



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

Trabajo de Titulación

Previo a la obtención del título de
MEDICO CIRUJANO

TEMA

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E
ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE
PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”

AUTORES:

GARCIA REZABALA DAVID ALEXANDER
PAYARES TUIRAN YEISA ROCIO

DIRECTOR:

DR. VICTOR HUGO VALLEJO SAN ANDRES

PORTOVIEJO – MANABI – ECUADOR

2013-2014

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios por ser el motor de mi vida, por ser mi compañero fiel, por darme paz y esperanza en todo momento.

A mi familia quienes han sido mi inspiración.

En especial a mis padres que me han educado de la mejor manera enseñándome valores morales y espirituales, por darme fuerzas, apoyo y los mejores consejos en los momentos difíciles de mi carrera y por ser mi ejemplo a seguir.

Payares Tuirán Yeisa Rocío

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis abuelos en el cielo, que siempre soñaron con verme convertido en Médico y a mis amados padres, que siempre creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y honestidad, porque me apoyaron en todo momento y siempre me dieron el impulso que necesario en los momentos más difíciles.

A mi hermano y mi pequeña hija por ser mi orgullo e inspiración y por causar en mí ese deseo de superación para poder ser un digno ejemplo a seguir para ellos.

Dedicado a ustedes, por ser el motor que me impulsó a lograr esta meta.

García Rezabala David Alexander

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud, principalmente está dirigida al Dios Todopoderoso por habernos dado la existencia y permitido llegar al final de nuestra carrera.

A la Universidad Técnica de Manabí, por acogernos, por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales, así como a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina.

Igualmente; agradecemos muy profundamente a los miembros del Tribunal de Tesis Dr. Víctor Hugo Vallejo por el soporte, la dedicación y paciencia en la realización de este proyecto y los docentes Miembros del Tribunal de Revisión y Evaluación: Dra. Yira Vásquez Giler, Dr. Giancarlos Ponce Moreno, y Lic. Hortencia Solórzano un excelente grupo humano, quienes con sus valiosas aportaciones nos orientaron a culminar nuestra tesis con éxito.

Finalmente a todo el personal del área de Cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”, pacientes y familiares de los mismos, por su colaboración desinteresada en este proyecto.

García Rezabala David Alexander

Payares Tuirán Yeisa Rocío

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones legales correspondientes por la Universidad Técnica de Manabí yo, DR. VICTOR HUGO VALLEJO, catedrático de Ciencias de la Salud, en mi calidad de director de Trabajo de Titulación, certifico que la presente modalidad de trabajo investigativo titulada: “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”. Este trabajo es original de las autores: GARCIA REZABALA DAVID ALEXANDER Y PAYARES TUIRAN YEISA ROCIO, el que ha sido realizado, revisado, corregido y aprobado bajo mi dirección por lo que después de haber reunido los requisitos establecidos por el reglamento de graduación de la Universidad Técnica de Manabí, Facultad Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

.....
DR. VICTOR HUGO VALLEJO
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TEMA:

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometido a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

Dra. Yira Vásquez Giler,MN
DECANA

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO

Dr. Jhon Ponce Alencastro. MDI
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ASESORIA FCS

Dr. Víctor Hugo Vallejo
DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Dra. Yira Vásquez Giler,MN
PRESIDENTE DE TRABAJO DE TITULACION

Dr. Giancarlos Ponce Moreno
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Hortencia Solórzano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”, se realizó con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

Dra. Yira Vásquez Giler, MN
PRESIDENTE DE TRABAJO DE TITULACION

Dr. Víctor Hugo Vallejo
DIRECTOR DEL TRIBUNAL DE
REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Dr. Giancarlos Ponce Moreno
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lic. Hortencia Solórzano
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA

GARCIA REZABALA DAVID ALEXANDER Y PAYARES TUIRAN YEISA ROCIO, egresados de la Escuela de Medicina perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el presente trabajo de investigación titulado: “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”, es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en el Estado Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizado por la ley; así mismo se asume todas las consideraciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Portoviejo, Mayo del 2014.

García Rezabala David Alexander
AUTOR

Payares Tuirán Yeisa Rocío
AUTORA

RESUMEN

Como es conocimiento de muchos los pacientes ostomizados (Colostomías e ileostomías en este caso) presentan cambios fisiológicos y psicológicos de considerable importancia relacionados con la pérdida del control esfinteriano, los ruidos intestinales, muchas veces la forma de canalizar gases, la incomodidad en la mayoría a causa del olor, la vigilancia constante del llenado de la bolsa y la molesta irritación de la piel periestomal que influyen en su calidad de vida individualmente.

Por lo cual creímos conveniente conocer el estilo de vida de los pacientes portadores de ostomía en el área de cirugía del hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, siendo necesario determinar las características propias de cada paciente y el manejo que estos tuvieron relacionándolas con su estilo de vida.

Se realizó un tipo de estudio descriptivo prospectivo, de diseño no experimental con una población de 12 pacientes como universo, que hayan sido atendidos en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, clasificados como pacientes portadores de colostomías crónicas de acuerdo al diagnóstico quirúrgico, y su calidad de vida según el cuestionario de Montreaux obteniendo que posterior al uso de las colostomías la inserción de nuevo a la sociedad y la calidad de vida en muchos de estos pacientes no vario, en comparación a su situación previa a la ostomía, repercutiendo en su entorno social, familiar y laboral. Para obtener estos datos, nos apoyamos en la revisión de historias clínicas, observación directa y análisis mediante gráficos estadísticos.

Concluyendo que para mejorar la calidad de vida de los pacientes se debe brindar apoyo psicológico, emocional y dietético por parte de la institución donde se le practico dicha intervención, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes

Palabras Claves: Ostomía, calidad de vida, cirugía, cuestionario de Montreaux.

SUMMARY

As is aware of many ostomy patients (colostomies and ileostomies in this case) have physiological and psychological changes of a substantial nature in the loss of sphincter control, bowel sounds, often a way to channel gases, discomfort in the majority cause of the smell, the constant monitoring of bag filling and annoying peristomal skin irritation affecting their quality of life individually.

Therefore we thought it meet the lifestyle of ostomy patients in the area of surgery Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, being necessary to determine the characteristics of each patient's characteristics and management that these were his way of relating them lifetime.

A type of prospective descriptive study, non-experimental design with a population of 12 patients and the universe, which have been treated at the Provincial Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, classified as critical colostomy patients according to the surgical diagnosis was made, and their quality of life according to the questionnaire that after getting Montreaux use of colostomies inserting back into society and quality of life in many of these patients did not differ compared to their pre-ostomy situation impacting their social, family and work environment. For these data, we rely on medical record review, direct observation and analysis using statistical graphics.

Concluding that to improve the quality of life of patients should provide psychological, emotional and dietary support from the institution where such intervention is practical, to improve the quality of life of these patients.

Keywords: Ostomy, quality of life, surgery, Montreaux questionnaire.

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION	iv
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	vi
DECLARATORIA DE AUTORÍA	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY	ix
INDICE DE CONTENIDOS	x
TEMA	xi
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
OBJETIVOS	5
OBJETIVO GENERAL	5
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
MARCO TEÓRICO	6
VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION	30
VARIABLE INDEPENDIENTE	30
VARIABLE DEPENDIENTE	36
DISEÑO METODOLÓGICO	44
TIPO DE ESTUDIO	44
CAMPO	44
AREA	44
ASPECTO	44
DELIMITACION ESPACIAL	44
DELIMITACION TEMPORAL	44
LINEA DE INVESTIGACIÓN	44
UNIVERSO	¡Error!
Marcador no definido.	

MUESTRA	¡Error! Marcador no definido.
MÉTODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	45
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	46
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	46
RECURSOS HUMANOS.....	46
RECURSOS FISICOS	46
SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN	47
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	48
GRAFITABLA N°1.....	49
Distribución según el género y la edad de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.	49
GRAFITABLA N° 2.....	51
Distribución según la condición laboral previa y posterior de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	51
GRAFITABLA N° 3.....	53
Distribución según el estado civil y el rol en la familia de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	53
GRAFITABLA N° 4.....	55
Distribución según el número de controles médicos y aseo de la ostomía de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	55
GRAFITABLA N° 5.....	57
Distribución según la vida sexual de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.	57
GRAFITABLA N° 6.....	59
Distribución según los antecedentes patológicos personales y familiares de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	59
GRAFITABLA N° 7.....	61

Distribución según el tipo de ostomía y la duración de la misma de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	61
GRAFITABLA N° 8.....	63
Distribución según el estado de la estoma y la técnica quirúrgica utilizada en los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	63
GRAFITABLA N° 9.....	65
Distribución según la educación recibida al alta de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	65
GRAFITABLA N° 10.....	67
Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección calidad de vida de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	67
GRAFITABLA N° 11.....	69
Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección autosuficiencia de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	69
GRAFITABLA N° 12.....	71
Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección cuestiones generales de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.....	71
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	76
PRESUPUESTO	78
CRONOGRAMA DE ACITIVIDADES	79
BIBLIOGRAFIA	80
PROPUESTA.....	82
PROPUESTA.....	83
INTRODUCCIÓN.....	83
OBJETIVOS.....	84
OBJETIVO GENERAL.....	84

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	84
CONTENIDO TEMÁTICO.....	86
BENEFICIARIOS.....	86
RESPONSABLES.....	86
PLAN DE ACCIÓN.....	87
ANEXOS	88
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ENCUESTAS Y TEST MEDITORIOS DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES OSTOMIZADOS.....	89
GUIA DE ENCUESTA DEL TEMA:.....	90
CUESTIONARIO “MONTREAUX” DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESTOMAS.....	92
EVIDENCIA FOTOGRAFICA.....	97
TRIPTICOS INFORMATIVOS REPARTIDOS A PACIENTES Y FAMILIARES.....	104
IMÁGENES EXPLICATIVAS DE MARCO TEÓRICO.....	108

TEMA

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE
COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014

INTRODUCCIÓN

La colostomía que no es más que el abocamiento del colon al exterior mediante diferentes técnicas quirúrgicas y es una práctica que definitivamente ha servido a los cirujanos digestivos como herramienta para resolver en forma relativamente sencilla situaciones clínicas que generalmente colocaban en grave riesgo la vida de los pacientes. Actualmente se evidencia que existe la tendencia a evitar su uso durante la cirugía electiva, a pesar de esto sigue teniendo vigencia la utilización de la misma, en muchos de los casos de patología maligna irreseccable, en condiciones inadecuadas locales, por mal estado general del paciente, como protección de anastomosis no satisfactorias, o cuando la patología exige como tratamiento la amputación del segmento terminal del colon recto y ano. En las urgencias médicas, donde el paciente no se encuentra total y adecuadamente estudiado, la preparación colónica correcta es un hecho imposible de lograr, y hay que proceder en forma inmediata, se afirma que la colostomía tiene aún más vigencia y es más utilizada, a pesar del uso de procedimientos tales como el lavado intraoperatorio del colon, o la utilización de dispositivos de protección anastomóticos ("coloshield"). Por lo tanto este procedimiento quirúrgico debe ser tratado en esta investigación, y todo cirujano debe conocer las indicaciones precisas, todos los detalles técnicos para su correcta confección con sus diferentes variedades, y no podemos ignorar los detalles del cuidado de la misma que hacen al confort y calidad de vida en este grupo importante de pacientes. Este último concepto nos lleva a tratar los aspectos psicológicos que encierran a un paciente al convivir con una colostomía, donde por obvias razones no debe faltar la terapia individual, ni los

grupos terapéuticos de colostomizados, logrando de esta manera reintegrarse a su vida normal y su inserción laboral y social.

Por otro lado, una ileostomía es una abertura en la pared abdominal que se hace mediante una cirugía. El extremo del íleon (la porción baja del intestino delgado) es traído a través de esta abertura para formar un estoma, usualmente en el lado inferior derecho del abdomen. La cirugía de ileostomía se realiza raíz de diferentes enfermedades y problemas. Algunas de las afecciones que pueden requerir cirugía de ileostomía incluyen colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, poliposis familiar y cáncer.

Para las miles de personas que padecen enfermedades digestivas graves, una ileostomía puede ser el inicio de una vida nueva y más sana. Si padece un problema crónico (por largo tiempo) o una enfermedad que puede representar una amenaza para la vida, como cáncer, usted puede esperar sentirse mejor después de recuperarse de esta cirugía. También puede esperar reanudar la mayoría, si no todas, las actividades que solía disfrutar.

Esta investigación le ayudará a entender mejor lo que es una colostomía y una ileostomía, por qué se necesitan, cómo afectan el sistema digestivo normal, y los cambios que acarrea a la vida de una persona que las porta, pero lo más importante es conocer el estilo de vida que llevan estos pacientes y sobre todo la reintegración en la comunidad de la manera más cotidiana posible. (Ticona, 2013)

JUSTIFICACIÓN

La necesidad de una colostomía e ileostomía en muchos de los pacientes que son sometidos a cirugía digestiva por alguna de las patologías respectivas del colon e íleon son hechos indispensables en el afán del cirujano por preservar la vida de sus pacientes.

Muchos pacientes saben a lo que se enfrentan y otros se muestran con muchas afectaciones psicológicas frente a una inminente ostomía, que muchos sabrán enfrentarla y vivir con ella, otros en cambio se sienten devastados y atemorizados por el hecho de no saber cómo enfrentar su nuevo estilo de vida y más aún cuando no tienen la certeza de si serán provisionales o permanentes.

En los quirófanos del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda las ostomías no son un hecho aislado, a pesar de los firmes criterios de los respectivos cirujanos para realizar dichos procedimientos en los casos estrictamente necesarios.

Debido a que se cuenta con una muestra considerable de pacientes que aún no han sido documentados en un estudio investigativo de este tipo y que necesitan apoyo psicológico y educativo para mejorar su estilo de vida y reintegrarse normalmente en sus labores cotidianas y contamos con las respectivas aprobaciones, hemos decidido realizar con ellos este proyecto de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tomando en cuenta que una ostomía es un tratamiento que ha comprobado ser en la mayoría de los casos altamente eficaz, también se sabe que al afectar la integridad corporal normalmente modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social, y todos estos factores repercuten directamente en la calidad de vida del paciente. La adaptación de estos pacientes a la presencia del estoma depende de diversos factores entre los que destacan principalmente la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes que puedan recibir, las condiciones en que se realizó la intervención quirúrgica, las complicaciones que pueden suceder al estoma, entre otras.

De acuerdo a lo expuesto nuestra investigación expresa la siguiente interrogante:

¿Cuál es la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías e ileostomías en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda diciembre 2013 – mayo 2014?

Sistematización del problema

¿Cómo identificar las características sociodemográficas de los pacientes o población en estudio?

¿Cómo podemos determinar las principales complicaciones de las cirugías de los pacientes ostomizados?

¿Cómo establecer o conocer la calidad de vida de los pacientes con ostomías?

¿Cómo fomentar grupos de reuniones de pacientes con esta problemática para brindarles apoyo psicológico y nutricional?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías e ileostomías en el Hospital Regional Verdi Cevallos Balda diciembre 2013 – mayo 2014

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar características sociodemográficas de los pacientes o población en estudio.

Determinar las principales complicaciones de las cirugías de los pacientes ostomizados.

Establecer la calidad de vida de los pacientes con ostomías

Fomentar grupos de reuniones de pacientes con esta problemática para brindarles apoyo psicológico y nutricional.

MARCO TEÓRICO

Es importante tener en cuenta que las ostomías al igual que todos los procedimientos quirúrgicos tienen sus antecedentes históricos, por lo cual es necesario citar datos relevantes de su reseña histórica. (Hierro & Abed, Colostomías, 2012)

Se considera a Praxágoras, 400 años a.c., como el iniciador del Tratamiento Quirúrgico de la obstrucción intestinal, practicando fístulas entero cutáneas mediante una punción percutánea en casos de hernias estranguladas. En L'Histoire de L'Academie Royal des Sciences" en 1.710, bajo el título "Diverses observation sanatomique" pág. 36, Alexis Littre propuso el abocamiento del colon sigmoides a la piel, a propósito de un niño que falleció a los seis días de vida por una oclusión intestinal congénita, como solución al problema., pero no se tiene registro si la practicó en algún paciente, a pesar que en la literatura, la sigmoideostomía se la conoció entonces como operación de Littre. Fue Duret, un cirujano militar en Brest quien en 1793 la realizó con éxito, y comunicada en la "Recueil de Medicine", París, 1798,4:45, en un recién nacido con ano imperforado, que luego de la exteriorización del sigmoides, con apertura longitudinal del mismo, el paciente vivió hasta los 45 años. Procedimiento que posteriormente se extendió en la solución de la obstrucción intestinal. Mason, en 1873, publicó 80 casos de pacientes que fueron tratados mediante una colostomía debido a obstrucción intestinal, con una mortalidad del 32%.

La primera colostomía no madurada fue realizada por KarlMaydl en 1884, y comunicada en 1888 donde suspendía el asa intestinal con una tira de gasa iodoformada en una apertura hecha en el mesosigma. C. B. Kelsey en 1889, proponía colocar una traba a través del

mesosigma uniendo ambos bordes de peritoneo y piel. Reeves en 1892 utilizó un tubo de goma a modo de espolón y Heath en 1892 utilizó una varilla de vidrio en una colostomía en asa.

Diversos estudios se han realizado sobre las ostomías y calidad de vida de los pacientes ostomizados entre los que podemos citar el de Rocío de Frutos Muñoz y col. Con el tema calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo.

Un estudio de cohorte prospectivo con enterostomizados del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid). En donde se usó como instrumento el cuestionario SF-36 y Stoma-QOL (mientras conservaron el estoma) en el preoperatorio, a los 15 días del alta, a los tres y seis meses de la cirugía, los resultados que se obtuvieron en este estudio fueron 44 pacientes ostomizados; 68% hombres, con edad media 66 años, y 32% mujeres, con edad media 59 años, el 73% casados; 48% jubilados/incapacidad; 57% con estudios medios/superiores; 57% de cirugía programada; 75% padecían cáncer colorrectal; 52% fueron colostomías. Hubo 25% cierre precoz, 36% ostomía temporal y 39% permanente. Los cambios en las puntuaciones globales a lo largo de los cuatro tiempos fueron significativos en el área funcional del SF-36. También resultaron significativos los cambios en las puntuaciones globales del Stoma-QOL al comparar los valores a los 15 días del alta a 3 meses de la cirugía.

Este estudio nos deja como conclusión que la percepción de calidad de vida es peor los tres primeros meses de la cirugía, que mejora y se mantiene entre los tres y seis meses posteriores. La percepción de calidad de vida fue mejor en los más jóvenes y en los sujetos

con estudios medios o superiores. Los pacientes con estomas permanentes valoraron mejor su percepción de calidad de vida en el área emocional. (Munóz, y otros, 2011)

Luis Charúa-Guindic y col. Con el tema Calidad de vida del paciente ostomizado, presenta un estudio descriptivo, transversal, donde se aplican los cuestionarios SF-36 versión 2.0, con 36 reactivos que evalúan 8 dimensiones, y el cuestionario de Montreaux, obteniendo resultados importantes.

En la sección de calidad de vida del cuestionario de Montreaux oscilo entre 60.8 y 81.2. las puntuaciones con el cuestionario calidad de vida SF 36 versión 2.0 fueron las siguientes en dicho estudio: funcionamiento físico 67.04, papel físico 56.06, dolor físico 68.28, salud general 57.16, con una media global de 62.14. para los componentes mentales: vitalidad 68.37, función social 71.53, rol emocional 71.48 y salud mental 68.67, con una media global de 70.0. el autor de este estudio concluye que la calidad de vida de la población estudiada fue buena. Se evidenció que notablemente el miedo a la fuga de materia fecal por el estoma y el ámbito sexual fueron las dimensiones más afectadas y a su vez las responsables de la disminución de los índices de calidad de vida. Estos resultados son de mucha importancia comparativa en nuestro estudio (Charua, y otros, 2011).

En cuanto a la Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado Fco Javier Barbero nos presenta la siguiente investigación donde reporta que:

Para un paciente colostomizado o ileostomizado, relativamente la contención fecal sería uno de los problemas principales a los que se enfrenta después de su intervención quirúrgica.

Por la misma razón sufrirá una serie de cambios no solamente de su imagen corporal sino también higiénicos, dietéticos, sociales etc. Como profesionales de la salud debemos saber detectar las necesidades de estos pacientes, para poder prestar así unos cuidados adecuados y oportunos que les ayuden a vivir de la forma más óptima posible.

El objetivo de este estudio fue evaluar si la técnica de irrigación como método de continencia fecal supone una mejora de la calidad de vida de los pacientes colostomizados. El cual se realizó a través de un estudio Pretest-postest sin grupo control donde se evaluó la mejora en la calidad de vida que se obtiene utilizando la técnica de irrigación. Para esto al paciente colostomizado se le debe enseñar la técnica de irrigación, valorando la calidad de vida que tienen antes y después de la intervención quirúrgica.

Los resultados que se obtuvieron fueron que el índice de calidad de vida antes de la intervención es del 54,20%, alcanzando un 77,30% después de 2 meses de uso con la técnica de irrigación.

Concluyendo que esta técnica de irrigación nos supone una mejora bastante significativa de la calidad de vida de las personas con colostomía o ileostomías en las ocho dimensiones valoradas en el estudio. Imagen corporal, bienestar psicológico, bienestar físico, dolor, nutrición, actividad sexual, manejo de dispositivos y preocupaciones sociales. La adaptación al entorno sociofamiliar del paciente ostomizado es un tema de vital importancia para esta población en estudio, por lo que Antonia Yolanda Crespillo Díaz, y col., quisieron conocer el afrontamiento y adaptación de un paciente ostomizado a lo largo de 2 años.

(Juárez, Martín Cañete, Galbis Valero, & García López, 2004)

Conclusiones: Queda evidenciada la necesidad de cuidados individualizados que consideren al paciente ostomizado en su dimensión biopsicosocial.

En cuanto a estudio de cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado, se realizó un estudio por Bodega Urruticoechea, en donde los resultados obtenidos en relación al campo sociosanitario, los estudios demuestran claramente la incidencia en los aspectos sociales de la vida del paciente ostomizado, entre estos se encuentran muchos cambios a nivel psicológico, social y fisiológico que provocan un grupo de modificaciones en su propia percepción como sujeto en sociedad.

Los estudios muestran claramente la falta de coordinación y planificación entre niveles asistenciales, ya que no existe una forma continua en la que se implemente fomentar la educación y autocuidado durante todo este el proceso. Hay varios casos en los que los pacientes ostomizados acuden al servicio de urgencias por necesidad de apoyo sanitario ante un problema con la bolsa y piel periestomal, entre otros factores.

También se recomienda formar grupos de apoyo educativos para pacientes ostomizados por parte de profesionales expertos, se ha demostrado que se mejora la resolución de dudas y problemas puntuales. En la atención domiciliaria, uno de los consejos que se da es la información sobre dichas asociaciones que cuentan con una herramienta educativa y de información veraz para el paciente. (Celedonio y Cols, 2013)

Existen varios ensayos clínicos realizados en diferentes países que coinciden concluyendo que este tipo de pacientes al recibir el alta o antes podrían adquirir información

valiosa sobre sus cuidados higiénicos y alimenticios que reducirían sus problemas porteros.

El paciente enterostomizado, una vez dado de alta se encuentra con una serie de problemas secundarios a la realización del estoma que podrían ser resueltos con una correcta intervención educativa tras el alta. Así lo demuestran autores como Santiago Pérez García, María Antonia Barbero García o Juana Campo Gascón. El objetivo del presente estudio consistió en demostrar que realizando un correcto plan de intervención educativo en pacientes ostomizados y familiares, al alta, se mejora la calidad de vida de éstos y se disminuye la carga del cuidador, ansiedad y depresión de sus familiares. En ambos grupos se pasarán 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. (Fernández, 2011).

El estudio titulado “Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2006” tuvo como objetivo general determinar la Calidad de Vida, en ámbito biológico, psicológico y social, del paciente colostomizado que asiste a la consulta del profesional de enfermería de mencionada institución, obteniendo como resultados: (Reyes & Jully, Calidad de vida del paciente ostomizado, 2006)

La hipótesis de este trabajo de investigación fue que: los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Instituto Nacional De Enfermedades Neoplásicas tienen una inadecuada calidad de vida, biológica, psicológica y social. Este estudio es de nivel aplicativo, de tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal la población

estuvo conformada por los pacientes que asistían a la Unidad de Terapia Ostomal y Heridas del INEN, que presentaban una colostomía permanente mayor de 2 años y que eran un total de 40 personas.

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una escala de Likert modificada la que se aplicó a los pacientes colostomizados a través de la técnica de encuesta. Dentro de los resultados del trabajo de investigación se tuvieron que los pacientes en su mayoría son del sexo femenino, casados y que oscilan entre las edades de 51 a 80 años; otro es que los pacientes colostomizados que asisten a la unidad de terapia ostomal y heridas se encuentran en proceso de recuperación de su calidad de vida, siendo la dimensión con mejor respuesta la biológica ya que los pacientes han aprendido a cuidar de su estoma y de sí mismos, a identificar los signos de alarma, a tratar de realizar sus actividades por sí solos, considerando algunas dificultades en cuanto a su vida sexual, y temor al dolor.

Las dimensiones con mayor dificultad, pero que también se encuentran en proceso de recuperación son la psicológica y social aunque aceptan tener la colostomía, siguen presentando tristeza por la misma, temor al rechazo de su entorno, los pacientes aún no son capaces de manifestar a otras personas que tiene una colostomía. (Reyes & Jully, 2006)

Para poder sustentar y entender mejor el resultado de nuestra investigación haremos un recuento breve sobre la clasificación de las colostomías.

(Hierro, Colostomías, 2013) Afirman que:

Principalmente las colostomías se van a clasificar de acuerdo a su morfología (terminales o laterales), a su capacidad de continencia (continentes o incontinentes), a la posibilidad de

restablecimiento del tránsito colónico (transitorias o definitivas), y al procedimiento quirúrgico empleado (maduradas o no maduradas)(VER ANEXOS):

De acuerdo a su morfología: tenemos que son laterales o en asa: Generalmente son temporales, aunque en casos de patologías malignas irresecables pueden llegar ser definitivas. Tiene la característica que no se interrumpe totalmente la continuidad del intestino, se realizan en un segmento móvil del colon (colon transverso o sigmoides), o por necesidad en un segmento movilizado, con el objeto de disminuir la presión del colon en un segmento proximal a la colostomía, aunque para ser eficaces deben derivar toda la materia fecal, por ello en los casos de ser definitiva, es conveniente seccionar y divorciar el ostoma proximal del distal. Las colostomías de este tipo son las que se realizan en el colon transverso y sigmoides en asa, segmentos estos móviles y accesibles.

Terminales: Generalmente son definitivas, este procedimiento interrumpe totalmente la continuidad colónica, pueden realizarse en cualquier segmento del colon y tienen por objeto derivar todo el contenido intestinal en los casos en los que se reseca algún segmento distal al mismo, el ejemplo típico es la amputación abdominoperineal u operación de Miles. Puede realizarse a un cabo o dos. Estos últimos se pueden exteriorizar en forma separada (bicolostomía) tipo Lahey - Finochietto, cuando el cabo distal no funciona, se encuentra abocado en el extremo distal de la incisión quirúrgica. Hay muchos ejemplos de bicolostomía con exteriorización de ambos cabos juntos las más conocidas son las técnicas de Mickulics-Rankin en el lado derecho (colon e ileon), o Mickulics-Lahey (colon y colon). Además éste tipo de ostomías se utilizan en la operación de Hartmann en donde se confecciona la colostomía del cabo proximal al colon resecado y se realiza el cierre del muñón distal. Normalmente estos últimos procedimientos quirúrgicos implican una

resección colónica y sin condiciones adecuadas locales o generales para realizar una anastomosis satisfactoria.

De acuerdo a la capacidad de continencia: No Continentes: Cuando no se realiza un método de continencia de las heces.

Continentes: Cuando se realiza con técnicas que permiten la función de continencia de las heces, tal es el caso de la colostomía perineal continente de Schmidt.

De acuerdo a la posibilidad de restablecimiento de la continuidad colónica: Temporarias: Son aquellas colostomías que se utilizan para derivaciones del contenido colónico en forma transitoria, y que luego de solucionada la patología que las motivo se cierran o reconstruyen.

Definitivas: Son las que nunca se reconstruirán debido a amputación del colon distal a las mismas, falta de resolución de la patología que las originó o debido al riesgo quirúrgico del paciente que no pueda ser reintervenido por noxas asociadas.

Una colostomía generalmente está indicada en caso de oclusiones colónicas, si el paso de las heces por un sector del colon tiene altas posibilidades de producir complicaciones o cuando no se puede realizar una anastomosis debido a condiciones locales y/o generales del enfermo. A continuación nombramos las siguientes indicaciones más frecuentes:

Protección de anastomosis colónicas

Obstrucción intestinal

Resecciones sin reconstrucción del tránsito

(Operación de Miles; Hartmann, etc.)

Traumatismos perineales graves

Escaras sacras contaminadas

Fístulas colo-vesicales
Enfermedad diverticular complicada
Perforación colónica
Fijación colónica en casos de vólvulos
Megacolon
Fecalomas
Megacolon tóxico
Misceláneas

En cuanto al cuidado postoperatorio debemos saber que la colostomía es un procedimiento que normalmente se puede realizar en forma electiva o de urgencia. (Hierro & Abed, Colostomías, 2012), mencionan en su artículo lo siguiente;

La elección del sitio donde va a emplazarse el ostoma es muy importante para el funcionamiento adecuado y el manejo del mismo por parte del paciente. Este lugar debe determinarse preferiblemente previo a la cirugía. De ello va a depender el confort y la estética del paciente, mejorando de este modo su calidad de vida.

Las condiciones necesarias para establecer el sitio de implantación cutánea del ostoma son:
Debe determinarse en lo posible con el paciente despierto, de pie, sentado o inclinado, de acuerdo al caso.

Se ubica en una protuberancia del abdomen, o zona plana de 8 cm. de diámetro.

Debe ser visible para el paciente.

Debe estar alejado del ombligo, cicatrices, pliegues, prominencias óseas y por encima de la línea del cinturón para facilitar la adaptación de los dispositivos de recolección y el manejo de los mismos por el propio paciente.

Evitar implantarla en zonas de piel dañada

Finalmente evaluar si la flexión abdominal forma pliegues que dificulten el sellado de la bolsa de colostomía.

Es imprescindible en las técnicas quirúrgicas no considerar a la colostomía como una cirugía menor, debido a que los errores en su confección por mínimos que parezcan pueden traer complicaciones graves. (Hierro & Abed, Colostomías, 2012) nos sugieren “prestar atención especial al sitio donde se realiza el ostoma, el diámetro, el trayecto en la pared abdominal y la hemostasia”.

A continuación (Ticona, 2013) describe las técnicas más comúnmente utilizadas:

Colostomías no continentales. Colostomías laterales: El procedimiento quirúrgico es similar en ambas localizaciones, íliaca izquierda o transversa derecha, se tiene como variante principal el lugar en donde se emplaza la incisión y la disposición que adoptan los cabos.

Colostomía lateral transversa sobre varilla: Sólo pueden realizarse en un sector móvil del colon, en éste caso se recomienda la parte móvil del colon transverso el cual descomprime obviamente el colon derecho.

Vías de acceso: Se realiza una incisión horizontal sobre la proyección del músculo recto anterior derecho del abdomen. Luego de incidir la piel y el tejido celular subcutáneo, se secciona la hoja anterior de la vaina del recto del abdomen. Posteriormente se secciona a demanda el músculo recto y la sección de la hoja posterior de la vaina y el peritoneo que

permite el ingreso a la cavidad peritoneal. Es de destacar que se debe hacer la incisión más pequeña posible para la exteriorización del colon transverso, con el objeto de evitar las complicaciones parietales postoperatorias (eventración). En ciertos casos es necesario realizar una incisión que permita la exploración manual concéntrica del abdomen, siendo luego necesario el cierre parcial de la incisión para permitir solo la exteriorización del asa transversa. En algunos casos en vez de seccionar el músculo recto, se divulsionan sus fibras pasando la ostomía a su través.

Se exterioriza el segmento del colon a abocar identificando inequívocamente los tramos aferente (proximal) y eferente (distal).

Se labra un trayecto entre el mesocolon del asa exteriorizada y la pared del intestino pasando a su través una varilla de vidrio o tubo de goma que puede ser fijada a la piel o ser mantenido en su sitio como un asa para evitar que el segmento se sumerja en el abdomen. La capa seromuscular se fija al plano peritoneal con puntos de material de reabsorción lenta. Se cierra la piel en los extremos de la herida con Nylon.

En el caso de maduración inmediata (Técnica de Denis y Fallis), se abre el colon sobre una de sus bandeletas (anterior) y se fija la mucosa a la piel con puntos de material de reabsorción lenta. Este tiempo debe realizarse luego del cierre de la laparotomía en el caso de haber utilizado otra incisión para abordar el abdomen.

En el caso de la maduración tardía (técnica de Wangsteen) a las 24 horas posteriores al procedimiento, se realiza la apertura sobre la bandeleta y fijación de la mucosa a la piel en la cama del enfermo y con anestesia local.

Colostomía ilíaca lateral sobre varilla: La elección de éste sitio anatómico dependerá de las circunstancias, pero es preferida en los casos de obstrucción o patología del colon más

distal, dado que en primer término conserva en funcionamiento mayor longitud proximal del colon. En segundo término al estar más cercana al sitio de la patología, evita una columna de materia fecal existente en el caso de optar por una transversostomía. La técnica es similar a la ya descrita en la colostomía transversa sobre varilla con algunas variantes que pasamos a describir.

La incisión se emplaza en la fosa iliaca izquierda, también denominada incisión de Mc Burney izquierda, se efectúa la sección del tejido celular subcutáneo y luego de la aponeurosis del oblicuo mayor. Divulsión de las fibras musculares del oblicuo menor y transverso, y posterior sección del peritoneo para el ingreso a la cavidad peritoneal. Los otros pasos técnicos de exteriorización del asa y colocación de una varilla, son similares a la técnica anteriormente descrita. También son válidos los mismos conceptos de la maduración de la colostomía.

Colostomía ilíaca terminal: Se suele utilizar como procedimiento derivativo que forma parte de una intervención quirúrgica que implica resección parcial o total del segmento recto colónico distal (operaciones de Hartmann o Miles) o aún sin resección.

Como sea, una vez concluida la intervención quirúrgica se debe determinar el sitio de la exteriorización de acuerdo a lo ya descrito anteriormente en la elección del sitio del estoma.

Incisión: Se realiza una incisión circular coincidente con el diámetro aproximado del colon a exteriorizar. Disección cortante del tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis, se secciona la aponeurosis del oblicuo mayor con una incisión en cruz y se divulsionan las fibras del oblicuo menor y transverso, sección del peritoneo en forma transversal e ingreso a la cavidad peritoneal. El tamaño del trayecto debe permitir la exteriorización sin estrangular el colon ni ser demasiado holgada.

Movilización del colon: el cabo colónico a exteriorizar debe llegar sin tensión al sitio de exteriorización, para ello se debe movilizar el colon hasta donde sea necesario comprobando la vitalidad del mismo.

Exteriorización: Esta se puede llevar a cabo directamente o a través de una tunelización. Esto último significa efectuar un trayecto extraperitoneal desde el parietocólico hasta el orificio de exteriorización lo que permite reducir las posibilidades de eventraciones paracolostómicas y otras complicaciones como el prolapso de la colostomía.

Es conveniente el cierre de todas las brechas peritoneales con el objeto de evitar hernias internas y/o adherencias que actúen como pie de vólvulo del intestino delgado.

Fijación: se fija al orificio cutáneo con una corona de 8 a 10 puntos de hilo de reabsorción lenta, tomando todo el espesor cutáneo y el intestino con puntos extra mucosos o totales.

Abocamiento del otro cabo: en el caso del abocamiento del cabo distal (bicolostomías) este puede exteriorizarse a través del mismo orificio de la colostomía (Técnica de Mikulicz), en otra incisión diferente (Técnica de Devine) o a través de la incisión laparotómica (Técnica de Lahey-Finochietto).

Respecto a la ileostomía aunque suene obvio es necesario aclarar que no es más que el abocamiento del íleon a la piel, esta medida se toma necesariamente para salvar la vida de pacientes en casos dados.

(Hierro & Abeb, Ileostomías, 2012), mencionan que:

Las ileostomías fueron descritas por el cirujano alemán Baum en 1879 y más tarde por Maydl (1883). En los comienzos del siglo XX Brown publicó sus primeras experiencias con las ileostomías. Él fue el primer cirujano en enunciar la necesidad de derivar el contenido

fecal en el tratamiento de la colitis ulcerosa. En esos días el procedimiento fue muy traumático para los pacientes quienes sufrían de serias complicaciones cutáneas y serositis por los efectos del contenido ileal. La serositis en si misma causaba obstrucciones parciales del intestino en el sitio del ostoma. Para sortear éstas complicaciones se hicieron varios intentos, incluso el uso de parches cutáneos para proteger la serosa del efecto corrosivo del efluente ileal. En 1952 Brooke introdujo un nuevo método de construcción de ileostomías suturando la mucosa a la piel. A diferencia de las primeras colostomías, las primeras ileostomías fueron terminales. Turnbull y Weakley fueron los primeros en describir la ileostomía en asa (1971). La primera ileostomía en asa fue combinada con dos colostomías para descomprimir el cólon en pacientes con megacolon tóxico. Rápidamente luego las ileostomías en asa fueron utilizadas para proteger anastomosis ileorectales, tratar obstrucción intestinal y como componentes de operaciones urológicas de desviación de la orina.

Es de mayor complejidad que una colostomía, dado que el contenido es líquido como en la cecostomía y puede dañar la piel. A diferencia de ésta, en la ileostomía se suele realizar la exteriorización del propio intestino a varios centímetros del plano cutáneo. Por lo general son de alto flujo diario y constante, ocasionando predisposición a la deshidratación (pérdida acuosa), por lo antedicho mayor proporción de litiasis urinaria y por la interrupción del circuito enterohepático litiasis biliar.

Por lo general indicadas en pacientes con poliposis familiar o colitis ulcerosa en los que se realizó la proctocolectomía total y confección de anastomosis con reservorio ileal.

La revista argentina de cirugía en uno de sus importantes artículos destaca:

La técnica de colostomía perineal continente por autoinjerto muscular se utiliza solo en pacientes seleccionados, dado que solo se puede realizar a quienes se les han realizado amputaciones perineales, con bajo riesgo de recidiva en caso de lesiones neoplásicas y con un porcentaje de satisfacción del 50% en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. Además se asocia a una alta tasa de complicaciones tales como dehiscencia, supuración, incontinencia, estenosis, que muchas veces llevan a la confección de un ostoma terminal definitivo.

Colostomía continente con banda ajustable: Se utiliza un dispositivo que consiste de tres componentes, una banda de silicona inflable, la cual rodea el intestino, un balón de regulación de la presión y una bomba de control. Habitualmente se utiliza líquido para inflar el balón y la bomba puede ser implantada en el subcutáneo. (Zicari, Alé, Odone, Odone, & Figueroa, 2010)

El impacto social e individual de la colostomía es muy diverso puesto que es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se da salida a los efluentes orgánicos del aparato digestivo, a través de una abertura practicada al afecto a través de la pared y piel del abdomen en personas que, a causa de determinadas patologías, sufren la amputación de la parte final del Intestino. Estos efluentes deben ser recogidos por todo un sistema de bolsas diseñadas al efecto para resolver el proceso con la máxima higiene, limpieza y comodidad.

Aunque en nuestro país no existen datos estadísticos precisos elaborados para valorar el alcance de la situación a nivel nacional, es indudable que el impacto social de esta discapacidad es muy importante, dado el volumen de población a la que afecta y la

condición a la que relega al ser humano que la padece. Para tener una idea citamos un extracto de un artículo científico de Expatriate Ostomates of Spain (EOS) que nos informa:

Comparando algunas fuentes estadísticas fiables, se llega a la conclusión de que el 1'5 por mil de la población española convive con una ostomía, lo que supone en total un colectivo de 60.000 personas, estas cifras pueden estar muy distantes a las de nuestro país debido a la población mucho más pequeña con la que contamos y a los diferentes factores sociodemográficos. Si se observa la situación desde el factor de la edad, la incidencia de la ostomía correspondería a más de un 3 por mil de la población adulta española. En otros países occidentales se recogen cifras que oscilan entre el 2 y el 4 por mil de los adultos, en el Ecuador no contamos aún con datos específicos que puedan ser comparables pero se asume que no hay mucha diferencia.

Las patologías que originan la ostomía, no están determinadas por factores de estatus social, nivel económico, sexo, etnia o credo religioso. Su incidencia se ajusta únicamente a factores demográficos, observándose en el concierto mundial que los porcentajes son, en general, más altos en países con mayor nivel de bienestar, por la simple razón de la mejor esperanza de vida, que ofrece mayor margen al desarrollo de las enfermedades, muchas de ellas influenciadas sin duda por factores desfavorables como el estrés o los incorrectos hábitos alimentarios, en nuestro país al parecer se relacionan más con factores de morbilidad.

Por otro lado es muy importante el efecto que la ostomía produce a nivel individual ya que desde siempre, indudablemente debido a ignorancia y prejuicios sociales, los ostomizados se han retraído en sus niveles ordinarios de vida social buscando el anonimato, presas del sentimiento de ser portadores de algo antisocial.

Hoy día, las vías correctas de tratamiento, la adecuada atención y el adiestramiento en el uso de los materiales adecuados a cada caso, junto con la superación de antiguos prejuicios, este importante grupo de personas puede rehabilitar su autoestima y calidad de vida hasta unos niveles de comodidad personal en su entorno familiar, social y laboral, siempre que reciba la consideración suficiente como para garantizar la atención integral que su situación precisa, además se cuenta con implementación de clubes de autoayuda y apoyo.

El objetivo de dichas asociaciones y clubes es llegar a los ámbitos externos a su entorno, informando a la opinión pública y a los interlocutores válidos en cuyas manos está la posibilidad de mejorar la calidad de su atención, siendo éstos:

Los Organismos de la Administración Pública: nacional, autonómica y local.

Las organizaciones Profesionales: Colegios de Médicos, Colegios de Enfermería y Sociedades Médicas o de Cirugía.

Los responsables de la Gerencia de centros hospitalarios: Dirección Médica y Dirección de Enfermería.

Los responsables de la Gerencia de la red asistencial de Atención Primaria.

Los Medios de Comunicación Social.

En la atención especializada del paciente tras el alta hospitalaria, 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.

Este suele ser un momento delicado para el paciente, por lo que resulta muy beneficioso para él establecer contacto con una Asociación de ostomizados, donde pueda constatar que, no es la “única” persona en el mundo a quien le sucede algo parecido, sino que se trata de una situación nueva que debe afrontar de forma positiva encontrando la manera de adaptarse en su esfera psicológica, familiar, laboral y social.

En esta etapa, en la que muchas veces recibe también un tratamiento de radio y/o quimioterapia, el paciente debe afrontar:

Un periodo más o menos largo de convalecencia en el cual, si no lo impide la patología de base, deberá recuperar progresivamente su estado de salud y las condiciones físicas y psíquicas que presentaba antes de la cirugía.

Los cuidados higiénicos habituales de su ostomía, para lo cual suele precisar al principio la ayuda de otra persona, hasta alcanzar la destreza suficiente para realizarlo de forma autónoma.

El entrenamiento en el uso de los accesorios para el cuidado de la ostomía y el conocimiento de las diferentes opciones que ofrecen los distintos productos presentes en el mercado (VER ANEXOS).

El control médico por un Servicio de Cirugía que controle la evolución postoperatoria del proceso, especialmente si está sometido a un tratamiento coadyuvante de radio y/o quimioterapia.

El control por parte de Enfermería capacitada en el cuidado de la ostomía para vigilar y prevenir la aparición de complicaciones en este aspecto.

Los principales problemas con los que puede encontrarse el paciente en esta etapa son los siguientes:

Incapacidad de controlar de forma eficaz el funcionamiento de su ostomía por falta de entrenamiento sobre el uso y la selección del dispositivo adecuado o el desconocimiento de los accesorios apropiados para cada situación específica.

Falta de información sobre los conceptos básicos que precisa conocer para convivir con la ostomía: cuidados básicos, higiene, alimentación, vida sexual, actividad social y laboral, etc.

Sentimiento de abandono cuando comprueba que el facultativo que controla su proceso postoperatorio en la consulta de Cirugía se limita a la atención del proceso quirúrgico sin poder asumir su educación práctica en el manejo de la ostomía, para lo cual lo remite a un profesional de Enfermería que muy pocas veces es un experto en Estomaterapia.

Prolongación anormal de la convalecencia y retraso en la incorporación a la vida social a causa de problemas psicológicos no detectados o no tratados de forma eficaz.

Informar al paciente por parte del personal sanitario que le atiende para facilitarle el contacto con las asociaciones de ostomizados, como entidades que resultan estar capacitadas para asumir su atención integral en un entorno positivo de apoyo.

Mantener una presencia en el medio hospitalario de personas de las asociaciones de ostomizados, para informar a los pacientes de su existencia y de la posibilidad de integrarse en ellas. (Congreso nacional de ostomías, 2005)

En cuanto a cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. (Justicia, Sánchez García, & Baraza Saz, 2001), escribieron un artículo denominado cultura, educación y cuidados en la atención al paciente ostomizado donde mencionan:

Afectación biopsicosocial: La vivencia de sufrir una ostomía varía según el tipo de persona pero se puede decir que, en general, provoca modificaciones importantes en la vida de los pacientes que suelen tener condicionantes negativas ya que estos procedimientos generan cambios físicos que son visibles y significativos.

Además, los problemas psicológicos generan dificultad de adaptación social o alteraciones en su vida sexual debido a la pérdida de seguridad en una situación de contacto íntimo tras la modificación de su imagen corporal. Esta situación de crisis inicial debe ser resuelta por la persona para crear una nueva identidad y ser capaz de recuperar en la mayor medida posible la normalidad que tenía previa; es decir que la adaptación inevitablemente conlleva asumir todos los cambios y aprender a organizar su vida de nuevo en función a éstos. Es en el ámbito hospitalario donde la persona generalmente empieza a tomar conciencia de su estado y es ahí donde debe empezar a afrontar la situación.

Para hablar de educación sanitaria debemos tener en claro que los problemas secundarios que presenta el paciente ostomizado podrían ser solucionados con una correcta intervención educativa al alta, como lo describe el artículo *Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado*. (Bodega Urruticoechea, 2013)

La educación sanitaria forma parte fundamental de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia mundial Salud para todos en el año 2000 de la Organización Mundial de la Salud. En el domicilio del paciente se centrará en informar de la existencia de posibles asociaciones de ostomizados, en informar de los cuidados (cuidados del estoma, dieta, higiene, apoyo psicológico a paciente y familiares). Se pretende que el paciente consiga la mayor autonomía posible para realizar sus actividades básicas de la vida diaria. El sistema

de apoyo-educación de Orem⁴², es el sistema apropiado para este tipo de pacientes. El paciente es el protagonista, la enfermera se convierte en la superación de un examen escrito para obtener un certificado acreditado.

La calidad de vida no es más que el bienestar, la felicidad, la satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Puede ser un concepto subjetivo, es propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores, etc.

Para ser más precisos sobre el contexto de lo que es y encierra la calidad de vida citamos un artículo de la enciclopedia libre universal que refiere:

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como la renta per cápita, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida

apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

Los indicadores de calidad de vida incluyen no sólo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectural, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. (La Enciclopedia Libre Universal en Español, 2011)

En nuestro estudio tomaremos como base para la medición de la calidad de vida de los pacientes ostomizados en test de Montreaux, que ha sido utilizado en muchos estudios y metaanálisis dando buenos resultados como afirma el artículo "Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente colostomizado" donde se refiere:

La medición de la calidad de vida en el paciente ostomizado en este estudio es por medio del denominado estudio de MONTREUX. Validado en Francia e Inglaterra y traducido en varias lenguas fue utilizado en 16 países europeos, entre ellos España, en más de 4000 pacientes ostomizados). El cuestionario se basa en una escala de Likert de 5 valores (1-5) y recoge información de una serie 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

La puntuación sobre la calidad de vida en cada una de las dimensiones se obtiene sumando la puntuación obtenida en los ítems englobados en las mismas y multiplicando por un factor. A partir de los ítems que configuran la sección 1 (Calidad de vida) se puede calcular el índice de calidad de vida. (Nure investigación, 2004).

VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACION

VARIABLE INDEPENDIENTE			
PACIENTES OSTOMIZADOS			
CONCEPTOS	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Una ostomía es una operación quirúrgica en la que se practica una abertura (estoma) en la pared abdominal para dar salida a una víscera al exterior, como el tracto	Características sociodemográficas	Edad Genero Condición laboral previa a la ostomía	< de 19 años 20-40 años 41-60 años > de 61 años Masculino Femenino No trabajaba Trabajo independiente

<p>intestinal o uno o ambos uréteres. Las heces o la orina en tal caso se recogen en un dispositivo diseñado especialmente para ello.</p>		<p>Condición laboral posterior a la ostomía</p> <p>Estado Civil</p>	<p>Trabajo dependiente Cesante Pensionado Labores domésticas</p> <p>No trabaja Trabajo independiente Trabajo dependiente Cesante Pensionado Labores domésticas Empleados Desempleados</p> <p>Soltero/a Casado/a Separado/a Conviviente Viudo/a Divorciado/a</p>
---	--	---	---

		Rol en la Familia	Madre Padre Hijo/a Abuelo/a Tío/a Otro
		Controles médicos	Uno semanal Uno mensual Uno anual
		Vida sexual	Una vez al día Una vez a la semana Una vez al mes Ninguna
	Características quirúrgicas	clínico Aseo de Ostomía.	1 - 3 veces al día 4 - 6 veces al día 7 veces o más
		Antecedentes patológicos	Antecedentes clínicos

		personales	HTA Diabetes Cáncer Otros Antecedentes quirúrgicos Cirugías previas
		Antecedentes familiares	patológicos HTA Diabetes Cáncer Otros
		Tipo de Ostomía	Ileostomía Colostomía Terminal Colostomía en Asa Cecostomía
		Técnica quirúrgica	Miles Hartmann Otra

	<p>Características postquirúrgicas</p>	<p>Duración de la enterostomía</p> <p>Estado del Estoma</p> <p>Complicaciones</p>	<p>Permanente</p> <p>Temporal</p> <p>Plano</p> <p>Retracción</p> <p>Estenosis</p> <p>Mala Ubicación</p> <p>Hemorragia</p> <p>Isquemia y/o Necrosis</p> <p>Absceso Periestómico</p> <p>Alteraciones de la Piel</p> <p>Retracción</p> <p>Estenosis</p> <p>Prolapso</p> <p>Hernia Periestómica</p> <p>Fístula Periestomal</p> <p>Obstrucción de I. Delgado</p> <p>Perforaciones</p> <p>Seudopólipos</p> <p>Cáncer del Ostoma</p>
--	--	---	---

		Educación recibida al alta	No recibió Muy buena Buena Regular Mala Muy mala
--	--	----------------------------	---

VARIABLE DEPENDIENTE

CALIDAD DE VIDA

CONCEPTOS	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se	Calidad de vida	¿Hasta qué punto se encuentra fuerte?	0 1 2 3 4 5
		¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?	0 1 2 3 4 5
		¿Se cansa fácilmente?	0 1 2 3 4 5
		¿Cree que su peso actual es un problema?	

<p>trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".</p>			0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
		¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?	0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
	¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?	0		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
	¿Cómo es su estado actual de salud?	0		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		
	¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?	0		
		1		
		2		
		3		
		4		
		5		

		<p>¿Hasta qué punto usted lo pasa bien (hobbies, entretenimientos, vida social)?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>	
		<p>¿Come a gusto?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>	
		<p>¿Hasta qué punto puede realizar sus actividades habituales (tareas domésticas, trabajo de oficina u otras actividades diarias)?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>	
		<p>¿Come Ud. lo suficiente para sus necesidades?</p> <p>0 1 2 3 4 5</p>	
		<p>¿Hasta qué punto se siente útil?</p> <p>0 1 2 3 4</p>	

		<p>¿Hasta qué punto se siente Ud. feliz?</p> <p>¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?</p> <p>¿Hasta qué punto nota Ud. dolor?</p> <p>¿Con qué frecuencia nota Ud. dolor?</p> <p>¿Cómo es su calidad de vida?</p>	<p>5</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
--	--	--	---

		<p>¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?</p>	<p>3 4 5 0 1 2 3 4 5</p>
		<p>¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p>
		<p>¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p>
		<p>¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?</p>	<p>0 1 2 3 4 5</p>
		<p>A pesar de mi ostromía, creo que llevo una vida normal.</p>	<p>0</p>

			1
			2
			3
			4
			5
	Autosuficiencia	Hasta qué punto se siente seguro para: Limpiarse el estoma	0
			1
			2
			3
			4
			5
		Cambiar o utilizar su bolsa	0
			1
			2
			3
			4
			5
		Tirar su bolsa	0
			1
			2
			3
			4
			5
		Obtener sus bolsas de recambio	0
			1
			2
			3
			4
			5
		Conseguir consejo o ayuda en caso necesario	0
			1
			2
			3
			4
			5

			0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
	Cuestiones Generales	Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma	0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
		Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma	0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
		Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma	0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	
		A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma	0	
			1	
			2	
			3	
			4	
			5	

		<p>Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme</p> <p>0 1 2 3 4 5</p> <p>¿Sigue Ud. viendo a una enfermero/a especializada en cuidados de la ostomía?</p> <p>SI NO</p>	
--	--	---	--

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un tipo de estudio descriptivo prospectivo, de diseño no experimental.

CAMPO

Educativo.

AREA

Medicina.

ASPECTO

Pacientes portadores de colostomías e ileostomías.

DELIMITACION ESPACIAL

La investigación se realizó en el Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda” ubicado en las calles 12 de Marzo y Rocafuerte”

DELIMITACION TEMPORAL: La presente investigación fue realizada durante el periodo “Diciembre 2013 Mayo 2014”

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades orgánicas crónicas.

UNIVERSO

La población con la que se realizó el estudio son los pacientes portadores de colostomías e ileostomías realizadas en el Hospital provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda”.

MUESTRA

La muestra equivale al universo de todos los pacientes ostomizados en el Hospital Verdi Cevallos, que se presentaron en el periodo diciembre 2013 a Mayo 2014, siendo en total 12 pacientes.

MÉTODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Métodos: Ya conociendo la población con la que se trabajó se realizó la presente investigación. Reconociendo las características clínicas y fisiológicas de los pacientes con colostomías, se utilizó el método inductivo-deductivo y estadístico.

Técnica utilizada: Cuestionario de “MONTREAUX” (ANEXO #1) con el cual valoramos la calidad de vida en dichos pacientes.

Instrumentos: Encuesta a los pacientes con colostomías donde se obtuvo sus características sociodemográficas, clínico quirúrgicas y postquirúrgicas (ANEXO # 2), revisión estadística de las carpetas que contienen las historias clínicas de los pacientes para poder obtener datos más específicos para nuestro estudio, cuadernos de notas, cámaras fotográficas.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

Se emplearon cuadros de recolección que incluyeron las variables de la calidad de vida de los pacientes ostomizados, así como el cuestionario de “MONTREAUX, y luego se procedió a la revisión de la información recopilada y el análisis de indicadores y variables, para lo cual se aplicó estadística de frecuencia y porcentaje.

Luego de concluir estos procedimientos se realizó la tabulación de los datos y el análisis e interpretación, utilizando el programa estadístico Microsoft Excel, con elaboración de cuadros y gráficos estadísticos, según la valoración y los objetivos planteados dentro de la investigación, para las respectivas conclusiones

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

RECURSOS HUMANOS

Pacientes portadores de colostomías e ileostomías realizadas en el Hospital Provincial Dr.

Verdi Cevallos Balda

Familiares de los pacientes

Miembros de la Comisión de Investigación

Licenciados en nutrición y dietética, enfermería y psicólogos

RECURSOS FISICOS

Hojas Papel bond

Bolígrafos

Copias

Computadora

Cd

Pen drive

Internet

Transporte

Infocus

SUPERVISIÓN Y COORDINACIÓN

Se investigó bajo la coordinación y supervisión del tribunal asignado

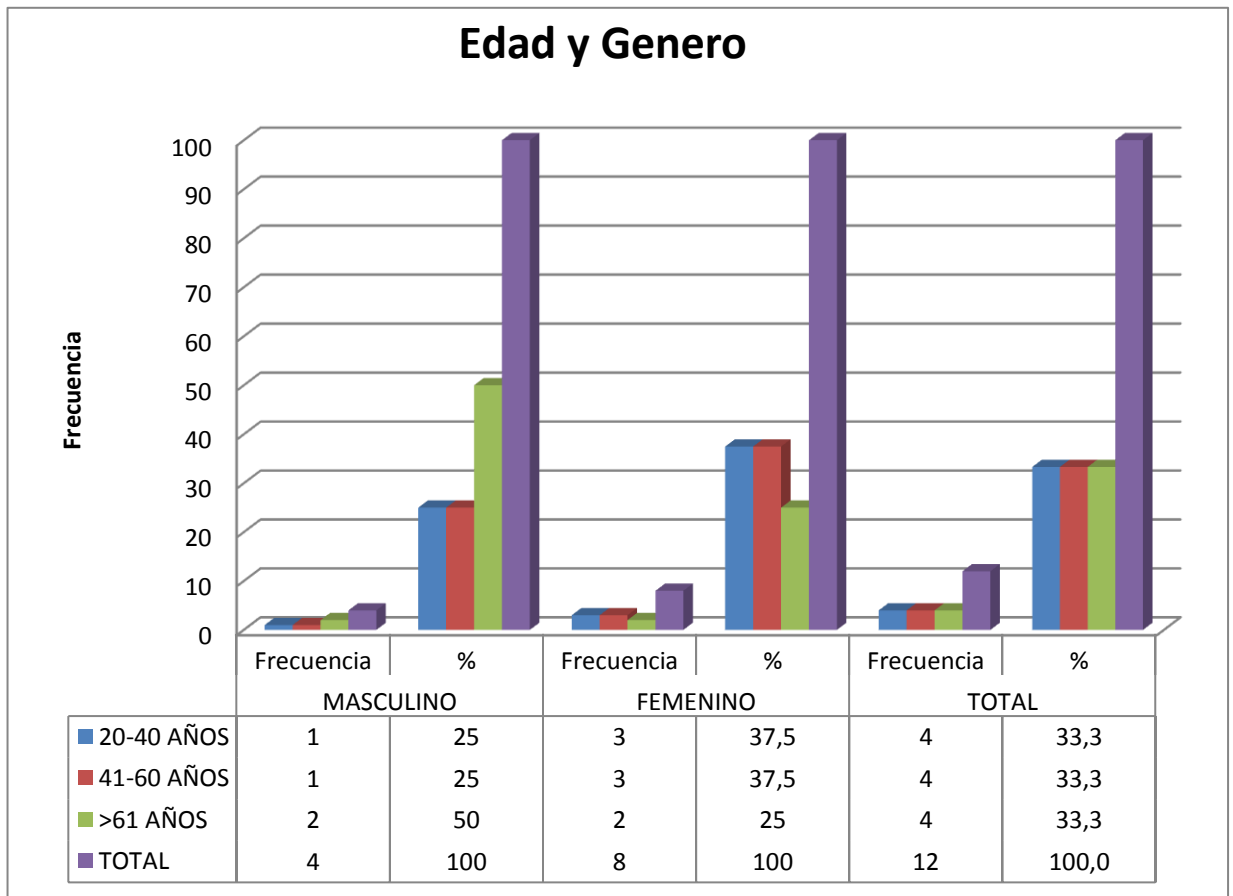
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

GRAFITABLA N°1

Distribución según el género y la edad de los pacientes que portan colostomías en el
 área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”;
 diciembre 2013 mayo 2014.

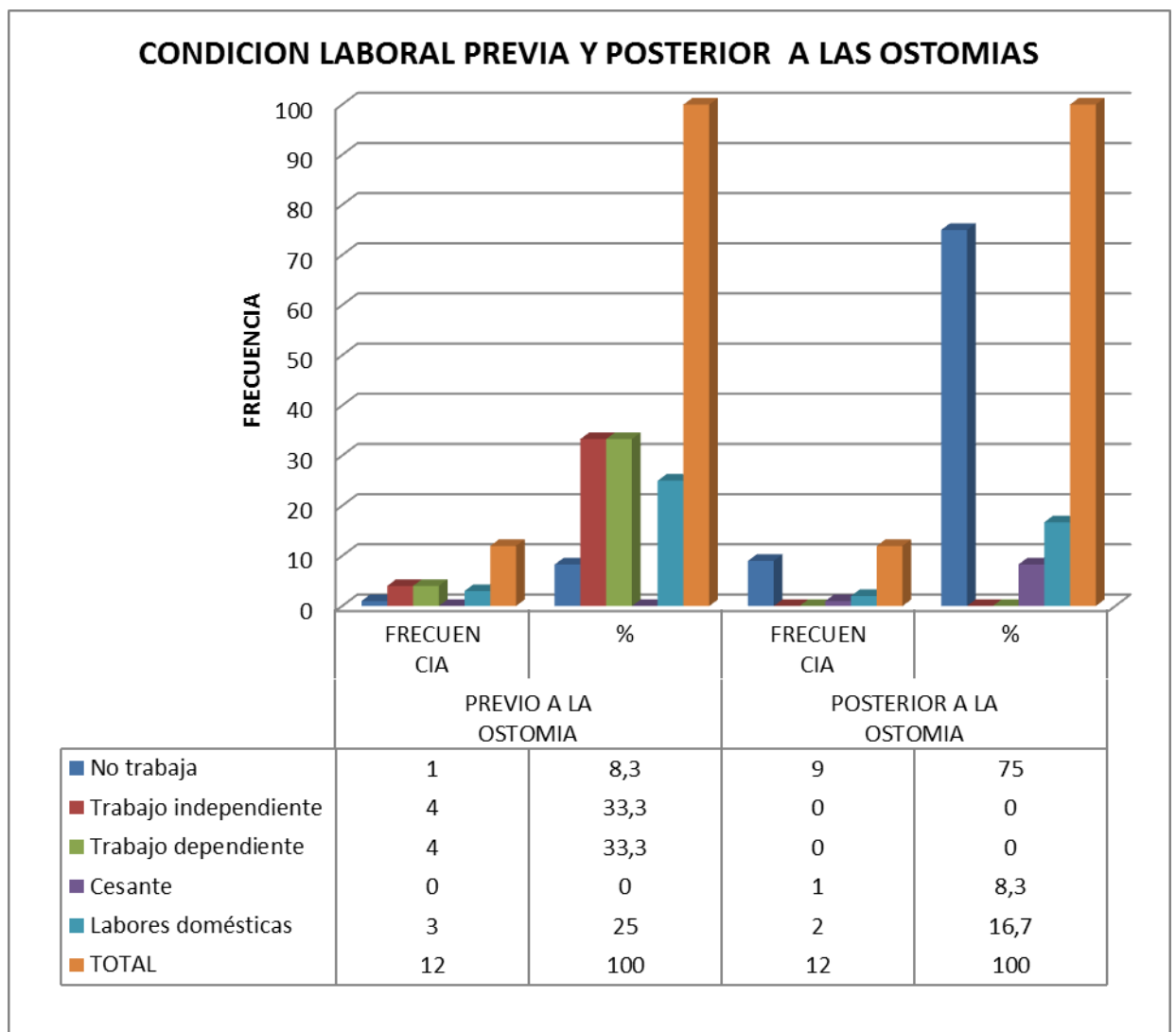


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° podemos observar en el gráfico que el género más afectado fue el femenino con un 67%, seguido del masculino con tan solo un 33%, y en cuanto a las edades no existen diferencias significativas, puesto que todas ocupan el 33,3%, según la sociedad española de estomaterapia las colostomía se practica a personas de cualquier edad y sexo, y que se motiva por diferentes entidades clínicas, accidentes, infecciones, tumores, etc. En estudios realizados como el del cierre temprano de colostomía temporal (Paz, Niño, Plata Patiño, Fargier Paoli, & Gonzáles Torres , 2012), se observa una prevalencia de edad de 37 años con predominio del sexo masculino, en otro estudio como sutura primaria e ileostomía transcecal hubo también predominio masculino en edades comprendidas entre 51-60 años, los que nos da a interpretar que a pesar de que no exista un género y una edad determinadas para el uso de colostomías estas más predominan en el sexo masculino, determinado por estilos de vida y enfermedades prevalentes, en edades entre los 37 a 60 años, lo que no coincide con los resultados obtenidos en un nuestro estudio, puesto que el género prevalente fue el femenino, pero si coinciden con las edades comprendidas entre 40 y mayores de 61 años.

GRAFITABLA N° 2

Distribución según la condición laboral previa y posterior de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

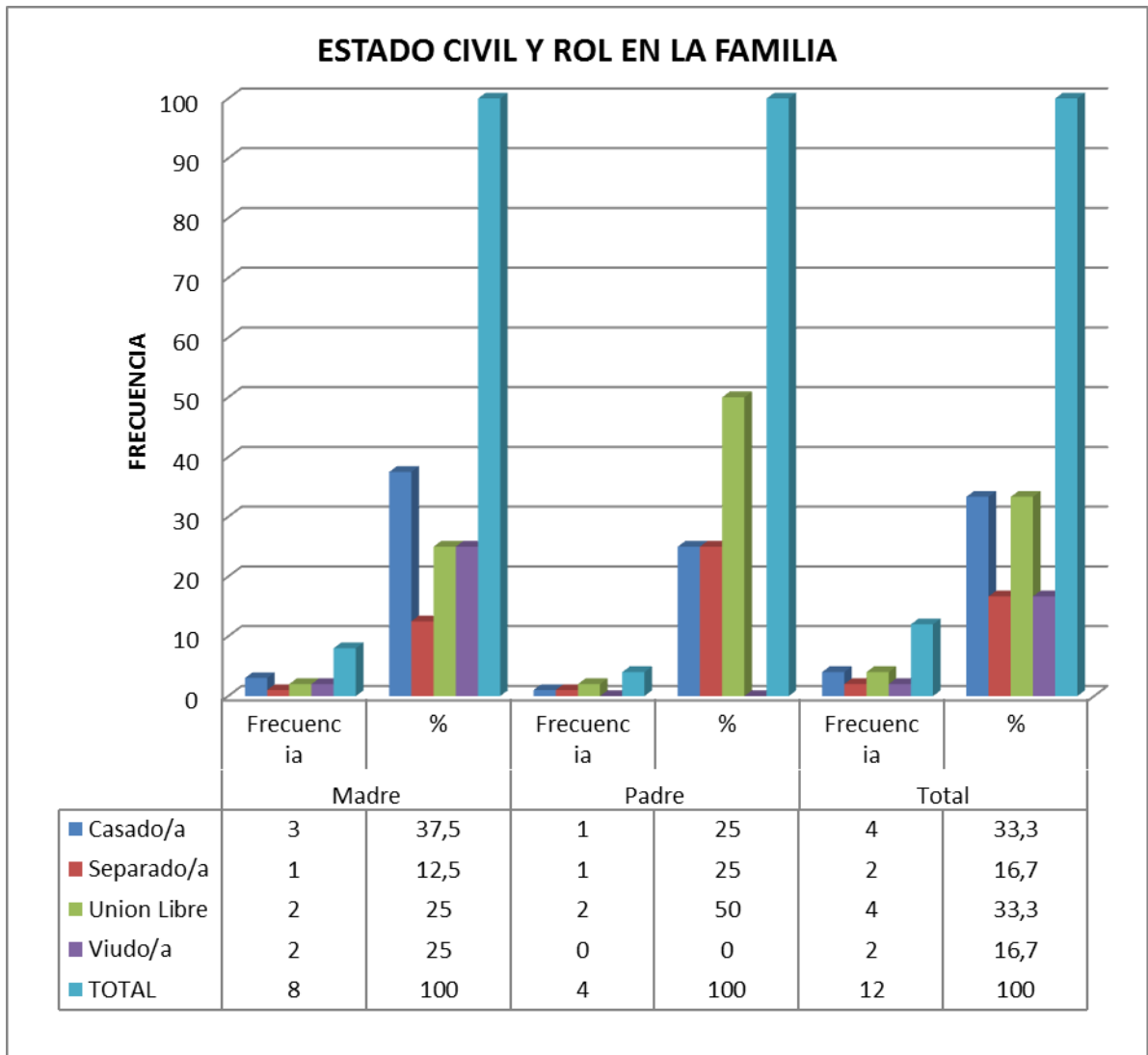


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitableta N° 2, podemos observar en el gráfico que posterior a la colostomía un 75% de nuestra población no trabaja, cuando previa a esta solo era de un 8,3%, puesto que la mayoría de los pacientes que tenían un trabajo ya sea dependiente o independiente, quedaron como desempleados o cesantes, lo que nos demuestra que el uso de las ostomías al menos en nuestra muestra, afecto directamente con la condición laboral, que tenían los pacientes previa este procedimiento, lo que coincide con la tesis “Percepción de calidad de vida en el paciente colostomizado” (Fernando, 2009), donde existen resultados similares de pacientes con empleo previo a la ostomía, que debieron dejar sus actividades laborales posterior a estas.

GRAFITABLA N° 3

Distribución según el estado civil y el rol en la familia de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

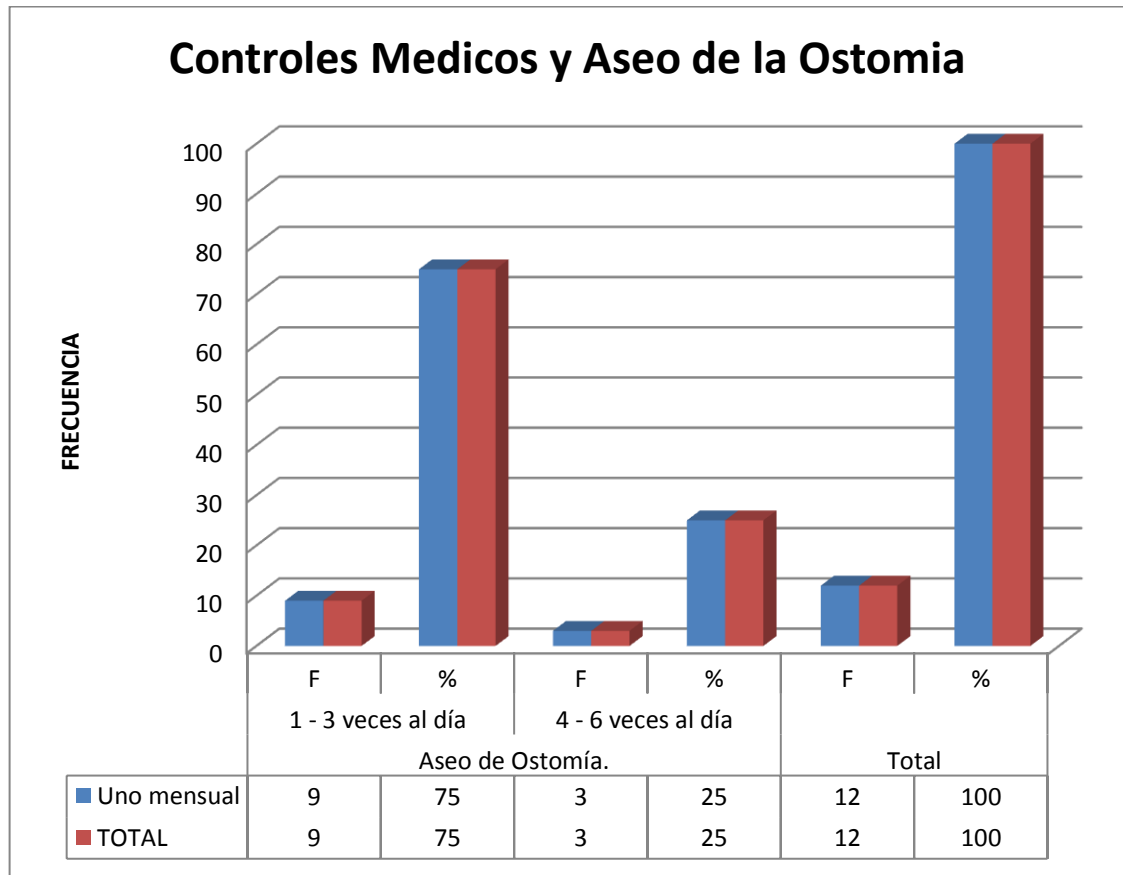


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitable N° 3, podemos observar en el gráfico que el estado civil más común es el de casado y la unión libre con un 33%, de los cuales la mayor parte son madres con 7 pacientes, y el restante de padres, como se ha interpretado en otras tablas y según la sociedad española de estomaterapia las colostomías se practican a personas de cualquier edad y sexo, estado civil o condición económica, aunque realizando comparaciones con el estudio del licenciado Andrés Pinzón Sarmientos en Bogotá - Colombia en se encontró que había un 40% de pacientes con estado civil casado, de los cuales la mayoría eran madres, lo que coincide con nuestra realidad local.

GRAFITABLA N° 4

Distribución según el número de controles médicos y aseo de la ostomía de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

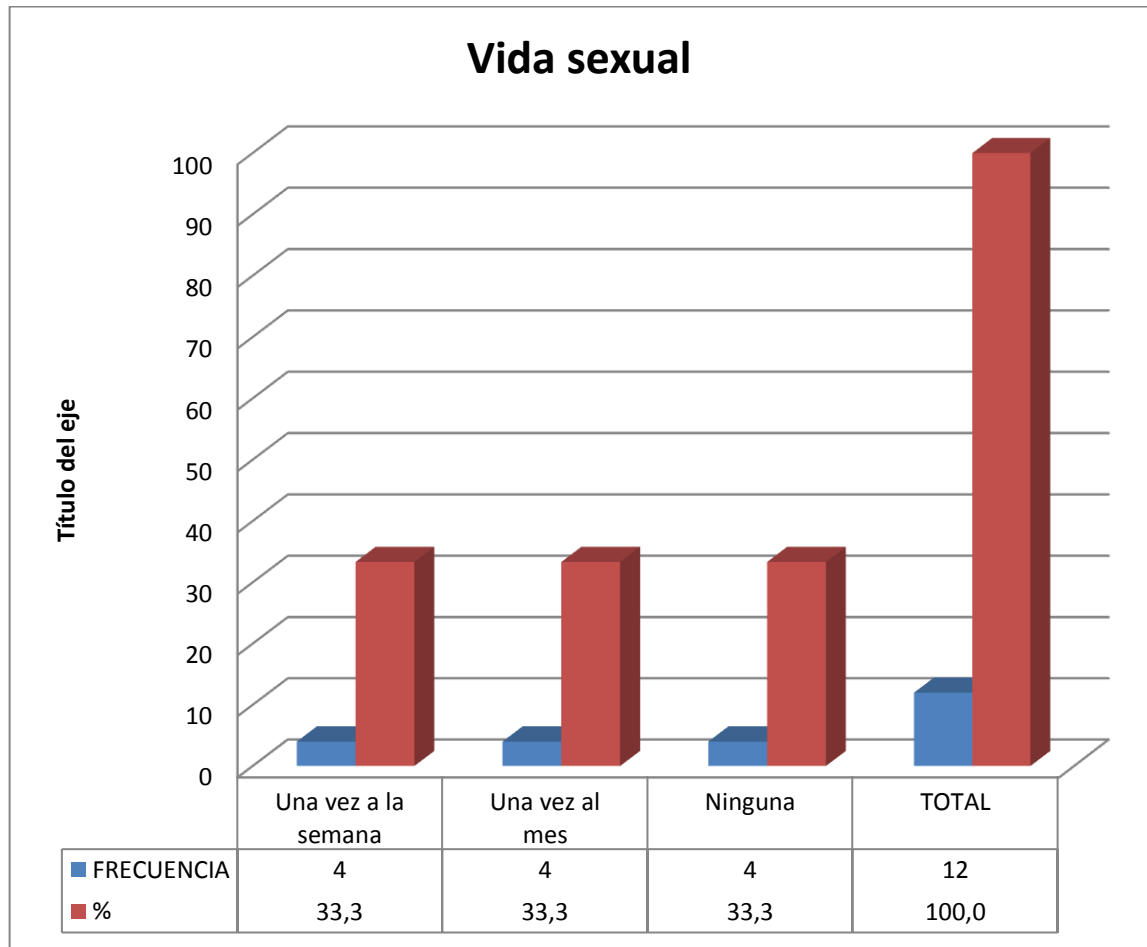


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la gráfitabla N° 4, podemos observar en el gráfico que el 100% de nuestros pacientes tiene un control mensual de su colostomía lo que es óptimo en algunos casos y en otros insuficiente dependiendo del cuidado que se mantenga en el hogar lo que se relacionó indistintamente con el número de veces al día que se realizó el aseo de la misma, ya que un 75% de pacientes lo hizo de 1 a 3 veces el aseo y solo un 25% lo hizo de 4 a 6 veces, cuando las recomendaciones de revistas y el portal web “ostomía profesional.com” y “MedlinePlus” nos dice que un nivel óptimo de limpieza de la ostomía se logra de 2 a 3 veces al día como máximo, lo que coincide con nuestra investigación.

GRAFITABLA N° 5

Distribución según la vida sexual de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

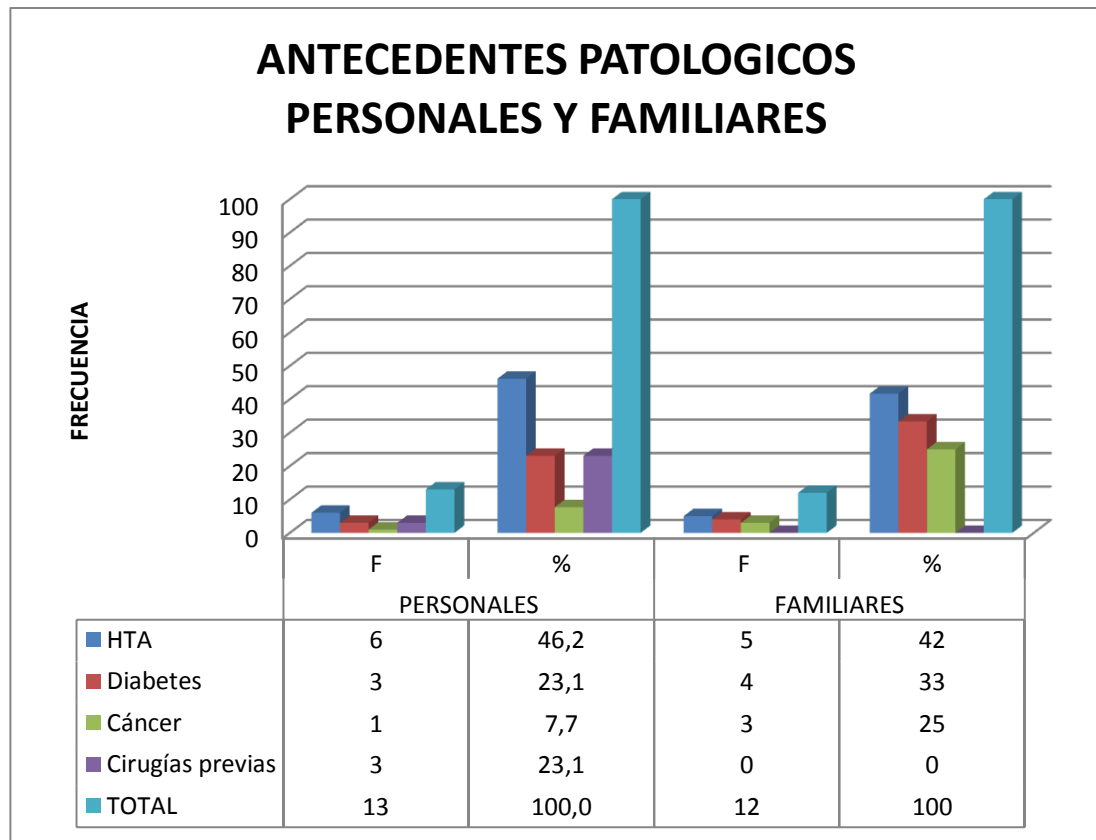


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 5, podemos observar en el gráfico que un 33% afirmó que tenía vida sexual activa una vez a la semana, el mismo porcentaje una vez al mes, y otro 33% que ninguna, lo que tiene que ver con la condición de la colostomía en unos casos y en otros casos con sus condiciones sociales previas. Realmente en la literatura investigada no existen datos suficientes compatibles con nuestra investigación debido a que en estudios realizados en otros países la mayoría de pacientes son de edad mayor a los 60 años y pues generalmente no tienen vida sexual activa.

GRAFITABLA N° 6

Distribución según los antecedentes patológicos personales y familiares de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

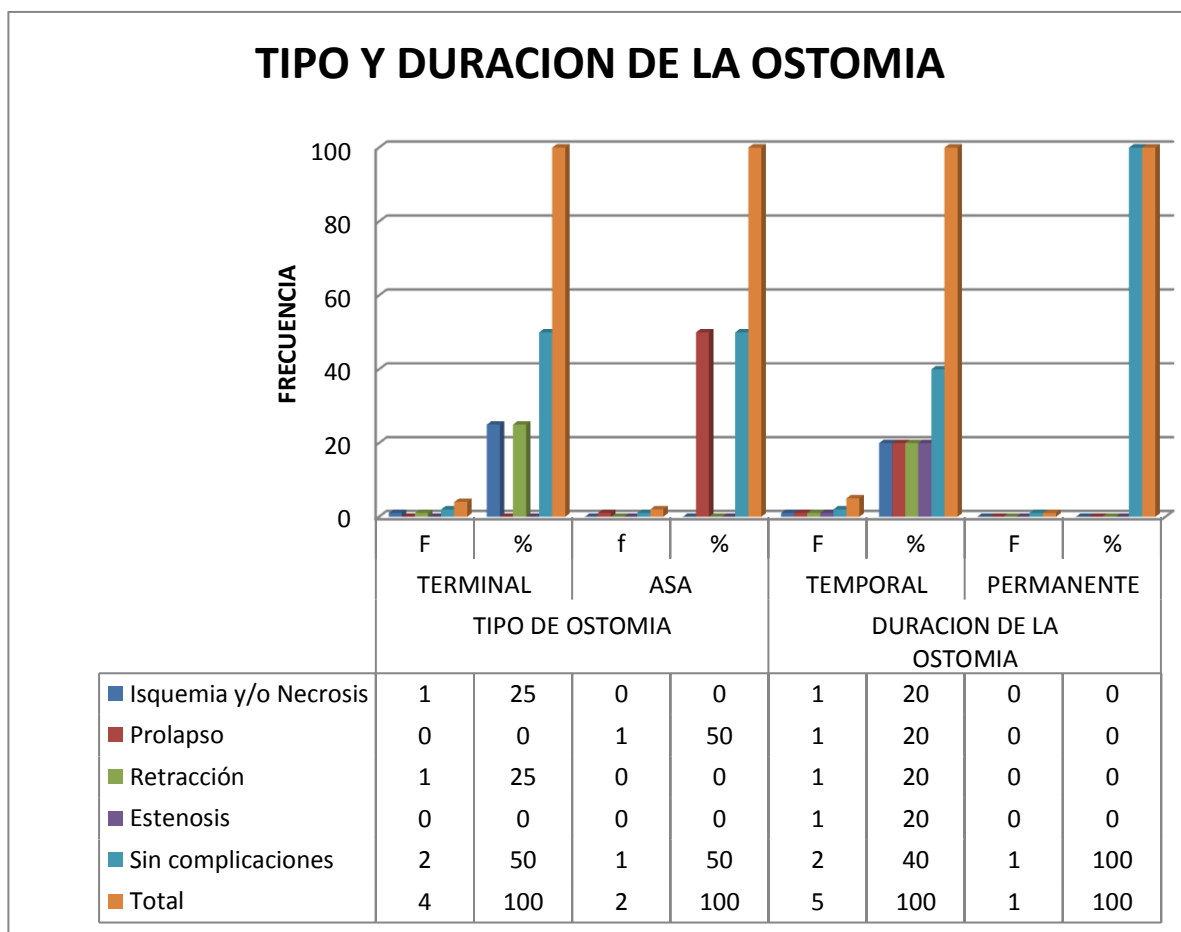


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 6, podemos observar en el gráfico que un 46% de los pacientes sufren de HTA y que el 23,1% ha tenido cirugías previas, y diabetes, los mismos que tienen antecedentes familiares de padecer las mismas enfermedades, lo que se corresponde a lo que dice la bibliografía , puesto que estas patologías tienen una gran carga genética, lo que queda demostrado en nuestra investigación, en donde los antecedentes familiares están directamente relacionados con las concomitancias de las que padece nuestra población en estudio, lo que en parte hace más difícil el manejo de las ostomías por su situación previa.

GRAFITABLA N° 7

Distribución según el tipo de ostomía y la duración de la misma de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

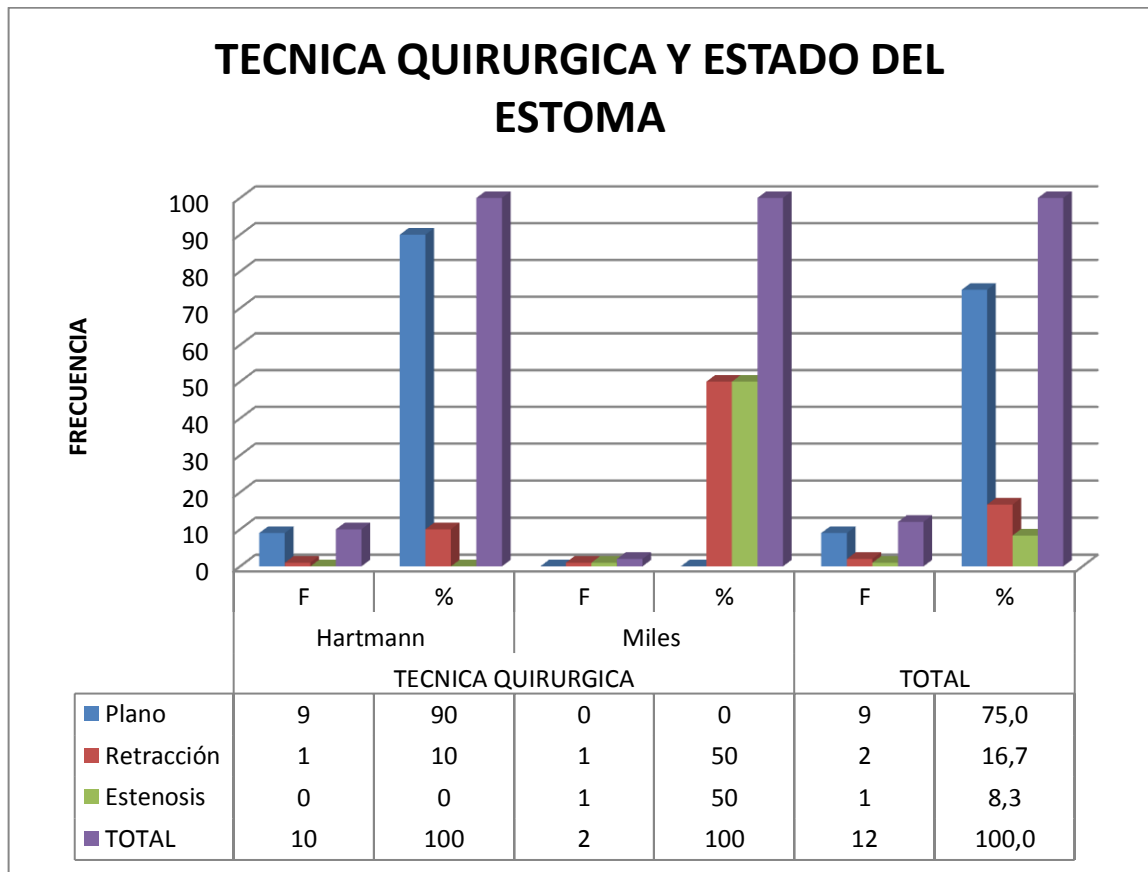


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 7, la literatura internacional nos dice que en las ostomías de tipo terminal la complicación más comúnmente detectada es la isquemia, y que en las de tipo asa es el prolapso, aunque esta complicación también la podemos ver en las que son ostomías temporales o permanentes, lo que coincide con nuestra investigación ya que a pesar de ser pocas las complicaciones que tuvieron nuestros pacientes, y que solo un 50% de nuestros encuestados las refirió, tenemos que como dice la bibliografía la isquemia o necrosis se presentó en una ostomía tipo terminal y prolapso en tipo asa y terminales con un 25 y 20% respectivamente.

GRAFITABLA N° 8

Distribución según el estado de la estoma y la técnica quirúrgica utilizada en los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

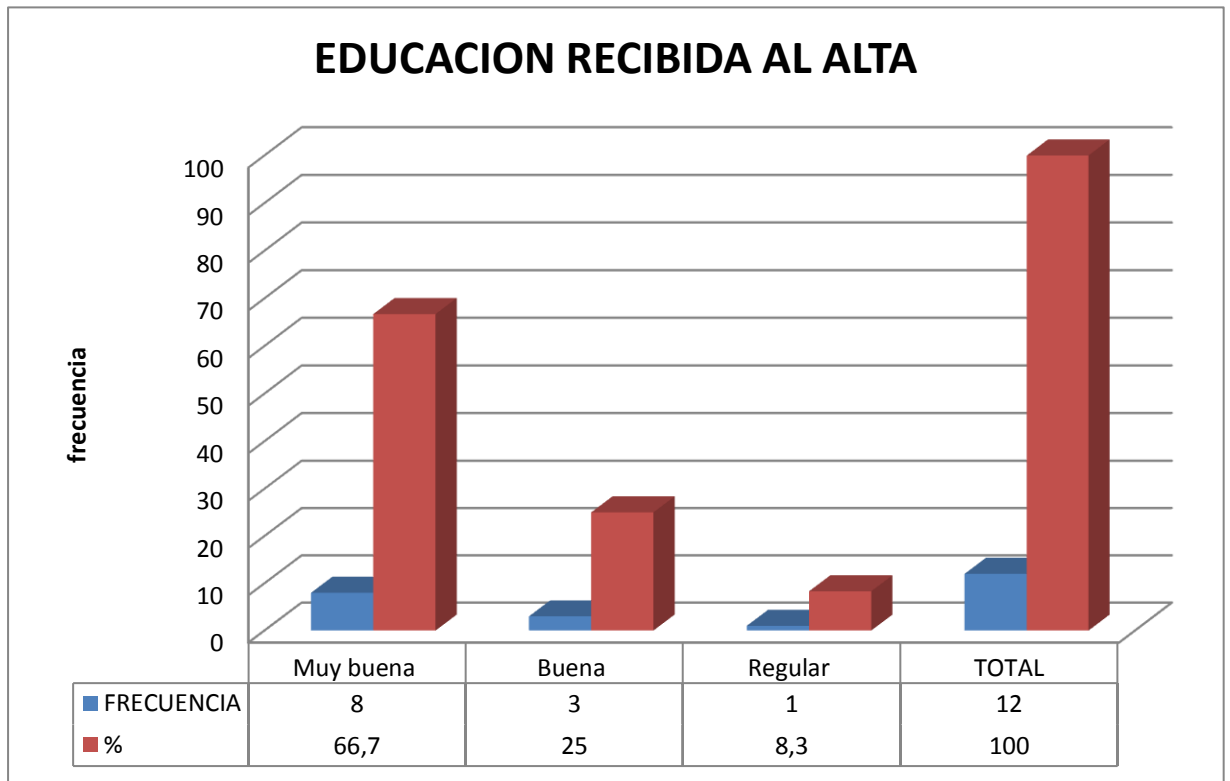


FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitable N° 8, podemos observar en el gráfico que en 10 pacientes se realizó la técnica quirúrgica de Hartmann y que solo en 2 se usó la de miles, de las cuales un 75% tenía un estado del estoma plano, un 16,7 en retracción y un 8,3% en estenosis, lo que se comparte con la teoría puesto que estas dos son las técnicas más comúnmente utilizadas por los cirujanos para la realización de ostomías y que regularmente dejan en estos estados a la estoma, de igual manera su utilización siempre dependerá de la causa asociada a la cirugía para la realización de la estoma así como de la habilidad del cirujano para su realización.

GRAFITABLA N° 9

Distribución según la educación recibida al alta de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.



FUENTE: Encuesta aplicada a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 9, podemos observar en el gráfico que un 66,7% de los pacientes refiere que recibió educación posterior al alta y la califica como muy buena, lo que es importante para la inserción a la sociedad post colostomía, como nos refiere la bibliografía el paciente portador de colostomía deberá reinsertarse a la sociedad dentro de las 48 horas posteriores al alta y esto dependerá mucho de la educación que se reciba post cirugía. No se puede medir realmente la percepción del paciente sobre la información que se les emite al momento del alta pero esta gráfica indica que aún hay mucho por hacer para mejorarlo.

GRAFITABLA N° 10

Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección calidad de vida de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

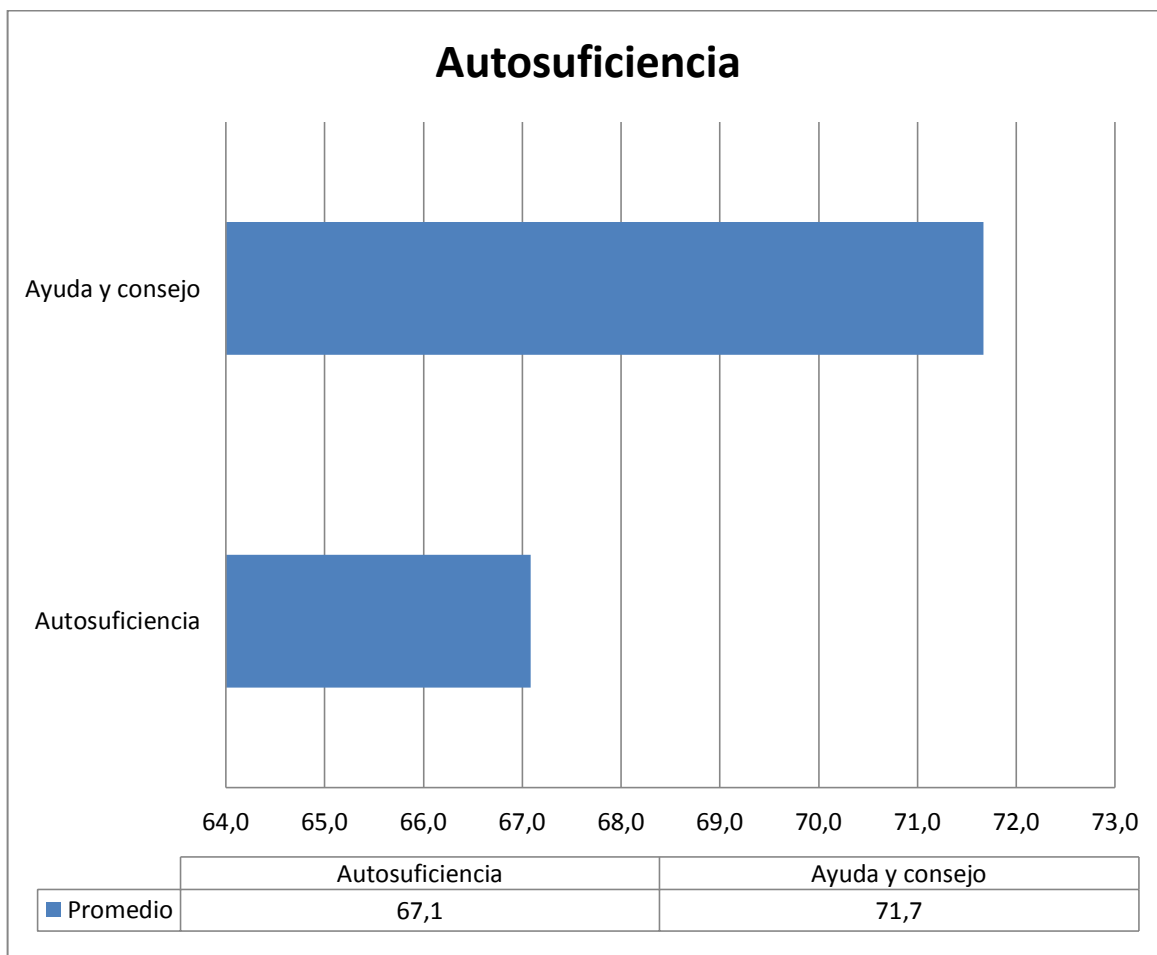


FUENTE: Test aplicado a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitable N° 10, podemos observar en el gráfico del cuestionario de “MONTREAUX” sección calidad de vida, podemos observar que el promedio más alto fueron los de actividad sexual con un 68,3 seguido de las preocupaciones sociales con un 63,3, lo que nos demuestra que nuestros pacientes se manejan de buena manera en estos temas y se sienten seguros del manejo de sus colostomías, lo que en la teoría es importante puesto que esto ayuda a una reinserción más temprana y de mejor manera en la sociedad, por otro lado los puntajes más bajos fueron los de imagen corporal con un 42,1 que nos da a entender que la población en estudio le prestó mucha atención a su imagen luego de una ostomía y realmente no se sienten seguros de como lucen actualmente.

GRAFITABLA N° 11

Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección autosuficiencia de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.

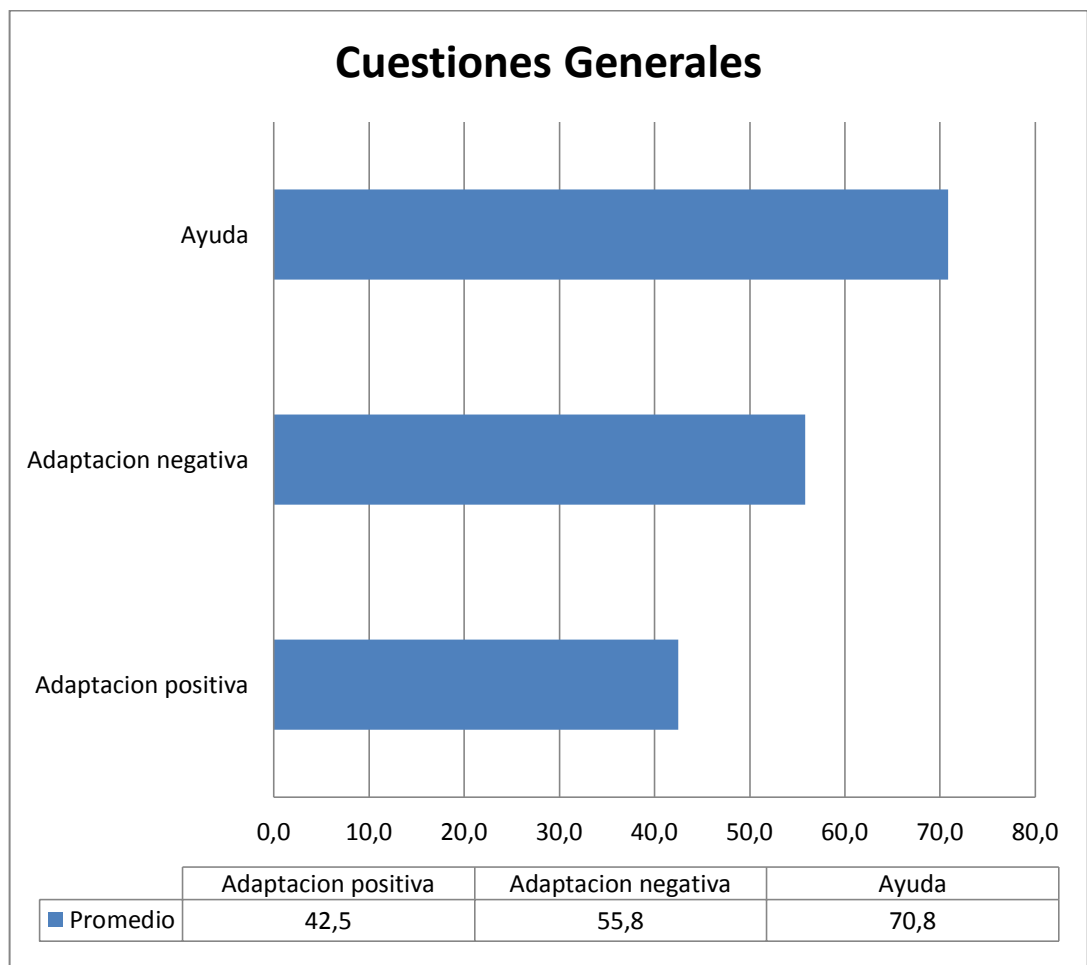


FUENTE: Test aplicado a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 11, en la sección autosuficiencia del cuestionario de “MONTREAU, que en promedio estos pacientes pueden realizar sus actividades diarias sin ningún tipo de inconveniente, así como son muy susceptibles para pedir consejo y ayuda, lo que se refleja en la teoría puesto que el solo uso de la colostomía no debería ser un impedimento para la realización de las actividades cotidianas, dependiendo todo del manejo de la funda de colostomía, lo que concuerda con la literatura investigada que también deja muy en claro que esta valoración suele ser muy diferente en cada persona dependiendo de muchos factores sobre todo el psicológico.

GRAFITABLA N° 12

Distribución según el cuestionario de “Montreaux, sección cuestiones generales de los pacientes que portan colostomías en el área de hospitalización de cirugía del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”; diciembre 2013 mayo 2014.



FUENTE: Test aplicado a pacientes ostomizados en el área de cirugía del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda
 ELABORADO: García Rezabala David Alexander, Payares Tuirán Yeisa Rocío

Refiriéndonos a la grafitabla N° 12, en cuanto a la grafitabla de cuestiones generales del cuestionario de “MONTREAUX”, podemos interpretar, que el promedio de adaptación negativa fue de 55,8 por el hecho de no olvidarse completamente del estoma, y porque muchos de ellos no pueden realizar sus actividades acostumbradas antes del estoma, por otra parte el promedio de adaptación positiva y ayuda no es tan bajo, lo que demuestra que estos pacientes a pesar de no aceptar completamente el hecho de tener un estoma se adaptan de buena manera a él, la mayoría de los pacientes en promedio 70,8 no se sienten acomplexados por pedir o aceptar ayuda en especial de los familiares, que es importante como dice la teoría para su reinserción en la sociedad.

CONCLUSIONES

El género más afectado fue el femenino con un 67%, seguido del masculino con tan solo un 33%, lo que nos da a entender que el género femenino es más comúnmente portador de colostomías coincidiendo con investigaciones realizadas en otros países.

En cuanto a las edades no existe diferencias significativas, no se encontró ningún paciente por debajo de los 19 años y en cuanto a las demás edades todos los porcentajes eran iguales, la teoría habla de pacientes mayores de 50 años que son más portadores de este tipo de técnicas, esto difiere un poco con la población de nuestro estudio debido a que la edad no parece ser predisponente en nuestros pacientes.

Posterior a la colostomía la mayoría de los pacientes que tenía un trabajo ya sea dependiente o independiente, casi la totalidad quedaron como desempleados o cesantes, lo que nos demuestra que el uso de las ostomías al menos en nuestra muestra, afecto directamente con la condición laboral, que tenían los pacientes previa ostomía.

El estado civil más común es el de soltero con un 33% seguido de la unión libre con un 25%, consideramos que es un aspecto muy individual si lo relacionamos con la vida sexual puesto que algunos pacientes presentaron problemas en sus relaciones de pareja posterior a la realización de la colostomía y otros no, y en su mayoría no tenían vida sexual activa.

El 100 % de nuestros pacientes tiene un control mensual de su colostomía lo que es óptimo en algunos casos y en otros insuficiente dependiendo del cuidado que se mantenga en el hogar.

Como conclusión de las cuestiones generales del cuestionario de “MONTREAU”, podemos interpretar, que el promedio de adaptación negativa fue de 55,8 por el hecho de no olvidarse completamente del estoma, y porque muchos de ellos no pueden realizar sus actividades acostumbradas antes del estoma, por otra parte el promedio de adaptación positiva y ayuda no es tan bajo, lo que demuestra que estos pacientes a pesar de no aceptar completamente el hecho de tener un estoma se adaptan de buena manera a él, la mayoría de los pacientes no se sienten acomplejados por pedir o aceptar ayuda en especial de los familiares

En la sección autosuficiencia del cuestionario de “MONTREAU”, se concluye que en promedio estos pacientes pueden realizar sus actividades diarias sin ningún tipo de inconveniente, así como son muy susceptibles para pedir consejo y ayuda, lo que se refleja en la teoría puesto que el solo uso de la colostomía no debería ser un impedimento para la realización de las actividades cotidianas, dependiendo todo del manejo de la funda de colostomía

En cuanto a la sección calidad de vida, se concluye que el promedio más alto fueron los de actividad sexual con un 68,3/100 seguido de las preocupaciones sociales con un 63,3, lo que nos demuestra que nuestros pacientes se manejan relativamente de buena manera en

estos temas y se sienten seguros del manejo de sus colostomías, lo que en la teoría es importante puesto que esto ayuda a una reinserción más temprana y de mejor manera en la sociedad, por otro lado los puntajes más bajos fueron los de imagen corporal con un 42,1/100 que nos da a entender que la población en estudio se siente bastante inconforme con su imagen corporal después de su ostomía.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud Pública mediante su organismo de estadísticas se les recomienda que realice estudios para identificar la prevalencia de los pacientes con colostomías y su situación actual que determina un estilo de vida diferente para disminuir los índices de complicaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Aportar con información difundida prácticamente y dirigida sobre todo a las mujeres de todas las edades puesto que de acuerdo a los resultados de nuestra investigación ellas son el grupo de mayor incidencia.

Desarrollar programas de inclusión donde se pueda apoyar a los pacientes ostomizados para que puedan acceder a un trabajo y puedan reintegrarse a la comunidad con normalidad puesto que la mayoría de ellos luego de una cirugía como esta pierden sus empleos y por ende sus fuentes de ingreso.

Incentivar a los pacientes que acuden a las consultas especializadas mensualmente, a que se continúen reuniendo en grupos de apoyo para que puedan fortalecerse y aprender cada día más sobre su condición, además esto les ayuda a seguirse adaptando positivamente a su estoma.

Promover la educación sobre cuidados y alimentación de los pacientes ostomizados a sus familiares, puesto que ellos son parte fundamental en su nuevo estilo de vida, por medio de esto concientizarlos para que permitan a los pacientes a realizar sus actividades cotidianas normales.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda se recomienda dotar a las personas involucradas en la enseñanza del manejo de las ostomías de nuevas estrategias educativas, que no solo se limiten a enseñarles a los pacientes sobre su situación física o fisiológica sino que se lo haga en diferentes ámbitos como la salud sexual, emocional, psicológica, que puede ser divulgada fácilmente a los asistentes por medio de puentes de comunicación para los nuevos colostomizados.

En general este grupo de pacientes se considera que presentan una calidad aceptable la cual puede ser mejorada permitiéndoles tener a su alcance el apoyo necesario del personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas) y aceptar el hecho de que ellos no se consideran personas discapacitadas y que están dispuestos a seguir con su vida normal.

A la Universidad Técnica de Manabí, se le recomienda realizar talleres y charlas sobre manejo de ostomías y del estilo de vida de los pacientes con este tipo de procedimientos para que se enfoque de una manera más social el padecimiento por el que cursan estos pacientes.

Y por último a los estudiantes de medicina se les recomienda la búsqueda de bibliografía para hacer una comparación con nuestra realidad nacional y local, puesto que no se encuentran temas de este tipo muy a menudo.

PRESUPUESTO

ITEMS VALOR	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Copias	400	\$ 0,02	\$ 8,00
Internet / horas	100	\$ 1,25	\$ 125,00
Libros, revistas científicas	5	\$ 50,00	\$ 250,00
Transporte	Global	\$ 15,00	\$ 150,00
Alimentación	Global	\$ 10,00	\$ 100,00
Cámara digital	1	\$ 300,00	\$ 300,00
Materiales de oficina	Global	\$ 230,00	\$ 230,00
Copias de la tesis	600	\$ 0,02	\$ 12,00
Impresión de la tesis	150	\$ 0,15	\$ 22,50
Imprevistos	Global	\$ 300,00	\$ 300,00
TOTAL		\$ 906,44	\$ 1.497,50

CRONOGRAMA DE ACITIVIDADES

Año	2012								2013																											
	Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo											
Meses	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades semanales																																				
Aprobación del Proyecto.																																				
Primera Reunión Corrección del título Formulación del problema.							X																													
Segunda Reunión: Problematización Modificación de los Objetivos.																																				
Tercera Reunión: Elaboración de Marco Teórico Diseño Metodológico																																				
Cuarta Reunión: Operacionalización de variables Elaboración de Test de valoración clínica Elaboración de la matriz de recolección de datos																																				
Quinta Reunión: Análisis de los resultados Conclusiones																																				
Sexta Reunión: Recomendaciones Introducción.																																				
Presentación del Primer borrador del Informe final																																				
Presentación de correcciones																																				
Entrega de Tesis																																				

BIBLIOGRAFIA

- Bodega Urruticoechea. (Agosto de 2013). *Cuidados holísticos y atención*. (R. d. enfermería, Ed.) Recuperado el 05 de Mayo de 2014, de http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9
- Celedonio, M. G., Muñiz Totyos, C. M., Pérez Pérez, N., Rojas Gonzáles, A. J., Vongsavath Rosales, A. A., & Saimons. (Agosto de 2013). *Bodega Urruticoechea*. Recuperado el 19 de Noviembre de 2013, de http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/262/pdf_9
- Charua, L., Benavides, C. J., Villanueva, J. A., Jimenez, B., Abdo, J. M., & Hernandez, E. (Marzo-Abril de 2011). *Redalyc.org*. Recuperado el 16 de Enero de 2014, de [Redalyc.org: http://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf)
- Congreso nacional de ostomías. (03 de Diciembre de 2005). *Expatriate Ostomates of Spain (EOS)*. Recuperado el 28 de Febrero de 2014, de http://www.ostomyinspain.org/_inc/download/handbook_2011_nat_2.pdf
- David, H. J., & Abed, G. (08 de marzo de 2012). Colostomías. (F. Galindo, Ed.) *Cirugía digestiva, Hospital Juan A. Fernandez, Universidad Católica*, 1-12.
- Fernández, F. H. (Septiembre de 2011). *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. (F. H. Fernández, Ed.) Obtenido de <file:///C:/Users/User/Downloads/764-933-1-PB.pdf>
- Fernando, P. S. (11 de Diciembre de 2009). *Universidad Javeriana*. Obtenido de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis01.pdf>
- Hlerro, J. d. (22 de Mayo de 2013). *Colostomías*. Recuperado el 21 de Mayo de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/143039862/tinueve>
- Hierro, J. D., & Abeb, G. (10 de Mayo de 2012). *Ileostomías*. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de <http://dc408.4shared.com/doc/QEhING4z/preview.html>
- Hierro, J. D., & Abeb, G. (s.f.). *Colostomías*. Obtenido de <https://dc408.4shared.com/doc/QEhING4z/preview.html>
- Hierro, J. D., & Abed, G. (08 de Marzo de 2012). *Colostomías*. Recuperado el 11 de Febrero de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/84407027/colostomias>
- Hlerro, J. d., & Abed, G. (08 de Marzo de 2012). *Colostomías*. Recuperado el 11 de marzo de 2014, de <http://es.scribd.com/doc/84407027/colostomias>

- Juárez, F. J., Martín Cañete, F. J., Galbis Valero, V., & García López, J. (Julio de 2004). *Nure investigación*. (F. J. Juárez, Ed.) Recuperado el 23 de Enero de 2014, de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf
- Justicia, R. J., Sánchez García, J., & Baraza Saz, A. (Octubre de 2001). *CULTURA, EDUCACIÓN Y CUIDADOS*. Recuperado el Febrero 23 de 2014, de file:///C:/Users/User/Downloads/CC_10_13.pdf
- La Enciclopedia Libre Universal en Español. (30 de Octubre de 2011). *Calidad de vida*. Recuperado el 05 de Mayo de 2014, de http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- Muñoz, R. F., Solís, M., Hernando, A., Béjar, P., Navarro, C., & Mayo, N. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Dialnet*, 24-31.
- Nure investigación. (Julio de 2004). *Influencia de la irrigación en la calidad de vida del paciente*. Recuperado el 08 de Diciembre de 2014, de http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original7.pdf
- Paz, E. C., Niño, Y., Plata Patiño, J. L., Fargier Paoli, A., & Gonzáles Torres, C. (2012). *Portal de Revistas ULA*. Obtenido de <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/biomedicina/article/view/3693>
- Reyes, V., & Jully, E. (2006). *Calidad de vida del paciente ostomizado*. Recuperado el 26 de Marzo de 2014, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1304/1/villajuan_re.pdf
- Reyes, V., & Jully, E. (2006). *Calidad de vida del paciente ostomizado que asiste a la consulta de enfermería del instituto nacional de neoplasias 2006*. Recuperado el 22 de Febrero de 2014, de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1304/1/villajuan_re.pdf
- Ticona, M. A. (2013). *FRECUENCIA, INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LAS*. Recuperado el 11 de Abril de 2014, de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/203/88_2013_Sanjinez_Ticona_MA_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1
- Ticona, M. A. (2013). *TESIS FRECUENCIA, INDICACIONES Y COMPLICACIONES DE*. Recuperado el marzo de 2014, de http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/203/88_2013_Sanjinez_Ticona_MA_FACS_Medicina_2013.pdf?sequence=1
- Zicari, M., Alé, P., Odone, J., Odone, H., & Figueroa, M. (2010). *Divertículo Gigante del Cólon*. Recuperado el 24 de Abril de 2014, de http://issuu.com/durabo/docs/2010_99_5_3?e=4115205/2901465

PROPUESTA

TEMA

“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE
COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”

PROPUESTA

Brindarles apoyo psicológico, educativo y de cuidados nutricionales, a los pacientes portadores de colostomías e ileostomías, estableciendo una estrategia de información y sociabilización de la problemática a través de una exposición del tema a los pacientes y familiares de estos en las diferentes reuniones de dicho grupo de pacientes en el Hospital Verdi Cevallos Balda, para poder realizar recomendaciones sobre el manejo a los pacientes portadores de estomas.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes ostomizados presentan cambios fisiológicos y psicológicos importantes relacionados con la pérdida del control esfinteriano, los ruidos intestinales, la forma de canalizar gases, la incomodidad a causa del olor, la vigilancia del llenado de la bolsa y la irritación de la piel periestomal que influyen en su calidad de vida. Muchos pacientes saben a lo que se enfrentan y otros se muestran con muchas afectaciones psicológicas frente a una inminente ostomía, que muchos sabrán enfrentarla y vivir con ella, otros en cambio se sienten devastados y atemorizados por el hecho de no saber cómo enfrentar su nuevo estilo de vida y más aún cuando no tienen la certeza de si serán provisionales o permanentes.

En los quirófanos del Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda las ostomías no son un hecho aislado, a pesar de los firmes criterios de los respectivos cirujanos para realizar dichos procedimientos en los casos estrictamente necesarios.

El concepto de calidad de vida ha cobrado importancia en los últimos tiempos ya que, al aumentar la expectativa de vida en la población, también se ha incrementado el número de personas con algún grado de discapacidad o con enfermedades crónicas que sufren los efectos de la enfermedad y del tratamiento médico o quirúrgico implementados. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones subjetivas se requieren métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

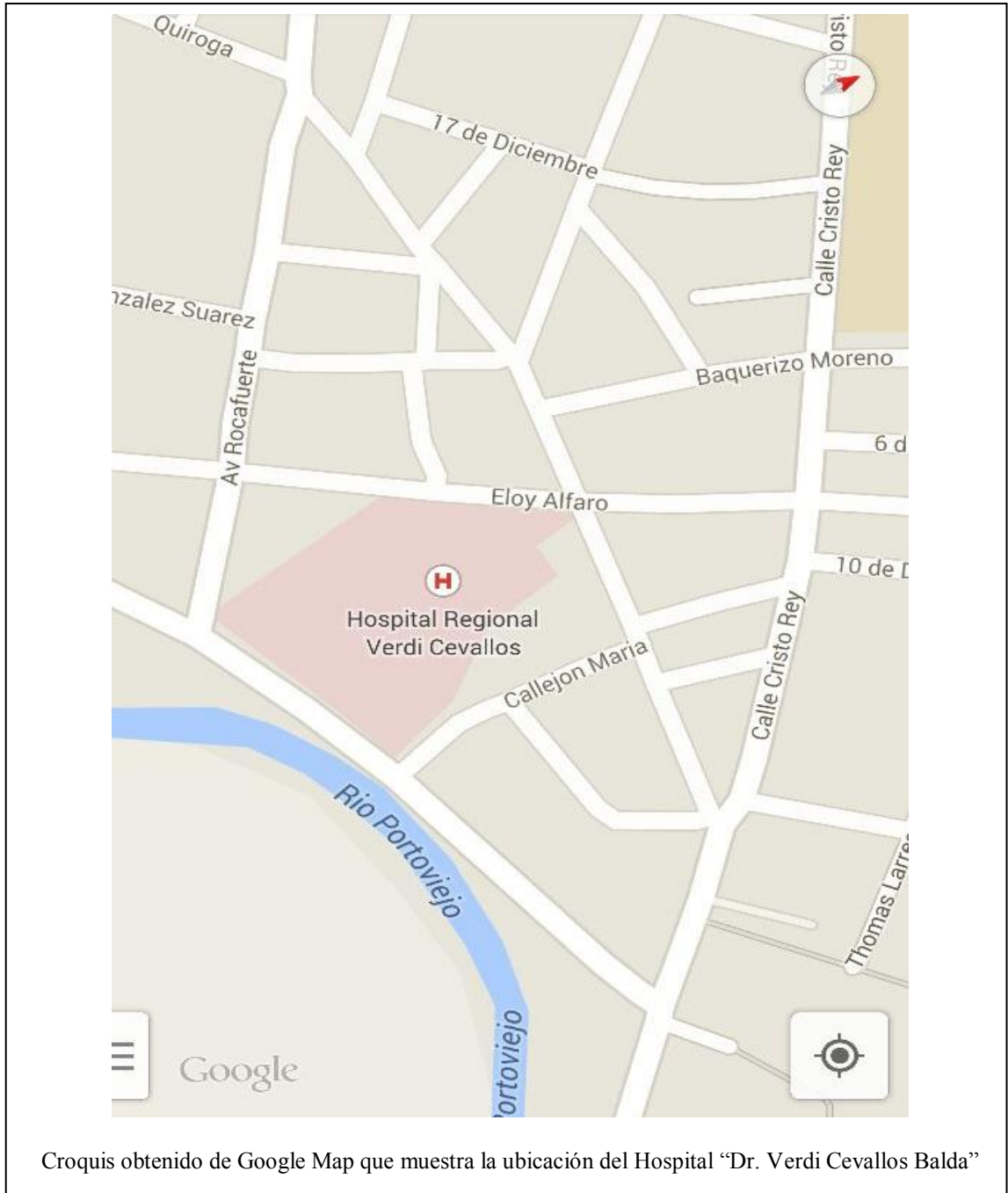
Brindar apoyo psicológico, informativo y de cuidados nutricionales a los pacientes portadores de colostomías del área de cirugía del Hospital Verdi Cevallos Balda y de esta manera mejorar su calidad de vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Socializar la problemática con los pacientes y familiares haciendo énfasis en darles a conocer aspectos positivos y cuidados especiales de las ostomías.

Brindar charlas de apoyo psicológico durante las reuniones del grupo de pacientes para así fortalecer su seguridad y autoestima que les permitirán adaptarse más fácilmente a su nuevo estilo de vida

Realizar charlas sobre cuidados nutricionales en pacientes ostomizados con la ayuda del departamento de nutrición y dietética del Hospital Verdi Cevallos Balda para así brindar información específica y valiosa para los pacientes.



Croquis obtenido de Google Map que muestra la ubicación del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”

CONTENIDO TEMÁTICO

Definición de ostomía

Causas

Factores de Riesgo

Complicaciones

Manejo

Pronostico

Estadísticas

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del programa educación son pacientes portadores de colostomías del área de cirugía del Hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

RESPONSABLES

Los responsables del programa de reuniones informativas son los egresados de la facultad de ciencias de la salud de la carrera de medicina: García Rezabala David Alexander y Payares Tuirán Yeisa Rocío.

PLAN DE ACCIÓN

ACTIVIDADES	FECHA	HORA	RESPONSABLE	RECURSOS Y MATERIALES	TIEMPO	EVALUACIÓN
Evaluación de la calidad de vida de los pacientes portadores de colostomías mediante la aplicación test de valoración clínica	Desde 05/01/2014 Hasta 05/02/2014	8:00- 13:00	García Alexander Payares Yeisa	Hojas Computadora. Lapiceros	1 mes	Obtención de datos.
Formación del club de pacientes ostomizados	15/02/2014	8:00- 13:00	García Alexander Payares Yeisa	Área establecida Sillas	1 día	
Reunión mensual con los pacientes portadores de colostomías del Hospital Verdi Cevallos Balda	23/03/2014	14:00	García Alexander Payares Yeisa	Material didáctico Sillas Área establecida	1 día	
Programa de educación a los pacientes colostomizados y familiares sobre: Manejo de las ostomias con el apoyo de personal de enfermería y nutrición del establecimiento	29/03/2014	14:00	García Alexander Payares Yeisa	Material didáctico	1 día	
Entrega de trípticos con recomendaciones	25/04/2014	14:00	García Alexander Payares Yeisa	Trípticos	1 día	

ANEXOS

UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
HOSPITAL “DR. VERDI CEVALLOS BALDA”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZACION DE ENCUESTAS Y TEST MEDITORIOS DE CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES OSTOMIZADOS

Mediante la firma de este documento autorizo de forma voluntaria participar en el estudio “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014”

Por lo cual accedo a ser encuestado y testeado, además se tratara en todo el proceso de evaluación mi comodidad, el tiempo estimado de aplicación de las preguntas es de 30 minutos; además permito a los investigadores acceder a mis datos personales para poder comunicarse conmigo en caso de que sea necesario, mas no autorizo dicha información para ningún tipo de publicación (datos personales) puesto que entiendo que esta encuesta es anónima.

Comprendo que el resultado de esta investigación será presentado a la Universidad Técnica de Manabí, para que sea evaluado, ya que forma parte de la investigación de los Sres. García Rezabala David Alexander y Payares Tuirán Yeisa rocío, previo a la obtención de título de Médicos Cirujanos de la República del Ecuador.

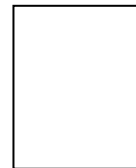
Una vez leído y comprendido el documento, autorizo mi participación.

Firma

o

Huella digital

Paciente Ostomizado H.V.C.B.





GUIA DE ENCUESTA DEL TEMA:

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL REGIONAL VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014

OBJETIVO: Recopilar datos para justificar el objeto de estudio

ENCUESTA: No. ____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad:
2. Género:

3. ¿Cuál era su condición laboral previa a la ostomía?

4. ¿Cuál es su condición laboral posterior a la ostomía?

5. Estado Civil

6. ¿Cuál es su rol en la Familia?

7. ¿Controles médicos?

8. Frecuencia de actividad sexual

9. ¿Cuántas veces al día realiza el aseo de la Ostomía?

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO QUIRURGICAS

10. Antecedentes patológicos personales
11. Antecedentes patológicos familiares
12. ¿Tipo de Ostromía?
13. ¿Técnica quirúrgica?
14. ¿Duración de la enterostomía?
15. ¿Estado del Estoma?
16. Complicaciones
17. ¿Recibió Educación sobre su condición luego del alta?



CUESTIONARIO “MONTREAU” DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON ESTOMAS.

CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE
COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
VERDI CEVALLOS BALDA DICIEMBRE 2013 – MAYO 2014

OBJETIVO: Recopilar datos para justificar el objeto de estudio

CUESTIONARIO: No. ____

Sección 1: Calidad de vida

1. ¿Hasta qué punto se encuentra fuerte?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?

Totalmente Insuficiente

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente Suficiente

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

4. ¿Cree que su peso actual es un problema?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?

Totalmente Insuficiente

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente Suficiente

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy Malo

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Excelente

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada Fácil

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muy Fácil

9. ¿Hasta qué punto se lo pasa usted bien (aficiones, entretenimientos, vida social)?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

10. ¿Come a gusto?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

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

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Mucho

12. ¿Come Ud. lo suficiente para sus necesidades?

Totalmente Insuficiente

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente Suficiente

13. ¿Hasta qué punto se siente útil?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Extremadamente Útil

14. ¿Hasta qué punto se siente Ud. feliz?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

15. ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Extremadamente Satisfactoria

16. ¿Hasta qué punto nota Vd. dolor?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Insoportable

17. ¿Con qué frecuencia nota Ud. dolor?

Nunca

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Continuamente

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy Mala

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Excelente

19. ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo Miedo

20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?

Totalmente Insuficiente

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Del todo Suficiente

21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?

Nada

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Muchísimo

23. A pesar de mi ostomía, creo que llevo una vida normal

Totalmente de acuerdo

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Totalmente en desacuerdo

Sección 2: Autosuficiencia

Hasta qué punto se siente seguro para:

24. Limpiarse el estoma

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

25. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

26. Tirar su bolsa

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

27. Obtener sus bolsas de recambio

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

28. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente

Sección 3: Cuestiones generales

29. Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma

Nunca

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

30. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma

Totalmente de Acuerdo

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Totalmente en Desacuerdo

31. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente de Acuerdo

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Totalmente en Desacuerdo

32. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma

Nunca

5	4	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

 Siempre

33. Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales

Nunca

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

34. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme

Nunca

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

 Siempre

35. ¿Sigue Vd. viendo a una enfermero/a especializada en cuidados del estoma?

“Cálculo de las puntuaciones obtenidas en las secciones de Calidad de Vida, Cuestiones Generales y Autosuficiencia”

	Sumar las puntuaciones de los sptes. Ítems	Resultado	Multiplicar por este factor	Totales
Sección N°1: Calidad de Vida				
Bienestar Psicológico	9+13+14+15+18		x 4	
Bienestar Físico	1+2+3+7+11		x 4	
Imagen Corporal	5+8+19+22		x 5	
Dolor	16+17		x 10	
Actividad Sexual	6		x 20	
Nutrición	4+10+12		x 6,7	
Preocupaciones Sociales	20+21		x 10	
Manejo	23		x 20	
Sección N°2: Autosuficiencia				
Autosuficiencia	24+25+26+27		x 5	
Ayuda y Consejo	28		x 20	
Sección N°3: Cuestiones Generales				
Adaptación Positiva	29+30		x 10	
Adaptación Negativa	31+32		x 10	
Ayuda	33+34		x 10	

Ficha de cálculo de resultados de Test de Montreux que fue usada para sacar los resultados de la investigación.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA



APLICACIÓN DE ENCUESTA DIRECTA A PACIENTE PORTADORA DE COLOSTOMIA Y RECOLECCION DE INFORMACION DE CONTACTO PARA PODER LOCALIZAR POSTERIORMENTE A LOS PACIENTES.



PACIENTE SOMETIDA RECIENTEMENTE A COLOSTOMIA, SE LE REALIZA INTERCONSULTA A PSICOLOGIA PARA COLABORAR CON EL PROCESO DE ADAPTACION AL NUEVO ESTILO DE VIDA DE LA PACIENTE.



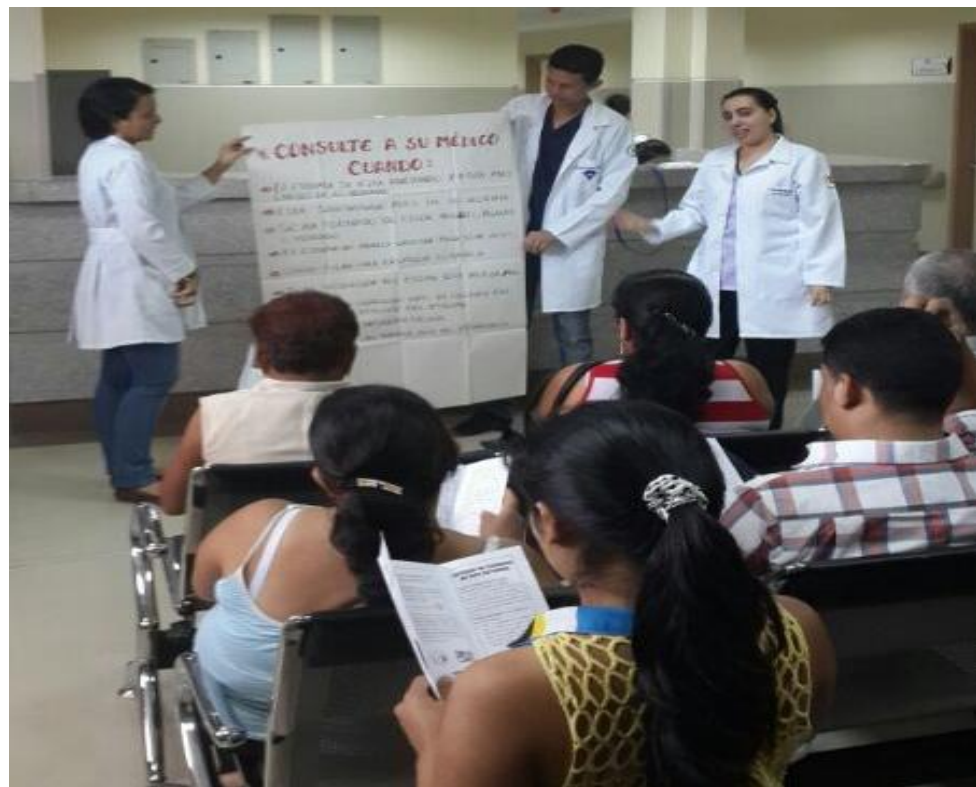
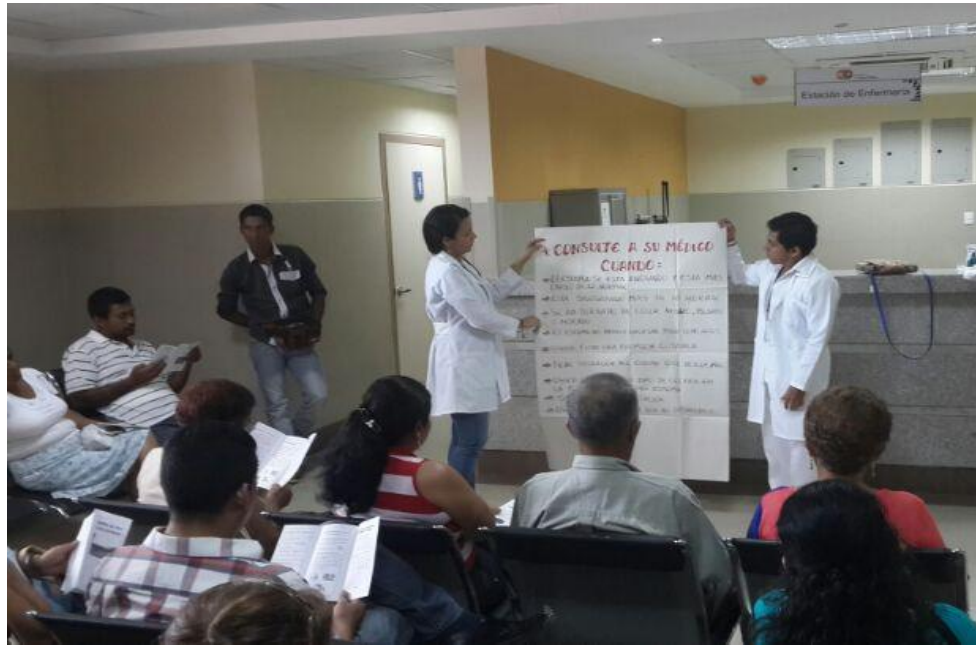
PACIENTE MIENTRAS SE REALIZA LLENADO DE FORMULARIOS PARA INTERCONSULTA CON NUTRICION ANTES DE RECIBIR EL ALTA MEDICA PARA QUE PUEDA SALIR ORIENTADO RESPECTO A SU ALIMENTACION.



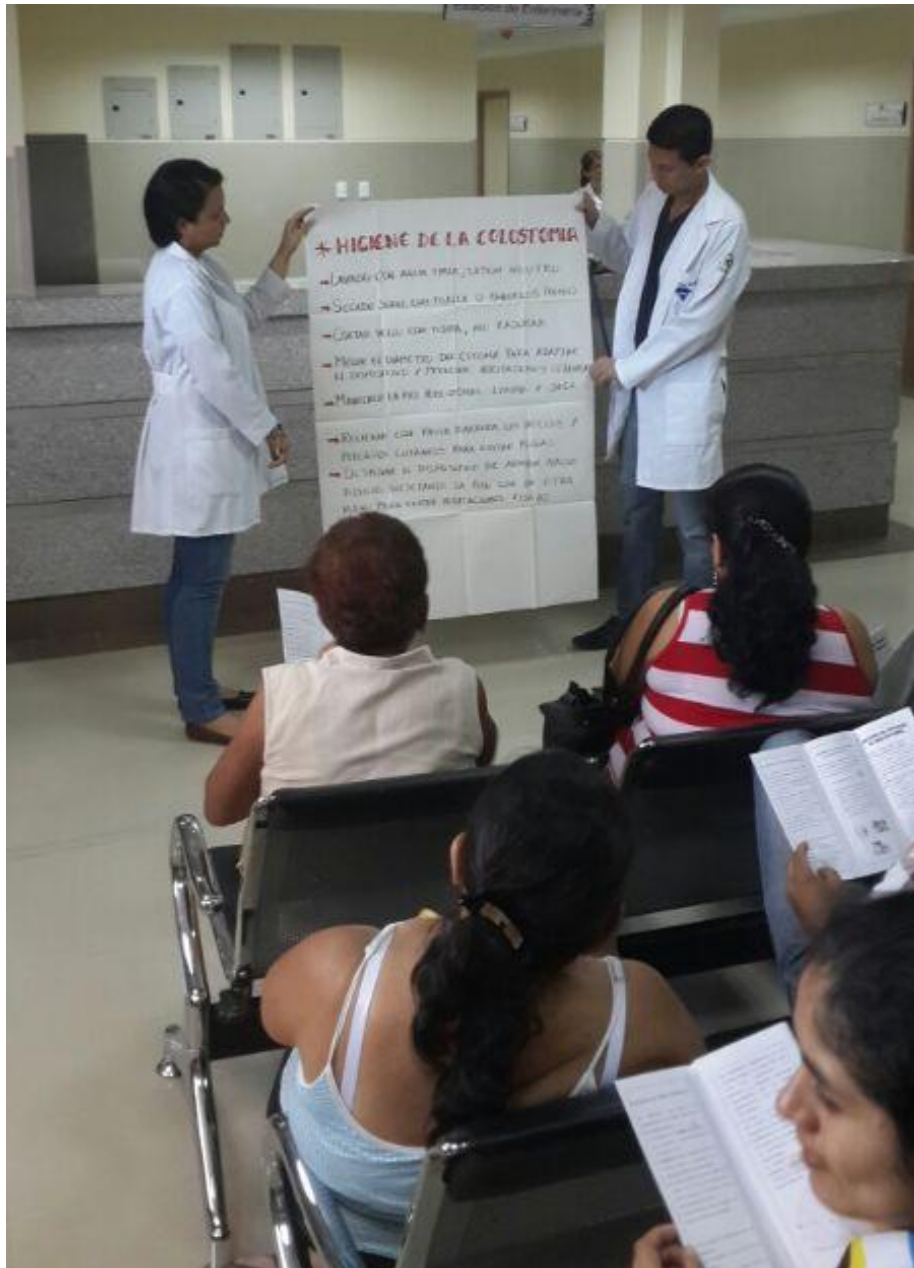
APLICACIÓN DIRECTA DE TEST DE MONTREAUX A PACIENTE COLOSTOMIZADO PARA PODER MEDIR SU CALIDAD DE VIDA.



ENTREGA DE TRPTICOS INFORMATIVOS BASICOS SOBRE COLOSTOMIAS E ILEOSTOMIAS Y BREVE CHARLA A PACIENTES OSTOMIZADOS Y FAMILIARES.



CHARLAS DE CUIDADOS DE ENFERMERIA Y CONSIDERACIONES NUTRICIONALES IMPARTIDOS POR LICENCIADOS DE ENFERMERIA Y NUTRICION RESPECTIVAMENTE.



CHARLA SOBRE HIGIENE Y CUIDADOS BASICOS QUE SE DEBEN APLICAR EN LOS HOGARES DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS.

TRIPTICOS INFORMATIVOS REPARTIDOS A PACIENTES Y FAMILIARES

ACCESORIOS DE COLOSTOMIAS

Fundas de colostomía

Pinzas

Lociones Limpiadoras

Desodorantes

Pasta niveladora

Cremas Barrera

lacas autoadhesivas



FAJAS

IMPORTANTE: ACUDA A SU CITA MEDICA CON SU CIRUJANO DIGESTIVO, COLOPROCTOLOGO, NUTRICIONISTA, PSICOLOGO, EL DIA Y HORA INDICADA

VIVIR CON UNA COLOSTOMIA

ALIMENTACION

La alimentación es un factor fundamental para el correcto funcionamiento del organismo. El ser portador de una ostomía no significa hacer dietas especiales, lo que sí es aconsejable una dieta equilibrada.

TRABAJO

Los colostomizados pueden hacer la mayoría de los trabajos; sin embargo, levantamientos pesados pueden causar que el estoma se hernie o se prolapse

VIDA SOCIAL

En cuanto te hayas recuperado, puedes realizar las actividades que antes hacías . Puedes ir a la piscina, a la playa, a las fiestas y reuniones familiares y de amigos.

VIDA SEXUAL

una colostomía no es un impedimento para realizar actividades sexuales, no hay pérdida física de la función sexual cuando una colostomías creada en el abdomen.

EJERCICIO

una colostomía no es barrera para todo tipo de deporte y ejercicio: natación, caminar, trotar, cabalgata entre otros.


I/M. Yeisa Payares Tuirán
I/M. Alexander García Rezabala



HOSPITAL PROVINCIAL
VERDI CEVALLOS BALDA

Ministerio de Salud Pública

COLOSTOMIA

Es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso , a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión.



TRABAJO DE TITULACION

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMÍAS E ILESTIOMÍAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013 A MAYO 2014"

I/M. Yeisa Payares Tuirán

I/M. Alexander García Rezabala

COLOSTOMIAS

HIGIENE DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

Lavado con agua tibia, jabón neutro y esponja suave.

Secado suave con toalla o pañuelos de papel.

Cortar el vello con tijera, no rasurar.

Medir el diámetro del estoma para adaptar el dispositivo y prevenir irritaciones cutáneas.

Mantener la piel periestomal limpia y seca.

Rellenar con pasta barrera los huecos y pliegues cutáneos para evitar fugas.

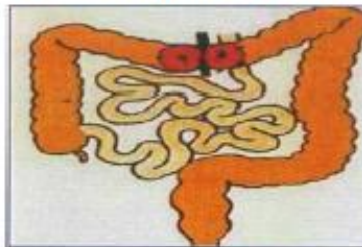
Despegar el dispositivo de arriba abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar irritaciones físicas.



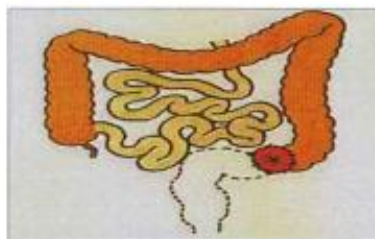
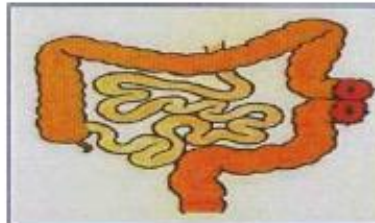
TIPOS DE COLOSTOMIAS

Una colostomía puede ser temporal o permanente y puede realizarse en cualquier porción COLON.

- **COLOSTOMIA TRANVERSA**



- **COLOSTOMIA ASCENDENTE**
- **COLOSTOMIA DESCENDENTE O SIGMOIDEA**



COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMIA

- Estrechez del estoma
- Necrosis de la colostomía
- Hernia paracolostomía
- Prolapso de la colostomía
- Perforación de colostomía
- Sangrados y fístulas

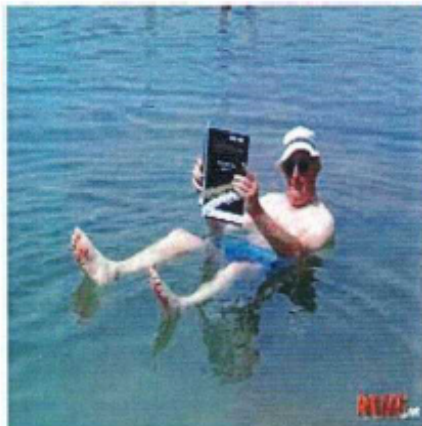


PORQUE SE REALIZA LA COLOSTOMIA

- Diverticulitis perforada o Abscesos.
- Lesiones del colon o recto provocadas por arma de fuego
- Cáncer de colon rectal .

VIVIR CON UNA ILEOSTOMIA

- Continuar con su trabajo
- Llevar una vida social normal, asistir a reuniones y sitios públicos
- Hacer ejercicio
- Tener relaciones sexuales
- Compartir con familiares y amigos
- Ir a la playa



CONSULTE A SU MEDICO CUANDO

- El estoma se está hinchando y esta mas largo de lo normal.
- Está sangrando más de lo normal.
- Se ha tomado de color púrpura, negro o blanco.
- El estoma no parece encajar tan bien como lo hacía antes.
- Usted tiene una erupción cutánea.
- Tiene una secreción del estoma que huele mal.
- Usted tiene cualquier tipo de úlcera en la piel alrededor del estoma.
- Usted tiene cualquier signo de estar deshidratado .Algunos signos son boca reseca, orinar con menos frecuencia y sentirse mareado o débil.
- Usted tiene una diarrea que no desaparece.


I/M. Yeisa Payares Tuirán
I/M. Alexander García Rezabala



HOSPITAL PROVINCIAL
VERDI CEVALLOS BALDA

ILEOSTOMIA



TRABAJO DE TITULACION

"CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES PORTADORES DE COLOSTOMÍAS E ILESTIOMÍAS EN EL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO, DICIEMBRE 2013 A MAYO 2014"

I/M. Yeisa Payares Tuirán

I/M. Alexander García Rezabala

Una ileostomía es una abertura del intestino delgado (íleon) creada quirúrgicamente a través de la pared abdominal lo cual permite la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión del colon resultando así un cambio en la función defecadora normal.

POR QUE SE REALIZA UNA ILEOSTOMIA?

Enfermedad intestinal inflamatoria llamada colitis ulcerativa y enfermedad de Crohn.

Cáncer de colon o del recto

Una afección llamada poliposis familiar

Defectos congénitos que afectan al intestino grueso

Un accidente que dañe los intestinos

Perforación tífica y paratífica

CUIDADOS

- Coma en un horario regular, lentamente, 5 a 6 veces comidas pequeñas al día.
- No tome cerveza ni refrescos, ni otras bebidas gaseosas.
- Tome de 6 a 8 vasos de líquido al día.
- Dúchese primero el cuerpo y por último el estoma, use un jabón neutro.
- Cambie la bolsa de ileostomía regularmente.
- Recuerde que la ileostomía no es un esfínter y dejara escapar desechos luego de comer, tenga en cuenta esto al estar en lugares públicos



QUE PRODUCTOS EXISTEN PARA LA ILEOSTOMIA

BOLSA DE UNA PINZA Y DOS PIEZAS



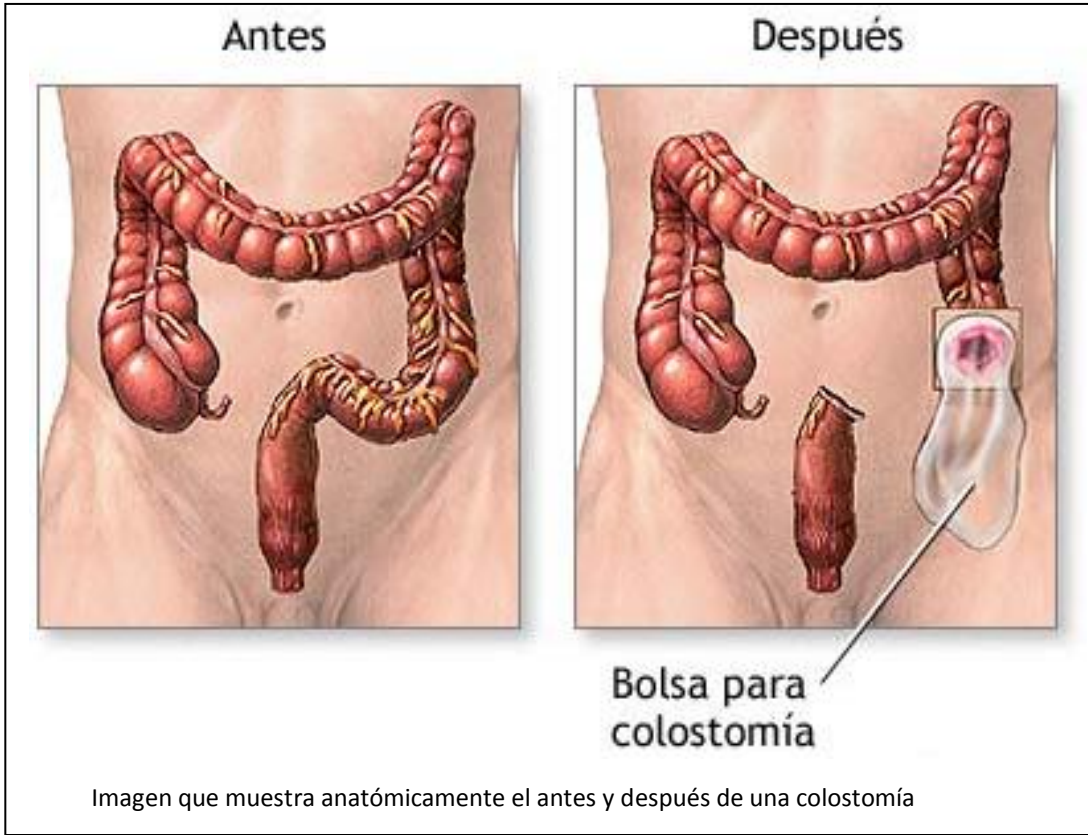
PASTA ADHESIVA



DESODORIZANTE



CINTURÓN PARA ILEOSTOMIA





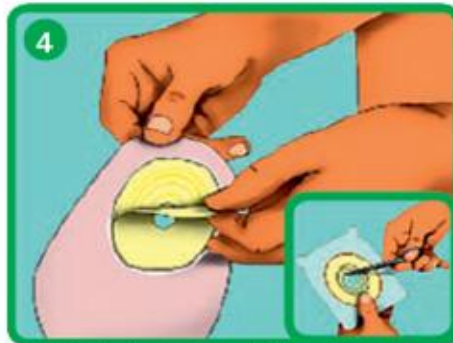
1 Retirar el dispositivo de arriba hacia abajo lentamente, sin provocar que la piel sufra tirones.



2 Realizar la higiene del estoma de dentro a fuera en espiral.



3 Medir tu estoma



4 Recortar la base a la medida
Retirar el papel protector



5 Colocar el dispositivo de abajo a arriba.



6 Presionar con la palma para activar el adhesivo con el calor de tu mano.

Esquema ilustrativo de como realizar el correcto cambio de bolsa de ostomía