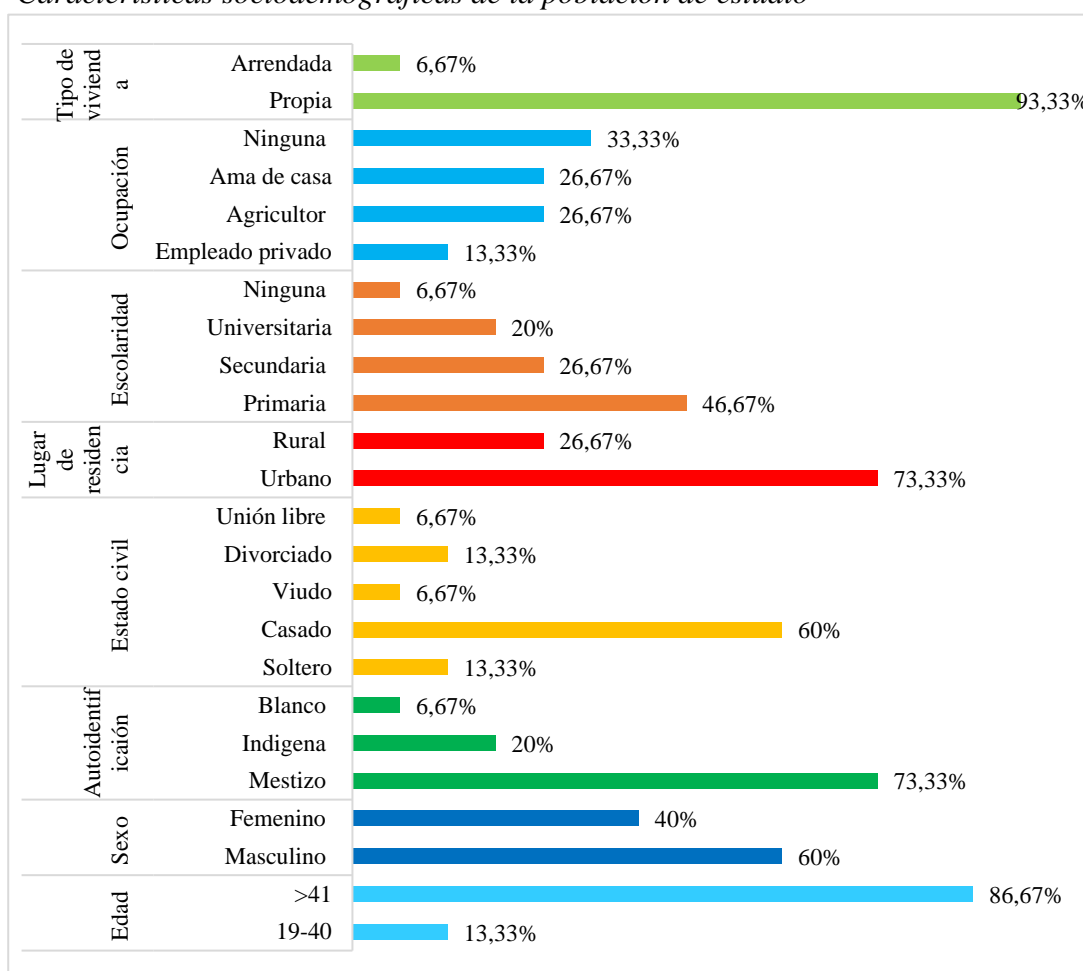
CAPÍTULO IV

4. Resultados de investigación

4.1. Descripción de las características sociodemográficas

Gráfico 1.

Características sociodemográficas de la población de estudio



Fuente: Encuesta

A pesar de no existir estudios relacionados con el tema en el país los estudios realizados en otros países de Latinoamérica muestran similitud, para lo cual se describe lo siguiente:

Dentro de las características sociodemográficas, en lo referente a edad el 13.33% de pacientes ostomizados se encuentra en un grupo etario de 19 a 40 años de edad, mientras que mayoritariamente el 86.67% corresponde a pacientes mayores de 41 años. Además, los resultados muestran que en su mayoría el 60% de la población corresponde a pacientes masculinos, en relación al 40% correspondiente al sexo femenino.

Según el estudio de Stegensek y Murat sobre “Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado”, de 143 expedientes de pacientes con derivaciones fecales y urinarias el 51.7% fueron hombres y el 48.3% mujeres. La media de edad de la población fue de 56.3 años, un mínimo de 19 años y un máximo de 87 años; ubicándose la mayor proporción de pacientes entre los 41 y 50 años. Los resultados encontrados revelan que el perfil de pacientes ostomizados es similar a otros estudios relacionados con el tema mostrando un predominio del sexo masculino (39).

Además, los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por los mismos autores en cuanto a que la prevalencia de derivaciones fecales y urinarias es ligeramente mayor en los hombres que en las mujeres 54.6% vs. 45.4% y 53% vs. 47% (39) mientras que en el estudio realizado por Alencar y Barros, la proporción de mujeres es ligeramente más grande 57.8% vs. 42.2% (40). Es por ello que, con base en este análisis de resultados, es posible determinar que no existe diferencia significativa respecto a que la prevalencia de derivaciones fecales y urinarias sea mayor en hombres que en mujeres.

En lo relacionado a la autoidentificación se evidencio que mayoritariamente el 73.33% corresponde a la población mestiza, mientras que la población indígena con un 20% y blancos el 6,67%. De acuerdo a los datos del INEC 2010 el 65.7% de la población es mestiza, el 25.8% indígenas y blancos con un 2.7% (41). Los resultados encontrados revelan que existe un predominio de la etnia mestiza en relación a las demás en la provincia de Imbabura.

En cuanto al estado civil mayoritariamente el 60% casados, 13.33% divorciados, 13.33% solteras, seguido minoritariamente del 6.67% viudos y 6.67% unión libre. Según estudios realizados por Salomé y Ferreira sobre “Perfil de los pacientes de ostomía residentes en la ciudad de Pouso Alegre”, en cuanto al estado civil, el estudio muestra que los pacientes casados prevalecieron, es decir el 48,60%, seguido 31,40% viudo y 20% pacientes separados. Este resultado destaca la importancia de la participación familiar, especialmente del cónyuge, en la recuperación del paciente ostomizado (42).

En lo referente a escolaridad mayoritariamente el 46.67% cursó la primaria, el 26.67% la secundaria y el nivel superior 26.67%, mientras que minoritariamente el 6.67% ninguna. Se observó que la mayoría de los pacientes tiene bajo nivel educativo, como lo encontrado en otros estudios, donde el mayor porcentaje de la población estudiada tiene educación primaria incompleta, lo que refuerza este perfil (40).

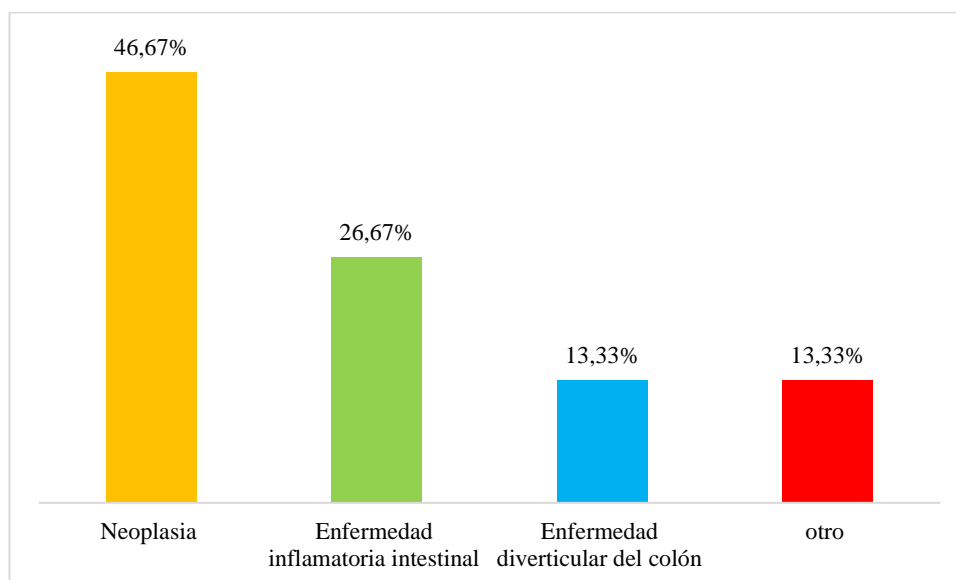
En relación a la ocupación mayoritariamente ninguna (jubilación y desempleo) con el 33.33%, el 26.67% agricultor, ama de casa el 26.67% y el 13.33% ejerce un cargo público. En cuanto a las actividades realizadas por los ostomizados, predominaron los jubilados. Según Alencar y Barros en su estudio señalan que existen dificultades en los pacientes que volvieron a su actividad profesional, debido a la pérdida o limitación de la capacidad productiva, además de que muchos prefieren retirarse o alejarse y los desempleados no consiguen entrar en el mercado laboral. En este contexto es imprescindible la reinserción social de los pacientes ostomizados, ya que contribuye a una mayor aceptación de los cambios físicos y funcionales, favoreciendo a la independencia, autonomía y consecuentemente el retorno a las actividades diarias (40).

De acuerdo al tipo de vivienda mayoritariamente el 93.33% presenta vivienda propia, mientras que el 6.67% vivienda arrendada. De acuerdo a los datos del INEC 2010 se confirma que la tenencia de vivienda el 47.5% tiene una vivienda propia, y el 20.5% de la población Imbabureña arrienda su vivienda (41). Los resultados encontrados revelan que existe un predominio de la tenencia de vivienda propia en relación a la arrendada en la población Imbabureña, lo que facilita la aceptación a su nueva condición de salud.

4.2. Prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados

Gráfico 2.

Motivo del estoma



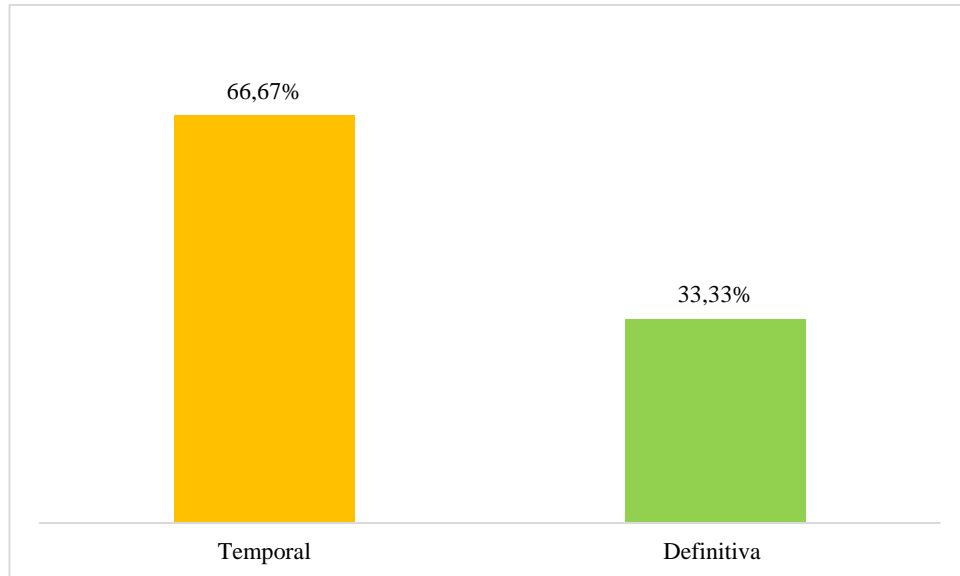
Fuente: Encuesta

En lo referente del motivo del estoma se evidenció que el 46.67% fue por motivo de neoplasia, seguido del 26.67% de enfermedad inflamatoria intestinal, el 13.33% enfermedad diverticular del colón y el 13.33% por otras causas.

En el estudio de Stegensek y Murad sobre “Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado”, respecto al diagnóstico médico que condicionó la construcción de una derivación fecal o urinaria, se reportan las siguientes patologías: cáncer de colon, 27.8%; enfermedad diverticular, 15.0%; cáncer de recto, 12.0%; obstrucción intestinal, 9.0%; peritonitis, 5.3%; cáncer de vejiga, 4.5%; perforación intestinal, 4.5%; otros tipos de cáncer, 3.1%; apendicitis, 3.0%; otras patologías, 3.6% (39). Este estudio se relaciona con el de Stegensek y Murad debido a que los resultados encontrados revelan que existe un predominio de cáncer de colón motivo por el cual se realizó una derivación fecal o urinaria.

Gráfico 3.

Tiempo de evolución del estoma



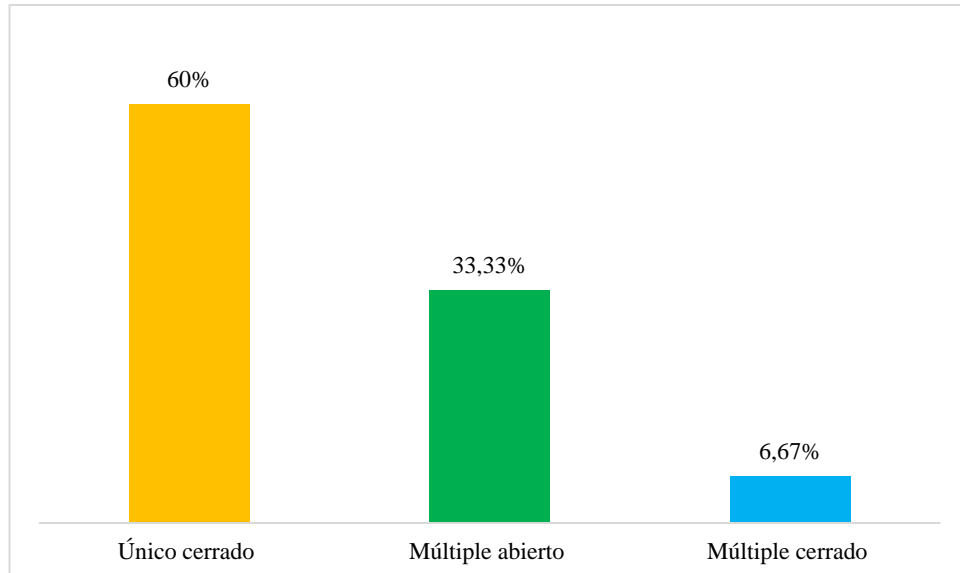
Fuente: Encuesta

En lo referente al tiempo de evolución del estoma el 66.67% del grupo de estudio presenta una ostomía temporal y el 33.33% una ostomía definitiva. Según el estudio sobre “Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado”, se establece que en lo que refiere a su temporalidad, el 69.2% se reportan como temporales y el 30.8% como permanentes, independientemente del tipo de ostomía, datos que justifican los resultados presentados (39).

Pacientes con ostomía temporal ocasionalmente no sienten impacto significativo en la realización del estoma y su proceso adaptativo es minimizado, ya que su ostomía eventualmente será cerrada, a diferencia de aquellos que tienen una ostomía definitiva, debido a que permanecerán con el estoma a lo largo de la vida (43). Datos que justifican los resultados presentados en este estudio.

Gráfico 4.

Tipo de dispositivo



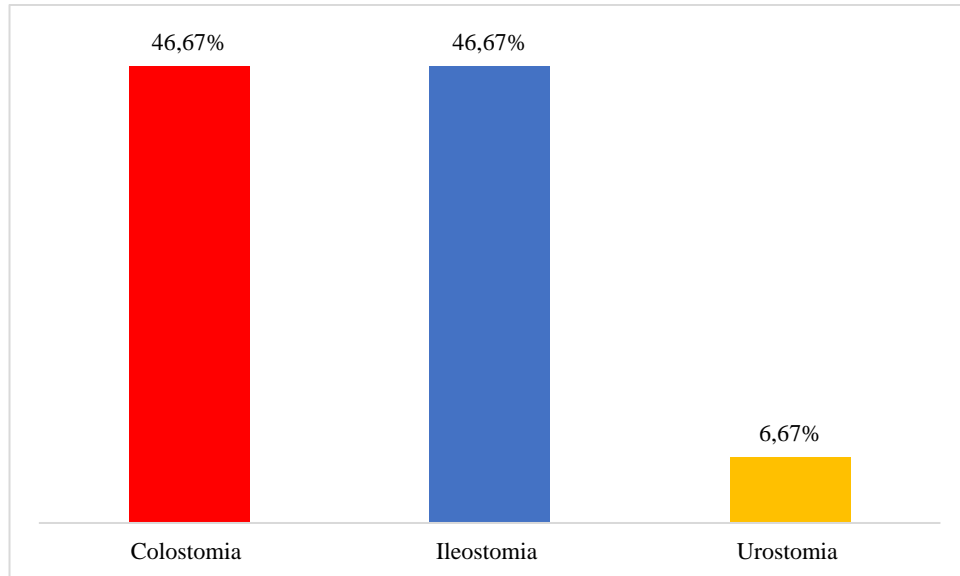
Fuente: Encuesta

De acuerdo al tipo de dispositivo el 60% de los pacientes ostomizados utilizan el sistema único cerrado, el 33.33% el múltiple abierto y el 6.67% el múltiple cerrado. Un aspecto fundamental es el asesoramiento posterior al egreso hospitalario, para una exitosa reincorporación de las pacientes ostomizados a su vida cotidiana, contemplando una adecuada elección de sistemas colectores y accesorios (44).

Con respecto a la seguridad y comodidad, en el estudio de Mora sobre “Avance de los dispositivos de ostomía de una y dos piezas: Moderma flex y Conform 2 de Hollister”, se evidencia un elevado grado de satisfacción de los pacientes en el uso de los dispositivos señalando que el 100% considero que el dispositivo de una pieza fue eficaz frente al 91% de eficacia del dispositivo de dos piezas, debido a la facilidad en la aplicación y retirada del dispositivo (45). Este estudio tiene similitud con el de Mora, debido a que el uso del dispositivo de una sola pieza resultó ser más utilizado y eficaz en relación a los demás.

Gráfico 5.

Tipo de estoma de eliminación

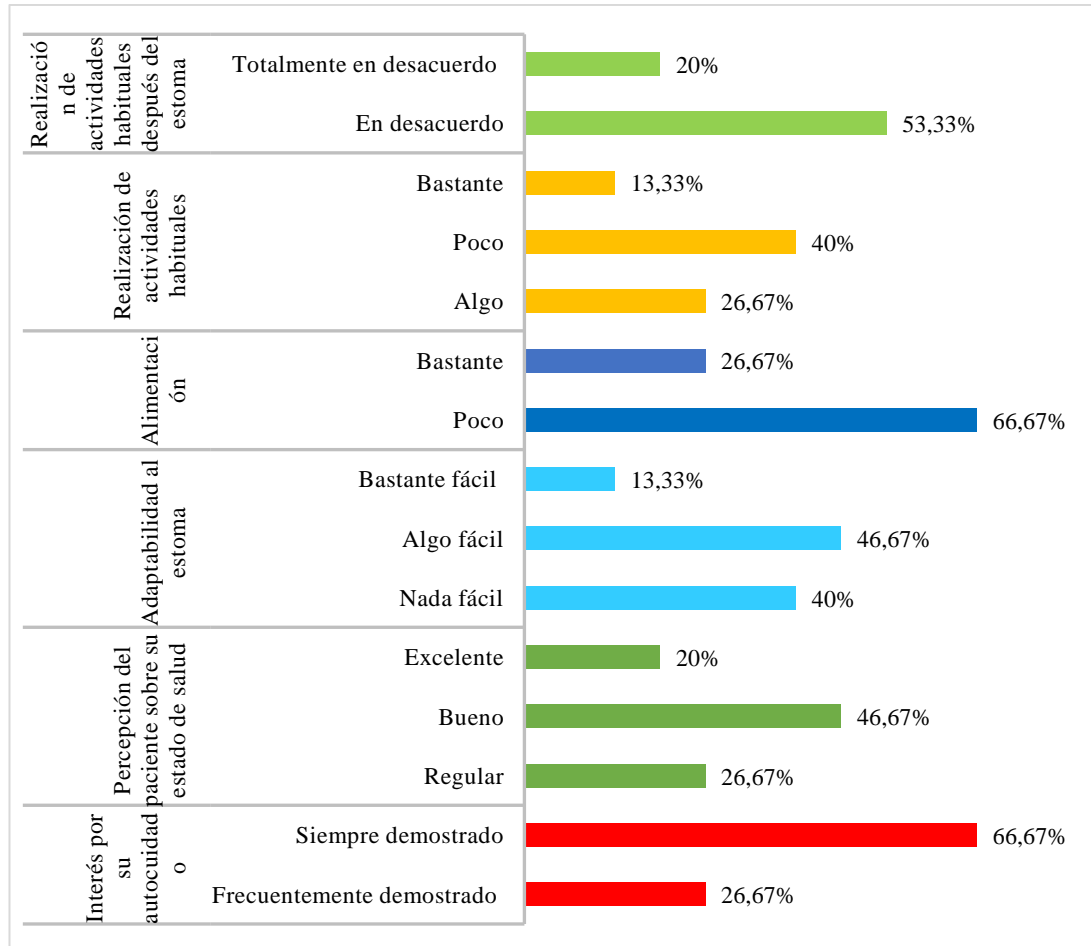


Fuente: Encuesta

En lo referente al tipo de estoma de eliminación el 46.67% presenta colostomía, el 46.67% ileostomía, mientras que el 6.67% urostomía. Respecto al tipo de estoma, se coincide con los resultados presentados por Alcalá (46) y Cruz Castañeda (47) quienes reportan una mayor proporción de colostomías 80-63% que ileostomías 24-15% y urostomías 14-5%, razón por la cual es posible identificar que las colostomías son las derivaciones más recurrentes en la población mexicana. Este estudio tiene similitud al de Alcalá y Cruz, puesto que son grupos similares a los que se les realizó la ostomía de eliminación.

Gráfico 6.

Dimensión 1: Calidad de vida



Fuente: Encuesta

De acuerdo a las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados dentro de la dimensión calidad de vida, mayoritariamente el 66.67% del grupo de estudio siempre demuestra interés por su autocuidado, mientras que el 26.67% frecuentemente lo demuestra. Las necesidades de una atención cálida y cercana, permite abordar al ser humano desde todas sus dimensiones, impregnando el cuidado y la relación enfermera paciente del componente humano, dejando de lado el centrarse en el modelo biologicista que traspasa las instituciones sanitarias. Los resultados de atención son sustancialmente mejores si se anima al paciente a aceptar su estoma y participar en su autocuidado, retomando las actividades comunes de su vida diaria (48).

Dentro de la percepción del paciente sobre su estado de salud el 46.67% del grupo de estudio demostró una buena percepción, seguido del 26.67% regular y el 20% que lo considera excelente. De acuerdo a Bonill y Capilla en su estudio sobre "Percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida", tras pasar por el quirófano los pacientes ostomizados lo viven como uno de los momentos más críticos de su vida. Dichos pacientes tienen todo el derecho a recibir atención médica y cuidados de enfermería especializados en el periodo pre y post operatorio, así como recibir orientación antes de la cirugía para asegurar que comprendan claramente los beneficios de la cirugía y que reciben información adecuada sobre los hechos esenciales de vivir con un estoma (49).

En relación a la adaptabilidad al estoma el 46.67% del grupo de estudio lo consideró algo fácil, el 40% nada fácil y minoritariamente con un 13.33% bastante fácil. Con respecto a la adaptabilidad al estoma la atención del profesional de enfermería desde el preoperatorio hasta recuperar su autonomía, minimiza y resuelve los problemas subyacentes, ayudando a los pacientes y familiares a rehabilitarse para obtener la mejor calidad de vida, debido a que experimentan nuevas situaciones. El profesional de enfermería impacta positivamente en este proceso de transición que requiere aceptación y adaptación a la nueva condición (50) ya que al recibir este apoyo, el paciente tiene éxito en su autocuidado, teniendo un efecto positivo en la calidad de vida y la autoestima (51).

En lo referente a la alimentación el 66.67% de los pacientes ostomizados considera que come poco a gusto, mientras que el 26.67% come bastante a gusto. Según el estudio sobre "Calidad de vida y perfil nutricional de pacientes con cáncer colorrectal colostomizados", después del uso de la bolsa de colostomía, se observa que el 45% de los casos tuvieron cambios en el apetito, con respecto al cambio en la alimentación el 60% de los casos relataron alteraciones, evitando alimentos flatulentos por causar malestar abdominal (gases) y diarrea, revelando que el uso de la bolsa de colostomía implica cambios en los hábitos alimenticios (52).

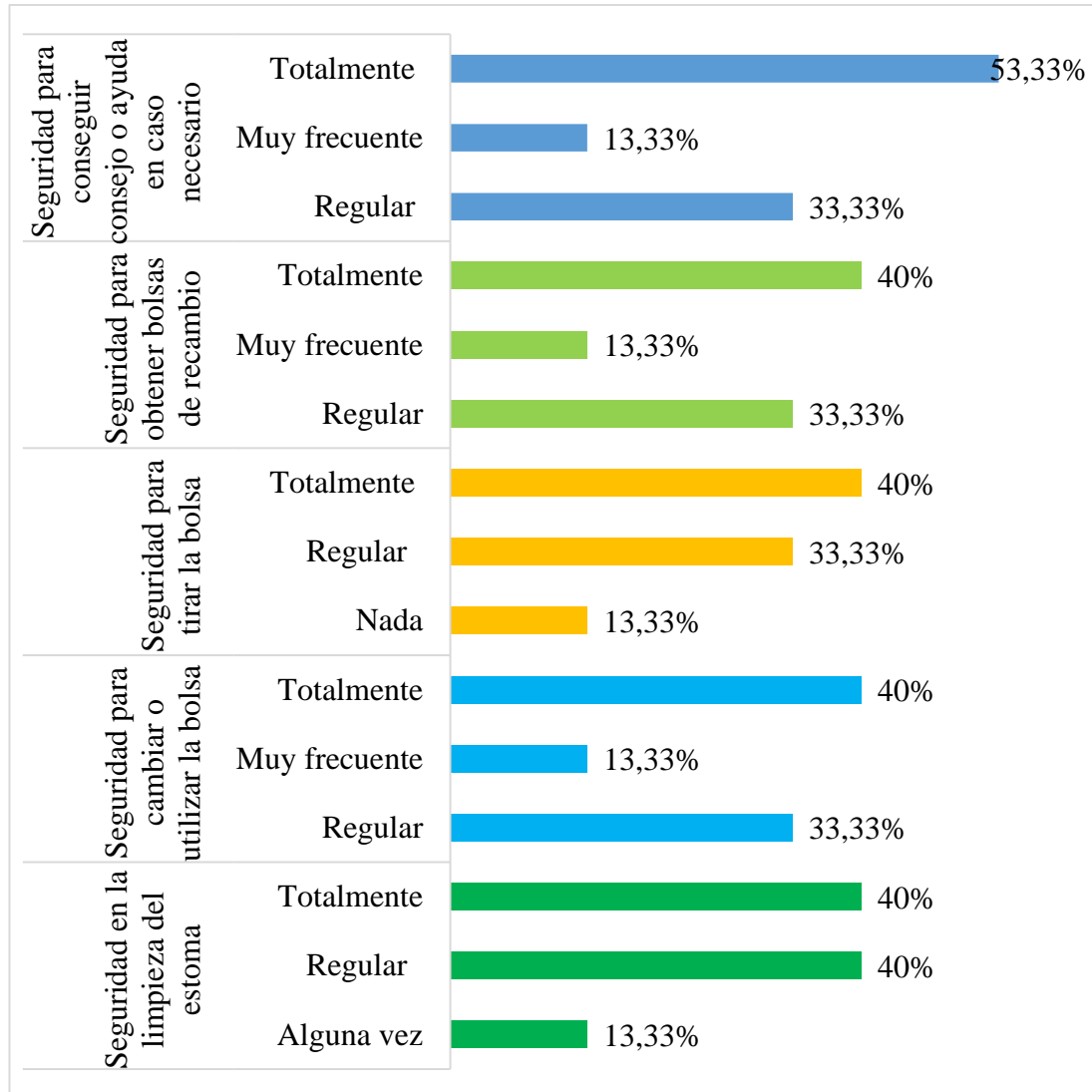
Respecto a la realización de las actividades habituales mayoritariamente el 40% del grupo de estudio realiza poco de las actividades de la vida diaria, mientras que el 26.67% considero que puede realizar algo, y el 13.33% establece que puede realizar varias de las actividades. La adaptabilidad de los pacientes ostomizados para realizar las actividades habituales se produce con el ajuste de la vida en un nuevo contexto, en el cual se deben abandonar, remplazar o disminuir importantes factores como es el modo de vida, la vida social y los hábitos alimenticios en un gran número de casos. Por ende, este es un proceso individual que se desarrolla con el tiempo y que involucra una serie de aspectos, que van desde la ayuda brindada hasta la forma en que el paciente se involucra en su propio cuidado (53).

Dentro de las actividades habituales que puede realizar después del estoma el 53.33% del grupo de estudio está en desacuerdo en poder realizarlas, mientras que el 20% está totalmente en desacuerdo. Según Pat en su estudio “Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía”, los pacientes que recibieron intervención educativa se rehabilitaron el 89% en el ámbito social y familiar, el 69% se rehabilitó laboralmente y el 95% maneja su equipo.

De acuerdo a los datos obtenidos en la rehabilitación social en el estudio de Pat se establece que los pacientes ostomizados que recibieron intervención educativa se rehabilitaron en un alto porcentaje; dato importante ya que la reintegración de estos pacientes a su núcleo familiar y social es fundamental para que continúen con su vida en forma normal y no se sientan excluidos. Se determina que la educación planificada, estandarizada y evaluada es importante para la rápida integración del paciente ostomizado a su entorno laboral y familiar (54).

Gráfico 7.

Dimensión 2: Autosuficiencia



Fuente: Encuesta

En relación a las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados dentro de la dimensión autosuficiencia, el 40% del grupo de estudio se siente totalmente seguro para realizar la limpieza de su estoma, mientras que el otro 40% considera que regularmente, y el 13.33% siente seguridad al realizarlo algunas veces.

Según un estudio realizado sobre “Evaluación del bienestar subjetivo y la calidad de vida en pacientes con estoma intestinal”, demuestra la importancia del uso de un

lenguaje claro, accesible y objetivo de los profesionales de la salud involucrados en el cuidado para una mejor comprensión por parte del paciente ostomizado. Mismo que debe ser correctamente guiado, ilustrado y capacitado en las habilidades necesarias para cuidarse a sí mismo, especialmente en lo que respecta al manejo, como la limpieza de la piel periestomal, las especificaciones y la disponibilidad de equipos y ayudas para la recolección de efluentes (55).

Dentro de la seguridad para el cambio o uso de la bolsa el 40% de los pacientes ostomizados se sienten totalmente seguros para realizarlo, en relación al 33.33% demuestra que puede realizarlo regularmente, y un 13.33% considera que puedo realizarlo muy frecuentemente.

De acuerdo al estudio sobre “Asociación de factores sociodemográficos y clínicos con la autoimagen y la autoestima de individuos con estoma intestinal”, considera que la ostomía y el equipo del colector causan un cambio real en la vida de estos pacientes y este cambio requiere tiempo para la aceptación y para el aprendizaje del autocuidado, debido a que el paciente tiene la obligación de un cuidado diario del estoma y sus accesorios. Esta tarea no es fácil ya que están expuestos al contacto con una deformidad física causada por una cirugía y también con la necesidad de manipular sus propios desechos (56). La orientación del equipo multidisciplinario influye para el desarrollo del autocuidado, promoviendo la independencia y adaptabilidad del paciente, ya que él mismo realiza su cuidado con las técnicas adecuadas, previamente aprendidas.

En lo referente a seguridad para tirar la bolsa, el 40% del grupo de estudio se siente seguro totalmente para hacerlo, el 33.33% lo considera regularmente, mientras que el 13.33% no se siente nada seguro para realizarlo. El cuidado y limpieza de la ostomía y el intercambio de bolsas son muy importantes para garantizar la integridad de la piel prevenir infecciones. Para llevar a cabo dichas medidas de forma adecuada es necesario que los pacientes ostomizados sean guiados por el profesional de enfermería ayudándolo a que pueda desarrollar el autocuidado (56).

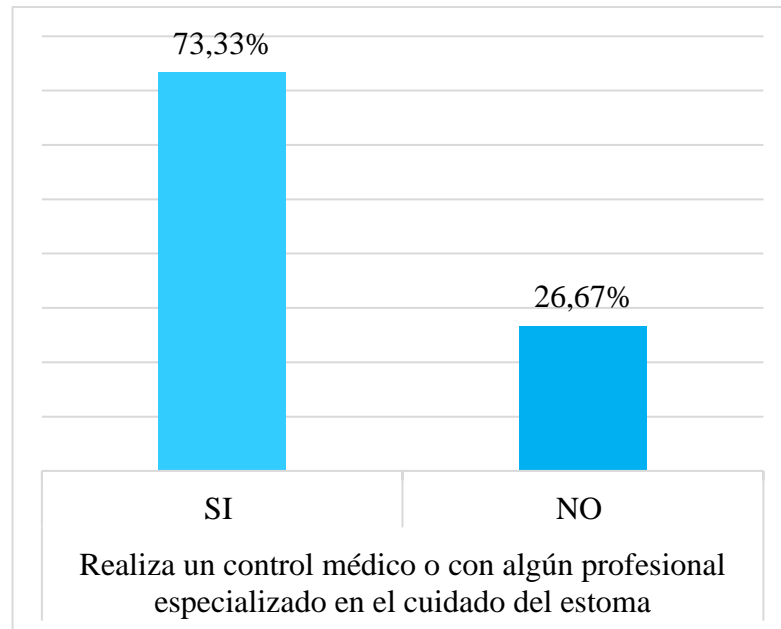
De acuerdo a la seguridad para obtener bolsas de recambio el 40% de los pacientes ostomizados refirió sentirse totalmente seguro para obtenerlas, el 33% lo considera con regularidad, y el 13.33% siente seguridad para realizarlo muy frecuentemente. Dentro del estudio se identificó que el factor socioeconómico tiene grandes repercusiones en lo relacionado con la obtención de nuevas bolsas de recambio, debido al costo semanal de la mismas, razón por la cual el grupo de estudio en la entrevista a profundidad se justifica argumentando: “El cambio de la fundita lo hago cada dos días o tres días y cuando no hay dinero para comprar cada 5 días máximo, no más de ese tiempo, porque ya se me despega y las heces salen por los lados de la funda”.

Respecto a la seguridad para conseguir consejo o ayuda en caso de ser necesario el 53.33% del grupo de estudio se sintió seguro totalmente para pedirlo, en relación al 33.33% sintió seguridad con regularidad y el 13.33% sintió seguridad para pedirlo muy frecuentemente.

Según Oliveira y Barbosa determina que al portar un estoma intestinal el paciente experimenta momentos de conflicto, preocupaciones y dificultades para enfrentar esta nueva situación. Esto lleva al paciente a visualizar sus limitaciones y a enfrentar los cambios en su vida diaria. Por lo tanto, es importante que el paciente reciba apoyo de la familia, amigos e incluso de los profesionales que lo están ayudando. Con este apoyo, el paciente encontrará la fuerza para superar las dificultades y barreras relacionada con el autocuidado y los cambios que se están experimentando en su vida diaria (53).

Gráfico 8.

Dimensión 3: Cuestiones Generales



Fuente: Encuesta

En relación a las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados dentro de la dimensión cuestiones generales, mayoritariamente el 73.33% si se realizó controles médicos con un profesional especializado en el cuidado del estoma, mientras que el 26.67% no se los realizo.

Bonill y Capilla en su estudio determina que el cambio que experimentan en sus vidas los pacientes ostomizados tras contar con una persona que les oriente en todos los aspectos relacionados con el estoma, contribuye a que desapareciera la sensación de incertidumbre y miedo que provoca el desconocimiento y la falta de información. En relación al seguimiento recibido por parte del profesional de enfermería estomaterapeuta, los pacientes relatan sentir tranquilidad al saber que cuenta con una persona que les ayude a resolver sus dudas, así como la importancia que tiene el seguimiento hasta conseguir su autosuficiencia (49).

Tabla 1.*Registro de observación de la ostomía*

Dimensión	Características		Frecuencia	Porcentaje	
Evaluación del estoma	Tamaño		15	100%	
	Color		15	100%	
	Aspecto		15	100%	
	Elevación	Normal	8	53.33%	
		Alineado	3	20%	
		Prolapso	4	26.66%	
Evaluación de la piel periestomal	Color	Saludable	13	86.66%	
		Eritema	2	13.33%	
	Integridad	Intacta	13	86.66%	
		Erosión	2	13.33%	
	Turgencia	Normal	15	100%	
Evaluación de residuos	Heces	Textura	Sólida	2	13.33%
			Espesa	2	13.33%
			Pastosa	2	13.33%
			Líquida	8	53.33%
	Producción	Producción normal	9	60%	
			Control de ingesta y eliminación	5	33.33%
	Orina	Color	Ámbar	1	6.66%
		Claridad	Clara	1	6.66%
		Olor	Ligera	1	6.66%
	Evaluación del dispositivo de ostomía utilizado	De una pieza		8	53.33%
De dos piezas		7	46.66%		
Pastas, tiras adhesivas y sellos de barrera		4	26.66%		
Polvo para el estoma		4	26.66%		
Cinturón		4	26.66%		

Fuente: Registro de observación

En relación a las prácticas de autocuidado obtenidos del registro de observación de la ostomía, dentro de la dimensión evaluación del estoma el 100% del grupo de estudio presentó un estoma de tamaño normal, color rojo y aspecto adecuado. Según Mora en su estudio determina que de acuerdo al tipo de estoma el 70% (45) de los pacientes presentaron un estoma normal, concordando con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Un estoma sin complicaciones es de color rojo o sonrosado debido a que contiene gran cantidad de capilares sanguíneos. El aspecto húmedo y brillante, ya que no se trata de piel sino de mucosa intestinal, cuya morfología especial hace posible que esté en contacto con las heces sin sufrir irritación. Sin embargo, los fluidos de desecho son altamente corrosivos e irritantes para la piel, tanto más cuanto menos formados estén, es decir, cuanto más líquidas sean. No tiene terminaciones nerviosas y por tanto al tocarlo o lavarlo no duele (57).

Se observó que el 53.33% presentó una elevación normal del estoma, en relación al 20% que está alineado es decir la mucosa a nivel de la piel, mientras que el 26.66% está prolapsado. Según Mora en su estudio, determina que el estado de la piel de los pacientes el 69% tenía la piel intacta, el 25% irritada y el 6% lesionada (45). El estoma suele medir de 30-55mm de diámetro y lo ideal es que estén elevados sobre la superficie de la piel unos 5mm. Tiene que tener la misma temperatura que el resto del abdomen, esto se comprueba tocando el estoma a través del dispositivo (44), datos que corroboran con las técnicas de exploración física realizadas.

Según Salomé y Almeida en relación a las complicaciones que presentan los pacientes ostomizados el 48.60% dermatitis; 20% retracción y 18.60% prolapso. Se debe considerar que algunas complicaciones aumentan con la edad y con la incapacidad para realizar la demarcación de la estoma, dado que son uno de los factores que puede contribuir a la aparición de estas complicaciones (55). La mala adaptación de la placa del estoma a la piel se debe principalmente a la elección inadecuada del lugar de confección del estoma en la pared abdominal, situándose cerca de depresiones, pliegues cutáneos, prominencias óseas, permitiendo la filtración del contenido efluente

del estoma. Esta complicación varía de 13% en cirugías electivas, 31% en cirugías de emergencia (58).

En lo referente a la dimensión evaluación de la piel periestomal se observó que de acuerdo al color mayoritariamente el 86.66% de la piel de los pacientes ostomizados era saludable, mientras que el 13.33% presentó eritema a nivel de la superficie cutánea adyacente. En lo referente a la integridad el 86.66% se observó que la piel del grupo de estudio era intacta no agrietada, en relación al 13.33% que presentó erosión es decir lesión superficial de la piel. Además, en lo que concierne a turgencia cutánea el 100% de los pacientes ostomizados tenía buena elasticidad.

Generalmente, las dermatitis y erosiones son lesiones debidas a un inadecuado uso de los dispositivos colectores, precisamente por un corte excesivo del orificio de la barrera protectora, en relación con el estoma dejando a la piel expuesta a la acción del efluente. Los colectores y los equipos adyuvantes disponibles en el mercado deben presentarse con el más mínimo detalle a los pacientes ostomizados. Según Salomé y Ferreira en su estudio determina que el equipo utilizado en algunos servicios sanitario recomienda la evaluación in situ del dispositivo para comprobar los resultados; debido a que con el pasar del tiempo, el equipo puede ser remplazado, de ahí la necesidad de implementar una evaluación continua (42).

Respecto a la dimensión evaluación de residuos de heces en el grupo de estudio en relación a la textura mayoritariamente el 53.33% eran heces líquidas, el 13.33% era sólida, al igual que el 13.33% espesa, y el 13.33% pastosa. En relación a la producción se evidencia que el 60% de la población tiene una producción normal de heces de acuerdo a lo manifestado por los mismos, mientras que el 33.33% restante se observó y comprobó la producción normal de heces registrada en el formulario control de ingesta y excreta. Dentro de la evaluación de residuos de diuresis se evidenció que el 6.66% presento diéresis de color ámbar, clara y con un ligero olor sui generis.

Arenas y Abilés en su estudio determinan que los estomas normales tiene un débito que varía entre 500 -1.000 ml diarios por las ileostomías, el límite a partir del cual se

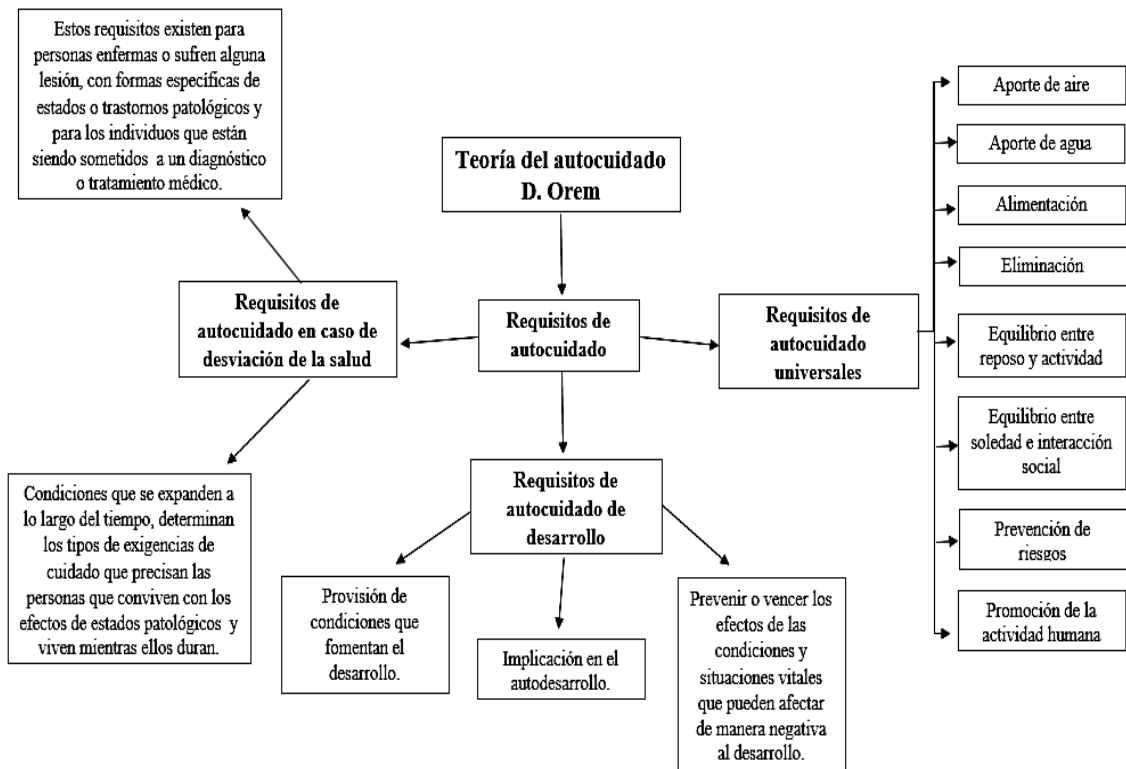
considera que un estoma está produciendo un alto débito no está claramente definido. Según otros estudios definen que las ostomías de alto débito (OAD) son aquellos casos que exceden los 2.000 ml en más de 48 h, o consideran como débitos mayores de 1.000 ml -1.200 ml mantenidos durante 3-5 días. He ahí la importancia de que los pacientes sometidos a ostomías deben llevar un registro diario de la producción de residuos, para evitar complicaciones y reingresos hospitalarios por deshidratación o disfunción renal (59).

De acuerdo a la producción de residuos se debe tomar en cuenta que mientras más líquido es el contenido fecal, existe mayor enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuestos a ellos, razón por la cual el estoma debe ser siempre protruida 2 a 3 cm sobre el plano de la piel; de igual manera el residuo producido por la urostomía es altamente irritante para la piel debido al pH y al contenido mucoso propio de la porción intestinal (60).

Dentro de la dimensión evaluación del dispositivo de ostomía utilizado por los pacientes ostomizados el 53.33% utilizo la bolsa de una pieza, mientras que el 46.66% utilizo la bolsa de dos piezas. En lo relacionado al uso de pastas, tiras adhesivas, polvo para estoma y cinturón solo el 26.66% hace uso de estos accesorios en relación al resto del grupo de estudio debido al factor económico.

Los sistemas colectores son sistemas que se utilizan para lograr una recolección cómoda y eficaz de los desechos de las ostomías de eliminación para conseguir una vida socio profesional, familiar y sexual en condiciones cercanas a las normales. Constan de una parte adhesiva que se pega alrededor de la estoma y una bolsa que recoge los productos de desecho. La primera debe adherirse a la piel, garantizando al paciente una buena movilidad, al mismo tiempo la prevención de irritación de la piel periestomal y complicaciones derivadas de la ostomía. Los accesorios son precisos para la correcta aplicación y utilización de las bolsas como: cinturones, pinzas, filtros de gases y protector periestomal que previene las agresiones sobre la zona que rodea al estoma y absorbe una posible humedad de la zona (44).

4.3. Bases conceptuales de la Teoría de Orem sobre los requisitos de autocuidado en pacientes ostomizados



Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta tres teorías relacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

La teoría del autocuidado define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el autocuidado. Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud, mismos que ayudaran a describir la percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado en la población de estudio.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo del autocuidado (61).

Teoría del déficit de autocuidado trata de justificar la necesidad de la actuación enfermera. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando la agencia de autocuidado no satisface los requisitos de autocuidado; o, dicho de otra manera, cuando el paciente no es capaz de cuidarse por sí mismo.

Cuando aparece este déficit de autocuidado la enfermera podrá compensar la carencia mediante la teoría de sistema de enfermería. Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- Sistema de compensación total: requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
- Sistema de compensación parcial: se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero precisa la ayuda de la enfermera.
- Sistema de apoyo educativo: cuando satisface sus requisitos de autocuidado, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta.

Tabla 2.*Requisitos de autocuidado en pacientes ostomizado*

Categorías	Código	Subcategoría	Frasas Codificadas
Requisitos de autocuidado universales	RAU	A1. Mantenimiento del aporte nutricional	<p>A1.1. Grupo de alimentos</p> <p>A1.1.1. Carbohidratos: Consumo de quinua, morocho, arroz, cebada. Granos tiernos no granos secos (lentejas, maíz, tostado, frijoles). No papas ni arroz por antecedentes de HTA y DM. A excepción de un paciente debido al factor económico consumo mayoritario de granos secos.</p> <p>A1.1.2. Aderezos: Bajos en sal y azúcar.</p> <p>A1.1.3. Verduras: Tomate, lechuga, brócoli, remolacha, zanahoria, zambo, camote, acelga, berro, zapallo. No aguacate ni ají. Debido al factor económico no consume vegetales ni frutas.</p> <p>A1.1.4. Frutas: Manzanas, banano, melón, papaya, pitajaya, peras, uvas. No frutas ácidas o cítricas como tomate de árbol, mora, piña, kiwi, mandarina, limón, naranja. No frutas con semilla (granadilla).</p> <p>A1.1.5. Proteína: Pollo, pescado. No consumo de carnes rojas, de cerdo o cuy.</p> <p>A1.1.6. Lípidos: Prohibición del consumo de alimentos que contenga grasa o fritos.</p> <p>A1.1.7. Fibra: Pan de centeno, avena, granola.</p> <p>A1.1.8. Agua: Consumo de yogurt descremado, productos lácteos, gelatina, abundantes líquidos. No ingesta de bebidas gaseosas o embotelladas, fermentos (chica), colorantes.</p> <p>A1.1.9. Suplementos: Ensure 1 o 2 tomas al día. Hierro y ácido fólico.</p>

			<p>A1.1.10. Multivitamínico: Jugo natural de los 7 elementos: remolacha, zanahoria, manzana verde, espinaca, perejil, guayaba, hoja de dulcamara o sábila.</p> <p>A1.1.11. Consumo de lactulosa según prescripción médica en caso de taponamiento para evacuar a las 2 o 3 horas.</p>
		<p>A2. Mantenimiento de medidas de higiene</p>	<p>A2.1. Medidas de higiene diarias</p> <p>A2.1.1. Baño con agua, jabón, shampoo protegiendo de no mojar la funda recolectora.</p> <p>A2.1.2. Higiene bucal.</p> <p>A2.1.3. Cambio diario de ropa limpia.</p> <p>A2.1.4. Cambio de sábanas del dormitorio.</p> <p>A2.1.5. Lavado de manos antes y después de tocar el estoma.</p> <p>A2.1.6. Limpieza del estoma con paños húmedos o benjuí durante el baño.</p> <p>A2.2. Frecuencia</p> <p>A2.2.1. Baño diario, pasando un día, cada 3 o 4 días con cada cambio de funda o incluso 2 o 3 veces a la semana.</p>
		<p>A3. Mantenimiento de la eliminación</p>	<p>A3.1. Bioseguridad</p> <p>A3.1.1. Lavado de manos con agua y jabón antes y después de realizar la eliminación de desechos</p> <p>A3.1.2. Uso de guantes de manejo para eliminar los desechos, paños húmedos para la limpieza del estoma y medidas de protección necesarias.</p> <p>A3.1.3. No uso de guantes de manejo ni medidas de protección.</p> <p>A3.1.4. Uso de agua hervida, agua de la llave o suero fisiológico en la funda recolectora para ablandar las heces y eliminarlas.</p>

		<p>A3.1.5. Uso de aspersul como medida de higiene del estoma después de cada eliminación.</p> <p>A3.2. Frecuencia</p> <p>A3.2.1. Eliminación de desechos de 2 a 3 veces al día o de acuerdo a ingesta de líquidos.</p> <p>A3.2.2. No cuantificación de desechos eliminados.</p> <p>A3.3. Consistencia y alteraciones de los desechos</p> <p>A3.3.1. Cambio de la consistencia, olor y color al cambio de alimentación se observan: heces espesas no tienen olor, líquidas tienen olor y espumosas cuando algún alimento le hizo daño.</p> <p>A3.3.4. Sin precaución en la eliminación, conciencia y alteración de los desechos.</p>
	A4. Mantenimiento de la interacción social	<p>A4.1. Experiencias</p> <p>A4.1.1. Modificación al estilo de vida al eliminar los desechos y adaptación a su nueva condición de salud.</p> <p>A4.1.2. Cambio de actitud con familiares.</p> <p>A4.1.3. Cambio en el aspecto físico y la apariencia.</p> <p>A4.1.4. Resignación a la nueva condición de salud.</p> <p>A4.1.5. Momentos difíciles y desosiego.</p> <p>A4.1.6. Dependencia familiar</p> <p>A4.1.7. Aislamiento y negación familiar a la nueva condición de salud.</p> <p>A4.1.8. Apoyo de la comunidad amigos, vecinos.</p>
	A5. Mantenimiento	<p>A5.1. Actividades</p>

		del descanso y la actividad	<p>A5.1.1. Limitación en la realización de actividades laborales, agrícolas, del hogar y recreativas.</p> <p>A5.1.2. Caminatas cortas debido a fatiga en distancias prolongadas por condición de salud.</p> <p>A5.1.3. Incomodidad por temor a despegarse la funda.</p> <p>A5.1.4. No realiza actividades que demandan fuerza.</p>
		A6. Mantenimiento de la prevención de riesgos	<p>A6.1. Medidas de protección ante peligros</p> <p>A6.1.1. Aplicación de la mano sobre la funda como medida de seguridad y sujeción.</p> <p>A6.1.2. Uso de faja para mayor seguridad al caminar o protección de la columna.</p> <p>A6.1.3. Restricción en al realizar actividades bruscas o sobreesfuerzo como precaución.</p> <p>A6.1.4. Uso de almohada al dormir como medida de seguridad.</p> <p>A6.1.5. Conciliar el sueño al lado opuesto de la ostomía.</p>
		A7. Mantenimiento del apoyo social	<p>A7.1. Interacción social y familiar</p> <p>A7.1.1. Apoyo familiar, moral y psicológico ante la enfermedad.</p> <p>A7.1.2. Negación del apoyo familiar ante la nueva condición de salud.</p> <p>A7.1.3. Fortalecimiento de las relaciones y vínculos familiares.</p> <p>A7.1.4. Apoyo comunitario de amigos y vecinos.</p>
Requisitos de autocuidado de desarrollo	RAD	B1. Actividades de autocuidado de la ostomía	<p>B1.1. Actividades de autocuidado</p> <p>B1.1.1. Limpieza del estoma con suero fisiológico, agua hervida o de la llave.</p> <p>B1.1.2. Refieren tener los siguientes insumos para su autocuidado: benjuí, aspersul, crema</p>

		<p>cero, stomahesive, fundas de recambio, esparadrappo, flexomul.</p> <p>B1.1.3. No todos disponen de los insumos necesarios para el autocuidado debido al factor económico.</p> <p>B1.2. Frecuencia</p> <p>B1.2.1. Cambio de funda recolectora cada 5 días o cuando se desprende de la piel por fuga de desechos.</p> <p>B1.2.2. Cambio de la funda cada 2 o 3 días o debido al factor económico máximo a los 5 días.</p> <p>B2.2.3. Cambio cada 7-8 o 10 días e incluso a los 12 días con la aplicación del stomahesive y cuidados de la misma.</p>
	B2. Adaptabilidad al estoma	<p>B2.1. Adaptabilidad a los olores y pérdidas</p> <p>B2.1.1. Molestia al eliminar las heces por la funda no de la forma fisiológica.</p> <p>B2.1.2. No desagrado en el olor de los desechos.</p> <p>B2.1.3. Molestias debido a los ruidos producidos y ventosidades al no tener control de los residuos.</p> <p>B2.1.4. Desagrado, recelo y náuseas al eliminar los desechos.</p> <p>B2.1.5. Familiarización en la eliminación y olores con el pasar del tiempo.</p> <p>B2.1.6. Instrucción previa acerca de la adaptabilidad a la nueva condición de salud.</p>
	B3. Repercusiones positivas y negativas de la ostomía	<p>B3.1. Percepciones positivas</p> <p>B3.1.1. Mejorar la condición de salud y calidad de vida previa a la enfermedad de base (neoplasia).</p> <p>B3.1.2. Disminución de molestias como: cólicos, dolor e inflamación abdominal y taponamiento.</p>

			<p>B3.1.3. Eliminación de las heces por la funda recolectora.</p> <p>B3.1.4. Sin afectación con el convivir diario.</p> <p>B3.2. Percepciones negativas</p> <p>B3.2.1. Olores de las pérdidas producidos.</p> <p>B3.2.2. Restricción en las actividades habituales que realizaban antes de la ostomía.</p> <p>B3.2.3. Relacionadas con el vaciamiento, limpieza del estoma y cambio de funda.</p> <p>B3.2.4. La incomodidad de la funda recolectora.</p> <p>B3.2.5. Complicaciones cuando hay taponamiento.</p> <p>B3.2.6. Anhelo de retomar la normalidad previa a la ostomía.</p>
<p>Requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud</p>	RACDS	C1. Control médico	<p>C1.1. Frecuencia</p> <p>C1.1.1. Control mensual con el especialista.</p> <p>C1.1.2. Cada 15 días o cita abierta con el oncólogo.</p> <p>C1.1.3. Dificultad respecto a movilización para los controles médicos.</p> <p>C1.1.4. Control cada 2 meses con los exámenes previamente requeridos.</p> <p>C1.1.5. Anualmente con el especialista debido a alta médica hace 5 años, acudir en caso de molestias.</p> <p>C1.1.6. Cada 22 días para la realización de Quimioterapia y control pertinente.</p> <p>C1.1.7. Trimestralmente para la obtener medicamentos de HTA y DM, así también para bolsa de recambio.</p> <p>C1.1.8. Deficiencia en los controles médicos desde el alta hospitalaria.</p>

		C2. Actividades en caso de emergencia	C2.1. Actividades C2.1.1. Atención en el servicio de Emergencia en caso de presentar molestias enterostomales. C2.1.2. Solicitud de ayuda a la comunidad debido a que no cuenta con el apoyo familiar.
--	--	---------------------------------------	---

Fuente: Entrevista

Dorothea Orem dentro de la Teoría de autocuidado, describe por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas, así como los requisitos de autocuidado. En este estudio se relacionan estos requisitos con la percepción que tienen los pacientes ostomizados mediante los resultados obtenidos a través de la técnica de la entrevista a profundidad.

Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos de funcionamiento y desarrollo humano. Son las razones por las que se emplea el autocuidado, expresan los resultados deseados, es decir el objetivo del autocuidado. Para Orem existen tres categorías de requisitos de autocuidado: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud (61).

La categoría *requisitos de autocuidado universales* dentro de la teoría de Orem es descrita como un conjunto de objetivos que deben alcanzarse por parte de los pacientes ostomizados mediante el autocuidado. Este proceso hace referencia a la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital, se describen ocho requisitos comunes para hombres, mujeres y niños, que será mencionado a continuación:

Primer *requisito mantenimiento del aporte nutricional*, de acuerdo a la percepción y prácticas de autocuidado de los pacientes ostomizados manifiestan consumir comidas blandas en su mayoría frutas, verduras, fibra dietética y carbohidratos (Tabla 2). Los cambios en la dieta van dirigidos a influir positivamente sobre las características de las heces (cantidad, frecuencia y consistencia) evitando la presencia de diarrea o

estreñimiento, atenuar la generación de flatulencias y el mal olor, así como prevenir la obstrucción del estoma.

Procuran siempre mantener un adecuado proceso de masticación antes de digerir para contribuir a la absorción de nutrientes, algunos pacientes en cambio consumen suplementos (ensure) 1 o 2 tomas al día, yogurt descremado, leche, gelatina alimentos que ayudan a inhibir el olor de las heces y reducir los síntomas gastrointestinales. Al incorporar alimentos ricos en carbohidratos y almidones ayudan a disminuir el gasto del estoma aunque se debe tomar en cuenta a los pacientes diabéticos, así también el consumo de granos secos aumentan la producción de flatulencias, gases y olor.

En lo relacionado con la ingesta de frutas y verduras cocidas y sin cascaras, así también procuran no consumir frutas cítricas (mora, piña, kiwi, naranja, mandarina) y con semillas como la granadilla, para evitar obstrucción del estoma; por otro lado existe pacientes que no lo consumen debido al factor económico, ya que su alimentación consiste en su mayoría de tostado, poroto, arveja y coladas alimentos que producen molestias gastrointestinales y pudiendo causar obstrucción del estoma.

La alimentación consiste en implementar fibra dietética como pan de centeno, avena, granola causando voluminosidad a las heces, disminuyendo el gasto del estoma y mejorando la absorción de nutrientes, debido a que en pacientes con ileostomía hay mayor pérdida de aminoácidos por el estoma. En lo que respecta a los alimentos que son restringidos coinciden en no consumir carnes rojas, cerdo, cuy, ají (picantes), aguacate, fermentos como la chicha, gaseosas o bebidas carbonatadas y alimentos sin grasa, ya que son alimentos que irritan al intestino o aceleran el tránsito gastrointestinal.

Es recomendable mantener horarios regulares con intervalos entre 3 y 4 horas que ayuden a mejorar la absorción intestinal y la conciencia de las evacuaciones. La dieta debe ser individualizada pero siempre equilibrada para evitar diarreas o estreñimiento. En nuestro país no existe una guía nutricional para tener las pautas para el tratamiento

de nuestros pacientes considerando la prevalencia en los diferentes centros asistenciales.

Segundo *requisito mantenimiento de medidas de higiene* de acuerdo a los hábitos de higiene los pacientes ostomizados refieren que realizan las siguientes actividades de autocuidado como es el baño diario o pasando un día con agua y jabón, el cambio de ropa limpia, aseo de cavidades e incluso el cambio de sábanas del dormitorio. Además del lavado de manos antes y después de eliminar las heces de la bolsa manteniendo la higiene y limpieza según indicaciones en el alta hospitalaria para evitar infecciones cruzadas. Así también durante el baño la limpieza del estoma con gasa empapada de benjuí como medidas antisépticas, antifúngicas y cicatrizantes para la prevención de lesiones de la piel periestomal; conjuntamente algunos pacientes utilizan crema cero sobre la piel periestomal como barrera protectora para evitar o disminuir complicaciones dérmicas sobre la misma.

Según estudios relacionados con la eficacia de protectores cutáneos en la prevención de lesiones de la piel periestomal en pacientes ostomizados, manifiestan que el benjuí se continúa usando en menor proporción por el componente de la solución que contiene alcohol, provocando en el paciente dolor, ardor; no el uso de alcohol por su efecto astringente que puede producir sequedad, irritación y dolor (62).

Las primeras orientaciones técnicas relacionadas al cuidado específico del estoma ocurrieron con las demostraciones por parte del equipo de salud, especialmente del profesional de enfermería tanto para el familiar como el paciente sobre cómo realizar la limpieza, eliminación y cambio de la bolsa recolectora, como parte de un entrenamiento progresivo de cuidado y autocuidado que hacen parte de una de las estrategias educativas, de manera que, cuando ocurre el alta hospitalaria el paciente con estoma y el familiar debe estar apto a realizar la higiene, de esa forma la asociación entre el autocuidado y la conquista de la autonomía es inevitable, especialmente en pacientes en esa condición que necesitan adquirir habilidades específicas en el cuidado del estoma, uso de equipamientos recolectores y materiales adyuvantes (63).

Otros pacientes realizan el baño cada tres o cuatro días simultáneamente con el cambio de la bolsa. Identificando un problema de higiene que se relaciona íntimamente con complicaciones del estoma y la piel periestomal debido a que las heces son altamente irritantes ya que contiene enzimas digestivas, a pesar de la intervención educativa previa al alta hospitalaria sobre medidas de higiene y autocuidado de la ostomía.

Tercer *requisito mantenimiento de la eliminación* en relación a los cuidados que realiza el paciente para la eliminación de los efluentes, manifiestan que realizan la higiene de manos con agua y jabón como medida para evitar infecciones cruzadas, colocación de guantes para eliminar los desechos como medida de bioseguridad y protección de acuerdo a la intervención educativa antes del alta hospitalaria por parte del personal de enfermería.

Para la higiene de la bolsa y eliminación de los desechos la mayoría de las pacientes colocan agua hervida o suero fisiológico en la bolsa para ablandar las heces o enjuagarla. El vaciamiento de la bolsa se realiza cuando este a la 1/3 de la capacidad para evitar fugas.

Mayoritariamente los pacientes manifestaron que siempre están pendientes en el cambio del color, olor, consistencia y cantidad de los desechos que eliminan, ya que menciono que “cuando las heces son espesas no tienen olor y cuando son aguaditas tienen olor, y hay veces que son espumosas es cuando algún alimento le hizo daño” e incluso otros pacientes menciona que consumen lactulosa según prescripción médica en el caso de estreñimiento, pero sin embargo otros pacientes manifiestan que no están pendientes de la eliminación solo las eliminan y no ven si existe alguna alteración.

La importancia de prestar atención en el olor, color, cantidad y consistencia de los desechos tiene una estrecha relación con la ingesta de ciertos alimentos, colorantes y medicamentos, a su vez en relación con la cantidad es importante que los pacientes ostomizados lleve un registro diario de la producción de los desechos, para evitar complicaciones y reingresos hospitalarios debido a pérdidas excesivas producidas por el estoma. Los estomas normales tiene un débito que varía entre 500 -1.000 ml diarios

por las ileostomías, en un estudio realizado definieron que las ostomías de alto débito (OAD) como aquellos casos en los que exceden los 2.000 ml en más de 48 h, o según otros estudios lo definen como débitos mayores de 1.000 ml -1.200 ml mantenidos durante 3-5 días (59).

Cuarto *requisito mantenimiento de la interacción social*, cuenta la experiencia de adaptación a la ostomía y el cambio en su estilo de vida, relatan que su vida ha cambiado porque ya no se siente como antes, debido a que eliminan las heces por la funda recolectora y que ya no pueden seguir realizando las actividades que hacían antes de la ostomía. De la misma manera también otros pacientes manifiestan que fue difícil adaptarse debido al cambio en el aspecto físico y su apariencia al portar la funda, así también otros pacientes manifestaron que al principio no fue una bonita experiencia, pero con el pasar del tiempo aprendido a realizarse la higiene, autocuidado del estoma e incluso acostumbrarse a su nueva condición y sentirle cada vez más familiar. Otro paciente manifestó que la preocupación es natural, debido a la enfermedad debe cuidarse y eso lo está haciendo, pero como tiene ese cuidado no tiene ninguna novedad.

Después de la intervención quirúrgica para recibir una bolsa de colostomía los pacientes deben pasar por cambios en varios aspectos de sus vidas, para adaptarse a su nueva condición y tener la mejor calidad de vida, debido a que durante un proceso de enfermedad existe una gran carga emocional y que eventualmente interfiere con el proceso de vida del paciente. El proceso de adaptación está influenciado por la aceptación de los pacientes ante su nueva condición y el estigma social existente. Además, la percepción que los pacientes con colostomía tienen de la disminución o pérdida de sus capacidades productivas también influye en este proceso (64). Por lo tanto, este es un proceso individual que se desarrolló con el tiempo y que involucra una serie de aspectos, que van desde la ayuda brindada hasta la forma en que el paciente se involucra por su autocuidado.

Quinto *requisito mantenimiento del descanso y la actividad equilibrio*, relata cómo ha influenciado el portar la ostomía en las actividades de la vida diaria, en la cual refieren

los pacientes en su mayoría que no pueden realizar deportes como nadar, jugar básquet, vóley por temor a recibir un golpe o despegarse la funda. El profesional de enfermería debe enseñarle que puede reanudar a su vida normal, evitando únicamente deportes en los que el estoma puede ser golpeado o incluso el uso de dispositivos accesorios que existen en el mercado como el tapón que impide la salida de heces pero permitiendo la salida de gases sin ruido y sin mal olor, consiguiéndose continencia durante el tiempo que este aplicado y solo será utilizado por pacientes colostomizados.

Incluso otros pacientes manifiestan que debido a su condición de salud se fatigan y tiene dolor lumbar por lo que si realiza las actividades del hogar las realiza máximo 1 hora y se retira a descansar, de igual manera otra paciente manifiesta que se siente incómoda como si se fuera a despegar la funda. Por otro lado, una paciente manifestó que no ha influenciado en las actividades de la vida diaria ni recreativas debido a que trabaja en una oficina y que como la mayor parte del tiempo pasa escribiendo sentada frente a un computador e incluso realiza caminatas diarias.

La calidad de vida de los pacientes ostomizados según un estudio determina que más del 50% de pacientes les gustaría tener más oportunidades de ocio, debido a que los pacientes ostomizados están preparados por las actividades físicas que pueden colocarlos en situaciones embarazosas, como la exposición de la bolsa, ruptura fugas, entre otros (65). Otro artículo revela que los pacientes ostomizados generalmente no regresan o solo regresan parcialmente a actividades de ocio “activas”, como deportes, debido a las preocupaciones sobre la bolsa, tolerancia a la actividad o problemas de salud (64) corroborando con los relatos de los participantes de este estudio.

Sexto *requisito mantenimiento de la prevención de riesgos* relacionado con las actividades de protección que realiza ante un peligro para salvaguardar la ostomía, manifiestan que colocan siempre la mano sobre la funda recolectora como medida de seguridad y cuidado para sujetarla. Además, otros pacientes utilizan fajas para mayor seguridad y fijación de la bolsa al caminar, acudir a controles médicos o como protección de la columna. De la misma manera otros pacientes evitan realizar actividades bruscas como alzar objetos pesados, sobreesfuerzo o agacharse

bruscamente haciendo factible el desalojamiento accidental de la funda recolectora o en casos mayores puede llevar a causar prolapso del estoma o dehiscencia de la herida causando complicaciones. Otros pacientes como medida de protección logran conciliar el sueño al lado contrario del estoma y colocando una almohada como protección para evitar golpes e incomodidad de la misma.

Séptimo *requisito mantenimiento de apoyo emocional*, establece la relación que tiene el paciente con familiares, amigos y vecinos después de portar la ostomía. Los pacientes en su mayoría afirman que la relación con los familiares, amigos y vecinos no ha cambiado de cómo era antes de la cirugía y que reciben apoyo emocional y psicológico e incluso ha ayudado a fortalecer vínculos familiares. Otro paciente manifiesta que sus familiares no le han preguntado por su estado de salud e incluso lo negaron como familia y solo recibe apoyo de sus vecinos más cercanos.

Durante el proceso de adaptación el paciente ostomizado puede temer al rechazo de sus amigos y familiares conduciendo al aislamiento social, por esa razón el apoyo de la familia, personas significativas y del profesional de enfermería es imprescindible para la rehabilitación, reintegración y autocuidado del paciente ostomizado.

La categoría *requisitos de autocuidado de desarrollo* dentro de la teoría de Orem busca promover las condiciones necesarias para la vida por parte de los pacientes ostomizados en períodos de crecimiento y autodesarrollo, definidos por cambios físicos, psicológicos y sociales por lo que las acciones de autocuidado desarrolladas estarán destinadas a promover y mantener la salud, y a mejorar o aliviar los efectos negativos a causa de los cambios experimentados durante estos períodos.

En lo relacionado con las actividades de autocuidado de la ostomía, los pacientes ostomizados refieren realizar lavado de manos con agua y jabón para prevenir infecciones cruzadas, colocación de guantes como medida de bioseguridad y proceden a retirarse la funda recolectora. Limpieza del estoma con agua de la llave, suero fisiológico, agua hervida, alcohol o paños húmedos debido a que no contienen sustancias irritables para la mucosa de acuerdo a la intervención del profesional de enfermería previo al alta hospitalaria.

Algunos pacientes utilizan benjuí empapado en gasa para la limpieza del estoma como medida antiséptica, antifúngica y cicatrizante, posteriormente aclarar y secar suavemente y colocar aspersul como agente antiséptico. Alrededor de la placa adhesiva aplicar stomahesive para fijar la nueva funda recolectora conjuntamente con flexomul o espadrapo poroso. La aplicación de protectores cutáneos en la piel, tiene un efecto protector formando una película como barrera cutánea segura y eficaz protegiendo el área lesionada, así también como regenerador de la piel periestomal (62). Dependiendo del factor económico y las condiciones sociales los pacientes pueden hacer uso de los diferentes productos o accesorios disponibles para el cuidado de la ostomía.

La frecuencia para realizar el cambio de la funda recolectora según los pacientes describen realizarlo cada 2 o 3 días o como máximo a los 5 días dependiendo de si se desprende de la piel por fuga de los desechos y el más importante por el factor económico para conseguir fundas de recambio. Así también otros pacientes manifiestan que el cambio lo realizan cada 8 o 10 días e incluso que puede durarle hasta 12 días con el autocuidado respectivo.

De acuerdo a fuentes bibliográficas la frecuencia de cambio medio era entre 10,6 y 7,1 veces a la semana para dispositivos de una pieza y entre 3 y 2 veces a la semana para dispositivos de dos piezas (30), así también que los dispositivos para colostomía son cerrados y pueden ser de una o dos piezas, deben ser retirados y reemplazados cuando tengas un tercio o la mitad de su capacidad. En los distintivos de dos piezas, el disco puede permanecer durante varios días (cuatro por lo menos), y la bolsa puede ser reemplazada cuando sea necesario (31).

En nuestro país no existe un manual o protocolo estandarizado de higiene, cuidado, limpieza del estoma y manejo de dispositivos colectores que guíe la práctica clínica de nuestros pacientes ostomizados considerando la prevalencia en los diferentes centros asistenciales.

Referente a la adaptabilidad de estoma relacionada con los olores de las pérdidas producidas mencionan los pacientes ostomizados que la experiencia con el olor igual

no le afecto debido a que ya estaba preparado, ya que el médico le explico en qué consistía la cirugía a la que fue sometido y sus repercusiones. Por otro lado, no todos los pacientes tuvieron la misma experiencia positiva y algunos pacientes mencionaron que las heces evacuan acompañada de ventosidad y que se espantaba con el ruido producido debido a que no tiene control para poder eliminarlas, de la misma manera otra paciente relata que al principio fue difícil debido a su embarazo ya que tenía náuseas sentían asco y recelo al eliminarlas, pero después se fue acostumbrando a eliminar los desechos.

La construcción de la autonomía para el cuidado menciona que para el alcance de la rehabilitación por el paciente la asistencia especializada deberá ser interdisciplinaria incluyendo la enseñanza preoperatoria con soporte terapéutico individualizado, favoreciendo satisfactoriamente la aceptación de la nueva condición, como es el caso de uno de los pacientes ostomizados quien, si recibió intervención educativa pre y post quirúrgica, en relación a los demás pacientes que no lo recibieron. Debido a que los pacientes ostomizados, en los primeros meses de pos quirúrgico, presenta peor calidad de vida en relación al pos quirúrgico de seis meses, explicando que la adaptación y la aceptación requieren tiempo y asistencia interdisciplinaria, englobando aspectos psicológicos, cuidado con el estoma y equipo colector y prevención de complicaciones (63).

Respecto a las percepciones positivas y negativas de portar la ostomía los pacientes ostomizados refieren que disminuyeron las molestias previas a las que presentaban debido al antecedente patológico de base que acaecían; por otro lado las percepciones negativas de presentar la ostomía manifiestan que la pérdida de la continencia asociada a la creación del estoma, se vive como una alteración de la personalidad más grave que en el caso de otras mutilaciones, aunque sean menos fáciles de disimular que el estoma, debido a que puede alterar la convivencia social y dar lugar a que el paciente piense que no es del todo normal y se sienta diferente al no presentar las características y atributos considerados como normales por la sociedad (Tabla 2) corroborando con los relatos de los participantes de este estudio (66).

La categoría *requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud* dentro de la teoría de Orem son descritas como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo y determinan el tipo de exigencia de cuidado que precisan los pacientes ostomizados, ya que conviven con los efectos patológicos y viven mientras ellos duran. La complejidad del autocuidado aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinadas (61).

En relación al control médico que realizan los pacientes ostomizados, refieren acudir cada 15 días o cada mes o en algunos casos tener cita abierta para acudir al oncólogo o acuden a los controles de acuerdo a la disponibilidad del médico conjuntamente con los exámenes y ecos de control solicitados. Existen algunas limitaciones para no acudir a dichos controles son debido a la movilización, lejanía del domicilio de algunos pacientes e incluso el factor económico. Algunos pacientes acuden cada 22 días para realizarse quimioterapias y varios controles con diferentes especialistas debido a su condición de salud. Por otro lado, algunos pacientes no acuden a controles debido a que ya fueron dados de alta y solo acuden a la casa de salud a solicitar fundas de recambio.

Después del alta hospitalaria, el paciente ostomizado debe continuar con un programa de visitas en la consulta con el especialista. La frecuencia de estas visitas se decidirá individualmente para cada paciente dependiendo de su ritmo de adaptación a la vida con el estoma, ya que hay pacientes que necesitan la seguridad de un contacto más exhaustivo. Con ello se va a seguir una buena adaptación del paciente a su nueva condición de salud, se podrá identificar la aparición de complicaciones y en caso de que aparezcan, se podrán detectar y actuar de manera oportuna proporcionando una mejor calidad de vida.

Dentro de las actividades que realizan los pacientes ostomizados en caso de emergencia, manifiestan que en el caso de presenta taponamiento, dolor, cólicos, cambios de color en la heces o eliminaciones abundantes acuden al servicio de emergencia del hospital y manifiestan que son pacientes oncológicos para recibir atención prioritaria e inmediata. Otros pacientes manifiestan que consumirían

lactulosa y si en el lapso de 2 o 3 horas después de la ingesta no pueda evacuar las heces y si los cólicos persisten y el dolor se intensifica acudirán al hospital.

El profesional de enfermería es el encargado de educar y formular estrategias de intervención impartidas antes del alta hospitalaria en el caso de complicaciones, contribuyendo a disminuir la estancia hospitalaria y los costos de internación, proporcionando al paciente ostomizado una mejor calidad de vida y adaptación a su nueva condición de salud.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas que predominan en el grupo de estudio son las siguientes: la edad de la población con un 86.67% corresponde a pacientes mayores de 41 años, mostrando un predominio en el sexo masculino con un 60%; se auto identificaron como mestizos el 73,33% e indígenas con el 20%, el 60% tienen un estado civil casado, el 46.67% del grupo de estudio cursó la primaria mientras minoritariamente el 6.67% no tiene ningún tipo de instrucción, además el 33,33% en relación a la ocupación son jubilados y desempleados y solo el 13.33% ocupa algún cargo público.
- Las prácticas de autocuidado identificadas en los pacientes ostomizados son las siguientes: el 66.67% del grupo de estudio demuestra interés por su autocuidado, el 46,76% tiene una buena percepción sobre su estado de salud; en relación a la adaptabilidad al estoma el 46.67% considera una práctica fácil; el 66,67% no se siente a gusto con el tipo de alimentación que mantienen; el 40% de los pacientes ostomizados tienen limitaciones al realizar las actividades de la vida diaria coincidiendo con el 53.33% que están en desacuerdo en poder realizarlas después de portar la ostomía; el 40% del grupo de estudio está totalmente seguro en realizar la limpieza del estoma, cambio de bolsa, así también el 53,33% busca ayuda relacionada con el higiene del estoma en el caso de ser necesario.
- El 100% de pacientes presentó un estoma con características normales en cuanto al tamaño, color, aspecto y piel periestomal. Concluyendo que el grupo de pacientes ostomizados mantienen prácticas adecuadas en relación a las siguientes dimensiones: evaluación del estoma, piel periestomal, residuos y dispositivos.

- La percepción en la práctica de los requisitos de autocuidado son las siguientes: ejecutan prácticas de autocuidado saludables para mantener el aporte nutricional adecuado. En relación a la práctica diaria de higiene les permite mantener la funcionalidad del estoma; persiste la utilización de benjuí pese a no existir evidencia científica relacionada con el uso en ostomías. Existe un cambio de actitud con la relación familiar, expresando actitudes de dependencia, aislamiento y negación familiar. Se evidenció sentimientos de temor, cansancio e impotencia para realizar actividades diarias. El apoyo social es fundamental para el fortalecimiento de las relaciones y vínculos familiares y psicológico ante la enfermedad.
- Es indispensable la responsabilidad del autocuidado por parte de los pacientes ostomizados en función de mejorar su estado de salud y evitar complicaciones, a través de las intervenciones educativas que debe brindar el profesional de enfermería. Las experiencias personales y conductas aprendidas, modificables o no modificables abordadas de forma cualitativa en este estudio permitieron identificar prácticas de autocuidado individualizadas, que deben ser valoradas en la ejecución de la terapéutica en enfermería.

5.2. Recomendaciones

- El servicio de cirugía y consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl debe implementar un protocolo interno de la institución y guía para el paciente sobre el manejo de estomas de eliminación. Debido a que el conocimiento del perfil del paciente ostomizado y las singularidades asociadas al estoma son esenciales para conducir la atención de enfermería con vista a la participación activa del paciente en su autocuidado conjuntamente con el equipo multidisciplinario responsables del proceso de rehabilitación.
- Se considera la necesidad de implementar un sistema eficaz de datos sobre los pacientes ostomizados, porque el conocimiento del mismo contribuirá al progreso de las acciones de políticas públicas en salud para una mejor planificación de la atención en los diferentes establecimientos de salud, que implica una atención de calidad.
- Como profesional de enfermería recomiendo que los demás colegas realicen estudios basados en teorías de enfermería, desde la percepción de los pacientes ostomizados en la práctica de los requisitos de autocuidado.

Bibliografía

1. OMS. Cancer Control. Knowledge into Action. [Online]; 2015. Disponible en: <http://www.who.int/topics/cancer/en/>.
2. Landeros López , Hernández Castañón A, Galarza Maya. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Revista de Enfermería Instituto Mexicano de Seguro Social. 2015; XXIII(2): p. 23(2):91-8.
3. Estevez , Espinosa Bautista DP, Sánchez Castañeda , Cruz Garduño , Cano Castillo L. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. 2010; VII(2): p. 1-6.
4. González Galindo , Méndez Hernández MDC. Intervenciones de Enfermería y Nivel de Conocimiento en el Manejo Integral del Paciente Ostomizado. Jóvenes en la ciencia. 2017; III(2): p. 1-4.
5. Freitas LS, Medeiros LPd, Melo MDM, Andrade RSd, Costa KF. Indicadores del resultado de enfermería en el autocuidado de la ostomía: revisión integrativa. ResearchGate. 2015; 20(3): p. 618-624.
6. Montenegro Vélez V. Evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de Hospitalización de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín Quito, Ecuador: UDLA Quito; 2016.
7. Arrais Sampaio FA, De Souza Aquino P, De Araújo TLL, Gimenez Galvão MT. Nursing care to an ostomy patient: application of the Orem's theory. Scielo. 2008; 21(1).
8. Almendárez Saavedra J, Landeros López M, Hernández Castañón M, Galarza Maya Y, Guerrero Hernández M. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015; 23(2).

9. Espinosa Estevez J, Sánchez Bautista M, Cruz Castañeda O, Cano Garduño , Rivas. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Scielo. 2010; 7(2).
10. Gómez del Río , Mesa Castro , Caraballo Delgado , Fariña Rodríguez AM, Huertas MJ, Gutiérrez Fernández. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. 2013; 7(3).
11. Montenegro Vélez K. Evaluación de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con ostomías digestivas del servicio de hospitalización de cirugía general del Hospital Carlos Andrade Marín. Primera ed. Quito, Ecuador: UDLA; 2016.
12. Ministerio de Salud Pública. Hospital San Vicente de Paúl Ibarra. [Online]; 2015. Acceso 5 de Diciembre de 2017. Disponible en: <http://hsvp.gob.ec/index.php/2012-08-26-14-30-20/historia>.
13. Bodega Urruticoechea C, Marrero González , Muñíz Toyos N, Pérez Pérez , Rojas González , Vongsavath Rosales. Cuidados Holísticos y Atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. 2013; 7(3).
14. Marjoram B. Fundamentos de la práctica de enfermería. Tercera ed. Hogston R, editor. México : McGraw Hill; 2008.
15. Social IMdS. Tratamiento médico nutricional del paciente con estomas de eliminación del tubo digestivo México, D.F.: Coordinación de unidades médicas de alta especialidad ; 2013.
16. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. Boletín Oncológico del área sanitaria de Teruel. [Online].; 2009. Acceso 25 de Agosto de 2018. Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-22/paciente-ostomizado.html#ostomia>.
17. Salido Moreno MdIP, Rodríguez Úbeda R. Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación. Fotoenfermería. 2014; I(48).
18. Fernández Gutiérrez F, Gallo Estrada Á, González Macho R, San Emeterio Izacelaya , Uría Etxebarria. Guía educativa para personas ostomizadas. Primera ed. Osakidetza , editor. País Vasco, España: Gobierno Vasco; 2016.

19. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Guía Canadiense de Enfermera para Pacientes con Ostomías. Primera ed. Investen , editor. Ontario, Canadá : Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario ; 2009.
20. Gutiérrez López E, Guillamas Vilela , Méndez Moreno , Cascado Jiménez , Tordesillas Cifuentes. Técnicas básicas de enfermería Méndez , editor. Madrid, España: Editex; 2009.
21. Corella Calatayud , Vázquez Prado A, Tarragón Sayas Á, Corella Mas M. Estomas Manual de enfermería IMTEXMA , editor. Valencia, España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2005.
22. Vázquez García dC, Poca Prats. Manual de cuidados en ostomías. Primera ed. Madrid, España : Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
23. Arenas Villafranca , Abilés J, Moreno , Tortajada Goitia B, Utrilla Navarro , Gándara Adán N. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. Nutrición Hospitalaria. 2014; 30(6).
24. Hollister Incorporated. Cuidado de la piel periestomal. [Online]; 2017. Acceso 20 de Agosto de 2018. Disponible en: http://www.hollister.com/~media/files/pdfs%20%93for%20%93download/ostomy%20%93care/hol_os%20%93peristomalskincare_caretips_es_923178-0317.pdf.
25. Raile Alligood M, Marriner Tomey. Modelos y teorías de Enfermería. Séptima ed. Fareso , editor. España: Elsevier España,; 2011.
26. Raile Alligood M, Marriner Tomey. Modelos y teorías de enfermería. Séptima ed. EdiDe SL, editor. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
27. Naranjo Hernández Ydalsys , Concepción Pacheco A, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017; 19(3).
28. Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador Quito, Ecuador: Asamblea Nacional; 2008.
29. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2020 Toda una Vida. Primera ed. Quito, Ecuador: Senplades; 2017.

30. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud Decreto Supremo No. 188 RO18I7, editor. Quito, Ecuador: Corporación de Estudios y Publicaciones; 2006.
31. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería Jean-Marteau P, editor. Ginebra, Suiza: Imprenta Fornara; 2012.
32. Manzini. Declaración de Helsinki de la AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 59th ed. Seúl: Scientific Electronic Library Online - Chile; 2008.
33. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio Md. Metodología de la investigación. Sexta ed. México : McGraw Hill; 2014.
34. Organización Panamericana de la Salud. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales OPS , editor. Washington, D.C.: PALTEX; 2008.
35. Guerrero Castañeda RF, Lenise do Prado M, Ojeda Vargas MG. Reflexión crítica epistemológica sobre métodos mixtos en investigación de enfermería. Enfermería Universitaria. 2016; 13(4).
36. Barbero Juárez J, Martín Cañete F, Galbis Valero V, García López. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. Nure Investigación. 2004;(7).
37. Asociación profesional de enfermeras de Ontario. Cuidado y manejo de la Ostomia. [Online], Ontario, Canadá: Asociación profesional de enfermeras de Ontario; 2009. Acceso 20 de Junio de 2018. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia_-_Guia_de_buenas_practicass_en_enfermeria.pdf.
38. Martín NSÁ. Scielo. [Online].; 2014. Acceso Viernes de Junio de 2018. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04889.pdf>.
39. Stegensek Mejía EM, Murad Robles Y, González MJ, López BE. Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, Mexico 2016. Enfermería Universitaria- Elsevier. 2017; 14(4).

40. Alencar Luz , Barros Araújo H. Perfil de pacientes ostomizados atendidos por la estrategia salud de la familia. Revista Cubana de Enfermería. 2014; 30(II): p. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/668/87>.
41. Instituto Nacional De Estadísticas y Censos INEC. Fascículo Provincial Imbabura. [Online].; 2010. Acceso 10 de Noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manualateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
42. Salomé M, Ferreira Carvalho , Massahud Junior R, Mendes. Perfil de los pacientes de ostomía residentes en la ciudad de Pouso Alegre. Revista de Coloproctología Rio de Janeiro. 2015; 35(2).
43. Galvão Queiroz , Souza Freitas L, Pinheiro de Medeiros L, Medeiros Melo , Sousa de Andrade R, Fernandes Costa K. Caracterización de ileostomizados atendidos en un servicio de referencia de ostomizados. Scielo- Enfermería Global. 2017; 16(46).
44. Guzmán Aguilar , Cano Vargas. Guía de Práctica Clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de personas adultas con estomas de eliminación. Primera ed. México: Asociación mexicana de cirugía general ; 2011.
45. Mora Rivas C. Estudio Avance de los dispositivos de ostomía de una y dos piezas: Moderma flex y Conform 2 de Hollister. Metas de Enfermería. 2012; 4(15).
46. Alcalá Seda , Caballero Villegas LI, Pérez Álvarez SI, Sarina Navarro , Rosas , Ojeda Valdés G. Experiencia de la clínica de estomas del H. R. 1º de Octubre, ISSSTE. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. 2004; 9(3).
47. Cruz Castañeda O, Cano Garduño , Pat Castillo L, Espinosa J, Hernández Corral S. Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federa. Revista CONAMED. 2009; 14(1).
48. Ferreira Umpiérrez. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Texto & Contexto Enfermagem. 2013; 22(3).
49. Bonill de las Nieves C, Capilla Díaz , Celdrán M, Morales M, Hernández SM, Hueso C. Percepción de las personas ostomizadas sobre la atención de salud recibida. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2017; 25(1).

50. Grilo Miranda S, De Sousa Carvalho A, Araújo Paz P. Calidad de vida de la persona ostomizada: relación con la atención proporcionada en la consulta de enfermería de estomaterapia. Escola Anna Nery. 2018; 22(4).
51. Salomé G, Almeida , Moura. Calidad de vida y autoestima de pacientes con estoma intestinal. Revista de Coloproctología Río de Janeiro. 2014; 34(4).
52. Attolini , Weirich C. Calidad de vida y perfil nutricional de pacientes con cáncer colorrectal colostomizados. Revista Brasileira de Coloproctología. 2010; 30(3).
53. De Oliveira Moreira C, Barbosa Marques C, Salomé M, Rite da Cunha D, Marques Pinheiro A. Lugar de control de la salud, espiritualidad y esperanza de curación en individuos con estoma intestinal. Revista de Coloproctología Río de Janeiro. 2016; 36(4).
54. Pat Castillo , Espinosa Estevez M, Cruz Castañeda O. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. Enfermería universitaria. 2010; 7(2).
55. Salomé , De Almeida A, Mendes B, Ferreira de Carvalho R, Massahud Junior. Evaluación del bienestar subjetivo y la calidad de vida en pacientes con estoma intestinal. Revista de Coloproctología Río de Janeiro. 2015; 35(3).
56. Salomé M, De Almeida A. Asociación de factores sociodemográficos y clínicos con la autoimagen y la autoestima de individuos con estoma intestinal. Revista de Coloproctología Río de Janeiro. 2014; 34(3).
57. Salido Moreno M, Rodríguez R. Consideraciones prácticas para el cuidado de un estoma digestivo de eliminación. Inquietudes. 2014;(48).
58. Marques dos Santos H, Mattos Bezerra M, Márcio Bezerra F, Paraguassu R. Perfil del paciente y las complicaciones relacionadas con ostomía estoma. Revista Brasileira de Coloproctología. 2007; 27(1).
59. Arenas Villafranca , Abilés J, Moreno G, Tortajada Goitia B, Utrilla Navarro , Gándara Adán N. Ostomías de alto débito: detección y abordaje. Nutrición Hospitalaria. 2014; 30(6).
60. Gómez. El paciente ostomizado. Farmacia espacio de salud. 2006; 20(8).



61. Alligood R, Tomey. Modelos y teorías de enfermería Bracelona, España : Elsevier España ; 2011.
62. 3M Cavilon. Película Protectora sin Ardor 3MTM Cavilon Resúmenes de Evidencia Clínica. [Online].: Resúmenes de Evidencia Clínica Cavilon; 2010. Acceso 4 de Diciembre de 2018. Disponible en: <https://studylib.es/doc/5143991/res%C3%BAmenes-de-evidencia-cl%C3%ADnica-cavilon%C2%AE-pps>.
63. Poletto D, Guerreiro Vieira da Silva M. Vivir con estoma intestinal: la construcción de la autonomía para el cuidado. Revista Latino Americana Enfermagem. 2013; 21(2).
64. Campos Kd, Henri Benites BL, Petroianu , Argent Rebelo , Panhoca. El impacto de la colostomía en la vida del paciente. Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro). 2017; 37(3).
65. Costa Fortes R, Ribeiro M, Akiko Kimura C. Calidad de vida de pacientes oncológicos con colostomía definitiva y temporal. Journaly Coloproctología Río de Janeiro. 2012; 32(3).
66. Bonill C, Celdrán M, Hueso C, Morales JM. Conviviendo con estomas digestivos: estrategias de afrontamiento de la nueva realidad corporal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3).
67. Salomé GM, Carvalho MRF, Junior MRM, Mendes B. Perfil de pacientes con ostomía que residen en la ciudad de Pouso Alegre. Scielo-Revista de Coloproctología (Río de Janeiro). 2 Junio 2015: p. 106-112.
68. Desarrollo SNDPY. Plan Nacional del Buen Vivir. Primera ed. ed. Quito, Ecuador: Senplades; 2013.
69. Secretaria Naciona del Planificación y Desarrollo. Plan Nacional del Buen Vivir. Primera ed. Quito, Ecuador : Semplades ; 2013-2017.
70. Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de Enfermería Ginebra, Suiza: Imprenta Fornara; 2012.
71. Mota MS, Calcagno G, Petuco VM, Heck RM, Barros E JL. Facilitadores del proceso de transición para el autocuidado de la persona con estoma: subsidios

para la enfermería. Revista de la Escuela de Enfermería de la USP- Scielo. 2015;: p. 80-86.

72. Arrais F, De Souza P, Leite T, Jiménez M. Asistencia de enfermería a paciente colostomizada: aplicación de la teoría de Orem. Scielo Brasil. 2008; I(21).
73. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo C, Fariña Rodríguez M, Huertas M, Gutiérrez C. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Enfermería. 2013; VII(3).

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de ingreso al servicio de cirugía, consulta externa y coordinación de admisiones del Hospital San Vicente de Paúl

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  

Dirección Asistencial Hospitalaria

Memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-DAH-2018-1036-M

Ibarra, 17 de septiembre de 2018

PARA: Sr. Dr. Diego Javier Mejia Lucero
Ejecutor Supervisor de Procesos de Cirugía HSVP

Sra. Lcda. Miriam Elena Lopez Gomezjurado
Ejecutora Supervisora de Procesos de Enfermería de Cirugía HSVP

Sra. Dra. Luceli Degdamia Ulloa Tapia
Supervisor Ejecutor de Procesos de Consulta Externa, HSVP

Srta. Lcda. Ximena Elizabeth Pozo Gordillo
Ejecutora Supervisora de Procesos de Enfermería de Consulta Externa HSVP

Sr. Ing. Jonathan Alexis Portilla Coral
Coordinador de Admisiones

ASUNTO: SE AUTORIZA A LA SRTA. JARAMILLO JÄCOME KAREN VANNESSA


De mi consideración:

En relación a la solicitud emitida por la MSc. Rocío Castillo A. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica del Norte, en la que solicita se autorice a la SRTA JARAMILLO JÄCOME KAREN VANNESSA, estudiante de la carrera de Enfermería, realizar la recolección de datos a través de encuestas sobre "PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADOS EN LA TEORIA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018", informo que se autoriza a la mencionada estudiante realizar la recolección de información, por lo que solicito dar las facilidades respectivas.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Carlos Fernando Villalba Sevilla
DIRECTOR ASISTENCIAL HOSPITALARIO HSVP



Calle Luis Vargas Torres 11-56 y Gonzalo Gomez Jurado

Anexo 2. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **KAREN VANESSA JARAMILLO JÁCOME**, de la **Universidad Técnica del Norte**. La meta de este estudio es: **Determinar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018**.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente **15 minutos** de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los CD's con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **KAREN VANESSA JARAMILLO JÁCOME**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es **Determinar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018**.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente **15 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a karenjaramillo821@gmail.com al teléfono 0990155335.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puede contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Anexo 3. Formato de encuesta



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

Estimado/a señor/a, me dirijo a usted como estudiante de la carrera de Enfermería, con la presente encuesta, dirigida a los pacientes que presentan ostomias, con el objetivo de evaluar las prácticas de autocuidado en pacientes ostomizados del Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra 2018.

Los resultados de la encuesta son de utilidad exclusiva para desarrollar un trabajo de investigación, es de carácter ANÓNIMO.

INSTRUCCIONES: A continuación, le presentamos una serie de preguntas, lea cuidadosamente, se solicita responder con absoluta sinceridad, marcando con una (x) correctamente en cada una de las preguntas según su criterio.

1. Edad:

>18	• 19 – 40	> 41

2. Sexo:

Masculino	Femenino

3. Autoidentificación:

Mestizo	Indígena	Blanco	Montubio	Afro descendiente

4. Nacionalidad

Ecuatoriano	Venezolano	Colombiano	otros

5. Estado civil

Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre

6. Lugar de residencia

Urbano	Rural

7. Escolaridad

Primaria	Secundaria	Universitaria	Ninguna

8. Ocupación

Empleado público	Empleado privado	Agricultor	Ama de casa	Ninguno

9. Tipo de vivienda

Propia	Arrendada	Prestada

10. Servicios básicos

Disponibles	No disponibles

11. Motivo del estoma

Neoplasia	Enfermedad inflamatoria intestinal	Sepsis anorrectal	Enfermedad diverticular del colón	Otros
-----------	------------------------------------	-------------------	-----------------------------------	-------

--	--	--	--	--

12. Tiempo de evolución

Temporal	Definitiva

13. Tipo de dispositivo

Único cerrado	Múltiple cerrado	Múltiple abierto

14. Tipo de estoma

Colostomía	Ileostomía	Urostomía	Traqueostomía	Yeyunostomía	Gastrostomía

15. Interés por su autocuidado

Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado

16. Como es su estado de salud actual.

Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Excelente

17. Le resulta fácil adaptarse a su estoma.

Nada fácil	Algo fácil	Normal	Bastante fácil	Muy fácil

18. ¿Come a gusto?

Nada	Algo	Poco	Bastante	Muchísimo

19. ¿Hasta qué punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?

Nada	Algo	Poco	Bastante	Mucho
------	------	------	----------	-------

--	--	--	--	--

20. Puede seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni en de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

Hasta qué punto se siente seguro para:

21. Limpiarse el estoma

Nada	Alguna vez	Regular	Muy frecuente	Totalmente

22. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada	Alguna vez	Regular	Muy frecuente	Totalmente

23. Tirar su bolsa

Nada	Alguna vez	Regular	Muy frecuente	Totalmente

24. Obtener sus bolsas de recambio

Nada	Alguna vez	Regular	Muy frecuente	Totalmente

25. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada	Alguna vez	Regular	Muy frecuente	Totalmente

26. ¿Sigue Vd. viendo a una enfermero/a o algún profesional especializado en cuidados del estoma?

Si	No

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 4. Formato de registro de observación



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.

CHECK LIST- REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE LA OSTOMIA

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres y apellidos: _____

Cédula de identidad: _____

Fecha: _____

TIPO DE OSTOMIA

Colostomía

Ileostomía

Urostomía

Fistula mucosa

Otro: _____

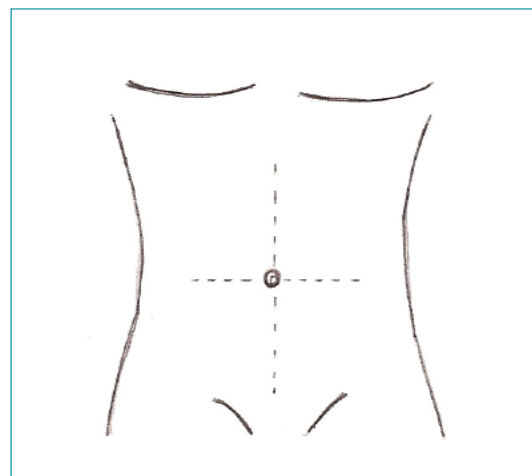
Permanente

Temporal

Fecha aproximada de cierre: _____

UBICACIÓN DEL ESTOMA

Leyenda:	
E	estoma
T	tubos
H	herida
FM	fistula mucosa
PO	prominencia ósea
PC	pliegue cutáneo



EVALUACIÓN

ESTOMA		Si	No	Novedades
Tamaño	Redondo (medir con la guía de medición de estomas) Ovalado (medir longitud y anchura)			
Color	Rojo (flujo sanguíneo adecuado)			
	Pálido (contenido bajo de hemoglobina)			
	Rojo oscuro, matiz violáceo (indica contusión)			
	De gris a negro (isquemia- sin flujo sanguíneo)			
Aspecto	Saludable (brillante y húmedo)			
	Tirante (edematoso)			
	Desgarrado (el estoma se ha cortado o desgarrado)			
	Granulomas (nódulos sobre el estoma)			
Elevación	Normal (entre 1.5 a 2.5 cm)			
	Alineado (mucosa a nivel de la piel)			
	Retraído (por debajo del nivel cutáneo)			
	Prolapsado (longitud superior a 5 cm)			
Otro				
UNIÓN MUCOCUTÁNEA				
Intacta	(la sutura alrededor del estoma está intacta)			
Separada	(estoma separado de la piel)			
PIEL PERIOSTOMAL				
Color	(Saludable no se diferencia de la superficie cutánea adyacente)			
	Eritema (roja)			
	Contusionado (color violáceo a amarillento)			
Integridad	Intacta (piel no agrietada)			
	Macerada (piel blanca friable, demasiada humedad)			
	Erosión (lesión superficial de la piel)			
	Erupción (brotes de lesiones en la piel)			
	Ulceración (herida en la dermis)			
	Otro:			
Turgencia	Normal (blanda, buena elasticidad)			

	Flácida (débil y fofa)			
	Firme (dura)			
Factores de predisposición	Eczema , psoriasis			
Otro				
RESIDUOS				
Heces	Textura: Sólida			
	• Espesa			
	• Pastosa			
	• Líquida			
	Paso de gases			
	Sin funcionamiento (no pasan gases ni heces)			
	Producción normal (750 – 1.000ml)			
	Producción alta (más de 1.500 ml/ 24 horas)			
Producción baja (menos de 500ml/24horas)				
Orina	Color: Ámbar o color paja			
	• Matiz rosáceo			
	• Rojo			
	• Claridad: Clara			
	• Turbia			
	• Con sedimentos			
	Olor: Ninguno			
	• Ligero			
	• Mal oliente			
	Producción normal (1.200 a 2.500ml/24 horas)			
	Producción alta (más de 2.500 ml /24 horas)			
	Producción baja (menos de 1.200ml /24 horas)			
DISPOSITIVO DE OSTOMIA UTILIZADO				
• De una pieza				
• De dos piezas				
• Convexidad				
• Pastas, tiras adhesivas y sellos de barrera				
• Polvo para el estoma				
• Cinturón				

Anexo 5. Formato de guía de entrevista



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

TEMA: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES OSTOMIZADOS BASADO EN LA TEORÍA DE OREM DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, IBARRA 2018.

Lugar:

Fecha: Duración: 15 minutos

Propósito: Argumentar la práctica de autocuidado basada en la teoría de Orem desde la percepción de la población en estudio.

PREGUNTAS ABIERTAS

- ¿Podría compartir qué significó para usted el momento del diagnóstico de su enfermedad?
- ¿Cuáles fueron los momentos más críticos que pasó durante su enfermedad?

DEMANDAS DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

REQUISITOS DE AUTOCUIDADOS UNIVERSALES

Mantener una buena nutrición general

- ¿Podría compartir conmigo cómo es el tipo de alimentación que usted mantiene o de acuerdo al régimen terapéutico?

Mantener el aporte de aire utilizando medidas de cuidados normales.

- ¿Podría compartir conmigo cuáles son los hábitos de higiene y cuidado de salud que realiza diariamente?

Mantener la eliminación

- ¿Podría compartir conmigo que cuidados realiza para la eliminación de las heces/orina de su ostomía y si reconoce alteraciones en la consistencia de la misma?

Mantener un equilibrio entre la soledad y la interacción social

- ¿Podría contarme como ha sido su experiencia desde que tiene la ostomía y en que a cambiando su estilo de vida inter y extra personal?

Mantener un equilibrio entre el descanso y la actividad

- ¿Podría compartir conmigo como ha influenciado el portar la ostomía en las actividades que realiza en su diario vivir, así también en las actividades recreativas?

Mantener la protección ante los peligros

- ¿Podría compartir conmigo diciendo cuales son las actividades de protección que realiza ante un peligro, para salvaguardar su ostomía?

Fomentar la normalidad

- ¿Podría compartir conmigo como es la relación que tiene con sus familiares, amigos y vecinos después de ser portador de la ostomía en las actividades de la vida cotidiana?

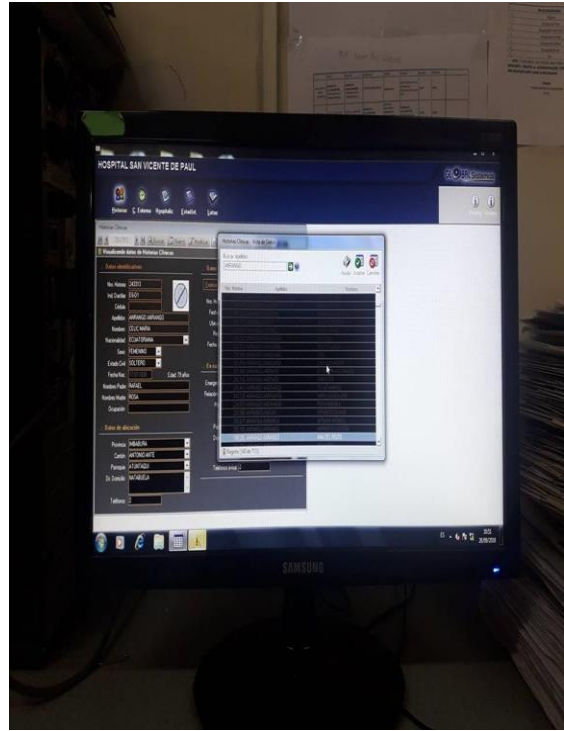
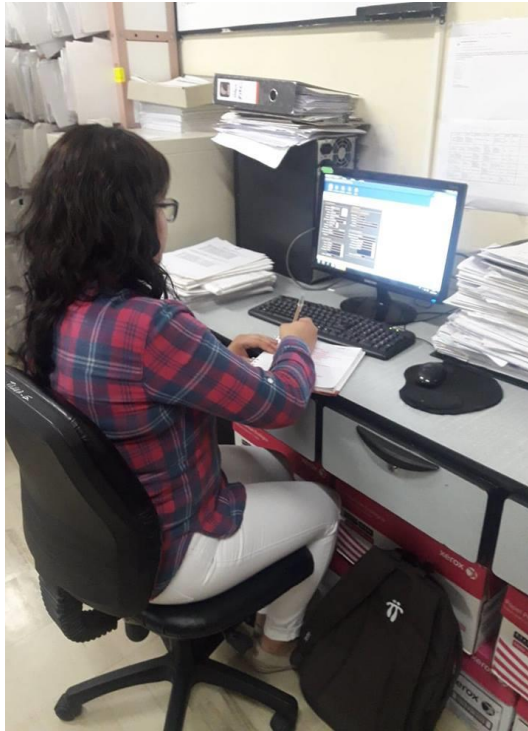
REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

- ¿Podría compartir conmigo cuales son las actividades que realizó y realiza de autocuidado de la ostomía?
- ¿Podría compartir conmigo como fue su experiencia al adaptarse a su estoma, olores y pérdidas producidas por el mismo?
- ¿Podría compartir conmigo que repercusiones positivas o negativas experimento después de portar la estoma, relacionada con las actividades del diario vivir?

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE LA SALUD

- ¿Con que frecuencia acude a los controles médicos?
- ¿En caso de presentar una emergencia que actividades realiza en bien de su salud?

Anexo 6. Constancia de búsqueda de pacientes ostomizados en la coordinación de admisiones



Anexo 7. Constancia de aceptación del consentimiento informado



Anexo 8. Encuesta realizada en el Hospital San Vicente de Paúl Servicio de Cirugía



Anexo9. Encuesta realizada en el domicilio del paciente Comunidad de Angla



Anexo10. Registro de observación del paciente ileostomizado



Anexo 11. Registro de observación del paciente con urostomía permanente



Anexo 12. Registro de observación del paciente con colostomía temporal



Anexo 13. Entrevista realizada en el domicilio



Anexo 14. Demostración de la práctica de autocuidado



Anexo 15. Insumos utilizados para el autocuidado



SUMMARY

SELF-CARE PRACTICES IN OSTOMIZED PATIENTS BASED ON THE OREM THEORY OF SAN VICENTE DE PAÚL HOSPITAL, IBARRA 2018.

AUTHOR: Karen Vanessa Jaramillo Jácome

MAIL: karenjaramillo821@gmail.com

Self-care must be learned and applied in a deliberate and continuous manner over time, always in response to the patients' needs. The objective is to determine self-care practices in ostomized patients of the Hospital San Vicente de Paúl, Ibarra, in 2018. The approach to this study corresponds to a mixed design of a descriptive, observational, cross-sectional type; the sample consisted of 15 ostomized patients to whom the following was applied: the validated survey "Montreux Quality of Life Questionnaire to Ostomized Patients", a record of stoma evaluation through direct observation; and a semi-structured in-depth interview focused on self-care requirements described in the Theory of Orem. By age, 86.67% of the study group are patients older than 41 years of age, with a predominance of male patients with 60%. The self-care practices identified in the ostomized patients attending the San Vicente de Paul Hospital are as follows: 66.67% of the study group show interest in self-care; 46.76% have a good perception of their health status; 46.67% considered an easy practice the adaptability to the stoma; 40% of the study group perform safely the cleaning of the stoma and bag changing. The conclusion is that the perceptions of ostomized patients in the practice of self-care requirements demonstrate that social support, as well as psychological support, is fundamental for the strengthening of family ties and relationships.

Key words: Self-care theory; self-care requirements; ostomized patients; self-care practices.

José F. Laguarda
1001965282



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS NORMALES.docx (D46002944)
 Submitted: 12/19/2018 2:35:00 AM
 Submitted By: karenjaramillo821@gmail.com
 Significance: 5 %

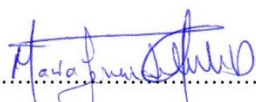
Sources included in the report:

TESIS WENDI.docx (D16243472)
 VILLAVICENCIO.docx (D16023700)
 Tesis Ostomia Definitiva.pdf (D11205342)
 Tesis Ostomia Definitiva.docx (D11205319)
<http://campusabaco.org/pdf/Abaco4.UnidadDidactica.Modulo3.pdf>
https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/675354/andres_martin_lauratfg.pdf?sequence=1
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
<https://www.aulaeir.com/pdf/MQ1.pdf>
<https://docplayer.es/79615537-Universidad-nacional-del-callao-facultad-de-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-enfermeria.html>
https://formacionasunivep.com/Vcice/files/libros/LIBRO_PERSPECTIVAS.pdf
<https://docplayer.es/80592267-Atencion-al-paciente-cuidados-enfermeros-ostomizado-plan-de-cuidados-estandarizado-cristina-casado-sanchez-trabajo-fin-de-grado-i.html>
<https://docplayer.es/2311190-Ma-dolores-miguel-ruiz.html>
<https://slideplayer.es/slide/4251844/>
<http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/6257>
<https://es.slideshare.net/VPVF/dorothea-orem-14836127>
[http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/668/87.](http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/668/87)

Instances where selected sources appear: 58

En la ciudad de Ibarra, a los 21 días del mes de diciembre de 2018.

Lo certifico

(Firma).....

MSc. María Fernanda Valle Dávila

C.C: 100303209-9

DIRECTORA DE TESIS