

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
COLOSTOMIZADOS, SERVICIO DE CIRUGÍA 6TO. PISO ESTE
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS, 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN ONCOLOGÍA**

SONIA ISABEL SOTERO GARZON

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | SECRETARIA |
| ➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 166

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/05/2017

Resolución Decanato N° 1081-2017-D/FCS de fecha 24 de Mayo del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	06
1.3 Justificación	06
II. MARCO TEÓRICO	07
2.1 Antecedentes	07
2.2 Marco Conceptual	11
2.2.1. Definición de Términos	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.1 Recolección de datos:	24
3.2 Experiencia profesional	24
3.3 Procesos realizados en el presente Informe	27
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La provisión de cuidados especializados de colostomía comienza antes de la operación y continúa durante todo el postoperatorio, el período de rehabilitación y durante toda la vida del paciente. Algunas de las cuestiones de la gestión de la salud que se requieren tras la creación de una colostomía son: el tamaño del dispositivo de colostomía, el tratamiento de las complicaciones de la piel periestomal, el acceso a los productos de colostomía y la asistencia financiera, la consulta dietética y el apoyo emocional.(1)

Los pacientes que tienen una colostomía como resultado de un cáncer, no solo tienen que afrontar su diagnóstico, sino que también tienen que ajustarse a vivir con un estoma digestivo.(2) Una vez que una persona recibe el diagnóstico de cáncer, los temores tienden a centrarse en la extensión, en la cirugía y en las terapias adyuvantes del cáncer. Irónicamente, el propio estoma puede representar un recordatorio constante de la enfermedad a los pacientes o puede ser visto como un potencial de curación. Esta es la razón por la que requieren rehabilitación tanto física como psicológica.(3)

Los pacientes consiguen un óptimo cuidado de la colostomía y evitan complicaciones locales cuando reciben una atención especializada en ostomías, por lo que el profesional de enfermería le da todas las atenciones cuidados necesarios, siendo importante en la atención a este tipo de pacientes. Por tanto, la atención a los enfermos colostomizados ha de ser integral y personalizada.(4)

El presente informe sirve para complementar la formación del profesional de enfermería describiendo las intervenciones de la enfermera en pacientes colostomizados para que tengan mejor calidad de vida y se reincorporen a la sociedad.

I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

En lo concerniente a las colostomías, es una de las patologías más frecuentes a nivel mundial, estos son de naturaleza digestiva (estómago e intestino), vinculada generalmente a estadios avanzados de problemas oncológicos que derivan en una ostomía (5).

Pese a los avances y esfuerzos realizados para la conservación del colon, todavía se sigue realizando las colostomías, a un gran número de la población con la intención de tratar las patologías causantes, así como reducir el dolor o las molestias derivadas de éstas (6).

La creación de un estoma supone un gran impacto en las diversas esferas de la vida del paciente. Según Agapito, Reaño (7), la ostomía origina una sensación de pérdida y daño irreversible que puede desencadenar una situación de crisis, donde para llegar a la adaptación se requiere seguir un largo proceso. Al ser la ostomía una situación muy tediosa, el personal de salud tiene escaso conocimiento en el tema; adicional a ello la falta de tiempo y la sobrecarga laboral, ocasiona que el personal se dedique únicamente a los cuidados físicos, sin educar a la persona, en la cual los pacientes se adaptan muy difícilmente.

El paciente con ostomía posee una alteración fisiopatológica y se enfrenta a una nueva situación en la que aparecerán nuevas necesidades que tendrá que cubrir. Dependiendo de su respuesta al proceso, de su capacidad de adaptación y superación, de la respuesta de su entorno familiar, social y laboral, y de la actuación de los profesionales sanitarios, puede o no ser considerada como enferma (8).

Aparte de las alteraciones fisiológicas, predominan las de nivel psicológico, siendo las de mayor frecuencia los problemas emocionales, estados de ansiedad y depresión, seguidos de rechazo al estoma y percepción que tienen de su propia imagen e incluso en conductas de aislamiento; todo lo cual, podría dificultar su integración y reinserción a su

vida conyugal, familiar, laboral y social. Un reducido grupo acepta su nueva situación y finalmente otro pequeño grupo demuestra una actividad ritualista en torno a los cuidados.

Finalmente hay la presencia de ansiedad y angustia permanente como alteración psicológica, aunque no se da normalmente. Las alteraciones sociales que detectamos en nuestra revisión son la reducción de relaciones y capacidad de hacer amigos, manifestada en algunos casos como alteración del ocio.

En consecuencia la realización de una ostomía y a su adaptación genera en la persona diversas reacciones, que son determinadas fundamentalmente por el cambio de su imagen corporal y la modificación del sistema de eliminación intestinal, condicionando un profundo cambio en su estilo de vida (9).

Como consecuencia el usuario, al no cuidar el dispositivo y no mantener un cuidado adecuado del estoma sumado a esto los inadecuados estilos de vida, puede llegar a presentar hemorragia o hematoma, supuraciones periestomales, edema y necrosis, obstrucción, derivación insuficiente, retracción del estoma, evisceración paraostomal, dermatitis periestomal.

Así mismo Ferreira (10), resalta que el paciente al encontrarse en muchas ocasiones sin conocimiento previo, al no haber recibido ningún tipo de información por parte del personal de salud, desconocía lo que era un estoma, más allá del orificio que observaban en la pared abdominal. Pensaban que hubiese sido beneficiosa una información adicional después de la intervención lo que conlleva a una serie de vivencias que generan dificultades de adaptación.

Los programas de educación sanitaria incluyen información y apoyo técnico dirigido a conseguir la destreza suficiente en el manejo de la ostomía, sin embargo, solamente se refieren a la forma de evacuación y cambio de bolsas de forma informal, esporádica y frecuentemente unos días antes del alta, refieren no haber recibido información por parte del

personal de salud, observándose la existencia de muchas dudas sobre cómo realizar sus cuidados; todo lo cual aumenta el miedo y la inseguridad, influyendo negativamente en el proceso de adaptación.

En relación a la adaptación de los pacientes colostomizados, durante el periodo post operatorio, además de afrontar los cambios que produce la cirugía, tiene que aprender a convivir con una situación que desconoce y que es considerada una experiencia traumática. En consecuencia la realización de una ostomía y a su adaptación genera en la persona diversas reacciones, que son determinadas fundamentalmente por el cambio de su imagen corporal y la modificación del sistema de eliminación intestinal, condicionando un profundo cambio en su estilo de vida.

Por ello Martín, Panduro, Crespillo, Rojas, González (10), resaltan que a adaptación conlleva asumir todos estos cambios y, en función de ellos, reorganizar la vida. El proceso comienza en el entorno hospitalario, es el postoperatorio mediato cuando la persona toma realmente conciencia de su nueva situación, debiendo enfrentarse a ella, asumirla e iniciar el reajuste personal, tiene que aprender a convivir con una situación que desconoce y que es considerada una experiencia traumática..

En este sentido, la educación es la clave del éxito, un paciente informado se convierte en un aliado, que según Agapito, Reaño (7) los problemas que presenta el paciente ostomizado podrían ser solucionados con una correcta intervención educativa al alta; puesto que si el profesional de salud quiere brindar un cuidado holístico debe de valorar los diversos factores que pueden interferir en el proceso enseñanza – aprendizaje, entre ellos tenemos enfermedad de base, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor.(11)

Con esta investigación se pretende visualizar cómo las funciones asistenciales y educativas que las enfermeras llevan a cabo diariamente, permiten cambios de conducta en la vida cotidiana de los pacientes crónicos. Con este trabajo se pretende dar a conocer al resto de profesionales, las intervenciones educativas en los pacientes colostomizados.

1.2. Objetivo

Describir las intervenciones de enfermería en pacientes colostomizados en el servicio de Cirugía 6to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

1.3. Justificación

Como profesionales de la salud tenemos la misión de detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones de estos pacientes y planificar actividades para su recuperación, rehabilitación y adaptación social lo antes posible.

La investigación busca aplicar programas de educación, para encontrar explicaciones al comportamiento del paciente colostomizado que pueden afectar su reinserción a la vida social, lo que la hace relevante para el campo de la salud.

Esta investigación servirá de base para futuras investigación, con mayor alcance poblacional, así mismo es de suma relevancia ya que en el contexto de Perú no existen estudios enfocados en la presente investigación, que será de gran aporte los resultados que emita.(12)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

FERREIRA-UMPIÉRREZ, Augusto Uruguay (2014). “Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional”, el objetivo fue conocer la vivencia de un grupo de familiares de pacientes portadores de colostomía, develando sus expectativas en relación a la intervención de los profesionales sanitarios. Método: investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico social de Alfred Schütz, realizada en Montevideo en 2012, participaron doce familiares de pacientes portadores de colostomía, de un servicio de Ostomizados de una institución sanitaria. Resultados: se identificaron las categorías: el vínculo familiar, la confianza en el equipo de salud, la enfermera como articuladora del proceso, el deseo de humanización del cuidado y la adaptación a la nueva vida familiar. Conclusiones: se logró conocer la vivencia y expectativas de los familiares de pacientes colostomizados, enfatizando en las relaciones familiares previas para construir sobre ellas y la confianza en el equipo de salud, destacando a la enfermera como articuladora del proceso. Las expectativas se centran en el deseo de un cuidado humanizado, favoreciendo la adaptación del núcleo familiar al nuevo modo de vida, rescatando y potenciando sus fortalezas, y colaborando en la superación de sus debilidades.(13)

VÉLEZ. Ecuador (Machala), 2014, ejecutó un estudio descriptivo y transversal titulado “Prácticas de autocuidado en pacientes colostomizados, tratados en la consulta externa de cirugía del Hospital Teófilo Dávila. Tercer trimestre del 2014”, cuyo propósito fue

determinar las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes colostomizados, atendidos en la consulta externa de cirugía. Con una muestra de 30 pacientes que asistieron a la mencionada consulta, a quienes les aplicaron un instrumento conformado por 21 ítems, representativos de los indicadores. Concluyeron que existen algunas dificultades en el manejo del autocuidado de los pacientes.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual representó un aporte valioso en la descripción del problema y las bases conceptuales. (14)

HERNÁNDEZ España (Madrid), 2011. desarrolló un estudio experimental tipo ensayo clínico titulado "Impacto de un plan de intervención en la calidad de vida del paciente ostomizado", cuyo propósito fue demostrar que realizando un correcto plan de intervención educativo en pacientes ostomizados y familiares, al alta, mejora la calidad de vida de éstos y disminuye la carga del cuidador, ansiedad y depresión de sus familiares. La muestra estuvo constituida por 115 pacientes por cada cohorte con un 15% de pérdidas. La metodología consistió en realizar una intervención educativa y resolución de problemas en la cohorte de intervención, mientras que en la cohorte control, los pacientes y familiares, no tendrán apoyo específico de personas expertas en ostomía, y su seguimiento fue realizado por el cirujano, oncólogo y médico de familia, a quienes aplicaron escalas de: calidad de vida a los pacientes y carga del cuidador y ansiedad y depresión al cuidador principal, para evaluar el impacto del plan de intervención educativa, al mes, a los 6 meses y al año. Las conclusiones fueron que los pacientes ostomizados necesitan de buena información para adaptarse a su nueva condición. El presente antecedente, posee proximidad con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual apoyo en el desarrollo de la descripción del problema y bases conceptuales.(15)

Antecedentes Nacionales

GARCÍA PALOMINO, Karen. Lima (2014) Características epidemiológicas en pacientes colostomizados por el servicio de colon H.N.E.R.M durante el período enero 2013-diciembre 2014. Las colostomías son un procedimiento frecuente en los hospitales y los resultados de salud se ven reflejados en la sobrevida de los pacientes, que requieren de atención específica y estandarizada. El propósito de este estudio es conocer las características epidemiológicas de los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía de colon y recto durante el periodo enero 2013- diciembre 2014 en el HNERM. Resultados: Se encontró que el 62% de los pacientes fueron del género femenino, el grupo de edad donde predominaron fue de 61 a 75 años con el 37%, siendo la comorbilidad presente más frecuente la cirugía abdominopélvica previa con un 31%. Destaca que la obstrucción intestinal (38%), así como la resección abdominoperineal (31%) fueron las más frecuentes indicaciones de colostomía. El 64% de las colostomías fueron definitivas y el 36% fueron temporales. En relación a la morfología, el 58% fueron terminales. La presencia de complicaciones post operatorias se hallaron hasta en un 56% de la población. Siendo la infección de sitio operatorio fue la más frecuente con un 27%. Discusión: Este estudio aporta una vista preliminar del comportamiento de las colostomías, resaltando que el cáncer colorrectal irresecable y la resección abdominoperineal son patologías frecuentes que condicionan la confección de una colostomía, siendo estas potencialmente prevenibles cuando son tempranamente diagnosticados; de ahí la importancia de estandarizar los registros para unificar datos epidemiológicos, que aporten información para planificar las intervenciones tempranas, así como resaltar la

importancia que este problema de salud representa en la población peruana.(16)

AGAPITO REAÑO, Chiclayo - Lima (2012-2013) ejecutaron un estudio cuantitativo, cuasi-experimental de secuencia temporal longitudinal con diseño de un solo grupo con pre y pos test titulado "Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo", cuyo objetivo fue determinar la influencia del programa educativo a domicilio en la adaptación de la persona ostomizada. La muestra fue no probabilística, conformada por 20 personas ostomizadas, a quienes midieron el nivel de adaptación al proceso de ostomización antes y después de aplicar el programa educativo, usando un cuestionario tipo Likert, conformado por 25 reactivos y usando las categorizaciones de comprometido, compensatorio e integrado de la teórica Sor Callista Roy. Los resultados revelaron que antes aplicar el programa el 65% se encontraba en el nivel comprometido, el 35% en el nivel compensatorio y 0% en el integrado, posterior al programa el 80% se encuentra en el nivel compensatorio y el 20% en el nivel integrado. El resultado registrado en el post test resultó con diferencia estadísticamente significativa de "t" -12.67 $p > 0,05$. Concluyeron que la adaptación en la mayoría de personas ostomizadas fue producto de la aplicación del programa educativo individualizado.

Este antecedente, mostró similitud con el presente estudio en cuanto a las variables estudiadas, por lo cual representa un aporte valioso en la descripción del problema y las bases conceptuales.(17)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1 Definición de ostomía

La ostomía, es el procedimiento quirúrgico que crea una apertura artificial en el cuerpo; permite la comunicación entre un órgano interno y el exterior, con el fin de eliminar los productos de desecho del organismo.

Una ostomía se define como la comunicación con el exterior de la luz de un órgano, ejemplo: gastrostomías, yeyunostomías, ileostomías, colostomías, entre otras (5). Los estomas se clasifican según el tiempo de permanencia en estomas temporales y estomas permanentes y/ o definitivos (18).

2.2.2 Colostomía

Al respecto Hernández (15) denota que se denomina colostomía si la parte de intestino que se aboca es el colon. Así mismo es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal dando lugar a una salida artificial del contenido fecal..

La colostomía es un tratamiento quirúrgico alternativo en caso de neoplasias colorectales, problemas inflamatorios, diverticulitis, vólvulos, lesiones traumáticas, entre otros (18).

2.2.3 Tipos de colostomía

Según Vélez (14), una colostomía puede ser temporera o permanente y puede realizarse en cualquier porción del intestino grueso (colon).

Colostomía transversa: se sitúa en el abdomen superior, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo. Algunos padecimientos del colon como la diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción, herida, o defectos congénitos pueden llevar hacia una

colostomía transversa. Este tipo de colostomía permite que las heces salgan del colon antes de que lleguen al colon descendente.

Colostomía ascendente: se localiza en el lado derecho del abdomen. El desecho es muy líquido. Se utiliza una bolsa vaciable para colostomías de este tipo. Este tipo de colostomía raramente es usada, dado que una ileostomía es mejor estoma cuando el desecho es muy líquido. Cuando una colostomía se encuentra en la mitad derecha del colon, solamente permanece una porción corta del colon.

Colostomía descendente: localizada al fin del colon descendente, la colostomía descendente se encuentra en el lado inferior izquierdo del abdomen. Generalmente, el desecho es firme y puede ser regulado.

2.2.4 Paciente colostomizados

Los pacientes colostomizados por su estado modifican ciertos aspectos de su vida diaria, en lo referente a su estilo de vida personal, higiene personal, actividad física y sexual, y alimentación que le permitan un adecuado control de su organismo, a fin de evitar entre otras situaciones digestivas, el estreñimiento, la aparición de diarreas, la generación de flatos (gases) por el exceso de residuos provenientes de la ingestión alimentaria, así como la prevención de infecciones, mediante el cumplimiento de medidas de autocuidado referidas al cuidado del estoma, de la piel, del dispositivo y a los cambios en el estilo de vida, que le garanticen apropiados niveles de bienestar en salud.

Del mismo modo Marques, Beserra, Guimaraes, Oliveira (19) refieren, que el sentimiento que más prevalece entre pacientes ostomizados es la ansiedad y la incertidumbre en relación a su vida futura.

2.2.5 Problemas frecuentes del paciente colostomizado

Según Hernández (17), se distinguen 4 problemas frecuentes en los pacientes colostomizados

Problemas físicos: problemas de ajuste técnico en el manejo de la ostomía son consecuencias de la necesidad de aprendizaje de nuevas habilidades de autocuidado, contemplando la importancia de la dieta, ya que las necesidades nutricionales variarán de acuerdo a la cantidad y tracto intestinal extirpado, a nivel de la dieta se tendrán en cuenta los alimentos que son irritantes para el intestino, aquellos que producen flatulencias, etc.

Problemas emocionales: la alteración de la imagen corporal y de la autoestima, el rechazo de la ostomía, la alteración sexual, estados de ansiedad o depresión son posibles causas de desajuste emocional pudiendo desencadenar alteraciones somáticas.

Problemas de relación familiar: la familia tiene un papel importante en la vida de estas personas. La condición de persona ostomizada incide directamente en la calidad de vida del cuidador principal que se ve mermada, sobre todo en lo que se refiere a su tiempo libre. La problemática de ajuste familiar puede ser debida bien por rechazo como por sobreprotección del grupo familiar. Igualmente la afectación sexual puede alterar el equilibrio de convivencia familiar. Éstas son razones más que suficientes para hacernos pensar en que la educación sanitaria debe abarcar también a la familia, además los familiares, por regla general, muestran un gran interés en recibir más información sobre la situación de la persona ostomizada.

Problemática socio-laboral: el ostomizado deja de realizar actividades que normalmente eran habituales en su vida, perdiendo interés en recuperarlas. Mientras se encuentra en el hospital, está protegido pero en el momento de enfrentarse a la sociedad generalmente existe temor. Si se aísla en su casa, aumentará la afectación psicológica y cada vez tendrá más miedo a salir, aislándose cada vez más.

2.2.6 Definición de adaptación

Es un proceso continuado en el cual el paciente individual procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con su afección y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección. La adaptación al no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al sujeto ir cumpliendo con las múltiples tareas asociadas a la vida (20).

Por ello la adaptación ocurre en los pacientes colostomizados, de forma que son capaces de reducir al mínimo los trastornos en sus distintas áreas de funcionamiento como puede ser la bolsa que llevan como parte de su estética, regulando el malestar emocional y manteniéndose implicados en los aspectos de la vida que aún están revestidos de significado e importancia para ellos (21).

En suma Crespillo, Martín (22), resaltan que la adaptación es un proceso dinámico que se inicia con la realización del estoma y debe continuar cuando se sale del entorno protegido que es el hospital; el retorno al ambiente socio-familiar de cada individuo impone nuevos retos para la adaptación y nuevas fuentes de estrés.

Así mismo se inicia un largo camino para la persona ostomizada en el que debe asumir en solitario los cuidados del estoma, la vuelta a la vida social, reanudar la actividad sexual, las actividades de ocio o comenzar a trabajar. Todo ello exige un esfuerzo de reajuste para ir superando las dificultades que impone su nueva condición (23).

2.2.7 Fases del proceso de adaptación

Para adaptarse al cambio el paciente experimentará según Noda, Alfonso, Fonte, Valentín, Reyes, diferentes fases que a continuación se presentan

Shock o escepticismo: la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse, un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.

Depresión reactiva: las oportunidades de expresar estos sentimientos, acerca de la situación, pueden fortalecer la relación terapéutica y ayudar al paciente durante su proceso de rehabilitación.

Reconocimiento y aceptación: representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.

Adaptación o resolución: los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.

2.2.8 Adaptación de los usuarios externos colostomizados

Según Chaura, Benavides, Villanueva, Jiménez, Abdo, Hernández (24), la adaptación al estoma depende de diversos factores por ejemplo la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes, las condiciones de la intervención quirúrgica, las complicaciones del estoma, las secuelas posquirúrgicas, el pronóstico, las características del entorno social y psicológico, las creencias, los valores, las actitudes en relación con la enfermedad, las limitaciones físicas y el dolor, entre otras.

Cada persona vive el hecho de tener una ostomía de forma distinta, pero en general provoca importantes cambios negativos en su vida debido a la modificación física visible, donde se experimentan cambios a nivel higiénico-dietético, en la sexualidad, en la imagen corporal, en la forma de vestir, en las relaciones y el ocio; estos cambios pueden conllevar sentimientos de autorrechazo, infravaloración, no aceptación de la imagen y la realidad, baja autoestima, ansiedad, angustia, impotencia, depresión,

temor al rechazo y aislamiento; por lo expuesto la adaptación a esta condición es muy complejo.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal "perfecta" sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido (5).

En relación Hernández (17), resalta que al abandonar el hospital tras la cirugía que le ha convertido en ostomizado, el paciente se enfrenta, en demasiadas ocasiones, a la severa dificultad de encontrar asistencia sanitaria especializada para su atención, el adiestramiento en su autocuidado, la prevención de complicaciones y el asesoramiento sobre las múltiples cuestiones a las que debe hacer frente para integrarse en la vida cotidiana.

Asimismo en la adaptación se deben de tomar en cuenta los aspectos biopsicosociales que conlleva esta intervención para el paciente ostomizado, donde se produce un cambio en el estilo de vida, que repercute en todas las áreas de paciente: problemas en el autocuidado, disminución del autoestima, cambio del esquema corporal, alteraciones de las relaciones familiares y laborales, etc.

Todo esto va a suponer un gran esfuerzo de adaptación, y será el personal de salud quienes son los responsables de ayudar a que cada paciente, a que se enfrente a este nuevo cambio, dando unos cuidados integrales, individualizados y de calidad.

2.2.9 Dimensiones de la adaptación

A continuación se distinguen las tres dimensiones principales según Agapito, Reaño (7).

Fisiológica: Consiste en lo físico es la integridad operativa, centrado en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos, a fin de cubrir tales necesidades; de acuerdo a este modo se demuestró que las personas ostomizadas tenían mayor deficiencia en este modo, puesto que la educación no fue dada en un momento oportuno, por ello se evidenció un déficit del cuidado ya mencionado anteriormente, razón por la cual se ejecutaron cuatro sesiones educativas con respecto a conceptos básicos, complicaciones, cuidados de la piel periestomal así como de la bolsa, alimentación, baño y vestimenta, logrando mejorar este modo adaptativo.

Psicológica: es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo. Incluye también creencias personales, espirituales y religiosas. Así mismo el paciente tras la colostomía puede presentar alteraciones emocionales: disminución de la autoestima, síntomas de ansiedad, problemas sexuales, falta de comunicación, incertidumbre ante el futuro, síntomas depresivos, aislamiento, rechazo, sentimientos de inutilidad por incapacidad laboral y dependencia (25).

Como lo señala Rico, Respreto, Molina (26), en el caso de pacientes colostomizados, ellos pueden sumergirse en numerosas ocasiones, en la ansiedad como trastorno que casi siempre cursa como ataques de angustia, con o sin agorafobia, y trastornos depresivos.

Social: es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, el desempeño laboral, la vestimenta, etc.

En suma Feliu, Cruzado, López, Martínez (27), resaltan que ante la enfermedad, como el diagnóstico, así como los tratamientos empleados para prolongar la supervivencia de los pacientes colostomizados pueden tener consecuencias negativas para la adaptación a la vida cotidiana. La vida del paciente puede verse alterada por el deterioro social, debido a diferentes factores como pueden el desarrollo de anemia severa, ansiedad, depresión y alteraciones en la calidad de vida.

2.2.10. Modelo de la adaptación de Callista Roy

El modelo de adaptación de Roy, refiere que los pacientes con tratamiento prolongados son afectados tanto en su ambiente interno como externo, en consecuencia el ambiente se constituye en estímulo. Estos estímulos al entrar en el sistema activan los procesos de afrontamiento para mantener la adaptación con respecto a los cuatro modos adaptativos y como resultado estos pacientes tienen una respuesta de comportamiento (28).

Los estímulos comunes que pueden influir en el nivel de adaptación son: los culturales que involucran, pertenencia étnica, sistemas de creencia, participación de la familia, estructuras y tareas, la etapa de desarrollo que comprende la edad, sexo, tareas, herencia, factores genéticos, longevidad y visión, la integridad de los modos adaptativos y el nivel de adaptación. Otro estímulo importante es la eficacia del aspecto cognator, que involucra la opinión, el conocimiento, la habilidad y por último otros factores ambientales que incluyen la gerencia médica, el uso de drogas, alcohol, tabaco, estabilidad política y económica.

Durante todo el proceso de cuidado ya sea en el hospital o en casa, la enfermera puede identificar una serie de comportamientos (o respuestas humanas) que son resultado de la influencia positiva o negativa del medio ambiente que lo rodea, algunos expresan sentimientos de inutilidad, apatía, falta de interés para participar en su cuidado.

El comportamiento que manifiesta una amenaza a la integridad de un paciente con colostomía es la preocupación inicial de enfermería, cuya prioridad es evaluar los estímulos negativos para incidir en ellos e identificar los positivos para potencializarlos. La intervención de enfermería se centra en los estímulos que influyen en el comportamiento o capacidad de afrontamiento hacia los estímulos. Numerosas son las complicaciones que pueden derivar tanto de la ejecución como del cierre de una colostomía. Entre las más importantes están: el edema, necrosis

abscesos pericostomiales y fístulas hemorragias, perforación del asa por enema, diarrea y dermatitis, retracción, evisceración, eventración diarrea y dermatitis (28).

Las cirugías del colon son intervenciones muy frecuentes que suponen un importante trabajo en cualquier servicio de cirugía digestiva. Por ello, creemos que todo profesional de enfermería debe conocer las posibles complicaciones, para reconocer su aparición de forma precoz y resolverlas de manera adecuada.

Merle Mishel propuso un modelo para evaluar la incertidumbre frente a la enfermedad, basado en los modelos ya existentes de procesamiento de la información de Warburton y en el estudio de la personalidad de Budner. Mishel atribuye parte de su teoría original al trabajo de Lazarus y Folkman sobre estrés y valoración del afrontamiento. Lo que lo hace exclusivo es que Mishel considera el marco de la incertidumbre como factor estresante en el contexto de la enfermedad.

Ella conceptualiza el nivel de incertidumbre frente a la enfermedad, como la incapacidad de la persona para determinar el significado de los hechos relacionados con la enfermedad, siendo incapaz de dar valores definidos a los objetos o hechos y por lo tanto haciendo imposible predecir los resultados, lógicamente todo ello producido por la falta de información y conocimiento.

Si las estrategias recopiladas son efectivas, entonces ocurrirá la adaptación. La dificultad para adaptarse dependerá de la habilidad de las estrategias recopiladas para poder manipular la incertidumbre en la dirección deseada, ya sea para mantenerla (si se valora como oportunidad) o para reducirla (si se valora como un peligro) (29).

De acuerdo a lo anterior, en la TIM, que se publicó por primera vez en 1984 se incluyeron varios postulados relevantes. Los dos primeros reflejaban la conceptualización inicial o Teoría Original de Incertidumbre de Mishel (TOIM) dentro de los modelos de procesamiento de información de la psicología. Dichos postulados son los siguientes:

- 1) Que la incertidumbre es un estado cognitivo que representa la inadecuación del esquema cognitivo existente, y cuya función, es la de ayudar en la interpretación de los hechos surgidos a raíz de la enfermedad.
- 2) Que la incertidumbre es una experiencia intrínsecamente neutra, que no se desea ni se desprecia hasta que se valora de una u otra forma.

Por otra parte otros dos supuestos reflejan las bases de la teoría de la incertidumbre en el estrés tradicional y en los modelos de afrontamiento:

- 1) Que la adaptación representa la continuidad de la conducta biopsicosocial normal del individuo y constituye un resultado deseado de los esfuerzos del afrontamiento (bien para reducir el nivel de incertidumbre si se ve como un peligro, o bien para verla como una oportunidad).
- 2) Que la relación entre los casos de enfermedad, la incertidumbre, la valoración, los sistemas de afrontamiento y la adaptación es lineal y unidireccional, y va de las situaciones de incertidumbre a la adaptación.

La propia Mishel se cuestionó estos dos postulados en su reconceptualización de la teoría, publicada en 1990 y que surgió como resultado de los descubrimientos contradictorios que se obtuvieron al aplicar la teoría a enfermos crónicos. Mientras que la formulación original de la teoría sostenía que la incertidumbre normalmente sólo se contempla como una oportunidad cuando sirve de alternativa a una certeza negativa, Mishel y otros autores constataron que las personas también consideran la incertidumbre como una oportunidad en situaciones que no corresponden a una trayectoria descendente, como es el caso de personas que padecen una enfermedad crónica prolongada y que, en este contexto, cambian su enfoque de la vida (29).

Descontenta con los modelos lineales tradicionales de que hablaba la teoría original, Mishel adoptó la teoría del caos, que es más dinámica, para explicar el modo en que la sensación prolongada de incertidumbre

puede servir de catalizador para hacer cambiar la perspectiva que una persona tiene de la vida y de la enfermedad. La teoría del caos contribuyó con tres postulados, que vienen a sustituir la parte lineal de los resultados del modelo:

1. Las personas como sistemas biopsicosociales, normalmente se hallan lejos de un estado de equilibrio.
2. Las fluctuaciones significativas en los sistemas alejados del estado de equilibrio aumentan la receptividad del sistema para que cambie.
3. Las fluctuaciones producen la reestructuración que se repite en todos los niveles del sistema.

En la Teoría de Incertidumbre de Mishel Reconceptualizada (TIMR), ni los factores que anteceden a la incertidumbre ni el proceso de valoración cognitivo de la misma se interpretan como un peligro o como una oportunidad de cambio, sin embargo la incertidumbre que se tiene con respecto al concepto de tiempo, y que se relaciona con enfermedades graves, sirve de catalizador de la fluctuación en el sistema al amenazar los sistemas cognitivos de vida ya existentes, que se presentan como predecibles y controlables.

La incertidumbre invade casi cada aspecto en la vida de la persona; por tanto, sus efectos aparecen condensados y, por último, se enfrentan a la estabilidad del sistema. Como respuesta a la confusión y al desorden provocado por un estado de continua incertidumbre, el sistema no tiene otra opción que cambiar para sobrevivir.

Lo ideal sería que en condiciones de incertidumbre crónica, la persona pasase gradualmente de una evaluación negativa de la incertidumbre a la adopción de un nuevo modo de ver la vida que acepte esta como parte de la realidad. Este nuevo punto de vista de la incertidumbre como un fenómeno natural es una nueva visión del mundo en el que la inestabilidad y las fluctuaciones se consideran naturales e incrementan notablemente el rango de posibilidades que tiene la persona. Por consiguiente, la incertidumbre, sobre todo en enfermedades crónicas

y en enfermedades potencialmente letales, puede conducir a un nuevo nivel de organización y a una nueva perspectiva de la vida, incorporando la madurez y el cambio que se puedan adquirir como consecuencia de estas situaciones “inciertas”.

2.3. Definición de Términos

- **Autocuidado:** Conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.
- **Bolsas de colostomías:** Son sistemas colectores o dispositivos que se adaptan a la ostomía del paciente con la finalidad de recepcionar el contenido intestinal.
- **Capacidad de autocuidado:** Conjunto de habilidades y conocimientos de autocuidado que presenta el individuo para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar
- **Cicatrización:** es un proceso reparativo complejo que conduce a la regeneración del epitelio, así como al reemplazo de la dermis por un tejido fibroso constituido por colágeno con características diferentes al normal.
- **Colitis ulcerativa:** se caracteriza por la inflamación de la mucosa del colon y recto que cursa con brotes caracterizados por diarrea y hemorragia rectal.
- **Colostomía en asa:** Es un procedimiento que permite desviar el tránsito intestinal en forma temporal, sin desviarlo en forma completa. Tiene la ventaja sobre otras colostomías que es de fácil cierre ya que solo requiere una cirugía local. Las heces pueden ser semilíquidas, pastosas o sólidas
- **Colostomía terminal:** La colostomía será terminal cuando se derive totalmente el tránsito intestinal el que consistirá en una estoma formado con el extremo proximal del intestino y con la

porción distal del tracto gastrointestinal reseca o cerrada mediante sutura dejada en la cavidad abdominal.

- **Colostomía:** Es definida como la creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso.
- **Dolor:** es definido como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial.
- **Homeostasis:** es el proceso por el cual el cuerpo intenta estabilizar los cambios internos con los externos para mantener una condición estable y constante.
- **Ileostomía:** es una incisión (corte) en el íleon (intestino delgado) para crear una abertura artificial o "estoma" a la parte exterior del abdomen.
- **Nutrición del paciente colostomizado:** el paciente colostomizado no necesita de una dieta especial. inmediatamente después de la operación, pudiera requerir de una dieta particular, no obstante, pasado el período de recuperación, en la mayoría de los casos el paciente puede volver a una dieta normal.
- **Ostomía:** es la derivación quirúrgica de una víscera (generalmente el intestino o las vías urinarias) para que aflore en la piel en un punto diferente al orificio natural de excreción con la finalidad de expulsar los productos de deshechos del organismo.
- **Paciente ostomizado:** es la persona que ha sido objeto de una intervención quirúrgica para obtener una derivación fisiológica que aboca al exterior en un punto diferente al orificio natural, conllevándole alteraciones biológicas, psicológicas y sociales.
- **Retracción:** se llama así al hundimiento de la estoma hacia la cavidad abdominal. en estos casos se puede producir un escape de heces que favorece la irritación de la piel. se aconseja el empleo de pasta niveladora para igualar la superficie y facilitar una adhesión correcta del anillo adhesivo de la bolsa.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Se procedió a recolectar los datos estadísticos del servicio de Cirugía Abdominal 6to. Piso Este los años 2015 - 2016. Está elaborado en forma descriptiva retrospectivo por lo que se buscó datos sobre edades y sexo de nuestros pacientes ingresados, Y es de corte transversal ya que los datos fueron obtenidos en un determinado periodo de tiempo.

Se solicitó información del área de estadística, para la recolección de datos.

Se utilizaron fuentes de datos como son las historias clínicas de pacientes, libro de registro de ingresos y egresos del servicio, libro de programación de sala de operaciones, así como el folder de programación de actividades.

3.2. Experiencia Profesional

Me formé en la Universidad Femenina del Sagrado Corazón UNIFE el año 1991 – 1996, donde obtuve mi Licenciatura.

Ingresé a trabajar al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el año 1997 como Enfermera Asistencial, rotando inicialmente por los servicios de Emergencia, UTM – SEPIN y durante ocho años en el servicio del 5to. Piso Este Cirugía Oncológica.

En el año 2004-2008 tuve la experiencia de rotar por el Servicio de Central de Esterilización, una experiencia distinta, enriquecedora y provechosa para mi profesión.

Desde el año 2008 laboro en el Servicio de Cirugía 6to. Piso Este especializado en Cirugía de Abdomen. en dicho servicio hago la labor de enfermera Asistencial, donde el principal rol de la enfermera es brindar una atención inmediata y oportuna al paciente oncológico en el pre y post operatorio.

En este servicio se trata diversas patologías oncológicas como cáncer gástrico, cáncer de colon y recto, cáncer hepático, cáncer de páncreas y cáncer de esófago.

Abarqué mis cuidados en pacientes con cáncer de colon sometidos a cirugía conocido como colostomía el cual requiere cuidados especializados, consejería, educación y apoyo emocional al paciente y familia.

Debemos tener en cuenta que un gran porcentaje de estos pacientes son sometidos a una intervención quirúrgica calificada como cirugía mayor, produciéndose una agresión en su imagen corporal con la siguiente disminución de la autoestima la que lo lleva a tener que adaptarse a grandes cambios en su hábito de vida, reto al que como profesional me comprometo para su pronta mejoría y reinserción en la sociedad.

Funciones:

Área Administrativa

- Planifica, organiza, dirige, coordina, supervisa y evalúa las necesidades de enfermería en la cartera del adulto mayor.
- Supervisar el cumplimiento de las normas de bioseguridad.

- Cumple y hace cumplir las actividades según las directivas actualizadas del manejo de enfermedades crónicas.
- Elaborar y actualizar las guías metodológicas de atención de enfermería.
- Elabora plan de actividades educativas.
- Coordina con otros servicios como: medicina general, nutrición, asistente social, psicología, farmacia y otras especialidades.
- Supervisar que se mantenga en condiciones óptimas el ambiente, equipo, material médico e insumos que utilizan en el servicio.
- Atender y resolver las quejas del personal.
- Fomentar las buenas relaciones interpersonales.
- Coordina acciones realizadas con el equipo de salud.
- Coordinaciones con otras áreas, como central citas, servicio social, tópico de curaciones y emergencia.
- Verificar y reportar que el material de consumo, cantidad solicitada y que su abastecimiento sea oportuno.
- Registro en el cuaderno de estadísticas de actividades diarias.
- Coordina y administra con inmunizaciones por vacuna de Influenza.

Área docencia

- Asistir y participar en actividades de capacitación relacionadas a enfermería
- Brindar educación sanitaria al paciente y familia.

- Elaborar programas de capacitación y adiestramiento continua para el personal en nuestro cargo, actualización en evaluación
- Asistimos y participamos en actividades de capacitaciones.
- Capacitación y supervisión del personal enfermeras y técnicos nuevos que rota en el servicio, respecto a los procedimientos y protocolos de cuidados al paciente.

Área de Investigación

- Se realiza monitoreo a pacientes colostomizados se reportan casos de pacientes que requieren urgencia. Se reportan casos con sospecha de esta enfermedad.
- Seguimiento de pacientes en el servicio.
- Realizamos y participamos trabajos de investigación de enfermería.

3.3. Procesos realizados en la intervención de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía

Presentación del caso:

Mujer de 68 años que ingresa en la Unidad de Cirugía-Digestivo de nuestro hospital para intervención programada de Neo maligno de recto (Adenocarcinoma avanzado en recto distal) el día 5/11/2014. Al final de la intervención quirúrgica a la paciente se le confecciona una colostomía terminal transrectal por debajo del ombligo en fosa ilíaca izquierda.

Antecedentes:

No alergias medicamentosas conocidas, diabetes mellitus tipo 2 a tratamiento con antidiabéticos orales, antecedentes quirúrgicos de histerectomía, hemorroidectomía y colecistectomía. En la actualidad diagnosticada de neoplasia de recto en estadio T2N0 tras recibir radioterapia con buena respuesta terapéutica por lo que se le programa para intervención quirúrgica del tumor.

Valoración inicial:

La primera valoración del estoma se realiza pasadas 24h postoperatorio, en la unidad de hospitalización (7/11/16) cuando todavía era no funcionante. Al día siguiente el estoma comenzó a funcionar, y se le colocó un dispositivo de dos piezas (lámina más bolsa), con un aro de 70 cm. El aspecto del estoma y/o piel circundante se consideró dentro de la normalidad.

El personal de enfermería procedió a documentar el registro y evolución de las curas en el aplicativo informático GACELA-HIS v.18, y elaborar un plan de cuidados individualizado para llevar a cabo el abordaje integral de la paciente. Los cuidados se realizaron de forma procedimentada cada 24 h (limpieza con agua y jabón), instruyendo gradualmente al paciente en la adquisición de autocuidados, para su posterior alta hospitalaria.

Evolución de la colostomía:

El día 13/11/16, trascurridos 6 días desde la primera cura en planta, se observó una dermatitis de contacto en toda la piel circundante al estoma (Imagen 1), probablemente como consecuencia de reacción de hipersensibilidad irritativa a alguno de los componentes del dispositivo de ostomía y/o del material fecal; así como una pequeña dehiscencia de reciente aparición en el margen inferior del estoma.

Ante los acontecimientos, se procedió a realizar un cambio en los cuidados del estoma, pasando a utilizar cura en ambiente húmedo (apósito de hidrofibra de hidrocoloide en tira y resina moldeable para estomas) para el tratamiento de la dehiscencia, sustituyendo el dispositivo de dos piezas, por otro tipo (se probaron dos modelos distintos para decidir cuál se adaptaba mejor); además, se añadió un cinturón de sujeción por existir ciertas dificultades en mantener la adherencia del dispositivo y la bolsa de colostomía en el lugar adecuado. La frecuencia de curas fue de cada 24h o según necesidad.

Al cabo de 3 días (16/11/16), la piel pericostómica se observa muy enrojecida, irritada y edematosa, debido a las continuas fugas del contenido de la colostomía (Imagen 2). Se incluye en las curas anteriores, el uso de polvos para estomas y pasta moldeable para facilitar el sellado de la bolsa.



Imagen 1. Dehiscencia en estoma y dermatitis periestomal.

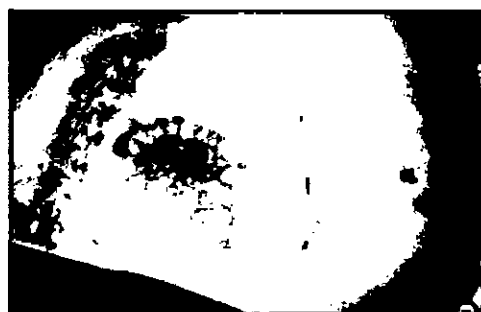


Imagen 2. Fibrina en dehiscencia y piel pericostómica enrojecida.

Cuatro días después (20/11/16), se decide proteger la piel periestomal con una película de silicona en spray para ostomías (Imagen 3), y seguir con las curas con hidrofibra de hidrocoloide (Imagen 4), resina moldeable para estomas y pasta adhesiva (Imagen 5), aro de microporo (Imagen 6) y dispositivo de colostomía de dos piezas con cinturón abdominal (Imagen 7), alternando con otro dispositivo de colostomías.



Imagen 3. Protección piel pericostómica con película barrera de silicona.

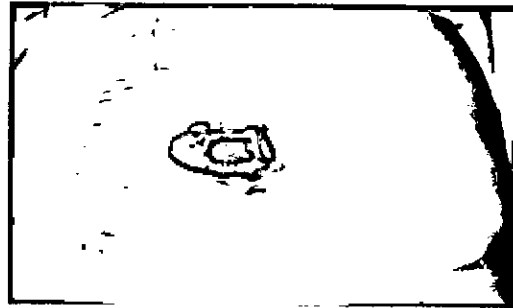


Imagen 4. Hidrofibra y polvos para estoma en zona de dehiscencia.



Imagen 5- Aplicación de pasta moldeadora y resina para estomas.

Pasados cinco días (25/11/16), unos 19 días después de la intervención quirúrgica, se logra estabilizar la fuga de la colostomía, la piel pericostómica aparecía con mejor aspecto y la dehiscencia del estoma presentaba tejido de granulación (Imagen 8). Se continuó con el mismo procedimiento de curas y control de evolución.

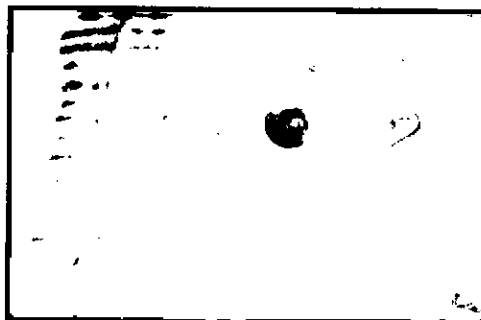


Imagen 6. Colocación del aro de microporo.



Imagen 7. Dispositivo de bolsa de colostomía y cinturón de sujeción abdominal.

El día 2/11/2016, tras 25 días de hospitalización la paciente recibe el alta hospitalaria con un informe de alta de continuidad de cuidados y seguimiento por la consulta de estomía. La dehiscencia en ese momento se encontraba en fase de remisión y cicatrización parcial (Imágenes 9 y 10).



Imagen 8. Aspecto del estoma y piel circundante (18 días).

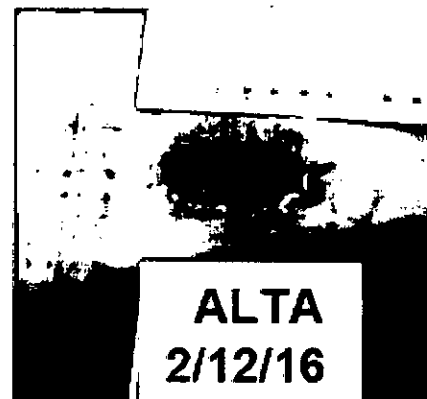


Imagen 9. Aspecto del estoma al alta hospitalaria.

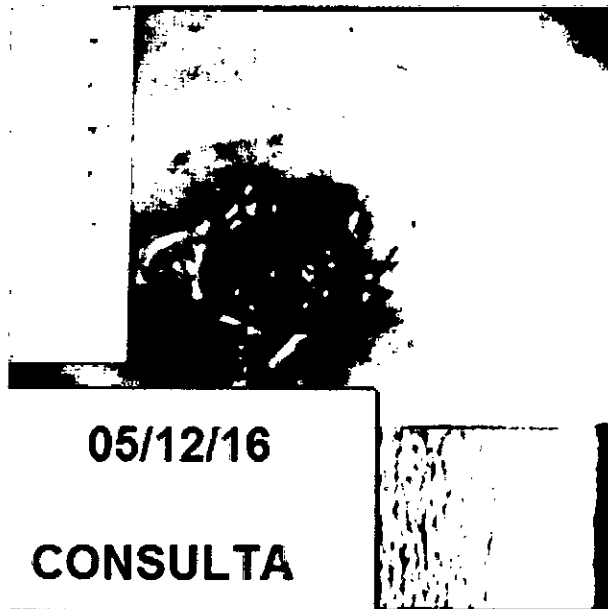


Imagen 10- Aspecto del estoma tras 3 días del alta.

IV.- RESULTADOS

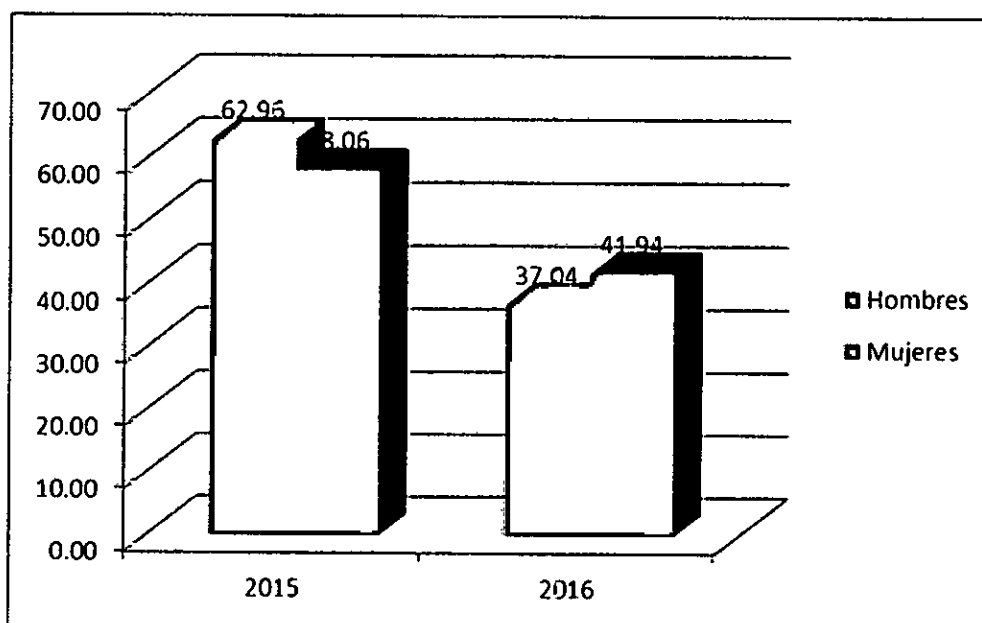
TABLA No. 4.1

Ingreso de pacientes colostomizados al servicio de cirugía 6to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Año	Hombres	%	Mujeres	%	Total pctes	%
2015	68	62.96	40	37.04	108	100.00
2016	72	58.06	52	41.94	124	100.00

GRÁFICO No. 4.1

Ingreso de pacientes colostomizados al servicio de cirugía 6to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



De acuerdo a la tabla podemos ver que en el año 2015 ingresaron 62.96% (68) pacientes colostomizados de sexo masculino seguido en el año 2016 con el 58.06% (72) de sexo masculino.

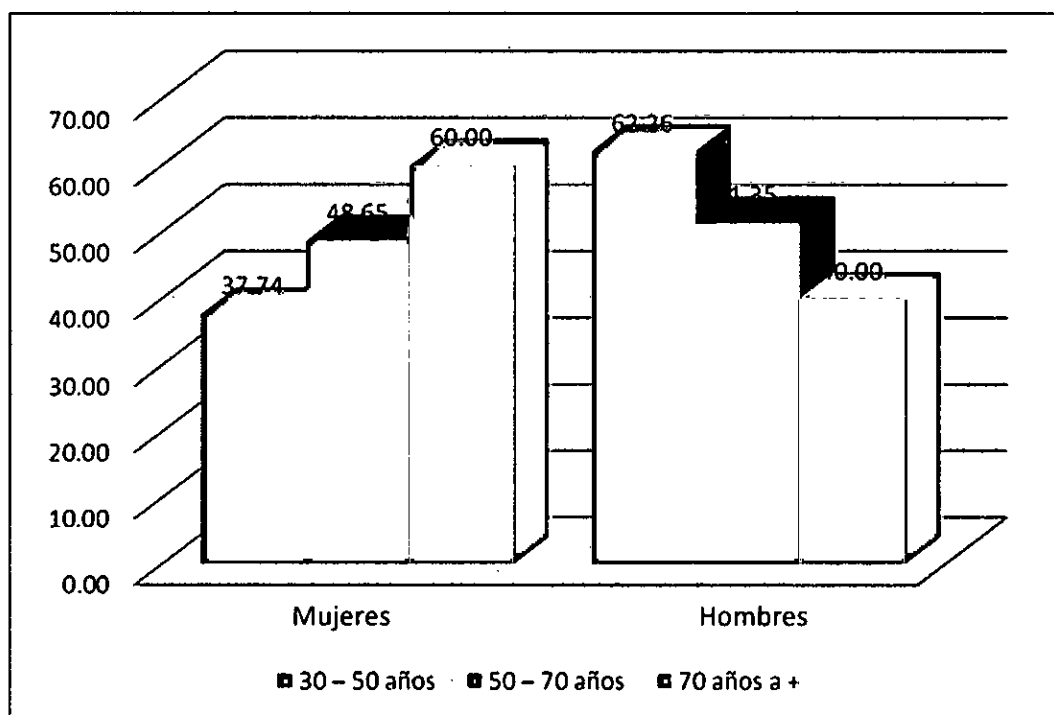
TABLA No. 4.2

Edades de pacientes colostomizados al servicio de cirugía 6to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Edades	Mujeres	%	Hombres	%	Total	%
30 – 50 años	40	37.74	66	62.26	106.00	100.00
50 – 70 años	36	48.65	38	51.35	74.00	100.00
70 años a +	30	60.00	20	40.00	50.00	100.00

GRÁFICO No. 4.2

Edades de pacientes colostomizados al servicio de cirugía 6to. Piso Este del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



De acuerdo a la tabla podemos ver que ingresaron pacientes de 30 a 60 años con un porcentaje de 37.74 de sexo masculino, seguido de 50 a 70 años

TABLA No. 4.3

CASOS NUEVOS REGISTRADOS EN EL 2015 - 2016

CASOS REGISTRADOS	2015	%	2016	%
ESTOMAGO	902	40.58	926	41.16
COLON	304	13.68	281	12.49
RECTO	246	11.07	223	9.91
HÍGADO	184	8.28	213	9.47
VESÍCULA BILIAR	187	8.41	185	8.22
PÁNCREAS	171	7.69	194	8.62
ESÓFAGO	72	3.24	72	3.20
ANO	79	3.55	79	3.51
VÍAS BILIARES	78	3.51	77	3.42
TOTAL	2,223	100.00	2,250	100.00

De acuerdo a lo observado en la tabla vemos que entre los años 2015 y 2016 el cáncer del colon (13.68%) y recto (11.07%) ocupan en el 2do, lugar en los casos registrados en el INEN

GRÁFICO N° 4.3

CASOS NUEVOS REGISTRADOS EN EL 2015 - 2016

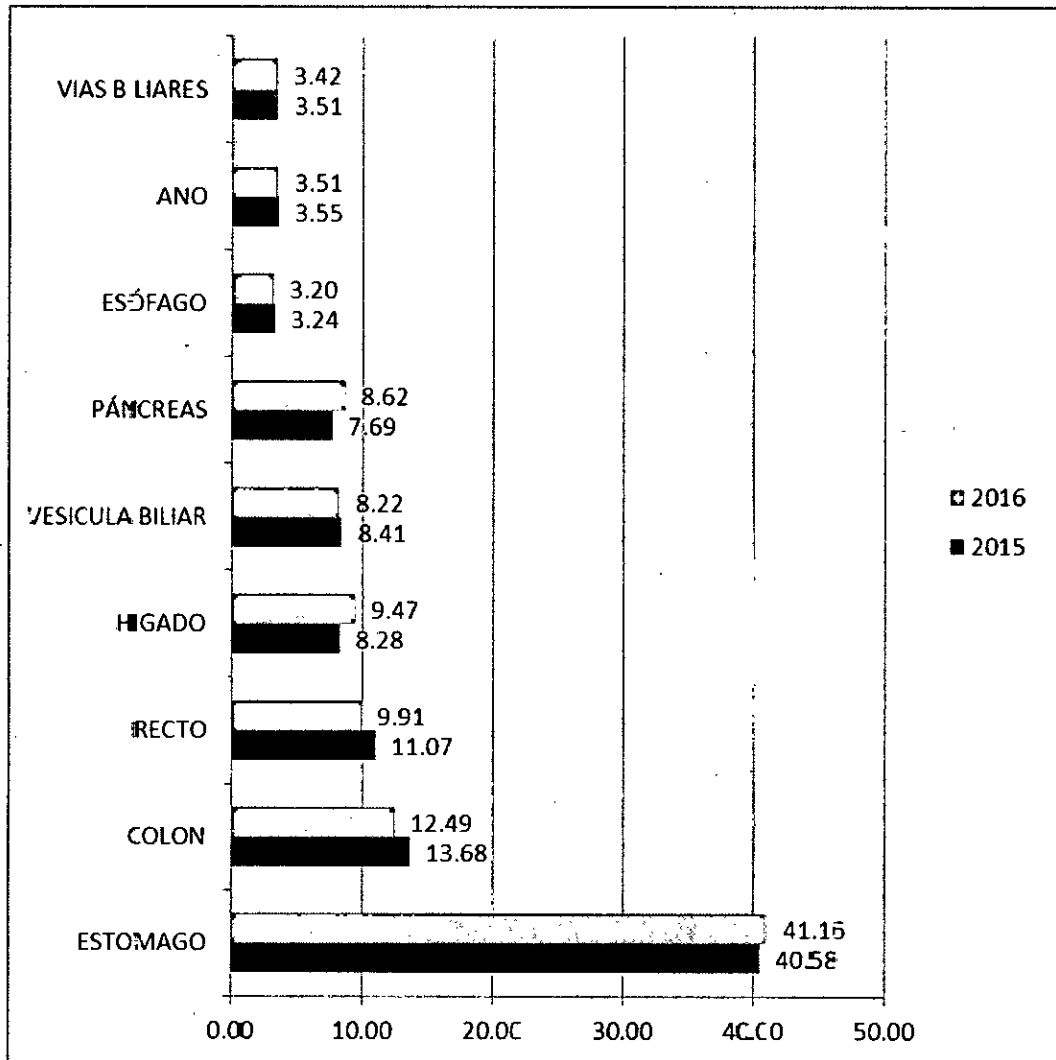


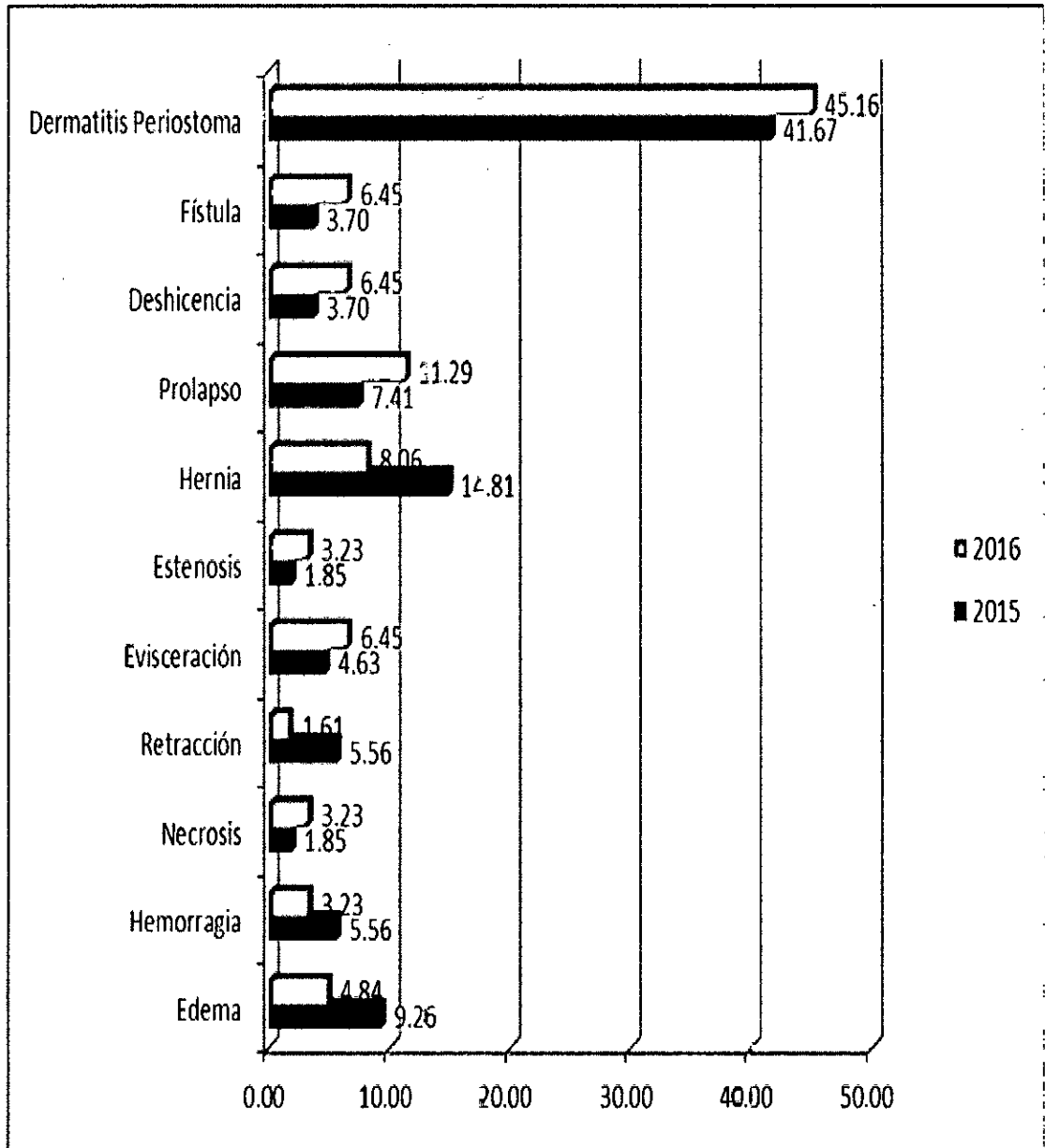
Tabla N° 4.4
COMPLICACIONES FRECUENTES DE COLOSTOMÍA

COMPLICACIONES	2015	%	2016	%
Edema	10	9.25	6	4.84
Hemorragia	6	5.55	4	3.23
Necrosis	2	1.85	4	3.23
Retracción	6	5.56	2	1.61
Evisceración	5	4.63	8	6.45
Estenosis	2	1.85	4	3.23
Hernia	16	14.81	10	8.06
Prolapso	8	7.41	14	11.29
Dehiscencia	4	3.70	8	6.45
Fístula	4	3.70	8	6.45
Dermatitis Periestomal	45	41.67	56	45.16
TOTAL	108	100.00	124	100.00

De acuerdo a la tabla podemos observar que la complicación más frecuente de pacientes colostomizados en el 2015 es la dermatitis periestomal con un 41.67 (45) y en el 2016 con un 45.16% (56).

Gráfico N° 4.4

COMPLICACIONES FRECUENTES DE COLOSTOMÍA



V. CONCLUSIONES

- a) De acuerdo a la revisión de los casos de pacientes colostomizados podemos apreciar que existe mayor incidencia en el sexo masculino con un 62.96% en el año 2015 y un 58.06% en el año 2016 .seguido del sexo femenino.
- b) Concluimos que el mayor porcentaje de pacientes colostomizados están comprendidos entre las edades de 30 a 50 años con un 62.26% del sexo masculino.
- c) Los casos registrados en el INEI en los años 2015 y 2016 fueron los del cáncer al colon (13.68%) seguido con el recto (11.07%) ocupando el segundo lugar.
- d) Las complicaciones más frecuentes que presentan los pacientes colostomizados en el año 2015 es la dermatitis periestomal con un 41.67 (45) y en el 2016 con un 45.16% (56).
- e) Los cuidados de Enfermería en los pacientes colostomizados es de vital importancia para su recuperación y su reincorporación a sus actividades diarias, elevar su autoestima y mejorar así su calidad de vida.
- f) De acuerdo a las necesidades del servicio de cirugía se están modificando las guías de atención con el fin de mejorar la atención y los cuidados de Enfermería.

VI.- RECOMENDACIONES

- a) Implementar una Guía de Evaluación para el paciente colostomizado en la que se lleve un registro de la evolución del paciente y contar con un registro real de pacientes colostomizados atendidos en el Instituto.

- b) Aplicar e innovar nuevas metodologías de enseñanza – aprendizaje al paciente con el fin de que adquieran capacidades y destrezas para el cuidado y manejo de su ostoma.

- c) La capacitación y especialización en temas de estomatoterapia que complementen su formación y mejoramiento profesional, con la finalidad de brindar atención eficiente al paciente colostomizado.

- d) La preparación del paciente sometido a colostomía debe ser tratada por el equipo multidisciplinario (médico – enfermera – psicólogo) y preparar así al paciente y familia para afrontar y adaptarse a su entorno social.

- e) Crear un Plan de Alta, que abarque orientadores sobre todo los cuidados que debe conocer el paciente y familiar al momento de regresar a su domicilio.

VII.- REFERENCIALES

1. Solanas Muñoz MP, Noguero Fernández MC. Protocolo de enfermería ante un paciente ostomizado. *Enferm Cientif.* 2001 jul-ago(232-233):24-28.
2. Fernández Camiñas JA, Pérez Taboada MJ, Méndez López E, Sobrado Otero MJ, Lorenzo Díaz C, Barral Rodríguez MJ. Plan de mejora integral de la atención hospitalaria a pacientes portadores de ostomías digestivas. *Rev Paraninfo Digital.* 2011; 5(13). <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/para/n13/pdf/p059.pdf>.
3. Recalla S, English K, Nazarali R, Mayo S, Miller D, Gray M. Ostomy care and management: A systematic review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing : official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN.* 2013;40(5):489-500. <http://search.proquest.com/docview/1492679279?accountid=14555>. <http://dx.doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a219a1>.
4. Coca Pereira C, Fernández de Larrinoa Arcal I, Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de enfermería especializada en ostomía. *Metas Enferm.* 2014;17(1):23-31.
5. Ivarez DY, Burbano LM, Gálvis BE, Eraso CO. Cuidados de enfermería que requieren Las personas colostomizadas según sus necesidades interferidas al reanudar su vida social. San Juan de Pasto 2008-2009. *Revista UNIMAR.* 2014;28(1).
6. Crespo Villazán. Plan de cuidados de enfermería estandarizado en el paciente colostomizado [Internet]. [Consultado 2015 Dic 20]. Disponible en: <http://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/3940/CrespoVillazanL.pdf?sequence=1> [
7. Agapito Esquerre KF, Reaño Pérez LD. Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2012-2013. [Tesis de grado Licenciado en

- Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012-2103.
8. Pulido Justicia R. Cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2001(10):100-8.
 9. Noda Sardiñas CL, Alfonso Alfonso LE, Fonte Sosa M, Valentín Arbona FL, Reyes Martínez ML. Problemática actual del paciente con ostomía. *Revista Cubana de Medicina Militar*. 2001;30(4):256-62.
 10. Ferreira Umpiérrez AH. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 2013;22(3):687-94.
 11. Martín Muñoz B, Panduro Jiménez RM, Crespillo Díaz Y, Rojas Suárez L, González Navarro S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*. 2010;19(2-3):115-9.
 12. Barbero Juárez FJ, Martín Cañete FJ, Galbis Valero V, García López J. Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado. *Nure Investigación*. 2004(7):1-10.
 13. FERREIRA-UMPIÉRREZ, Augusto Uruguay (2014). "Vivencias de familiares de pacientes colostomizados y expectativas sobre la intervención profesional"
 14. Vélez D. Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados, tratados en la consulta externa de cirugía del Hospital Teófilo Dávila. Tercer trimestre del 2014. [Tesis de grado Licenciado en Enfermería]. Machala: Universidad de Machala. Unidad Académica de Ciencias Químicas y de la Salud. Carrera de Enfermería; 2014.
 15. Hernández Fernández F. Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2011;3(2):504-33.

16. García Palomino, Karen. Lima (2014) Características epidemiológicas en pacientes colostomizados por el servicio de colon H.N.E.R.M durante el período enero 2013-diciembre 2014
17. Agapito Esquerre KF, Reaño Pérez LD. Influencia del programa educativo a domicilio en adaptación de personas ostomizadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Chiclayo 2012-2013. [Tesis de grado Licenciado en Enfermería]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2012-2103.
18. Sanjinez Ticona M. Frecuencia, indicaciones y complicaciones de las colostomias realizadas en pacientes mayores de 14 años del servicio de cirugía del Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2006-2011. [Tesis de grado Médico Cirujano]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Medicina Humana; 2006-2011.
19. Marques Andrade de Souza AP, Beserra da Costa Santos I, Guimarães Oliveira Soares MJ, Oliveira de Santana I. Perfil clínico-epidemiológico de los pacientes atendidos y censados en el Centro Paraibano de Ostomizados-João Pessoa, Brasil. Gerokomos. 2010;21(4):183-90.
20. Casas Anguita J, Repullo Labrador JR, Pereira Candel J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Medicina clínica. 2001;116(20):789-96.
21. Berra S, Bustingorry V, Henze C, Díaz MdP, Rajmil L, Butinof M. Adaptación transcultural del cuestionario KIDSCREEN para medir calidad de vida relacionada con la salud en población argentina de 8 a 18 años. Archivos argentinos de pediatría. 2009;107(4):307-14.
22. Crespillo Díaz AY, Martín Muñoz B. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado: Estudio cualitativo de un caso. Index de Enfermería. 2012;21(1-2):43-7.
23. Bonill de las Nieves C, Hueso Montoro C, Celdrán Mañas M, Rivas Marín C, Sánchez Crisol I, Morales Asencio JM. Viviendo con un estoma

- digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería*. 2013;22(4):209-13.
24. Chaura Guindic L, Benavides Leon J, Villanueva Herrero J, Jiménez Bobdilla B, Abdo Francis JM, Hernández Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*. 2011;79(2):149-55.
 25. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del Hospital Clínico San Carlos. *Psicooncología*. 2006;3(1):189-94.
 26. Rico JL, Restrepo M, Molina M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*. 2005;3(1):73-86.
 27. Feliu J, Cruzado JA, López Santiago S, Martínez V. Calidad de vida, estado emocional, anemia y astenia en pacientes de cáncer de colon tratados con cirugía. *Psicooncología*. 2011;8(1):101-11.
 28. Ruiz Tovar J, Morales Castiñeiras V, Lobo Martínez E. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. *Cirugía y Cirujanos*. 2010;78(3):283-91.
 29. Torres Ortega CM. Adaptación transcultural de la escala de incertidumbre de M. Mishel, en personas con insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis. [Tesis Doctoral]. Jaén: Universidad de Jaén; 2013.

ANEXOS

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



Fuente: Elaboración propia, 2016

Servicio de Cirugía 6to. Piso E



Materiales usados con pacientes colostomizados



Fuente: Elaboración propia, 2016

Preparación para el cambio de bolsas del paciente colostomizado



Fuente: Elaboración propia, 2016

Paciente colostomizado



Fuente: Elaboración propia, 2016

**Educación al paciente
colostomizado**



Fuente: Elaboración propia, 2016

Posición y ubicación de las bolsas usadas en pacientes colostomizados



Fuente: Elaboración propia, 2016

Estación de Enfermería Cirugía 6to. E- INEN



Fuente: Elaboración propia, 2016

**GUÍA DE INTERVENCIÓN DE
ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN
PACIENTE COLOSTOMIZADO**



GIDEO 6: ATENCION DE PÁCIENTES EN LA ETAPA POST- OPERATORIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
		<p>3440 Cuidados del sitio de incisión (periné / abdomen) Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada mediante suturas, clips o grapas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o ducha. - Enseñar al paciente/familia a cuidar la incisión. - Enseñar al paciente/familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección. <p>5614 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito. Preparar a un paciente para que consiga y/o mantenga el nivel de actividad prescrito.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar al paciente sobre el propósito y los beneficios de la actividad / ejercicio prescrito - Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria. - Ayudar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad. - Remitir al paciente al fisioterapeuta si es preciso. - Implicar a la familia siempre que sea posible. <p>5614 Enseñanza: Dieta prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparación de un paciente para seguir correctamente la dieta prescrita - Coordinar con nutrición a fin de establecer los alimentos que debe o no consumir y a adquirir nuevos hábitos alimentarios a fin de evitar complicaciones

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA (GÍDEO 7) EN EL PACIENTE COLOSTOMIZADO

1. DEFINICIÓN

Intervención de enfermería validada que se realiza en pacientes ostomizados mediante técnicas, procedimientos y protocolos especializados para brindar el cuidado apropiado, integral y seguro.

2. JUSTIFICACION

El cáncer es una enfermedad crónica que cada día va en aumento causando muerte y discapacidad cuando no es detectado a tiempo. Las personas que padecen de esta enfermedad con un diagnóstico y tratamiento oportuno se curan. Creemos que la persona ostomizada tiene derecho a continuar con una calidad de vida y proseguir en la reinserción en el entorno familiar, social y laboral, debiendo ser cubiertas las necesidades biológicas y de educación al momento del alta hospitalaria. La Guía de Enfermería Oncológica permitirá realizar intervenciones que demuestren la calidad, eficiencia, eficacia y efectividad en la atención integral y oportuna al paciente con colostomía.

3. ASPECTOS GENERALES

3.1. COMPETENCIA

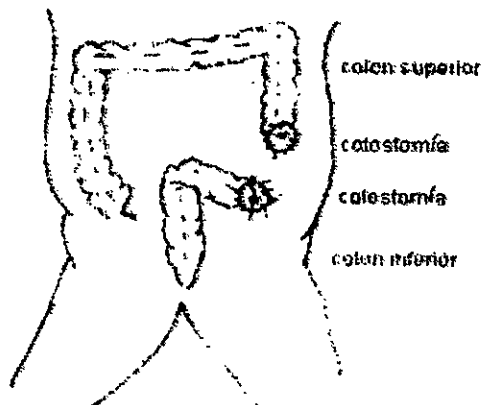
La enfermera oncóloga brinda cuidados integrales con humanismo y ética profesional utilizando las guías de intervención y guías de procedimientos que le permita asegurar los cuidados con calidad.

3.2. OBJETIVOS

El objetivo principal de la enfermera es reinsertar dicho paciente en el mismo lugar de la sociedad que ocupaba antes de la intervención, y rehabilitarlo satisfactoriamente hasta que se sienta capacitado.

3.3. COLOSTOMÍA

Es una técnica quirúrgica de extraer parte del intestino grueso hacia la pared del abdomen. Se realiza en caso de traumatismo o cáncer de colon pudiendo ser transitoria o permanente; este último sucede cuando existe cáncer de ano y recto que invaden las paredes de la línea pectina, los esfínteres, capas adyacentes del recto y ano.





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

- **Colostomía Ascendente.** Hecha en la parte ascendente del colon, la salida de las heces son líquidas o pastosas.
- **Colostomía Descendente del colon:** La salida de las heces fecales son casi completamente formadas.
- **Colostomía Transversal.** Hecha en la parte transversal del colon, la salida de las heces fecales son pastosas o semiformadas.
- **Colostomía del sigmoides:** la salida de las heces son formadas.



GIDEO 7: ATENCION DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<p>Dominio 1 : Promoción de la salud</p> <p>Clase 2: Manejo de la salud</p> <p>00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico</p> <p>R/C desconocimiento del tratamiento (manejo del ostoma)</p>	<p>1808 Conocimiento: tratamiento</p>	<p>5520 Facilitar el aprendizaje</p> <p>5802 Enseñanza del proceso de la enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educar sobre cuidados del ostoma, funcionamiento, alimentación. <p>5628 Enseñanza :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demostración en maqueta sobre el cuidado del ostoma. - Demostración al paciente y familia. - Informar donde adquirir las bolsas y accesorios de ostomias. - Material y equipo a utilizar - Higiene <p>5616 Tratamiento de medicamentos prescritos.</p> <p>5270 Apoyo Emocional.</p> <p>7140 Apoyo de la Familia.</p> <p>5250 Apoyo en la toma de decisiones.</p> <p>4410 Establecimiento de objetivos comunes</p>
<p>Dominio 2: Nutrición</p> <p>Clase 1: Ingestión</p> <p>00002 Desequilibrio nutricional por defecto</p> <p>R/C proceso de la enfermedad</p>	<p>1100 Manejo de la nutrición.</p>	<p>0150 Alimentación.</p> <p>5246 Asesoramiento nutricional por defecto.</p> <p>5614 Enseñanza dieta prescrita.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posteriormente irá incrementando su alimento como antes, siempre y cuando sea hipertenso o diabético., la alimentación será diferente. - Ingesta de líquidos - Observará si presenta estreñimiento o diarrea.
<p>Dominio 04</p> <p>Actividad/Reposo</p> <p>Clase 2: Actividad/ Ejercicio</p> <p>00085 Deterioro de la movilidad física</p> <p>R/C proceso de la enfermedad</p>	<p>0208 Control del nivel de la movilidad</p>	<p>1800 Ayuda al auto cuidado.</p> <p>0840 Cambio de posiciones.</p> <p>0842 Cambio de posiciones intraoperatorio.</p> <p>0844 Cambio de posición neurológico.</p>
<p>Dominio 04</p> <p>Actividad/Reposo</p> <p>Clase 1: Reposo, sueño</p> <p>095 Deterioro del Patrón sueño r/c al ostoma</p>	<p>0003 Descanso</p> <p>0004 Sueño</p>	<p>1850 Fomentar el sueño</p> <p>5270 Apoyo Emocional</p> <p>5480 Manejo ambiental</p> <p>4400 Terapia musical</p>



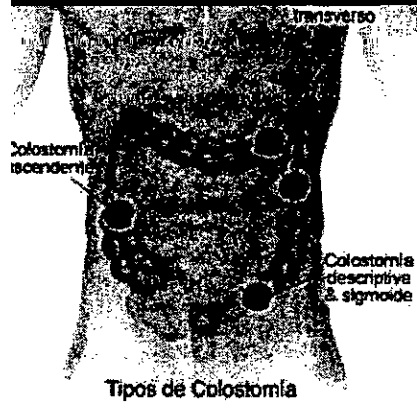
GIDEO 7: ATENCION DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<p>Dominio 5: Percepción/ Cognición Clase 4: Cognición: uso de la memoria</p> <p>00126 Conocimientos deficientes en el tratamiento R/C procedimiento quirúrgico (colostomía)</p>	<p>1803 Conocimiento: Proceso de la enfermedad</p>	<p>4920 escucha activa. 5520 Facilitar el aprendizaje. 7910 Consulta. 5465 Contacto terapéutico. 5510 Educación sanitaria. 5606 Enseñanza individual. 5602 Enseñanza: Proceso de Enfermedad. 5610 Enseñanza: Pre quirúrgico. - Consejería: Información sobre el colostoma, apoyo psicológico. - Demarcación del ostoma. Post quirúrgico: - Cuidados del colostoma, - Consejería en el alta</p>
<p>Dominio 6: Auto percepción Clase 2: Autoestima 00120 Baja autoestima situacional R/C proceso de la enfermedad pos cirugía (colostomía)</p>	<p>1205 Autoestima</p>	<p>5400 Potenciación del autoestima. 5220 Potenciación de la imagen corporal. 5270 Apoyo emocional. 5230 Aumentar el afrontamiento. 5440 Aumentar los sistemas de apoyo. 5480 Clasificación de valores.</p>
<p>Dominio 8: sexualidad. Clase 2: Función sexual 00056 Patrón sexual inefectivo R/C trastorno de la imagen corporal secundario a colostomía evidenciado por preocupación por la sexualidad con su pareja.</p>	<p>1815 Conocimiento: funcionamiento sexual.</p>	<p>5248 Asesoramiento sexual. 5622 Enseñanza: sexo seguro. 7150 Terapia familiar. 0906 Toma de decisiones.</p>
<p>Dominio 6: Auto percepción</p> <p>Clase 3: Imagen corporal 00118 Trastorno de la imagen corporal R/C proceso quirúrgico, colostomía</p>	<p>1200 Imagen corporal</p>	<p>5220 Potenciación de la imagen corporal 5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento 5440 Aumentar los sistemas de apoyo 5480 Clasificación de valores 3420 Cuidado del paciente operado, con colostomía. 5220 Potenciación de la imagen corporal. 5390 Potenciación de la conciencia en sí mismo. 5380 Potenciación de la seguridad.</p>



GIDEO 7 : ATENCION DEL PACIENTE COLOSTOMIZADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	NOC (Resultados)	NIC (Intervenciones)
<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés Clase 2: Respuesta de afrontamiento 0146 Ansiedad R/C Cambios en el estado de salud.</p>	<p>1402 Control de la ansiedad</p>	<p>4920 Escucha activa 5270 Apoyo emocional 5820 Disminución de la ansiedad 5618 Enseñanza del procedimiento y técnicas de tratamiento., 5250 Apoyo en la toma de decisiones. 5230 Aumentar el afrontamiento. 1850 Fomentar el sueño. 5420 Apoyo espiritual.</p>
<p>Dominio 11: Seguridad, Protección Clase 2: Lesión Física 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C manejo de la colostomía.</p>	<p>1101 Integridad Tisular: piel, membranas, mucosas.</p>	<p>3580 Cuidados de la piel. - Limpieza de la piel periestomal con agua y jabón de glicerina. - Medir el diámetro del colostoma y dibujar en la bolsa indicada. - Recortar, retirar el papel protector de la bolsa y colocar en un ángulo de 45º - Colocar el gancho de seguridad.</p> <p>3590 Vigilancia de la piel 3540 Prevención de úlceras por presión 3660 Cuidados de las heridas 0940 Cuidados de infección/ inmovilización.</p>



¿SOBRE LA ALIMENTACION?

La mayoría de los colostomizados deben tener un régimen alimenticio equilibrado, con vitaminas, minerales, proteínas, etc, el cual no debe cambiar.

Algunos alimentos producen gases y/o mal olor en las heces es importante reconocerlos y restringirlos como la cebolla, huevos, brócoli, repollo, col, gaseosas, etc.



¿COMO SE RECOLECTA LA DEPOSICION?

Este ostoma no se controla voluntariamente, razón por la cual se deberá colocar una bolsa para recoger las heces.

Dichas bolsas se colocan alrededor del ostoma mediante un adhesivo que protege la piel evitando que se produzcan irritaciones.

¿EN QUE CAMBIARA MI VIDA DIARIA?

El principal cambio será la salida natural de la deposición por el colostoma.

RECOMENDACIONES:

Ud. podrá ejecutar la mayoría de actividades que no requieran considerable esfuerzo físico.

Al ducharse se debe cubrir la zona de la bolsa de colostoma para prolongar su duración.

UNIDAD DE TERAPIA OSTOMAL Y HERIDAS

Lic. EEO Elisa Jiménez

Horario: Martes y Jueves

8 am -6 pm.

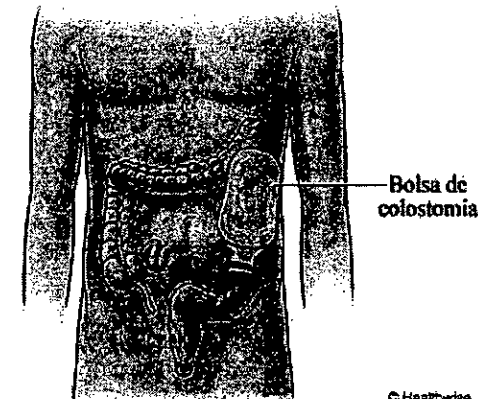
Acercarse a la Puerta 45



DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA
SERVICIO 6to ESTE

TRIPTICO DE INFORMACION

CUIDADOS DEL COLOSTOMA



© Healthwise, Incorporated

Surquillo, 2015

EL APARATO DIGESTIVO

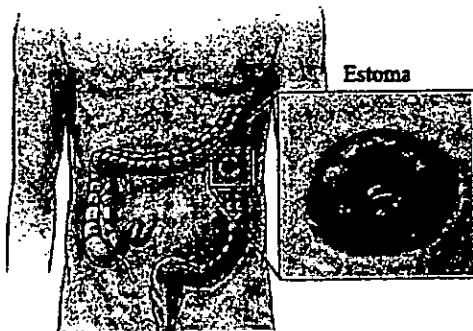
Es el que está formado por la boca, esófago, estómago, intestino delgado y grueso, recto y ano.

Los alimentos no digeridos ni absorbidos en el intestino delgado pasan al intestino grueso o colon dividiéndose en ascendente, transverso, descendente, sigmoides, recto y ano



¿QUE ES UNA COLOSTOMIA?

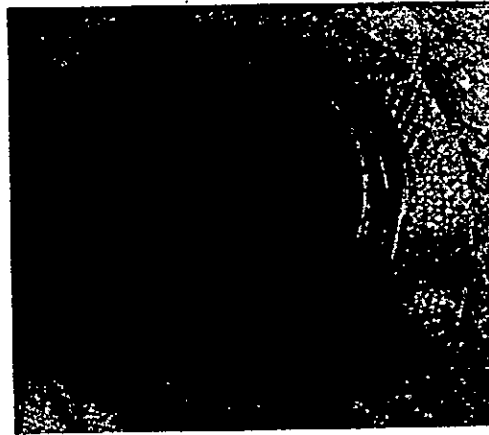
Es un procedimiento quirúrgico que consiste en



realizar una abertura en el cual un segmento del colon es expuesto hacia la pared abdominal.

¿ASPECTOS QUE TIENE UNA COLOSTOMIA?

El colostoma es de color rojo y tiene casi la misma tonalidad de la membrana mucosa de la boca, normalmente es redondo pero puede ser alargado



¿QUE SALDRA POR EL COLOSTOMA?

Por el colostoma siempre sale deposición. La consistencia de la misma dependerá del tramo del intestino que se haya exteriorizado. Pueden ser líquidas, semilíquidas y pastosas.

TIPOS DE COLOSTOMIA:

Están relacionadas al lugar en el colon donde se hacen la cirugía:

1. COLOSTOMIA ASCENDENTE

Se localiza en el lado derecho del abdomen, las heces que drenan de este estoma son de forma líquida.

2. COLOSTOMIA TRANSVERSA

Tiene un estoma que se localiza en el abdomen superior hacia el centro o el lado derecho, las heces que drenan de este estoma pueden ser suaves o líquidas.

3. COLOSTOMIA DESCENDENTE O SIGMOIDES

Tiene un estoma que se localiza en la parte inferior izquierda de su abdomen. Las heces son de forma firme.