



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

DPTO. ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA ASOCIACIÓN URUGUAYA DE OSTOMIZADOS

AUTORES:

Br. Cortalezzi, Jimena

Br. Fontes, Gonzalo

Br. Gilardoni, M^a José

Br. Pons, Nicolás

Br. Viñas, Leticia

TUTORES:

Prof Agdo. Lic. Enf. Garay, Margarita

Prof. Asist. Lic. Enf. Vazquez, Luz

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2010

INDICE

Pregunta problema	4
Objetivo general y específicos	4
Resumen	5
Justificación de la investigación	6
Marco teórico	8
• Definición de Salud	8
• Definición de Enfermería	8
• Definición de Salud Mental	8
• Depresión	9
- Definición	9
- Clasificación	9
- Tratamiento de la depresión	16
- Cuidados de enfermería en la depresión	20
• Ostomías	23
- Definición	23
- Clasificación	23
- Complicaciones	28
- Dispositivos para el cuidado de las ostomías	34
- Cuidados de enfermería en las ostomías	36
Marco referencial	43
- Ubicación	43
- Antecedentes	43
- Finalidad	43
- Objetivos generales y específicos	43

- Organigrama	44
- Aspiraciones de la A.U.D.O	44
- Normas y políticas de funcionamiento	44
Diseño Metodológico	46
- Tipo de estudio	46
- Universo de estudio	46
- Selección y tamaño de la muestra	46
- Instrumentos de investigación a utilizar	46
- Procedimientos para la recolección de información	46
- Plan de análisis de los resultados	47
- Plan de tabulación	47
- Prueba de validación	47
- Variables utilizadas	47
Resultados (tablas, gráficos y cuadros de doble entrada)	48
Análisis	70
Conclusiones	73
Recomendaciones	75
Bibliografía	76
Anexos	77

TITULO:

Prevalencia de Depresión en usuarios ostomizados de la Asociación Uruguaya de Ostomizados.

PREGUNTA PROBLEMA:

¿Cuál es la prevalencia y grados de depresión en usuarios ostomizados mayores de 20 años, asistidos en la policlínica de la Asociación Uruguaya de Ostomizados, en el período comprendido entre Agosto- Setiembre de 2010?

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer la prevalencia y grados de depresión en usuarios ostomizados mayores de 20 años en la Asociación Uruguaya de Ostomizados a través de la aplicación del test de Hamilton.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar la población en estudio según las variables: sexo, edad, nivel de instrucción, contención familiar, ingreso económico, causa de la operación quirúrgica, tipo de ostomía, sentimiento y/o actitud frente a la ostomía, ideas de suicidio, insomnio, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, alteración psicomotriz, alteración de la nutrición, conciencia de la enfermedad y grados de depresión.
- Conocer los servicios y beneficios que la Asociación Uruguaya de Ostomizados ofrece a sus usuarios.
- Adquirir conocimientos sobre los cuidados de ostomías y de las terapias grupales.
- Aplicar el test de Hamilton a la población en estudio para conocer los grados de depresión.
- Identificar el número de usuarios ostomizados que presenten signos y síntomas de depresión y en que grado de la misma se encuentran.
- Identificar a los usuarios cuyos grados de depresión revistan de gravedad y derivarlos a la Licenciada en Enfermería de la Asociación Uruguaya de Ostomizados.

RESUMEN:

Objetivos: Conocer la prevalencia y grados de depresión en usuarios ostomizados mayores de 20 años, en la Asociación Uruguaya de Ostomizados (A.U.D.O.) a través de la aplicación del test de Hamilton.

Metodología: Se utilizó metodología participativa, aplicando el método científico. Se aplicó el test de Hamilton a los usuarios de la A.U.D.O. para identificar la prevalencia y grados de depresión.

Desarrollo: Se realizaron entrevistas a los usuarios mediante la aplicación de una herramienta de trabajo elaborada por el grupo basada en el Test de Hamilton, la cual se utilizó para la recolección de datos. Se tabularon los datos recogidos mediante la construcción de tablas, cuadros y gráficos; continuándose con el análisis de los mismos para luego elaborar las conclusiones del trabajo de investigación.

Al finalizar dicho trabajo, se realizó una devolución de los resultados obtenidos a la A.U.D.O.

Evaluación: Referido a la estructura edilicia de la institución, se observó que la misma es reducida para el número de usuarios que allí se asisten, lográndose igualmente la atención de los mismos.

Con respecto al equipo de salud, se logró un buen clima de trabajo, en conjunto con los usuarios y con la Licenciada.

Respecto a la población asistida, se logró alcanzar el número de la muestra estipulado, 36 usuarios. Se caracterizó al 100% de los usuarios entrevistados, desprendiéndose que el 34% presentaron depresión, de estos, el 28% presentó depresión menor, 3% menos que depresión mayor y 3% depresión mayor.

Productividad: 100%, entrevistas realizadas: 36. Usuarios caracterizados: 36.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Este estudio pretende alcanzar un enfoque más amplio al momento de abordar al usuario ostomizado; trata de estudiar al individuo desde el punto de vista de la salud mental, y como ésta se ve afectada por su condición de ostomizado.

Pretende analizar como influye lo físico sobre lo psicológico, y a su vez sobre su entorno; puede ser puerta a futuras investigaciones, ya que según los datos obtenidos de la revisión de estudios anteriores, no se encontraron antecedentes que relacionen al usuario ostomizado con la depresión.

Se conocerá la frecuencia de la depresión y sus diferentes grados en usuarios ostomizados; los resultados obtenidos beneficiarán en forma directa a la Asociación Uruguaya de Ostomizados, y en forma indirecta a los usuarios de la misma.

Se seleccionó el tema depresión debido al gran impacto que esta patología ha generado, ya que 410.000.000 de personas en el mundo padecen esta enfermedad, muchos de ellos sin siquiera imaginarlo, aproximadamente 50%. Se estima que la ocurrencia del evento a nivel mundial es de alrededor 3 al 5%¹. Durante los últimos 50 años, la prevalencia de la depresión ha aumentado a nivel mundial, disminuyendo a la vez la edad de aparición de la misma².

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión, es la cuarta condición médica en relación a los años de vida vividos con una discapacidad severa y de larga duración. Ustun T. y cols., demostraron que los síntomas de la depresión podrían ser de 2 a 10 veces más comunes en individuos con discapacidades o que sufren de enfermedades crónicas, y que la depresión es una de las “condiciones secundarias más comunes asociadas con discapacidad y enfermedad crónica”.

Se considera que para el año 2020 constituirá el segundo problema de mayor importancia que ocasiona en cuanto al desarrollo de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.

Con respecto a la incidencia en Uruguay, según datos obtenidos de una investigación realizada por la Fundación “Cazabajones”, se estima que unos 700.000 habitantes presentan dicha patología y que de estos, más del 80% desconoce que la padece. Según la OMS Uruguay se encuentra dentro de los seis países en el mundo con mayor número de intentos de autoeliminación producto de la depresión.

En Uruguay en el año 2007, el equipo del Programa Nacional de Salud Mental, junto con los integrantes de la Comisión Asesora Técnica Permanente y otros participantes, elaboraron unas guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. En las mismas se mencionan los factores de riesgo generales y específicos para cada franja etárea, así como la conducta a seguir en cada situación, ya se trate

¹ <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf092f.pdf> (20/07/10- hora 08:50)

² <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf092f.pdf> (20/07/10- hora 08:50)

de un estadio crónico o en pleno desarrollo de una crisis. Esta mención se realiza ya que, de la clasificación de los factores de riesgo se desprenden dentro de los psicológicos, la depresión, así como dentro de los biológicos las enfermedades y los dolores crónicos. Dichos factores, los biológicos y los psicológicos son los que se investigarán, lo cual se considera de relevancia que se encuentren contemplados dentro de un Programa Nacional de Salud que junto a otros constituyen los programas prioritarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que rigen actualmente en nuestro país.

La incidencia de pacientes ostomizados tanto en el mundo como en el Uruguay es aproximadamente de 1 a 4 por cada mil habitantes³, no respetando edades, sexo, raza, religión, países ni condiciones sociales. Lo anteriormente mencionado impacta en el paciente en sus diferentes áreas (bio- psico- socio- cultural) pudiendo originar cambios conductuales y anímicos, los cuales representan factores de riesgo para desarrollar depresión.

Asimismo cuando una persona se ve enfrentada a la situación de ser ostomizado, sus reacciones emocionales pueden ser muy diversas dependiendo tal vez del nivel socio-cultural, edad, personalidad, grado de información, entre otros. Pero también conlleva implicancias y connotaciones de culpabilidad, incompreensión, y aislamiento social. Se produce frecuentemente un impacto emocional en el inicio, que dará paso a síntomas depresivos, no sólo por la enfermedad y la incertidumbre sobre el futuro (situación laboral y profesional), sino también por otras razones, como comunicar la situación a otras personas (pareja, hijos, amigos, familia) y sus reacciones frente a la noticia.

La alteración en la imagen corporal del usuario conlleva una transformación en diversas áreas como la personal, social, laboral, pudiéndose generar un rechazo, tanto por quien presenta la ostomía o por su entorno, originando un cuadro depresivo.

Por otro lado, el paciente también se ve obligado a modificar su estilo de vida, pues su organismo sufre grandes cambios en lo fisiológico, orgánico y emocional. Estos pacientes sufren un duro golpe al enfrentarse con este problema que sin duda afecta su vida; encontrándose con períodos muy estresantes, agotadores y emocionalmente devastadores.

Todos estos hechos nos han inducido a emprender el estudio sobre el tema anteriormente mencionado, y efectivamente, además de una necesidad de puesta al día de nuestro conocimiento científico- técnico, creemos que es de suma importancia conocer de que manera el usuario ostomizado afronta su realidad, y como esta se ve afectada cuando se incorpora otro factor importante como lo es la depresión.

Aunque los trabajos encontrados sobre depresión fueron en cierta manera abundantes, no se halló a lo largo de nuestra labor de revisión de trabajos anteriores tanto en biblioteca de Facultad de Enfermería - UDELAR, como en bibliotecas virtuales, ningún trabajo que relacione la depresión con pacientes ostomizados.

³ http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.php (26/01/10-hora 15:05)

MARCO TEORICO

Para comenzar a desarrollar el marco teórico, es necesario mencionar los conceptos de salud y de enfermería en los cual nos basamos para realizar este trabajo, ambos conceptos son extraídos de la INDE, plan de estudios 1993, la salud se define como “Un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tener diferentes grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos”

La Enfermería “es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (persona-familia, grupo poblacional). La capacidad reaccional del Hombre está dada por la lucha continua del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones bio-psico-sociales. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria y terciaria”.

Dado que la depresión es un trastorno que afecta la salud mental del individuo, se cree necesario definir lo que se entiende por salud mental. Vicente Galli la define como “el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos, equilibrio e integración progredientes; con crisis previsibles e impredecibles, registrables subjetivamente u objetivamente, en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social”.

Debido a las ostomías traen aparejadas un gran impacto en las áreas bio-sico-socio-cultural de la persona que convive con ella, pudiendo originar cambios psicológicos y conductuales que representen un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión, se considera importante desarrollar los conceptos, clasificación y tratamiento de los mismos.

DEPRESION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental que se manifiesta mediante el estado de ánimo deprimido, de pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio sustancial de la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio.

La depresión es caracterizada por un trastorno, un descenso del humor (timia), sentimientos de soledad y tristeza. A dichos trastornos del humor, se le añaden otros dos fenómenos: la inhibición y el dolor moral.

La inhibición es una especie de enlentecimiento de los procesos psíquicos de la ideación que reduce el campo de la conciencia y los intereses, repliega al sujeto sobre sí mismo y lo empuja a rehuir a los demás y a las relaciones de pares. Experimenta dificultad para pensar, trastornos de la memoria, fatiga psíquica. Paralelamente presenta astenia física y enlentecimiento de la actividad motriz asociado a malestares somáticos variados. El enfermo tiene una conciencia dolorosa y penosa por esta inhibición. Es de importancia mencionar que la reacción de inhibición puede ser una reacción normal en un sujeto sano como consecuencia de un acontecimiento muy penoso (duelo normal). La exageración ó la prolongación de éste estado es lo que se convierte en patológico.

El dolor moral, se expresa a través de una autodepreciación que puede encaminarse hacia una autoacusación, un sentimiento de culpabilidad. La autoacusación y el dolor moral pertenecen a una sintomatología secundaria a la depresión.

Pero se debe ir más allá de la tríada anteriormente mencionada: humor triste, inhibición y dolor moral. Hay que tomar en cuenta también las estructuras profundas de la personalidad del deprimido: estructura psicótica ó estructura neurótica.

Se resalta la importancia que tienen los trastornos somáticos: cefaleas, algias diversas, sensaciones de ahogo, palpitations cardíacas, dolores vertebrales o articulares, trastornos digestivos e intestinales. Es posible que estos trastornos adquieran tal importancia que el estado depresivo quede "camuflado" por las quejas somáticas.

Existen diversas clasificaciones de los trastornos depresivos. Se tomará como referencia la clasificación propuesta en el DSM-IV-TR. Dicha clasificación menciona tres tipos de trastornos depresivos:

- ✓ *Depresión mayor*: en la cual hay uno o más episodios de depresión mayor.

- ✓ *Distimia*: en la cual hay una historia del estado de ánimo deprimido por un tiempo de más de dos años como mínimo, sin que los dos primeros años del trastorno concuerden con los criterios del episodio de depresión mayor.
- ✓ *Trastorno depresivo no especificado*: incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno

especifico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR – DEPRESIÓN MAYOR

La sintomatología esencial de un episodio depresivo mayor consiste en un estado de ánimo deprimido ó pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades, con síntomas asociados durante dos semanas como mínimo. Los síntomas representan un cambio en la forma de actuar previa y son relativamente persistentes, apareciendo durante la mayor parte del día, casi cada día, por un período de dos semanas como mínimo. Los síntomas asociados incluyen alteración del apetito, cambios en el peso, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte ó intentos de autoeliminación.

Un individuo con el estado de ánimo deprimido manifiesta sentimientos depresivos, de malestar, desesperanza y desánimo, “como si estuviese en un pozo”, o términos semejantes. En algunos casos, el sujeto puede negar sentirse deprimido, pero su estado de ánimo puede advertirse mediante la observación de su expresión facial triste.

El sujeto describe la pérdida de interés o de capacidad para el placer como un descenso de interés en aquellas actividades por las que antes se sentía atraído, sentimientos de que “ya nada importa” o, con menos frecuencia, como una dolorosa incapacidad para experimentar placer. Puede que el individuo no se queje de pérdida de interés o de capacidad para el placer, pero habitualmente los familiares advierten su retraimiento y abandono de las diversiones que anteriormente eran fuente de placer.

El apetito se altera con frecuencia, generalmente disminuye, pero a veces puede aumentar en forma evidente.

Es común la alteración del sueño, siendo lo más frecuente el insomnio, pero en ocasiones puede haber hipersomnias. El insomnio puede presentarse como dificultad para conciliar el sueño (insomnio inicial), en su frecuente interrupción con dificultad para volver a dormir (insomnio medio), o en el hecho de despertarse pronto en la mañana (insomnio terminal). La hipersomnia puede provocar que duerma un período de tiempo más prolongado de lo habitual, durmiendo durante el día o abusando de las siestas.

La agitación psicomotriz se manifiesta mediante la incapacidad para pensar sentado, deambulación continua, retorcimientos de las manos, estiramiento o manoseo del cabello, la ropa u otros objetos. El enlentecimiento psicomotriz puede manifestarse en un lenguaje lento, aumentos de las pausas antes de responder,

conversación monótona, movimientos corporales lentos, pobreza del lenguaje o mutismo. Frecuentemente, hay una disminución del nivel de energía, experimentado como una fatiga continua.

El sentimiento de inutilidad oscila desde los sentimientos de incapacidad hasta la evaluación negativa e irreal de la propia dignidad. El individuo exagera sus fracasos y se reprocha a sí mismo los pequeños errores, buscando en su entorno motivos que le confirmen su negativa autoevaluación. El sentimiento de culpa se expresa a través de una reacción excesiva a fracasos actuales o pasados, o de una responsabilidad exagerada de acontecimientos desfavorables o trágicos.

Es muy frecuente la dificultad para concentrarse, el enlentecimiento y la indecisión. Se distrae fácilmente y puede quejarse de fallos amnésicos.

Son habituales las ideas de muerte. Puede haber ideas de suicidio con o sin un plan específico, o intentos de autoeliminación.

Sintomatología asociada:

Los síntomas asociados más frecuentes incluyen llanto, ansiedad, irritabilidad, rumiación obsesiva o repetitiva, excesiva preocupación por la salud física, crisis de angustia, fobias, alucinaciones o ideas delirantes.

Edad de comienzo:

La edad media de inicio es después de los 20 años, pero puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia.

Curso:

El inicio de un episodio depresivo mayor es variable y los síntomas se desarrollan habitualmente en un período de días a semanas; en algunos casos el inicio puede ser brusco (por ejemplo, cuando va asociado a un estrés psicosocial grave). Sin tratamiento, un episodio dura seis meses o más.

Generalmente, hay una remisión completa de los síntomas y la actividad global vuelve a un nivel premórbido. Pero en un gran número de casos, algunos síntomas del episodio persisten hasta dos años, sin ningún período de dos meses o más sin sintomatología depresiva significativa. Estos episodios se especifican como de tipo crónico.

Deterioro:

En los episodios depresivos mayores, el grado de deterioro varía, pero siempre hay alguna interferencia en la actividad laboral o social. Si el deterioro es grave, el sujeto puede ser totalmente incapaz de llevar a cabo actividades laborales o sociales, e inclusive puede presentar dificultades para alimentarse, vestirse o mantener un mínimo de higiene personal.

Complicaciones:

La complicación más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio.

Factores predisponentes:

La dependencia de sustancias psicoactivas (fundamentalmente alcohol y cocaína) así como una enfermedad física crónica son factores que predisponen al desarrollo de un episodio depresivo mayor. Otros factores pueden ser el fallecimiento de un ser querido, la separación conyugal ó el divorcio, y en otras ocasiones el parto.

Diagnóstico diferencial del episodio depresivo mayor:

El diagnóstico sólo se realiza si no se establece que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración.

Criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor según el DSM-IV:

Un síndrome depresivo mayor se define según el siguiente criterio:

- A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo período de dos semanas y representan un cambio de la conducta previa y, al menos, uno de los síntomas es o 1) un estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer. (No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones):
- 1) Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi cada día, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
 - 2) Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día;
 - 3) Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen, o disminución o incremento del apetito casi cada día;
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi cada día;
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día (observable por los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud);
 - 6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día;
 - 7) Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa casi cada día;
 - 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, indecisión casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás);
 - 9) Ideas de muerte recurrentes, ideas de autoeliminación recurrentes sin un plan específico, o un intento de autoeliminación o un plan específico para suicidarse.
- B. 1) No puede establecerse que una causa orgánica inició y mantiene la alteración.
- 2) La alteración no es una reacción normal a la muerte de un ser querido (duelo no complicado).

Nota: Preocupación mórbida con sentimientos de inutilidad, ideas de suicidio, enlentecimiento psicomotriz, o una duración prolongada sugieren que el duelo se ha complicado con una depresión mayor.

- C. Fuera del contexto de la alteración anímica (antes de la aparición de los síntomas y después de que han remitido) no ha habido en ningún momento ideas delirantes ni alucinaciones que hayan durado más de dos semanas.
- D. El trastorno no está superpuesto a una esquizofrenia, a un trastorno esquizofreniforme, a un trastorno delirante o a un trastorno psicótico no especificado.

El episodio será *Crónico*, si el episodio actual ha durado dos años consecutivos, sin un período de dos meses o más sin síntomas depresivos significativos.

El episodio será de tipo *Melancólico*, si presenta como mínimo cinco de los siguientes síntomas:

- 1) Pérdida de interés o capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades;
- 2) Falta de reactividad ante estímulos normalmente agradables (tampoco hay mejoría cuando eventualmente sucede algo bueno);
- 3) La depresión suele ser más intensa por la mañana;
- 4) Despertar precoz por la mañana (como mínimo, dos horas antes de la hora habitual);
- 5) Enlentecimiento o agitación psicomotriz;
- 6) Anorexia significativa o pérdida de peso;
- 7) Ninguna alteración significativa de la personalidad antes del primero episodio depresivo mayor;
- 8) Uno o más episodios depresivos mayores previos, seguidos de una remisión completa o casi completa;
- 9) Buena respuesta previa a una terapia somática antidepressiva adecuada y específica (Por ejemplo, tricíclicos, TEC, IMAO, litio).

DEPRESIÓN MAYOR

La depresión mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores, sin una historia de episodio maníaco o de episodio hipomaníaco inequívocos.

La depresión mayor está subclasificada como episodio único o recurrente.

Curso:

Algunos sujetos sufren un episodio único, volviendo totalmente a su estado premórbido. Sin embargo, se estima que más del 50% de los individuos que inicialmente presentan un episodio único de depresión mayor, desarrollarán otro episodio depresivo mayor, cumpliendo entonces los criterios para una depresión mayor recurrente.

Incidencia en cada sexo:

El trastorno es dos veces más habitual en las mujeres que en los hombres.

Antecedentes familiares:

Varios estudios han demostrado que la depresión mayor es 1,5 a 3 veces más habitual entre los familiares de primer grado de los sujetos con este trastorno que entre la población general.

Diagnóstico diferencial:

Una historia de un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco excluye el diagnóstico de depresión mayor. En los dos primeros años del trastorno distímico no hay evidencia clara de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, antes o después del trastorno distímico puede haber depresión mayor.

Criterios para el diagnóstico de depresión mayor, episodio único:

- A. Un solo episodio depresivo mayor;
- B. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.

Criterios para el diagnóstico de depresión mayor, episodio recurrente:

- A. Dos o más episodios depresivos mayores, separados cada uno de ellos por un mínimo de dos meses una vez que se ha regresado a la actividad más o menos habitual. (Si ha habido previamente un episodio depresivo mayor, el

episodio de depresión actual no necesita cumplir todos los criterios para un episodio depresivo mayor)

- B. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco inequívoco.

DISTIMIA

Consiste en una alteración crónica del estado de ánimo, incluyendo un estado de ánimo deprimido, que se presenta la mayor parte del tiempo y que dura la mayor parte del día a lo largo de dos años como mínimo.

Los síntomas asociados incluyen: disminución del apetito o voracidad, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, disminución de la autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

Para su diagnóstico tiene que haber un período de dos años en el que no se hayan dado síntomas depresivos por más de dos meses. El diagnóstico no se verifica si hay evidencia clara de un episodio depresivo mayor durante este período mínimo de la alteración; ni tampoco si la alteración está superpuesta a un trastorno psicótico crónico, como una esquizofrenia o un trastorno delirante, o si está mantenida por una causa orgánica específica o por el uso de alguna sustancia.

Frecuentemente, la distimia es una consecuencia de un trastorno crónico preexistente, por ejemplo, la anorexia nerviosa, un trastorno por somatización, la dependencia de sustancias psicoactivas y un trastorno por ansiedad. Estas distimias se clasifican como de “tipo secundario”; los casos de distimia no aparentemente relacionados con un trastorno crónico preexistente se clasifican como de “tipo primario”. Los casos de distimia que se desarrollan antes de los 21 años se clasifican como de “inicio precoz”; los casos que se desarrollan a esa edad o después de los 21 años se clasifican como de “inicio tardío”.

Sintomatología asociada:

Los síntomas asociados son similares a los del episodio depresivo mayor, con la excepción de que no hay, por definición, ideas delirantes ni alucinaciones.

Edad de comienzo:

Habitualmente, este trastorno comienza en la infancia, la adolescencia o al inicio de la edad adulta, y por esta razón se considera a menudo como expresión de una personalidad depresiva.

Curso:

Por lo general, no tiene un inicio claro, y presenta un curso crónico. En la clínica, los individuos suelen presentar una depresión mayor superpuesta que es, con frecuencia, la razón por la que el sujeto solicita tratamiento.

Deterioro y complicaciones:

El deterioro en la actividad laboral o social suele ser leve o moderado, debido más a la cronicidad que a la gravedad del síndrome depresivo. La hospitalización es rara, a menos que haya intentos de autoeliminación o una depresión mayor superpuesta.

Las complicaciones son similares a las de la depresión mayor, aunque debido a la cronicidad de este trastorno, es más probable que se instaure un abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Factores predisponentes:

Los factores predisponentes para el tipo secundario incluyen los trastornos crónicos. El estrés psicosocial crónico puede ser un factor predisponente tanto para el tipo primario como para el secundario.

Prevalencia:

Es un trastorno frecuente.

Incidencia en cada sexo:

Entre los adultos, el trastorno es más frecuente en las mujeres.

Antecedentes familiares:

Es más habitual entre los familiares de primer grado de los sujetos con depresión mayor que entre la población general.

Diagnóstico diferencial:

El diagnóstico diferencial entre distimia y depresión mayor es particularmente difícil, dado que ambos trastornos comparten síntomas similares y tan solo difieren en su duración y gravedad.

La depresión mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores discretos que pueden diferenciarse de la conducta habitual del sujeto, mientras que la distimia se caracteriza por un síndrome depresivo leve, crónico, que se ha mantenido durante muchos años. Cuando la distimia tiene una duración de muchos años, la alteración del estado de ánimo no puede diferenciarse del estado "habitual" del sujeto.

TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO

Incluye los trastornos con sintomatología depresiva que no cumplen los criterios de ningún trastorno específico del estado de ánimo ni del trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.

Por ejemplo:

- Un episodio depresivo mayor superpuesto a una esquizofrenia residual;
- Una alteración depresiva, leve y recurrente que no cumple los criterios de distimia;
- Episodios depresivos no relacionados con el estrés, que no cumplen los criterios de episodio depresivo mayor.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN:

Farmacológico.

Existe una amplia variedad de medicamentos para el tratamiento de la depresión, destacándose entre ellos los inhibidores selectivos de reabsorción de serotonina (SSRI), los tricíclicos y los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI).

Los SSRI, la dopamina y la noradrenalina, medicamentos que afectan a los neurotransmisores, por lo general presentan menos efectos secundarios que los tricíclicos. El médico probará varios medicamentos antes de encontrar el medicamento o la combinación de ellos que resulte más eficaz para el paciente, así como el ajuste correcto de la dosis.

Si bien se puede observar alguna mejoría en las primeras semanas del tratamiento, el mismo debe llevarse a cabo regularmente por un período de tres a ocho semanas

dependiendo el caso para lograr el efecto terapéutico óptimo. Esto cobra importancia, ya que algunos pacientes pueden suspender la medicación al observar las primeras mejorías, o por lo contrario cuando las mismas no aparecen pero sí los efectos secundarios de la medicación. Es por esto que se debe respetar la indicación médica, no sólo sobre la toma de la medicación, sino sobre la suspensión de la misma, ya que algunos medicamentos pueden producir síntomas de abstinencia si se los suspende de manera abrupta.

En pacientes con trastorno bipolar y depresión mayor crónica o recurrente, la toma de medicación puede ser indefinida.

Las personas que deben tomar MAOI, deben evitar la ingesta de alimentos que contengan altos niveles de tiramina como algunos quesos, vinos y medicamentos descongestionantes. Su interacción puede provocar una crisis de hipertensión que podría ocasionar una apoplejía. Para evitar esto es necesario el cumplimiento estricto de la dieta indicada por el médico.

Es importante que todo el personal de la salud que trate a este tipo de pacientes tenga conocimiento de toda la medicación que ingiere, ya que se debe tener en cuenta al momento de indicar una nueva medicación; la interacción de algunos medicamentos puede producir efectos secundarios graves y peligrosos.

Las bebidas alcohólicas y las drogas reducen la eficacia de los antidepresivos. Se debe consultar con el médico sobre el permiso para consumir una cantidad de alcohol que no sea significativa, siempre y cuando no presente dependencia al mismo. Los estimulantes como las anfetaminas, algunas veces se usan bajo supervisión médica cuidadosa.

Los efectos secundarios:

Algunas personas presentan efectos secundarios leves y temporales; éstos son molestos, pero no graves. Sin embargo, cualquier efecto secundario o reacción que interfiera con el funcionamiento, debe comunicarse al médico inmediatamente.

Los efectos secundarios más frecuentes son:

- Cefaleas (temporal).
- Náuseas (temporal, posterior a cada dosis).
- Nerviosismo e insomnio (pueden ocurrir durante las primeras semanas, ceden espontáneamente o reduciendo la dosis).
- Agitación / inquietud (si sucede por primera vez posterior al medicamento y no desaparece rápidamente, debe notificarse al médico).
- Problemas sexuales (debe informarse al médico si es persistente o preocupante. Aunque la depresión puede disminuir la libido y afectar el comportamiento sexual, se ha establecido que los SSRI y otros antidepresivos serotoninérgicos provocan disfunción sexual dependiendo de la dosis; esto afecta a más de la mitad de los adultos que toman SSRI. Suspender el medicamento antes de la actividad sexual puede funcionar para algunos pacientes que toman SSRI de acción breve. Si es necesario cambiar a otro antidepresivo, debe usarse uno de tipo diferente como la anfebutamona, la mirtazapina, la nefazodona y la venlafaxina).

Los antidepresivos tricíclicos tienen los siguientes efectos secundarios:

- Boca seca
- Estreñimiento
- Problemas de la vejiga (vaciar la vejiga puede ser difícil y el flujo de orina puede ser más débil).
- Problemas sexuales (el funcionamiento sexual puede cambiar; en el hombre disminuye la libido, puede presentar dificultad para mantener la erección o para lograr el orgasmo).
- Visión nublada (temporal).

- Mareos
- Somnolencia durante el día (temporal).

Las psicoterapias

Existen dos tipos de psicoterapia a corto plazo que han demostrado ser eficaces para la depresión: una es la terapia cognoscitiva-de comportamiento (CBT) y la otra es la terapia interpersonal. La primera ayuda a los pacientes a cambiar los patrones negativos de pensamiento y comportamiento que contribuyen a la depresión o son resultado de ésta. Consiste en un intercambio verbal con el terapeuta y la asignación de ejercicios que realiza el paciente en su domicilio entre sesión y sesión; permite que los pacientes puedan discernir y resolver problemas relacionados a su depresión.

El segundo tipo de psicoterapia es la que facilita a los pacientes a resolver sus relaciones personales problemáticas que estén contribuyendo a la depresión o al empeoramiento del cuadro.

Muchos pacientes con depresión moderada a severa, son tratados con una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia.

Electroshock

Es la activación de las neuronas mediante un campo eléctrico; consiste en el pasaje de corriente a través del cerebro, con una tensión que oscila entre 70-400 v, a una intensidad de 200-1.6 mA, y el tiempo de exposición es de algunos segundos.

La electricidad despolariza las neuronas, generando una crisis epiléptica parcial, ocasionando una liberación de mediadores y factores tróficos por parte de las neuronas que originan la neurogénesis en el hipocampo.

Actualmente para la aplicación del electroshock se utiliza una sala de uso exclusivo; se emplea anestesia general (curare) de breve duración y un relajante muscular previo a cada sesión. La convulsión que provoca es similar a la de tipo epiléptico y está acompañada de apnea, en algunas ocasiones por pérdida de orina, semen y heces. Además se acompaña de un coma, del cual el paciente despierta confundido y puede durar aproximadamente unos 5 a 30 minutos.

Las sesiones son por las mañanas, en ayunas, ya que las convulsiones harían vomitar, con los consiguientes riesgos. Previo a cada sesión, se deben practicar exámenes físicos al paciente: electrocardiograma y examen de tórax (para excluir alteraciones importantes del corazón e infecciones pulmonares).

Se colocan electrodos en sitios precisos de la cabeza, para enviar impulsos eléctricos; ocasionando una convulsión breve (aproximadamente 30 segundos) en el cerebro. Para que dicho tratamiento sea eficaz se deben realizar un promedio de tres sesiones semanales. Por su parte, es el único procedimiento igualmente eficaz en el tratamiento de la manía y de la depresión.

El electroshock es de especial utilidad en pacientes con depresión severa o que tiene contraindicado la administración de antidepresivos.

Desventajas del electroshock:

El inicio de un tratamiento con electroshock puede ser beneficioso, pero el mantenimiento de los resultados es complicado, y debe sustituirse por un tratamiento con fármacos. Las recaídas son muy frecuentes, aún en los casos del mantenimiento con fármacos.

Una de las secuelas más notorias, es la pérdida de memoria durante el tiempo que se emplea, así como la confusión. Las aplicaciones son efectivas sólo en algunas enfermedades.

La repetición de convulsiones puede ocasionar además de la pérdida de memoria, problemáticas emocionales y angustia.

El cerebro puede recibir daños durante los tratamientos con electroshock, que incluyen hemorragias cerebrales, edema, dilatación de los espacios peri-vasculares, fibrosis y destrucción.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN.

En estos pacientes, existe una serie de necesidades fundamentales que se deben asegurar. Las mismas se desarrollan a continuación:

Seguridad: en un estado depresivo no se tiene perspectiva sobre el futuro, viviéndose el presente con gran sufrimiento, situación en la cual se pueden generar las ideas de suicidio.

Enfermería debe valorar:

- Ideas de ruina, culpa y muerte
- Ideación de suicidio
- Sentimientos de indignidad
- Agresividad autodirigida
- Incapacidad de proyectarse a futuro
- Rechazo o abandono del tratamiento medicamentoso
- Seguridad del entorno

Realización: la pérdida de energía y la astenia perduran gracias a la inhibición y tendencia a la inmovilidad; esto trae aparejada la dificultad en la concentración junto

con los errores de orientación y falla en la memoria así como sus consecuencias en los distintos ámbitos por donde se mueve el individuo.

En este aspecto se debe valorar el grado de astenia, la disminución de la libido, la falta de concentración y memoria, el escaso rendimiento laboral o pérdida del mismo, la pérdida de familiares y amigos significativos para el paciente.

Comunicación: la comunicación de estos pacientes es escasa, centrada en las mismas temáticas (ruina, culpa, fracaso, pesimismo, desesperación, muerte), respondiendo con monosílabos y de forma lacónica, acompañado de un tono de voz bajo.

Al respecto enfermería debe valorar: el tono de voz, el mutismo, las respuestas con monosílabos a los interrogatorios, el contenido de las temáticas que plantea, el escaso interés por las cosas materiales y por las relaciones interpersonales.

Actividades lúdicas: los pacientes presentan incapacidad de sentir placer y disfrutar de las actividades lúdicas que antes solían tener ese efecto en ellos. Se debe valorar el grado de anhedonia, la falta de interés por las distintas actividades y por la distracción que ellas ocasionan.

Adquisición de conocimientos: dada su incapacidad de proyectarse a futuro se ve alterada la motivación por la adquisición de nuevos conocimientos. En estos pacientes, se ve alterado el pensamiento, conteniendo temáticas depresivas, en donde sobrevienen los recuerdos negativos del individuo. Se debe valorar la falta de motivación y la incapacidad de retener los conocimientos.

Es de vital importancia en primer instancia llevar un registro de los intereses que refiera el paciente para poder orientar la relación hacia las personas que lo rodean. También se deben proponer actividades que impliquen el relacionamiento con otros, la incorporación a clubes sociales o deportivos que ayuden a iniciar o mantener las relaciones sociales, evitando de esta forma la soledad y el aislamiento.

Cuidados en la electroconvulsivoterapia.

En la premicronarcosis se debe realizar una exhaustiva valoración física del paciente, incluyendo la realización de un electrocardiograma y exámenes de rutina; así como debe realizarse el consentimiento informado. Enfermería debe coordinar los estudios, brindar todos los cuidados necesarios previo, durante y posterior a la realización de cada estudio.

Previo a la realización de cada micronarcosis se debe mantener al paciente en un ayuno de 12 horas, indicando al mismo que vacíe su vejiga e intestinos; debe presentar un correcto estado de higiene general, con vestimenta cómoda, sin alhajas ni prótesis.

Durante la micronarcosis se debe brindar contención afectiva, colocar en una posición cómoda, mantener la vía aérea despejada, controlar los signos vitales, colocar una vía venosa periférica, previniendo y vigilando los golpes y caídas.

Post inducción se debe vigilar la recuperación, brindando contención afectiva, controlando signos vitales y manteniendo la vía aérea despejada. Se comienza la

ingesta de líquidos y según tolerancia la incorporación de alimentos sólidos, así como la exhaustiva observación y vigilancia de la aparición de signos amnésicos.

Cuidados en el tratamiento farmacológico.

Para la administración de algunos medicamentos el paciente debe dar su consentimiento informado.

Se debe coordinar una serie de estudios que el médico indique, así como la valoración médica y las sucesivas visitas médicas.

La administración de algunos medicamentos requiere la realización de visitas domiciliarias de control.

Se debe realizar el control de los signos vitales y antropométricos dependiendo de la medicación indicada.

Se proporciona una psicoeducación tanto al paciente como a la familia manteniendo una alianza terapéutica para lograr la adhesión al tratamiento.

Se debe controlar, valorar y educar acerca de la aparición de los efectos adversos.

Mantener registro en la historia clínica del tipo de medicación, dosis, hora y vía de administración.

Si el paciente se encuentra hospitalizado se debe administrar la medicación y vigilar que la haya ingerido.

Realizar una exhaustiva valoración de enfermería.

Cabe aclarar que los cuidados de enfermería varían en función de que el paciente se encuentre hospitalizado o se trate de un tratamiento ambulatorio.

OSTOMIAS:

Ostomía es el término con que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos, un órgano con el exterior o entre una víscera a través de la pared abdominal, para conducir al exterior los desechos orgánicos, materia fecal o secreciones del organismo. La nueva abertura que se crea en la ostomía recibe el nombre de estoma.

Las ostomías se pueden clasificar según los siguientes criterios:

Según su función:

- *Ostomías de ventilación:* Su ubicación suele ser a nivel de la tráquea (Traqueostomía). Su finalidad es mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- *Ostomías de nutrición:* Es una abertura que comunica el estómago o intestino con la pared abdominal, en la que se coloca una sonda que permite la alimentación enteral artificial a largo plazo. (Gastrostomía, Yeyunostomía)
- *Ostomías de drenaje:* Son una vía abierta mediante una sonda manteniendo una acción de drenaje.
- *Ostomías de eliminación:* Es una derivación quirúrgica del aparato digestivo ó del aparato urinario para eliminar los residuos del organismo. (Ostomías digestivas: Colostomía, Ileostomía. Ostomías urológicas: Nefrostomía, Ureterostomía)

Según el tiempo de permanencia:

- *Temporales:* realizadas para que, una vez resuelta la causa que las originó, se pueda restablecer la función normal del aparato afectado.
- *Definitivas:* si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado ó cierre del mismo.

Según el aparato implicado:

- *Ostomías digestivas:* Reciben distintos nombres según la porción del intestino abocada.
 - *Eliminación:*
 - *Colostomía:* Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal, abocándolo a la piel, con el objetivo de crear una salida artificial del contenido fecal. Según la porción abocada puede ser:
 - Ascendente: El estoma se coloca en el sector derecho del abdomen.
 - Transversa: El estoma se coloca indistintamente en el sector derecho ó izquierdo del abdomen.
 - Descendente: El estoma se coloca en el sector izquierdo del abdomen.

- Sigmoidea: El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen.
 - *Ileostomía*: Es la exteriorización del íleon (intestino delgado) a la pared abdominal. El estoma se sitúa en el sector derecho del abdomen.
 - *Nutrición*:
 - *Gastrostomía*: Implica la inserción de una sonda (sonda de gastrostomía) en el estómago, situando su extremo distal en el interior del estómago, y su extremo proximal con salida a la piel atravesando la pared abdominal.
 - *Yeyunostomía*: Formación quirúrgica de un orificio a través de la pared abdominal hacia el interior del yeyuno.
- *Ostomías urológicas ó urostomías*: Reciben también distintos nombres según el tramo del aparato urinario que exterioricen.
 - *Nefrostomía*: Es la comunicación directa del riñón con la piel.
 - *Ureterostomía*: Es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral, si se aboca un uréter ó bilateral si se abocan los dos. En éste caso, pueden conectarse los dos uréteres y abocarlos al exterior a través de un único estoma.
- *Ostomías respiratorias*: Las ostomías respiratorias son orificios artificiales que se realizan en la base del cuello con el fin de mantener la vía aérea permeable.
 - *Traqueostomía*: La traqueostomía es un procedimiento quirúrgico realizado con el objetivo de crear una abertura dentro de la tráquea a través de una incisión ejecutada en el cuello con la inserción de un tubo ó cánula para facilitar el paso de aire a los pulmones.

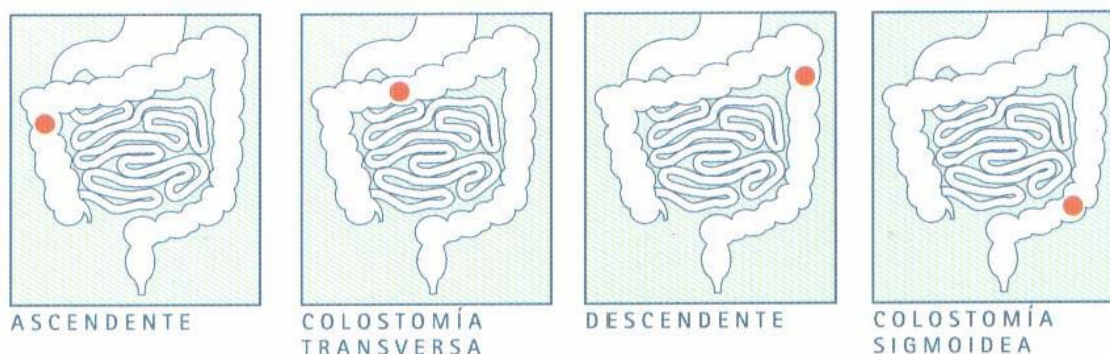
Colostomía:

Una colostomía es un orificio creado quirúrgicamente (estoma), entre la pared abdominal y el colon, que permite la derivación de la materia fecal. La colostomía puede crearse después de una colectomía (resección del colon), proctectomía (resección del recto), proctocolectomía (resección del colon y recto) ó resección

abdominoperineal (extirpación del recto y una amplia área de tejido probablemente canceroso, incluyendo músculo, grasa y piel).

Según la porción abocada puede ser:

- Colostomía ascendente: El estoma se coloca en el sector derecho del abdomen.
- Colostomía transversa: El estoma se coloca indistintamente en el sector derecho ó izquierdo del abdomen.
- Colostomía descendente: El estoma se coloca en el sector izquierdo del abdomen.
- Colostomía sigmoidea: El estoma se coloca en la parte izquierda del abdomen



Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

La colostomía ascendente se localiza en el lado derecho del abdomen. Las heces en la mitad derecha del colon son líquidas y contienen muchas enzimas digestivas. El desecho de una colostomía ascendente será generalmente suelto o semi-sólido. También puede ser irritante para la piel debido a la acción de las enzimas. Es necesario cubrir la colostomía con una bolsa vaciable ligera. Esto protegerá la piel del contacto con las heces.

En la colostomía transversa, el estoma se localiza indistintamente en el sector derecho ó izquierdo del abdomen. Con respecto a la consistencia del desecho de una

colostomía transversa, algunas desechan heces firmes en intervalos no frecuentes, y otras heces blandas o sueltas. Las heces contienen algunas enzimas digestivas que son bastante irritantes para la piel.

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

Una colostomía sigmoidea, se encuentra en el colon sigmoideas, unos centímetros más abajo en el tubo digestivo. Debido a esto, puede producir desechos más sólidos y regulares. La colostomía sigmoidea es probablemente la más realizada de todas las colostomías.

Las heces de una colostomía descendente o sigmoidea son más firmes que las de una colostomía transversa, y no tienen el contenido enzimático cáustico.

Los métodos quirúrgicos de construcción incluyen:

- Colostomía terminal: El intestino es seccionado, la parte proximal se exterioriza formando el estoma y la parte distal es extirpada – como en la resección abdominoperineal del colon distal (recto) – ó “cerrada” quirúrgicamente y dejada en su lugar, como en el procedimiento de Hartmann.
- Colostomía en doble cañón de escopeta: El intestino se divide en dos y ambos extremos son exteriorizados en forma de estomas; el estoma proximal drena heces y el estoma distal sólo moco.
- Colostomía en asa: Toda el asa intestinal es exteriorizada en la pared abdominal y se fija con una varilla, puente o catéter hasta la granulación de la pared abdominal; se abre la pared anterior del intestino para permitir la derivación fecal; la pared intestinal posterior permanece intacta.

Etiología y factores desencadenantes:

- Estados patológicos que requieren la extirpación del intestino distal (Cáncer colorrectal ó procesos malignos pélvicos)
- Estados inflamatorios ó infecciosos del intestino distal que requieren derivación fecal (diverticulitis o enfermedad de Crohn)
- Obstrucción del intestino distal requiriendo derivación fecal (como en una herida por arma de fuego o arma blanca)

- Cirugía extensa del intestino distal que requiere como medida protectora la derivación de la materia fecal (Por ejemplo: resección anterior del colon inferior)

Ileostomía:

Se conceptualiza como la creación quirúrgica de un orificio hacia el íleon o el intestino delgado mediante un estoma ileal en la pared abdominal. El mismo permite el drenaje de la materia fecal desde el íleon hacia el exterior del cuerpo. La misma es de característica blanda, irritante y su drenaje es a intervalos frecuentes.

La ileostomía puede ser temporal o permanente, ésta se crea posterior a una colectomía total.

Esta cirugía es efectuada debido a una enfermedad conocida como colitis ulcerativa.

Las heces en las ileostomías tienen más posibilidades de dañar la piel periestomal tanto por su corrosividad como por ser más líquidas, asimismo pueden filtrarse entre la piel y la bolsa dañando la piel y provocando situaciones no deseadas (olor, irritación, etc.). Ésta es la razón por la cual se deberán aumentar las medidas de seguridad y protección para evitar molestas irritaciones y situaciones incómodas.

CONSISTENCIA DE LAS HECES SEGÚN LOCALIZACIÓN DEL ESTOMA:

ESTOMAS	CONSISTENCIA DE LAS HECES
Ileostomía	Líquida fluida
Cecostomía	Líquida corrosiva
Colostomía ascendente	Semilíquida corrosiva
Colostomía transversa	
Ángulo hepático	Semilíquida corrosiva
Ángulo medio	Semisólida no corrosiva
Ángulo esplénico	Semisólida no corrosiva
Colostomía descendente	Semisólida no corrosiva
Colostomía sigmoidea	Heces formadas, no corrosiva

CUADRO COMPARATIVO ENTRE COLOSTOMÍA E ILEOSTOMÍA.

Este cuadro muestra las principales diferencias que presentan estos dos tipos de ostomías.

COLOSTOMÍA	ILEOSTOMÍA
Intestino grueso	Intestino delgado
Ostomía plana	Ostomía protruida
Volumen bajo de efluente	Volumen alto de efluente
Flujo semi-sólido o pastoso	Flujo sem-líquido o líquido
Riesgo bajo de dermatitis	Riesgo alto de dermatitis
Flujo discontinuo	Flujo continuo
Reeducable (1)	No reeducable

Ureterostomía:

Es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral, si se aboca solo un uréter o bilateral si se abocan los dos. En este caso, pueden conectarse los dos uréteres y abocarlos al exterior a través de un único estoma.

Esta técnica se practica generalmente cuando un tumor invasor o grande en la vejiga obliga a extirpar todo el órgano. Otros trastornos que requieren de esta técnica incluyen los:

- Cánceres pélvicos
- Defectos congénitos
- Estenosis y traumatismos de uréteres y uretra
- Vejiga neurógena e infecciones crónicas que causen lesión uretral y renal grave

COMPLICACIONES DE LAS OSTOMÍAS:

COMPLICACIONES INMEDIATAS:

Son las que aparecen en los primeros días después de la intervención. La actuación de enfermería incluye la prevención, detección y cura/cuidado de las complicaciones.

- **NECROSIS:** Está relacionada con problemas vasculares de aporte sanguíneo al intestino. La causa puede ser una sección arterial durante la disección del intestino o una sutura inadvertida de algún vaso al fijar el colon. Se identifica por el cambio progresivo de color del estoma, pasando del rosa al gris verdoso o al negro. Es importante establecer la extensión de la isquemia y la afección total o parcial de la circunferencia del estoma, así como la profundidad del colon afectado. Cuando el compromiso vascular afecta el colon intraperitoneal requiere la reintervención quirúrgica inmediata, ya que el riesgo de perforación y peritonitis posterior es muy alto.



- **HEMORRAGIA:** Es poco frecuente. Aparece en las primeras horas del postoperatorio y la causa principal es la lesión de un vaso subcutáneo y/o submucoso en la sutura del intestino a la pared abdominal. La hemorragia tardía puede ser debida a la producción de alguna pequeña herida al limpiar el estoma o a alguna alteración de los factores de coagulación del paciente.



- **DESHICIENCIA:** Es la separación mucocutánea a nivel de las suturas entre el estoma y la piel periestomal que puede afectar a una pequeña parte o a toda la circunferencia del estoma, con el consiguiente riesgo de peritonitis por filtración de materia fecal. Las causas más frecuentes son la tensión excesiva del intestino abocado y un diámetro del orificio cutáneo demasiado grande en relación al tamaño del intestino.



- **EDEMA:** Es la inflamación fisiológica y el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa intestinal como consecuencia de la movilización y

manipulación propia del acto quirúrgico. Aunque este edema puede durar una o dos semanas y suele remitir espontáneamente, hay que vigilar y evitar que se

cronifique, ya que podría ocluir el intestino y comprometer la funcionalidad de la ostomía, lo que implicaría una reintervención quirúrgica.



- **INFECCIONES PERIOSTOMALES.** Es una complicación poco frecuente causada por la contaminación precoz de la herida quirúrgica que puede ocasionar una celulitis o un absceso y provocar otras complicaciones como la dehiscencia parcial o total del estoma. Se manifiesta con un cuadro inflamatorio con fiebre, dolor, rubor y supuración peristomal.
- **PERFORACIÓN y/o FISTULIZACIÓN:** Generalmente, es una complicación secundaria a problemas de la técnica quirúrgica al realizar las suturas entero-aponeurótica, entero-parietal o entero-cutánea. Puede estar producida también por una recidiva de la enfermedad inflamatoria y por yatrogenia en la manipulación del estoma al realizar un sondaje para hacer lavados.



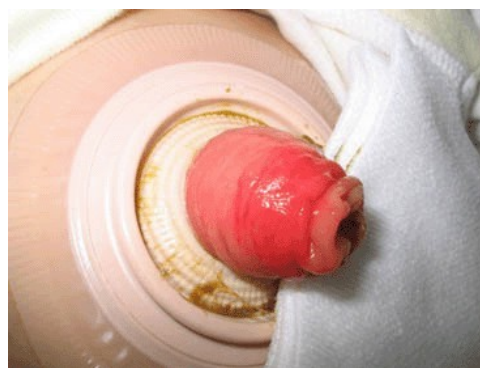
- **EVISCERACIÓN:** Es la exteriorización brusca de un tramo intestinal a través del orificio abdominal alrededor del estoma. Es una situación de emergencia que requiere tratamiento quirúrgico inmediato. Se produce cuando el orificio muscular es excesivamente grande en relación al tamaño del intestino abocado, hay hipertensión abdominal, la pared abdominal presenta una hipoplasia o la implantación del estoma se realiza muy próxima a la herida laparotómica.



COMPLICACIONES TARDÍAS:

Suelen aparecer luego del alta, por lo que los conocimientos para la detección de estas complicaciones es un tema prioritario en la educación pre-alta.

- **PROLAPSO:** Es la protrusión de una asa intestinal sobre el plano cutáneo del abdomen a través del orificio del estoma. Técnicamente puede estar causado por un colon móvil proximal al estoma excesivamente largo o por un orificio muscular demasiado ancho. Otra causa sería la hipertensión abdominal por la tos o el llanto. Es más frecuente en ileostomías que en colostomías. Si el prolapso afecta a la calidad de vida del paciente hay que valorar la reparación quirúrgica.



- **ESTENOSIS:** Es la disminución progresiva de la luz del estoma. Suele ser secundaria a otras complicaciones como la obesidad, una deficiencia en la irrigación del intestino, nuevos brotes de la enfermedad de base y puede originar cuadros suboclusivos o realmente oclusivos. La clínica se manifiesta por la dificultad de la evacuación.



- **GRANULOMA:** Es una protuberancia epidérmica periestomal formada por pequeñas masas carnosas que aparecen alrededor del estoma como consecuencia de una irritación cutánea persistente, causada por puntos de sutura no retirados a tiempo o por el uso de dispositivos incorrectos que pueden lesionar la piel periestomal.



- **RETRACCIÓN:** Es el hundimiento del intestino hacia el interior del abdomen a causa de una tensión excesiva del intestino, debida generalmente al aumento ponderal del paciente. Se puede acompañar de una dehiscencia.



- **HIPERPLASIA EPITELIAL:** Es una complicación exclusiva de las urostomías. Consiste en la incrustación de depósitos fosfáticos que cubren total o parcialmente el epitelio del estoma y la zona periférica. Se asocia a las infecciones urinarias por gérmenes ureolíticos y ph alcalinos.
- **LESIONES YATROGÉNICAS.** Suelen ser ulceraciones y lesiones por decúbito provocadas por materiales inadecuados, inespecíficos o mal utilizados.
- **UBICACIÓN DEL ESTOMA.** Es una complicación frecuente, principalmente en cirugía de urgencia, que a menudo puede evitarse. Una ubicación errónea comporta complicaciones importantes como son la imposibilidad de adecuar los dispositivos, las dermatitis por fugas, etc., lo cual provoca una alta dependencia del paciente en relación al manejo de su estoma, peor calidad de vida y puede llegar a originar cuadros depresivos.

- **DERMATITIS PERIOSTOMAL:** Es una alteración de la piel que circunda el estoma, que puede aparecer tanto de manera inmediata como tardía. Las dermatitis periestomales son frecuentes y repercuten en el bienestar y calidad de vida del paciente, por lo que es muy importante mantener la integridad de la piel para evitar problemas dermatológicos.

La pérdida de la integridad cutánea de la zona está condicionada por varios factores: el tipo de estoma y su ubicación, la consistencia y calidad del efluente según sea colostomía o ileostomía, el estado nutricional y general del paciente, la higiene general y de la zona, la disponibilidad del material adecuado.

TIPOS DE DERMATITIS:

- **DERMATITIS QUÍMICA POR CONTAMINACIÓN DEL EFLUENTE:** Es el problema dermatológico más frecuente, principalmente en las ileostomías. Es una irritación química producida por el contacto de la piel con las heces, debido a que el dispositivo no se ajusta perfectamente al estoma a causa de una mala colocación de los dispositivos, ya sea por el tamaño o por la forma inadecuada del orificio de la placa adhesiva.
- **DERMATITIS ALÉRGICA DE CONTACTO:** Es poco frecuente debido a los avances en la composición de los materiales. La causa es alergia al adhesivo del dispositivo que provoca una lesión cutánea que coincide con la forma, localización y distribución del dispositivo, que no responde a las medidas habituales de prevención y cura y que provoca una cronificación de la dermatitis.
- **DERMATITIS FÍSICA o TRAUMÁTICA:** Depende siempre de la habilidad para aplicar los cuidados. Puede producirse por una maniobra traumática al retirar la bolsa, el cambio frecuente del dispositivo, la limpieza abrasiva al retirar los restos de heces y cremas, el roce o presión de equipos mal adaptados y el uso de material inadecuado o no específico.

DISPOSITIVOS PARA EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

Se utilizan para lograr una recolección cómoda y eficaz de las deposiciones intestinales y de la orina. Están formados por una parte adhesiva que se pega alrededor del estoma y una bolsa para recoger los productos de desecho.

Clasificación:

Según el tipo de evacuación:

- **Cerrados:** Están sellados en su parte inferior, siendo necesario cambiar de bolsa cada vez que se desee desechar las heces.



- **Abiertos:** El extremo inferior está abierto por lo que la bolsa se puede vaciar. Existen dos tipos:

Abiertos: El extremo inferior presenta una abertura que se cierra con una pinza, lo cual permite el vaciado de la bolsa.



De urostomía abiertos: Las bolsas para urostomía llevan una válvula de drenaje que facilita el vaciado y una válvula antirreflujo que consiste en un “tabique” en el interior de bolsa que evita el reflujo de la orina.



Según el sistema de sujeción:

- **Una pieza:** El adhesivo y la bolsa forman una sola pieza que se coloca directamente sobre la piel. Permiten una gran discreción ya que son muy flexibles y poco aparatosas.
- **De dos piezas.** El adhesivo y la bolsa son dos elementos separados que se adaptan a través de un anillo de plástico. La placa adhesiva puede mantenerse durante dos ó tres días, siempre y cuando no haya fugas de efluente, y es la bolsa la que se cambia con mayor frecuencia. Provocan menos lesiones de la piel periestomal, ya que evitan el pegado y despegado frecuente del adhesivo. Son los adecuados cuando la piel es muy sensible y se irrita con facilidad, ya que permite el reposo de la piel periestomal durante varios días. En contraposición, son menos discretos, menos flexibles y tienen menor capacidad de adaptación a los pliegues y zonas difíciles de la piel.
- **Tres piezas:** El disco y la bolsa son dos elementos que se presentan por separado. La bolsa se adapta al disco a través de un aro de plástico. Además llevan un tercer elemento, el clip de seguridad, que garantiza la unión de la bolsa al disco.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN OSTOMÍAS

Consideraciones psicosociales:

El paciente ostomizado, suele pensar que todas las personas tienen conciencia de su situación, ya que ellos consideran al orificio artificial como una mutilación.

Tanto el cambio en la anatomía como la pérdida de una porción del cuerpo ocasionan que las personas experimenten diversas fases críticas: comenzando con una sorpresa o choque, incredulidad, rechazo, negación, ira y restitución.

El apoyo que enfermería le brinde para superar cada etapa es fundamental, pero cabe destacar que no todos los cuidados sirven para todas las etapas; para ello es necesario el conocimiento del perfil emocional que caracteriza cada fase.

Enfermería debe demostrar interés, entendimiento frente a la situación que está viviendo el paciente, además de manifestarse con una actitud amistosa, sincera, acrítica, de tolerancia y confianza.

Este tipo de pacientes, representan un gran desafío para el personal de enfermería dadas las características de la enfermedad que fueron anteriormente mencionadas y sumando a ello el prolongado período de la misma, causando en el paciente diferentes estados anímicos como ser la irritación, la angustia y la depresión.

Dentro de las inquietudes más frecuentes, se encuentran las relacionadas al cambio de la imagen corporal; sus preocupaciones radican en cómo enfrentar la relación con los distintos miembros de la familia, su normal funcionamiento a nivel sexual, y a su vez en las mujeres especialmente, el interrogante sobre su capacidad de quedar embarazadas y de poder tener un parto sin dificultades.

Según Long (1991), se ha demostrado en investigaciones que cuanto más rápido domine el hombre los cuidados físicos, más rápido aceptará psicológicamente la ostomía.

La asistencia brindada a este tipo de pacientes, debe ser de tipo inter disciplinaria, donde los diferentes profesionales trabajen realmente como un equipo, apoyándose mutuamente en la gestión de cuidados mediante un trabajo coordinado; encontrando de fundamental importancia la participación de profesionales de enfermería, de medicina, de psicología, de psiquiatría, de nutrición y de asistencia social.

Ésta asistencia se puede brindar tanto en la Institución donde se asiste el paciente, o como en muchas partes del mundo incluyendo en nuestro país en Asociaciones de pacientes ostomizados.

En ellas no sólo se les brinda gratuitamente (en la mayoría de los casos) el material necesario para el cuidado de las ostomías, la atención por parte de personal de la

salud idóneo en la materia, sino que además se les ofrece información de gran utilidad mediante literatura sobre la temática, conferencias y exhibiciones. La importancia de estas asociaciones radica en diversos aspectos, no sólo el acceso al material de última generación, necesario para el cuidado de las ostomías, sino la atención por parte de profesionales altamente calificados y fundamentalmente la interacción con otros pacientes ostomizados con los cuales pueden compartir sus vivencias.

A continuación se mencionarán los cuidados de enfermería que se deberían brindar a los pacientes ostomizados:

- La piel de alrededor del estoma está expuesta a agresiones constantes debido a la presencia de agentes corrosivos como son las heces u orina, así como al cambio frecuente de dispositivos y a la utilización de productos irritantes para la higiene, por lo que se recomienda la higiene cada vez que sea necesario con jabones neutros y agua preferiblemente por arrastre para que la bolsa quede limpia sin tener que cambiarla en caso de ser un dispositivos de una pieza, en caso de ser de dos piezas retirar la bolsa con sumo cuidado y realizar la higiene.
- Cuando se realiza un baño se deben proteger previamente los bordes de la barrera protectora de la piel con cinta adhesiva impermeable que no cause alergia a la piel.
- El jabón y agua no dañan el estoma, ni penetran el orificio de este.
- Se debe ajustar la fuerza del agua para que no pegue directamente sobre el estoma.
- La limpieza de la zona debe hacer se con una esponja suave, natural en lo posible, y jabón neutro. En cuanto al secado este debe hacerse con un tejido suave que no deje filamentos.
- Para evitar fugas entre el apósito y la piel, debemos aplicarlo en una superficie plana. Es frecuente que la zona sea irregular debido a cicatrices o prominencias de la piel, por lo que debemos utilizar el protector cutáneo con el fin de rellenar a zona de adhesión.
- La frecuencia de vaciamiento de la bolsa se realizará cada vez que la misma este llena dos terceras partes o la mitad de la misma.
- Se recomienda llevar un paquete pequeño de toallas de papel, ya que es útil cada vez que se sale fuera del hogar, para realizar la limpieza en caso de necesidad.
- Es importante que se realicen todas las preguntas que surjan.
- Si la piel se irrita consultar inmediatamente al médico. La piel se puede irritar por: barrera que no está bien ajustada, alergia al adhesivo, o mala adherencia.

- Las bolsas pueden ser de una sola pieza (el dispositivo debe cambiarse cada vez que se necesita) o de dos piezas, solo se cambia la bolsa (la misma luego de higienizada puede volver a usarse), el protector cutáneo puede permanecer adherido a la piel por hasta 7 días.

Como aplicar la bolsa de una pieza abierta:

1. Lavar el estoma y la piel periestomal con jabón neutro (poco jabón y mucha agua), aclarar y secar suavemente.
2. Si se utiliza una bolsa recortable, medir el diámetro del estoma y dibujarlo en el papel protector del apósito en su forma exacta y recortar el orificio central hasta el diámetro requerido.
3. En general se utilizará un diámetro precortado que facilite la aplicación de la bolsa. Sin embargo, es posible que al poco tiempo de la intervención el estoma haya disminuido de tamaño, por lo que será necesario que se mida nuevamente el estoma para ajustar al diámetro que necesita. Para ello podrá utilizar un medidor de estomas.
4. En aquellos estomas difíciles e irregulares se puede aplicar un protector cutáneo en la piel periestomal para rellenar e igualar cicatrices y pliegues. Consiguiendo así una superficie regular sobre la que aplicar la bolsa.
5. Retirar el papel protector de la bolsa de una pieza y aplicarla sobre la zona del estoma, realizando un ligero masaje, con el fin de lograr una buena fijación del apósito a la piel que rodea al estoma.
6. En casos de irritación de la piel o viajes se puede utilizar un sistema de dos piezas que permita cambiar la bolsa, sin desprender el apósito de la piel, lo que facilita el cambio y favorece una rápida normalización de la piel.

Como aplicar la bolsa de dos piezas flexible:

1. Lavar el estoma y la piel periestomal con jabón neutro (poco jabón y mucha agua), aclarar y secar suavemente.
2. Medir el diámetro del estoma y dibujarlo en el papel protector del apósito en su forma exacta.
3. Recortar el orificio central hasta el diámetro requerido.
4. En aquellos estomas difíciles e irregulares se puede aplicar un protector cutáneo en la piel para rellenar e igualar cicatrices y pliegues. Consiguiendo así una superficie plana para aplicar el apósito.
5. Retirar el papel protector del apósito flexible con aro y aplicarlo sobre el estoma, realizando un ligero masaje tanto por el interior como por el exterior del aro, con el fin de lograr una buena fijación del apósito.
6. Aplicar el protector cutáneo sobre la piel periestomal en el interior del aro para obtener mayor protección y sellado del apósito.
7. Acoplar la bolsa al apósito mediante los aros de conexión.

- ❖ Es preferible que la bolsa quede colocada en posición vertical.
- ❖ Los riesgos de la cirugía son: la retracción del estoma (hundimiento hacia la cavidad abdominal), protrusión a través de la incisión (hernia incisional), estrechamiento o estenosis del estoma, taponamiento u obstrucción del intestino por tejido cicatricial, filtración de la reconexión del intestino, o irritaciones cutáneas.

Alimentación:

Post cirugía:

Se debe enfatizar que no existe una dieta como tal para las personas ostomizadas, pero si se pueden tener ciertas consideraciones.

Si el paciente no ha ingerido nada por boca, o la ingesta de alimentos ha sido escasa durante la primer semana post cirugía, lo ideal es comenzar a intentar con nuevos alimentos bajos en grasa y bajos en residuos.

Se sugiere:

- Añadir los alimentos omitidos poco a poco, de forma experimental.
- Introducir uno o dos alimentos a la vez. De esa manera se pueden identificar aquellos que le causen problemas.
- Si el alimento no es tolerado, no tiene que eliminarlo para siempre. Se debe de esperar un tiempo e intentarlo de nuevo.
- La dieta baja en residuos no es beneficiosa para todas las personas, ni debe seguirse por largos períodos de tiempo.
- Con las dietas bajas en residuos, las heces fecales son usualmente líquidas al principio, hasta que el intestino que ha quedado aumente su función de absorción de agua.
-

Guía para alimentación baja en residuos:

- *Sopas:* caldos de carne, pollo, pescado, ternera. Sopas de arroz o pastas, o de vegetales colados.
- *Carnes:* carnes sin grasas de vaca, ave sin piel, pescado, o atún enlatado en agua.
- *Huevos:* preparados en cualquier forma, excepto fritos.
- *Quesos:* preparados con leche sin grasa o ricota.
- *Granos:* ninguna.
- *Arroz:* arroz, pastas (espaguetis, canelones, macarrones, otros), papas hervidas o asadas.

- *Vegetales:* pulpa de tomate (sin piel ni semillas), jugo de tomate, puré de vegetales cocidos.
 - *Frutas:* jugos de frutas, ensaladas de frutas, salsa de manzana, frutas cocidas enlatadas (peras, cóctel de frutas).
 - *Pan:* cereales de arroz, crema de trigo, harina de maíz, maicena, pan blanco tostado, galletas de agua.
 - *Postres:* gelatinas, helados de fruta permitidos, mermeladas o jaleas de fruta, bizcochos o galletas sencillas.
 - *Bebidas:* leche sin grasa, te o café descafeinado, agua.
 - *Condimentos:* sal, canela, clavos de olor, orégano, jugo de limón, salsas blancas, salsas suaves preparadas con pulpa de tomate y condimentos permitidos.
- Se debe recordar que esta alimentación se sugiere durante la primera semana post cirugía.
 - Si se desea desarrollar patrones satisfactorios de eliminación deberá ingerir los alimentos a intervalos regulares, consumiendo comidas pequeñas y frecuentes (4 comidas al día y dos colaciones es un buen ejemplo).

Nutrición balanceada:

La dieta para la persona ostomizada necesita ser sana, como la de cualquier otra persona. El comer bien es siempre importante, pero luego de pasada la cirugía se deben de brindar al cuerpo los nutrientes necesarios, a través de una amplia selección de alimentos. De esta forma se podrá lograr una mejor recuperación, cicatrización de las heridas y reducir la posibilidad de complicaciones o infecciones. El cuerpo necesita diariamente: proteínas, hidratos de carbono, grasa, vitaminas, minerales y agua. Es fácil obtener estos nutrientes, si se seleccionan alimentos de cada uno de los alimentos básicos: carnes y sustitutos, leche y lácteos, cereales, frutas y vegetales.

Las personas ostomizadas usualmente pueden disfrutar de por vida de una dieta normal. Se debe considerar que los hábitos alimenticios adecuados ayudan a disminuir complicaciones o riesgos de salud en el futuro.

La dieta debe de ser variada en alimentos, es la mejor manera de brindarle al cuerpo los nutrientes necesarios, tratando de evitar el consumo excesivo de sal, azúcares y grasas.

Recomendaciones específicas para cada ostomía:

Ileostomías o colostomías ascendentes:

- Alimentación balanceada.
- Ingesta de suficiente agua.
- Alimentos de a uno a la vez, en pequeñas cantidades.
- Tener consideración a los alimentos altos en fibras, que puedan causar obstrucción a los intestinos.
- No se deben de omitir los alimentos ricos en fibra, pero se deben de comer en bajas cantidades (no añadir dos o más alimentos de estos por comida)
- Masticar bien los alimentos para evitar obstrucciones.
- Evitar alimentos que puedan causarles diarreas.
- Considerar alimentos que le puedan causar gases u olores.
- Si se sospecha que un alimento cause problemas, debe tratarlo más de una vez, antes de descartarlo de la alimentación.

Colostomías transversales o descendentes:

- Alimentación balanceada.
- Ingesta de suficiente agua.
- Incluir alimentos altos en fibra en la alimentación.
- Masticar bien los alimentos para evitar obstrucciones.
- Regular el patrón de alimentación en un horario específico, en caso de deseo de desarrollo de un patrón de eliminación.
- Considerar alimentos que puedan causar diarreas, olor o gases.
- Alimentos de a uno a la vez, en pequeñas cantidades.
- Si se sospecha que un alimento cause problemas, debe tratarlo más de una vez, antes de descartarlo de la alimentación.

Urostomías:

- Alimentación balanceada
- Ingesta de 2 a 3 litros de agua diarios.
- Personas con diagnóstico de acidosis hiperclorémica, pueden beneficiarse de una terapia alcalina, y suplementos de potasio.
- Alimentos altos en potasio a considerar: jugo de naranja, pomelo, durazno fresco, melón, papa.
- Alimentos altos en potasio que deben de evitarse por efectos a laxativos o flatulencia: ciruelas, pasas, lentejas, repollitos de bruselas, coliflor.
- Alimentos básicos que deben de considerarse: leche, crema, almendras, coco, vegetales (excepto maíz y lentejas).
- El cloruro se puede de reducir reduciendo la ingesta de sal.
- Evitar alimentos que cause olor fuerte en la orina como espárragos, o que causen cambios de color como remolachas o zanahorias.

- Los alimentos que ayudan a mantener la orina ácida son el jugo de frambuesas, vitamina C, jugos enlatados de tomates, pomelos, bebidas carbonatadas como colas, queso, huevo, frutas cítricas, pan, ciruelas y fideos.

Si bien enfermería puede sugerir a los pacientes una lista de alimentos según el tipo de ostomía, es importante que el paciente se asesore sobre la alimentación consultando con nutricionista, dietista, licenciado especializado en ostomías, o médico.

Toda persona diabética, con hipertensión o con otra condición médica, deberá seguir las recomendaciones prescritas por el médico.

MARCO REFERENCIAL

Ubicación:

La Asociación Uruguaya de Ostomizados (A.U.D.O) se encuentra ubicada en el barrio Parque Rodó, Montevideo, Uruguay.

Antecedentes:

La A.U.D.O fue fundada el 16 de Junio de 1988, por un grupo de ostomizados, y desde entonces siempre se situó en la misma dirección, en sus comienzos contaba con la activa participación de Dietistas, Asistente Social, Licenciadas en Enfermería, y Estomaterapeuta.

La atención a los pacientes se brindaba dos días a la semana, dos horas diarias cada día; además todos los primeros jueves de cada mes, en el local de la Comisión Honoraria de Lucha Antituberculosa, se realizaban charlas de interés para el ostomizado, donde intervenían Nutricionistas, Psiquiatras, Estomaterapeuta, Sexólogas, entre otros.

Finalidad:

Alcanzar la completa rehabilitación del ostomizado, brindando ayuda física y emocional antes y después de la intervención, brindando asesoramiento en el manejo de la ostomía y cuidados de la piel al paciente y su familia, e informar sobre equipos y materiales.

Objetivo General:

Colaborar en la rehabilitación de la persona ostomizada, fomentando su autocuidado y el cuidado familiar.

Objetivo específico:

Asesorar al paciente y a su familia en el pre y en el post operatorio.

Brindar información sobre los materiales y como utilizarlos.

Brindar información sobre los cuidados de la ostomía y de la piel.

Fomentar las terapias grupales y el intercambio de experiencias de vida.

ORGANIGRAMA:

PRESIDENTE

TESOSERO

ESTOMATERAPEUTA

Aspiraciones de la A.U.D.O:

Tener un abordaje mas integral de los usuarios, abarcando no solo el área asistencial, sino también el área social, haciendo énfasis en espacios grupales de intercambio, donde se pueda orientar a los usuarios, evacuar dudas, permitiéndoles interactuar entre pares, sintiéndose parte activa de la sociedad.

Normas y políticas de funcionamiento:

La A.U.D.O funciona los días miércoles de 9:00 a 11:00 hrs. y los días viernes de 18:00 a 20:00 hrs.

Los pacientes para ser atendidos deben de hacerse socios, para esto, deben abonar una cuota mensual de \$250 uruguayos, pueden ser socios de mutualista o pertenecer a salud pública. En caso de no poder pagar la cuota mensual, los pacientes deben de presentar una nota de un asistente social y podrá ser socio sin abonar dinero mensualmente.

Por cada consulta los pacientes que puedan, deben de abonar \$50 uruguayos, en caso de que el paciente no pueda abonar será igualmente atendido.

En lo que se refiere a los recursos humanos, cuenta con una estomaterapeuta, quien es la encargada de brindar atención a los ostomizados, un tesorero, quien se encarga de la recepción de personas, como así también de recibir el dinero de la cuota mensual y de la cuota por cada consulta.

Cabe destacar que si por alguna razón la estomaterapeuta no puede desempeñar su labor, quien la reemplaza es la presidenta de la A.U.D.O, quien cuenta con cursos y conocimientos necesarios para desempeñar esta labor.

Con respecto a los recursos materiales con los que cuenta la A.U.D.O., todos provienen de donaciones, tanto donaciones internacionales (empresas fabricantes de los materiales), como nacionales (empresas y pacientes).

La Asociación Uruguaya de Ostomizados se rige bajo las normas y las políticas de la Asociación Internacional de Ostomizados (IAO).

El objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados es que todo ostomizado tenga derecho a una calidad de vida satisfactoria después de la cirugía y que esta carta de derechos se lleve a cabo en todos los países del mundo.

- Recibir orientación antes de la cirugía para asegurar que entiendan claramente los beneficios de la cirugía y los factores esenciales de vivir con un estoma.
- Tener un estoma bien hecho en el lugar indicado considerando la comodidad del paciente.
- Recibir ayuda médico profesional sobre el cuidado y manejo de su estoma antes y después de la cirugía tanto en el hospital como en su comunidad.
- Recibir información completa e imparcial sobre todos los equipos y productos disponibles en su país.
- Tener la oportunidad de escoger de la variedad de equipo disponible sin prejuicio ni obligación.
- Tener a disposición información sobre la Asociación Nacional de Ostomizados y sobre los servicios y apoyo moral que proveen.
- Recibir ayuda e información para beneficio de la familia, su cuidador y los amigos para que puedan entender las condiciones y ajustes necesarios para lograr una vida satisfactoria con un estoma.
- Tener la certeza que la información personal referente a la cirugía será manejada con discreción y confidencialidad.

Preparado por el Comité de Coordinación de la IAO.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

- Diseño descriptivo de corte transversal.

Universo de estudio:

Todos los usuarios ostomizados mayores de 20 años que recibieron atención en la Asociación Uruguaya de Ostomizados y que consultaron en la policlínica en el tiempo de duración del estudio.

Selección y tamaño de la muestra:

Todos los usuarios ostomizados mayores de 20 años que recibieron atención en la Asociación Uruguaya de Ostomizados y que consultaron en la policlínica en el tiempo de duración del estudio.

Criterios de inclusión

Usuarios ostomizados que se atienden en la AUO.

Usuarios mayores de 20 años

Usuarios de ambos sexos

Criterios de exclusión

Usuarios que no concurren a consultar en la policlínica.

Usuarios menores de 20 años

Instrumentos de investigación a utilizar:

- Recogida y análisis de contenido: entrevista a informantes claves, entrevista estructurada (test de Hamilton) (ver anexo 1), cuestionario elaborado para la recolección de datos (ver anexo 2).

Procedimiento para la recolección de información:

Previo a la recolección de datos se crea una carta formal solicitando autorización, la misma fue avalada por la Cátedra de Salud Mental, Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica. En respuesta a la misma, la Asociación Uruguaya de Ostomizados, nos hizo entrega de una autorización formal para buscar información, publicar y presentar los datos recogidos públicamente (ver anexo 3)

- Entrevista a informantes clave: Se realizó una entrevista personal a la Lic. en Enf. Estomaterapeuta, dicha entrevista duró aproximadamente unos 20 minutos. Los recursos humanos utilizados fueron dos estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, quienes solicitaron información sobre el funcionamiento de la AUDO.
- Entrevista estructurada (Test de Hamilton): Se realizó a cada uno de los integrantes de la muestra, utilizando como recursos humanos cinco estudiantes de Licenciatura en Enfermería que realizaron el estudio. Se utilizó el test de Hamilton como base y se creó un instrumento para que la recolección de datos fuese más estructurada.

PLAN DE TABULACIÓN

Se tabuló mediante cuadros de doble entrada, comparando variables. Además se realizaron tablas de frecuencias con sus respectivos gráficos, dependiendo de las variables tomadas.

Los programas informáticos utilizados fueron: Microsoft Word y Microsoft Excel.

PRUEBA DE VALIDACIÓN

Se creyó necesario realizar la validación del instrumento de recolección de datos, para posteriormente efectuar la investigación de campo. Su resultado verificó su practicidad al momento de implementarlo a los usuarios.

Se aplicó el test de Hamilton a una población de iguales características a la de la muestra en estudio.

La prueba se realizó en la Asociación Uruguaya de Ostomizados.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Se realizó el análisis contrastando el marco teórico utilizado con los resultados obtenidos.

VARIABLES UTILIZADAS

Las variables utilizadas fueron: sexo, edad, nivel de instrucción, contención familiar, ingreso económico, causa de la operación quirúrgica, tipo de ostomía, sentimiento y/o actitud frente a la ostomía, ideas de suicidio, insomnio, dificultad para realizar actividades de la vida diaria, alteración psicomotriz, alteración de la nutrición, grados de depresión y conciencia de la enfermedad.

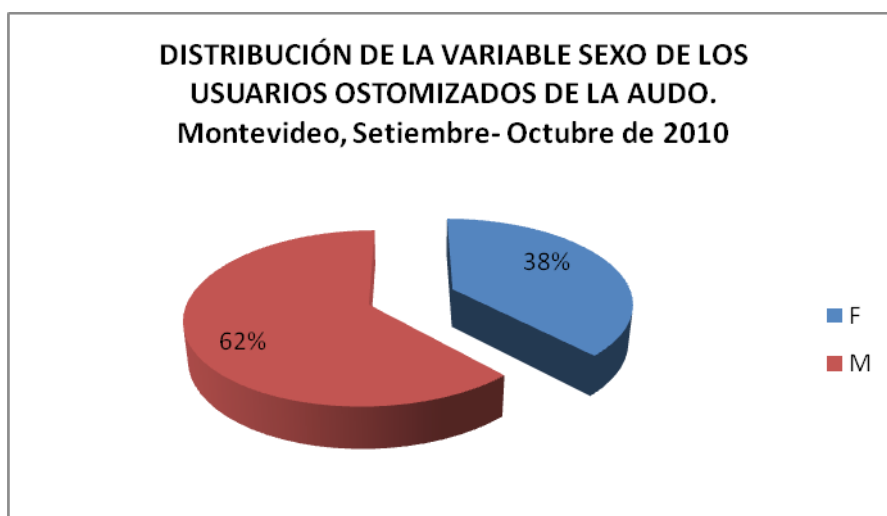
RESULTADOS

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEXO DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 1

SEXO	FA	FR%
F	14	38
M	22	62
TOTAL	36	100

GRÁFICO 1



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

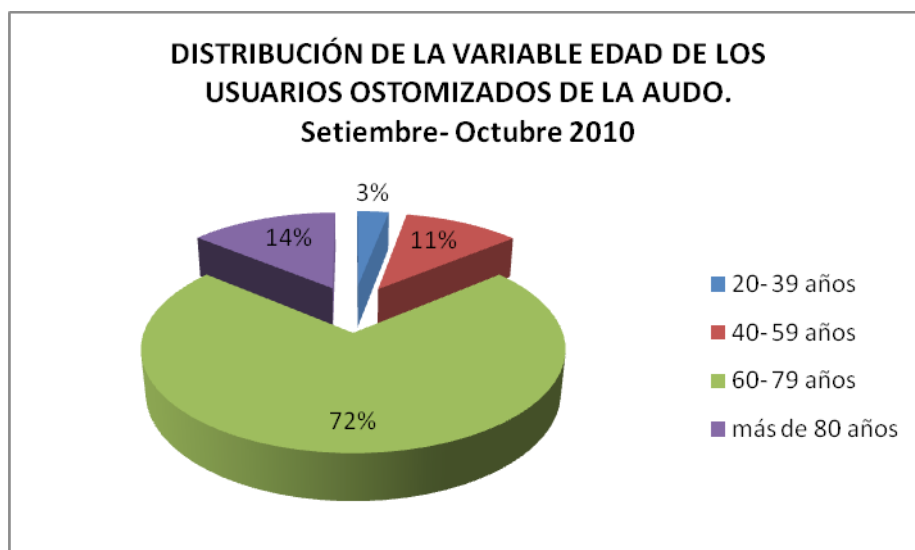
Comentario: El 62% de la población en investigación es de sexo masculino, mientras que el 38% es de sexo femenino.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDDO:

TABLA 2

EDAD	FA	FR%
20- 39 años	1	3
40- 59 años	4	11
60- 79 años	26	72
más de 80 años	5	14
TOTAL	36	100

GRÁFICO 2



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

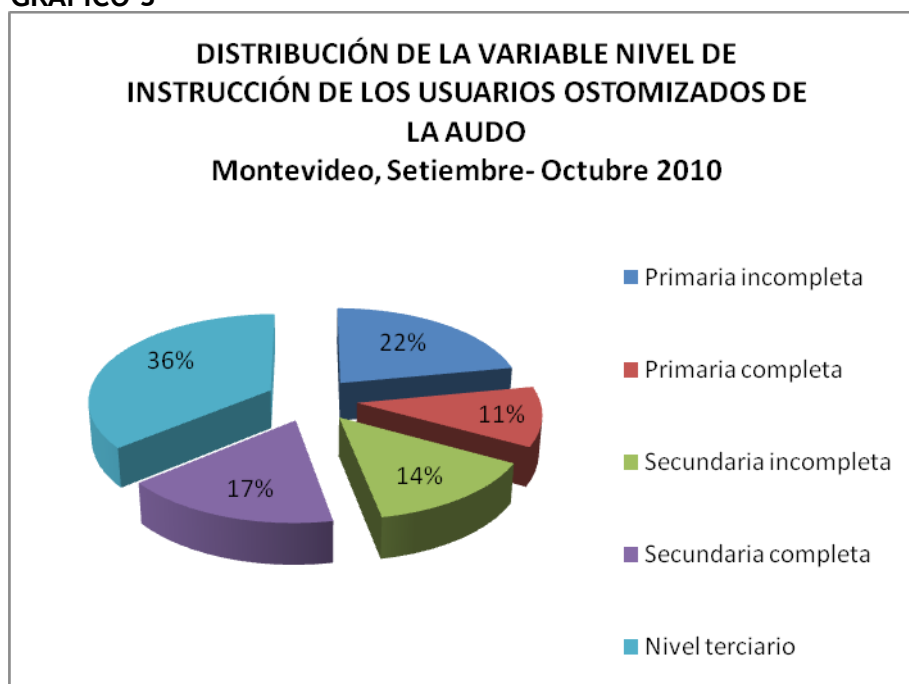
Comentario: El 62% tiene entre 60 y 79 años, luego siguen los usuarios de más de 80 años, a continuación quienes tienen entre 40 y 59 años y por último entre 20 y 39 años.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	FA	FR%
Primaria incompleta	8	22
Primaria completa	4	11
Secundaria incompleta	5	14
Secundaria completa	6	17
Nivel terciario	13	36
TOTAL	36	100

GRÁFICO 3



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

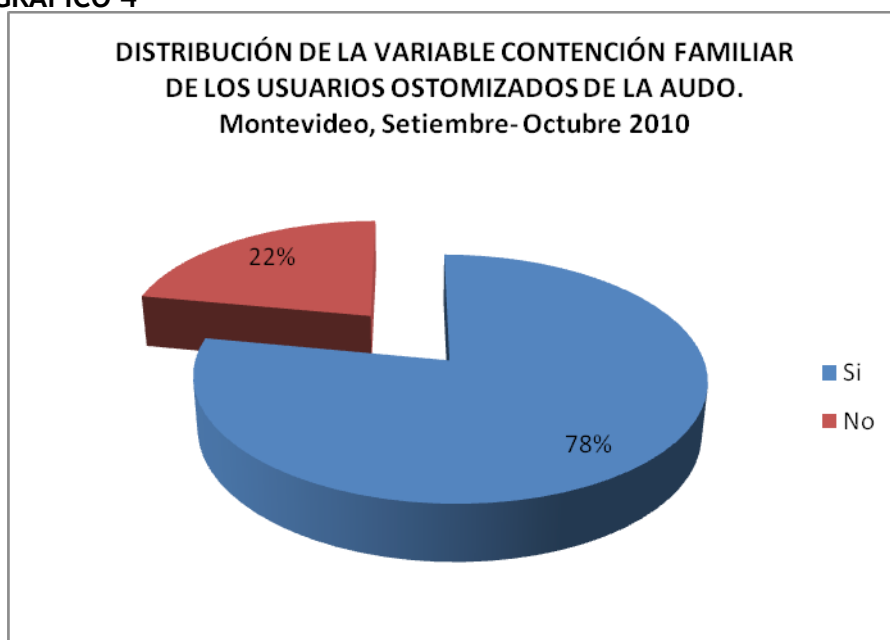
Comentario: La mayoría de los investigados tienen nivel terciario, seguidos por quienes tienen primaria incompleta, luego quienes culminaron secundaria, luego secundaria incompleta y por última primaria completa.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CONTENCIÓN FAMILIAR DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDD:

TABLA 4

CONTENCIÓN FAMILIAR	FA	FR%
Si	28	78
No	8	22
TOTAL	36	100

GRÁFICO 4



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

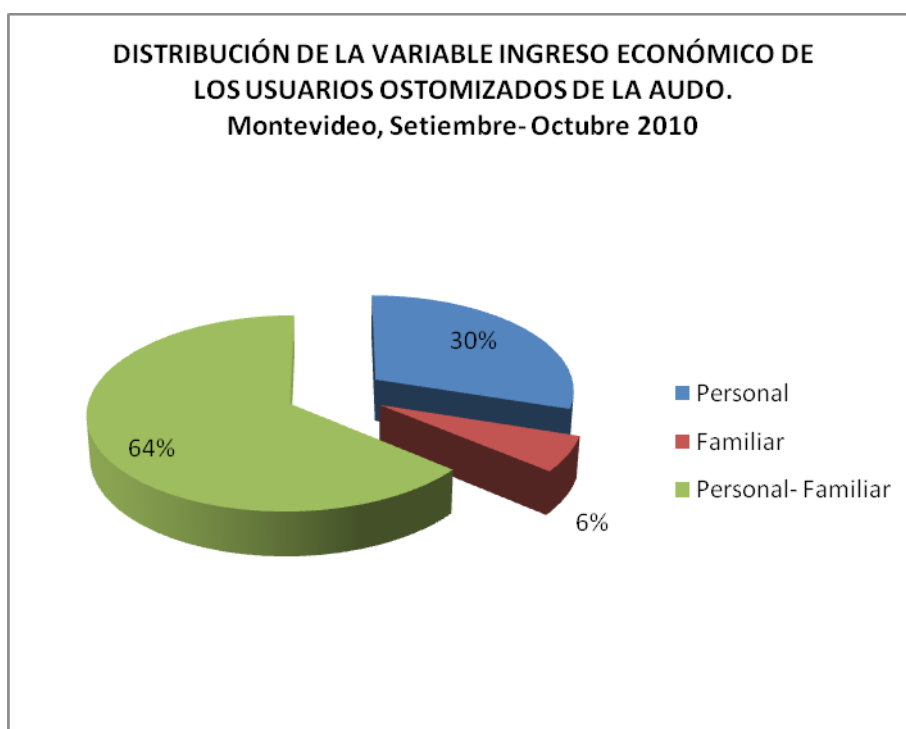
Comentario: El 78% manifiesta tener apoyo familiar, mientras que el resto no lo posee.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE INGRESO ECONÓMICO DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 5

INGRESO ECONÓMICO	FA	FR%
Personal	11	30
Familiar	2	6
Personal- Familiar	23	64
TOTAL	36	100

GRÁFICO 5



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

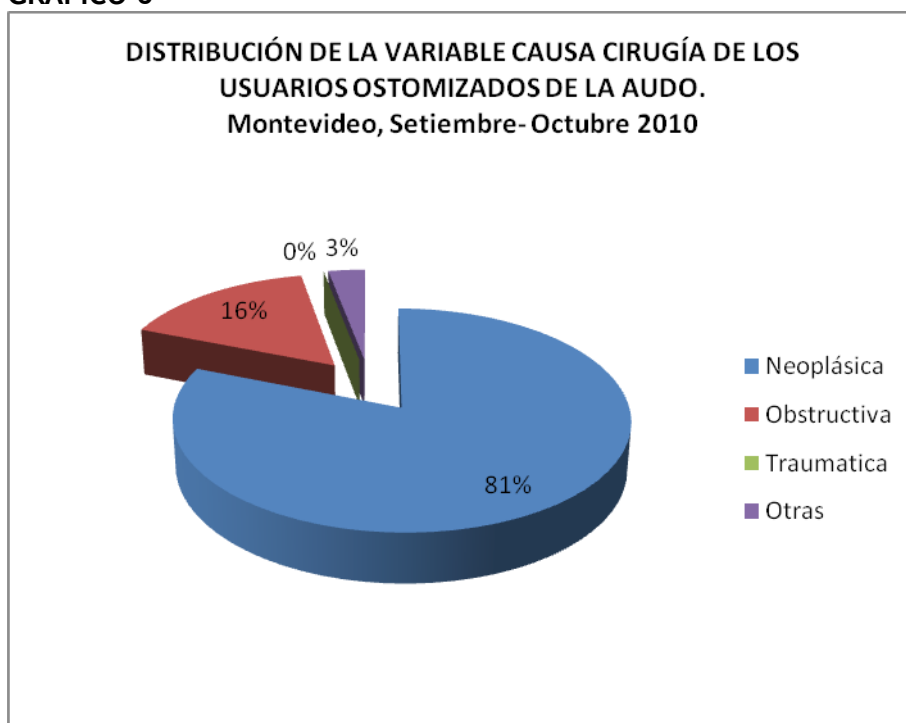
Comentario: Más de la mitad de la población posee ingresos personal y familiar, luego quienes tienen ingresos propios y luego quienes tienen ingresos por parte de la familia.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CAUSA DE LA CIRUGIA DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDDO:

TABLA 6

CAUSA CIRUGIA	FA	FR%
Neoplásica	29	81
Obstructiva	6	16
Traumática	0	0
Otras	1	3
TOTAL	36	100

GRÁFICO 6



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

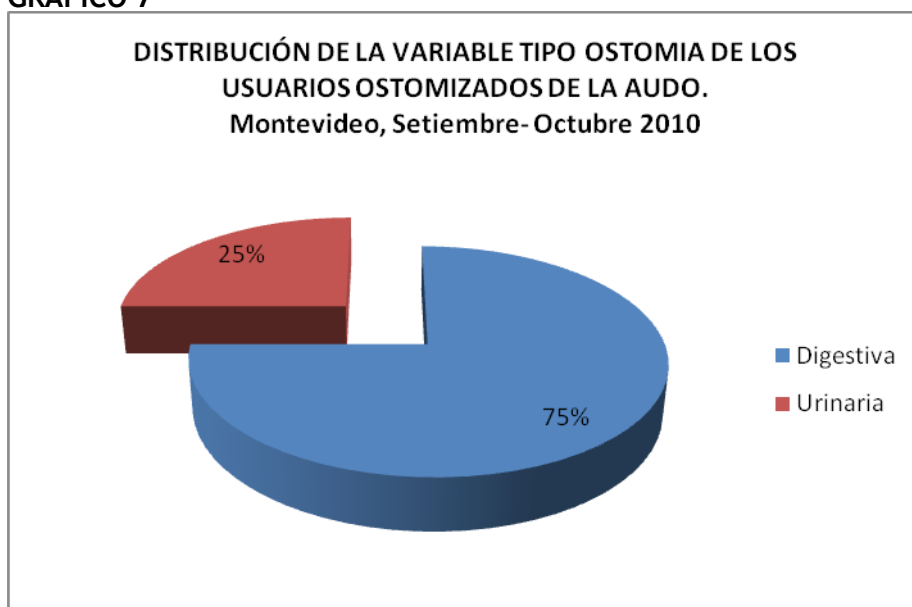
Comentario: Al 81% de la muestra se le realiza la ostomía por causa de neoplasia, a continuación quienes tuvieron una obstrucción previa y por último quienes lo atribuyen a otras causas.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE TIPO DE OSTOMÍA DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 7

TIPO OSTOMIA	FA	FR%
Digestiva	27	75
Urinaria	9	25
TOTAL	36	100

GRÁFICO 7



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

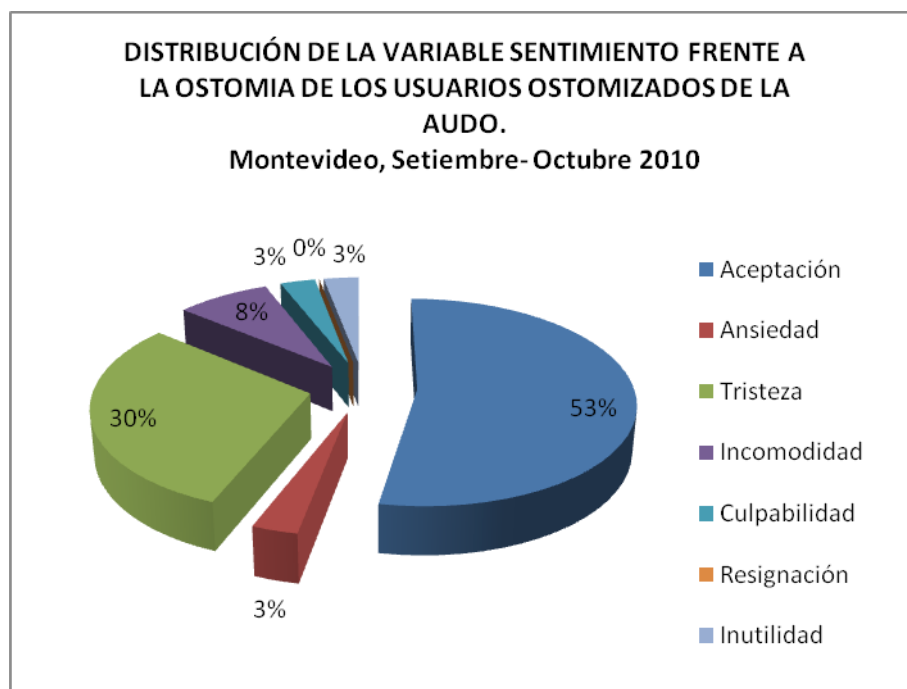
Comentario: El 75% de las ostomías son digestivas, mientras que el 25% son urinarias.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SENTIMIENTO FRENTE A LA OSTOMIA DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 8

SENTIMIENTO FRENTE A OSTOMIA	FA	FR%
Aceptación	19	53
Ansiedad	1	3
Tristeza	11	30
Incomodidad	3	8
Culpabilidad	1	3
Resignación	0	0
Inutilidad	1	3
TOTAL	36	100

GRÁFICO 8



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

Comentario: Más del 50% aceptan su condición, luego quienes sienten tristeza, siguen quienes se sienten incómodos, y por último quienes se sienten culpables, inútiles y ansiosos.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE IDEAS DE SUICIDIO DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 9

IDEAS DE SUICIDIO	FA	FR%
Presente	1	3
Ausente	35	97
TOTAL	36	100

GRÁFICO 9



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

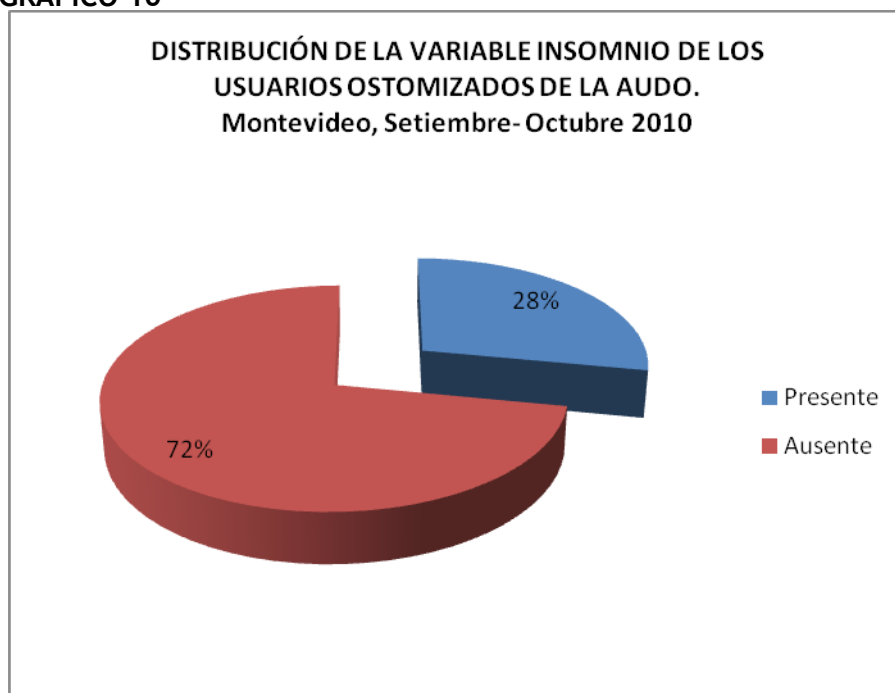
Comentario: El 3% de la población en estudio presenta ideas de suicidio.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE INSOMNIO DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDD:

TABLA 10

INSOMNIO	FA	FR%
Presente	10	28
Ausente	26	72
TOTAL	36	100

GRÁFICO 10



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

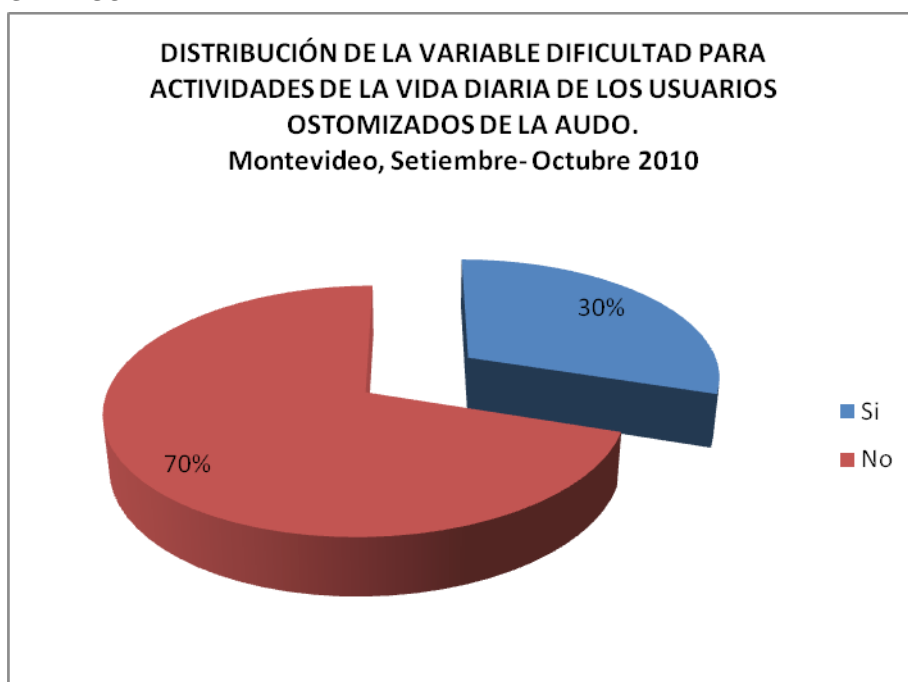
Comentario: El 72% no presenta insomnio, mientras el 28% si lo presenta.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 11

DIFICULTAD PARA ACTIVIDADES VIDA DIARIA	FA	FR%
Si	11	30
No	25	70
TOTAL	36	100

GRÁFICO 11



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

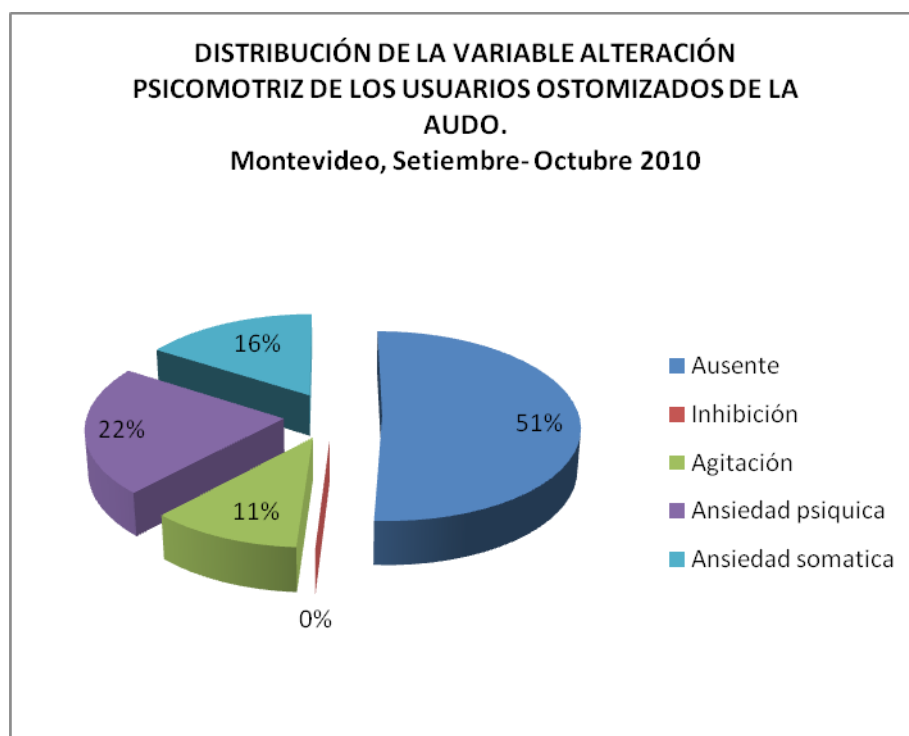
Comentario: El 30% de la población presenta dificultades para actividades de la vida diaria, mientras que el 70% no los posee.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ALTERACIÓN PSICOMOTRIZ DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDD:

TABLA 12

ALTERACIÓN PSICOMOTRIZ	FA	FR%
Ausente	18	51
Inhibición	0	0
Agitación	4	11
Ansiedad psíquica	8	22
Ansiedad somática	6	16
TOTAL	36	100

GRÁFICO 12



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

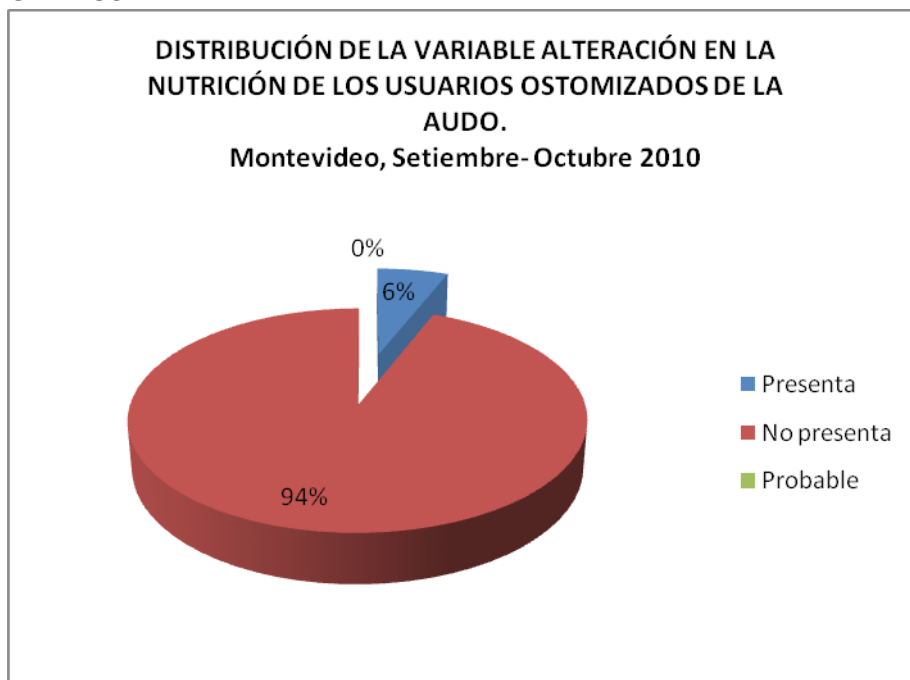
Comentario: El 51% no presenta ningún tipo de alteración, luego se presentan en orden ansiedad psíquica, ansiedad somática, y agitación.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE ALTERACIÓN EN LA NUTRICIÓN DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 13

ALTERACIÓN EN LA NUTRICIÓN	FA	FR%
Presenta	2	6
No presenta	34	94
Probable	0	0
TOTAL	36	100

GRÁFICO 13



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

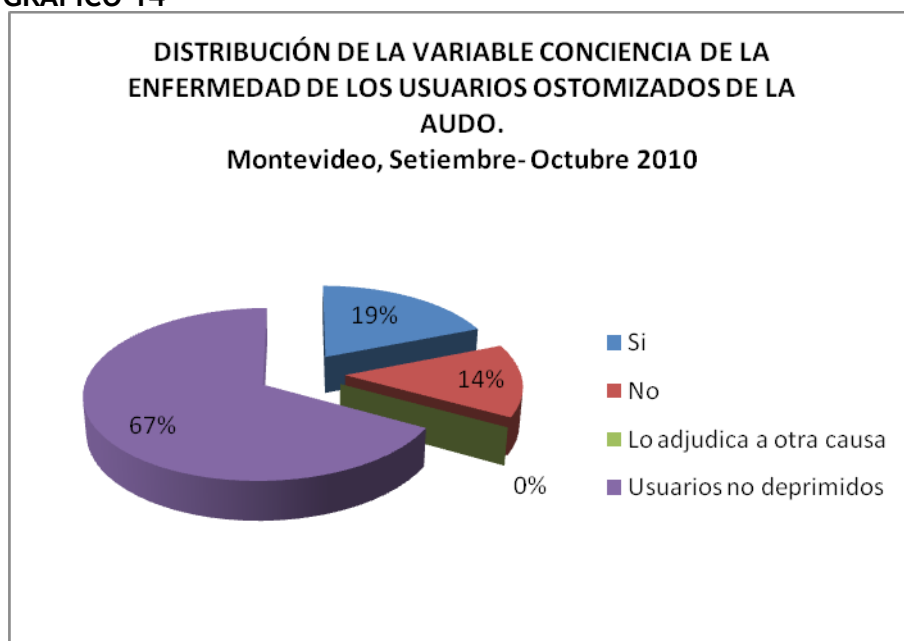
Comentario: El 94% no presenta alteración en la nutrición, mientras que el 6% si lo presenta.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDO:

TABLA 14

CONCIENCIA DE LA ENFERMEDAD	FA	FR%
Si	7	19
No	5	14
Lo adjudica a otra causa	0	0
Usuarios no deprimidos	24	67
TOTAL	36	100

GRÁFICO 14



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

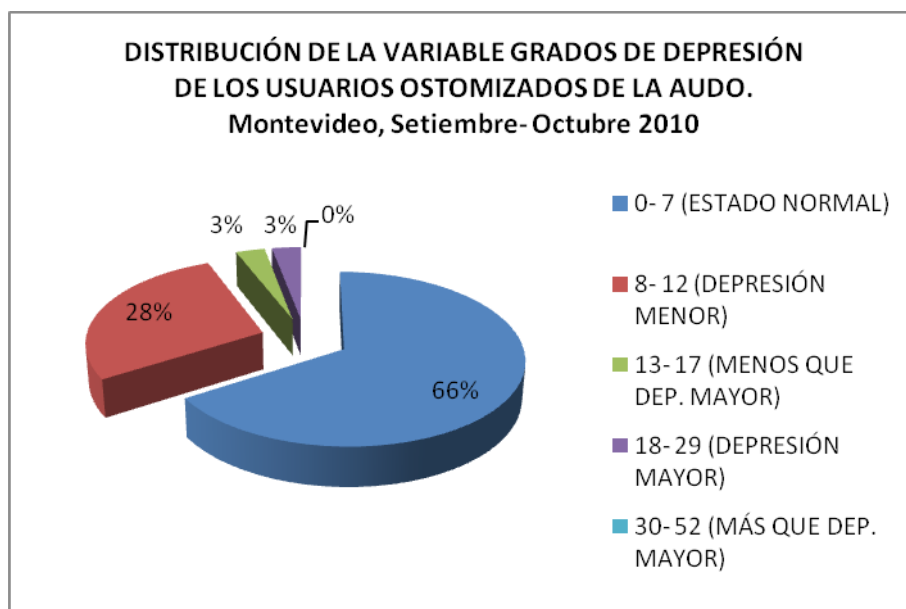
Comentario: El 67% de los usuarios no presenta depresión, el 19% tiene conciencia de que padece depresión, mientras que el 14% no tiene conciencia de que la padece.

DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE GRADOS DE DEPRESIÓN DE LOS USUARIOS OSTOMIZADOS DE LA AUDD:

TABLA 15

GRADOS DE DEPRESIÓN	FA	FR%
0- 7 (ESTADO NORMAL)	24	66
8- 12 (DEPRESIÓN MENOR)	10	28
13- 17 (MENOS QUE DEP. MAYOR)	1	3
18- 29 (DEPRESIÓN MAYOR)	1	3
30- 52 (MÁS QUE DEP. MAYOR)	0	0
TOTAL	36	100

GRÁFICO 15



FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

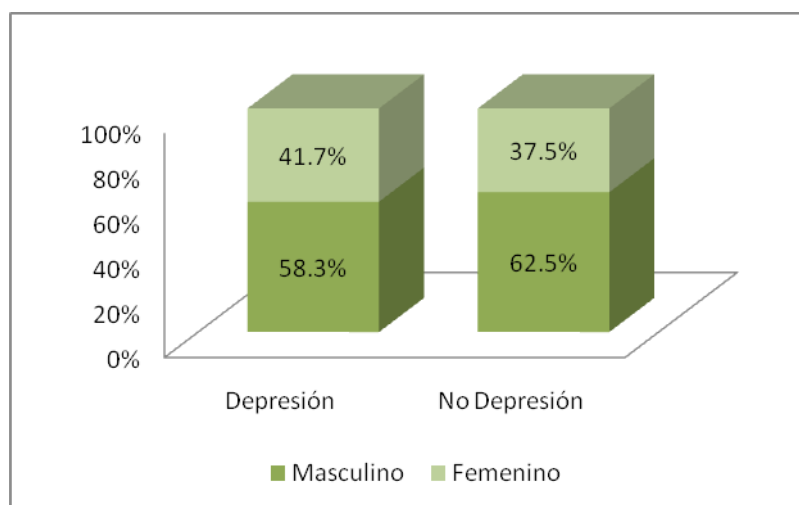
Comentario: El 66% de la población no presenta depresión, 28% padece depresión menor, y por último en igual cantidad quienes padecen depresión mayor y menos que depresión mayor.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.

Sexo	Depresión		No Depresión		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Masculino	7	58,3	15	62,5	22
Femenino	5	41,7	9	37,5	14
Total	12	100	24	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 1. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE SEXO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.



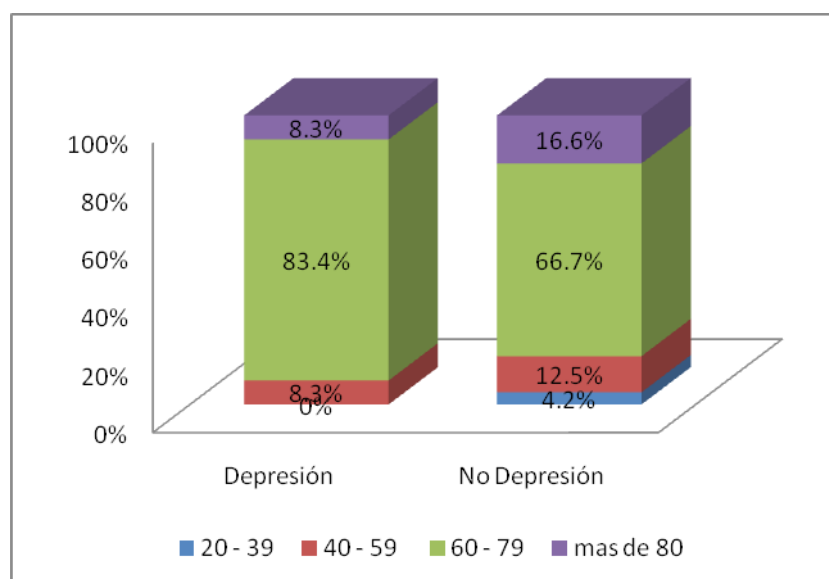
Comentario: La mayoría de los usuarios deprimidos son de sexo masculino.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.

EDAD	Depresión		No Depresión		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
20 -39	0	0	1	4,2	1
40 - 59	1	8,3	3	12,5	4
60 - 79	10	83,4	16	66,7	26
> de 80	1	8,3	4	16,6	5
Total	12	100	24	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 2. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE EDAD EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.



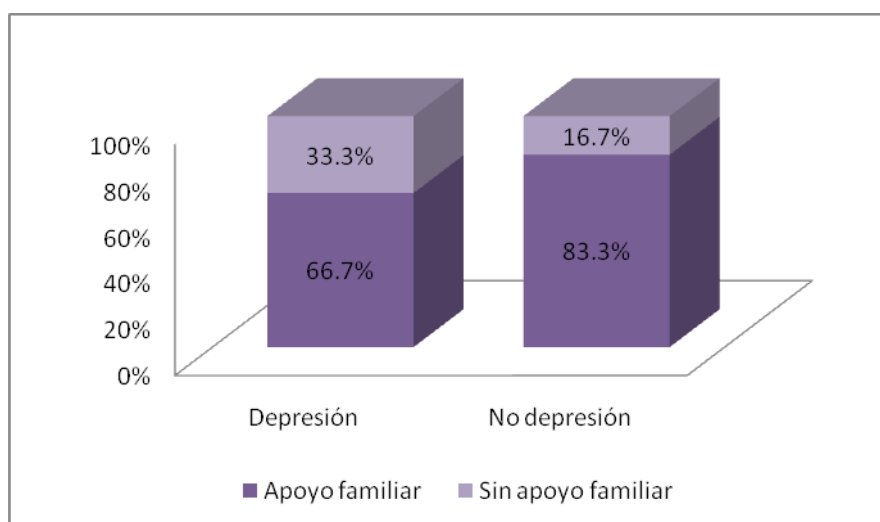
Comentario: Casi en su totalidad los usuarios deprimidos se encuentran dentro del rango etario de los 60 a 79 años.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CONTENCIÓN FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN

Contención Familiar	Depresión		No Depresión		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	8	66,7	20	83,3	28
No	4	33,3	4	16,7	8
Total	12	100	24	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 3. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE CONTENCIÓN FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN



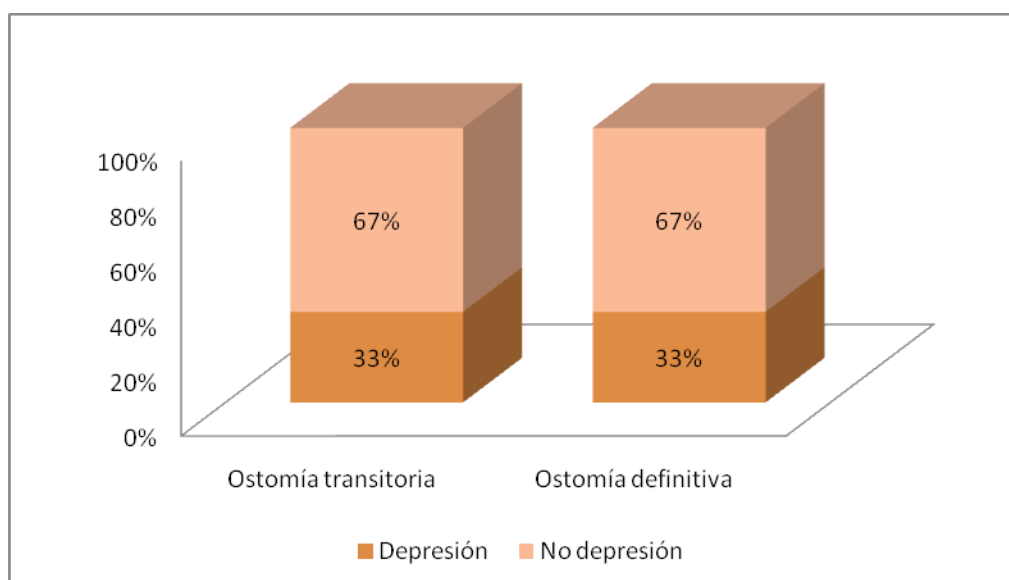
Comentario: Más de la mitad de los usuarios deprimidos cuentan con apoyo familiar.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA OSTOMÍA

Depresión	Ostomía Transitoria		Ostomía Definitiva		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	2	33	10	33	12
No	4	67	20	67	24
Total	6	100	30	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 4. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE TIEMPO DE PERMANENCIA DE LA OSTOMÍA



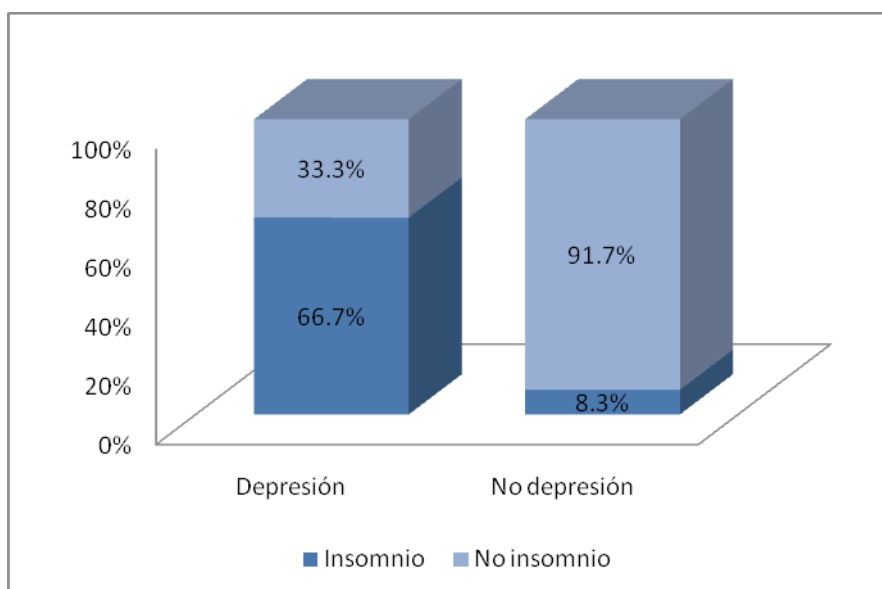
Comentario: El 33% tanto de los usuarios con ostomía transitoria como definitiva, presentan depresión.

TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE INSOMNIO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.

Ideas de Suicidio	Depresión		No Depresión		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	1	8,3	0	0	1
No	11	91,7	24	100	35
Total	12	100	24	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 5. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE INSOMNIO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN.



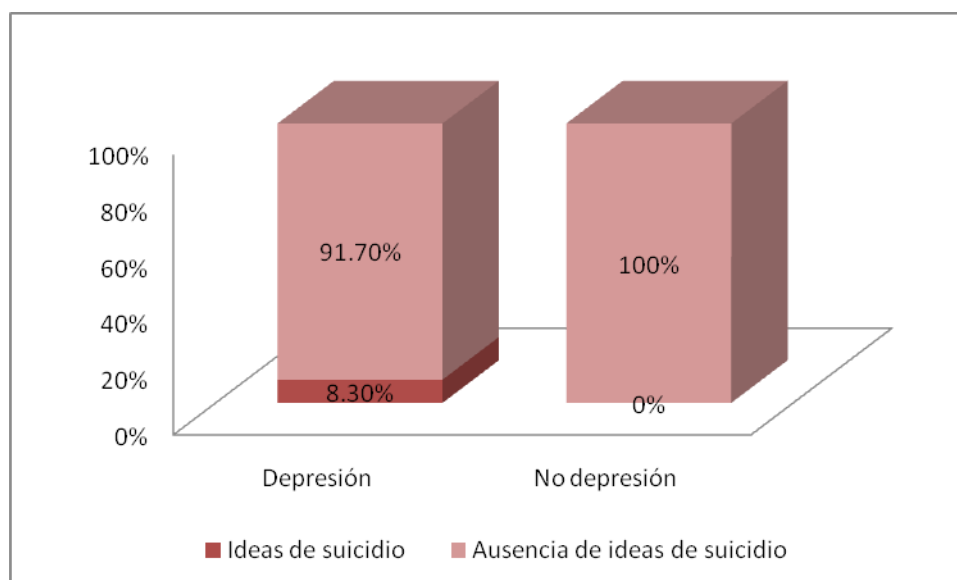
Comentario: El 66.7% de los usuarios con depresión presentan insomnio

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE IDEAS DE SUICIDIO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN

Ideas de Suicidio	Depresión		No Depresión		Total
	FA	FR%	FA	FR%	
Si	1	8,3	0	0	1
No	11	91,7	24	100	35
Total	12	100	24	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 6. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE IDEAS DE SUICIDIO EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE DEPRESIÓN



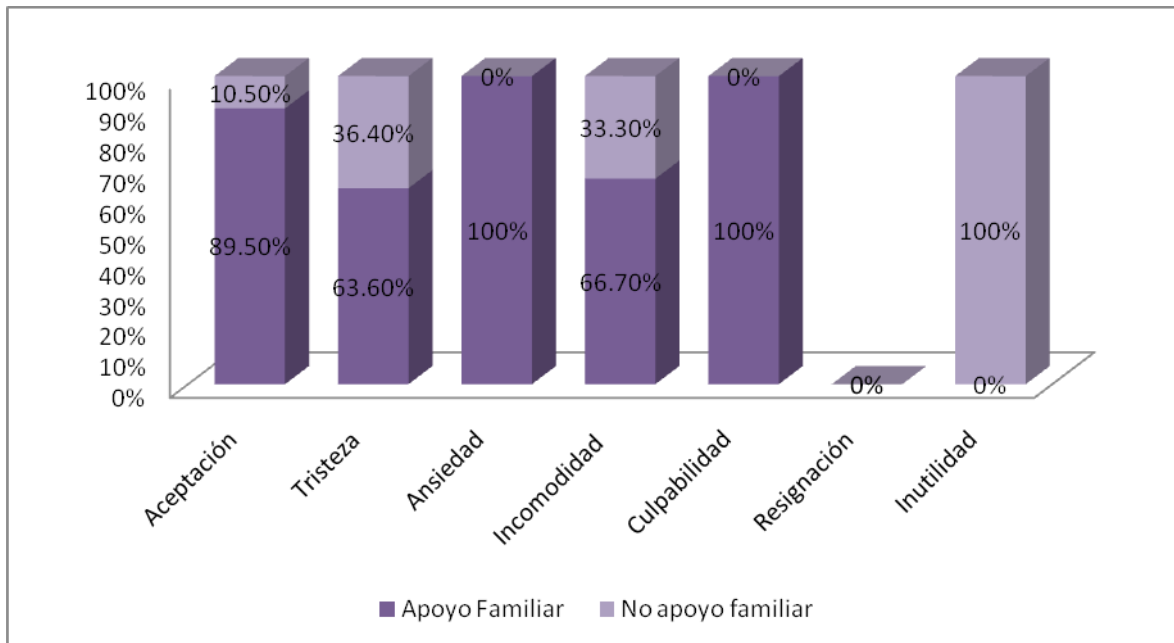
Comentario: El 8.3% de los usuarios con depresión presentan ideas de suicidio

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE APOYO FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE SENTIMIENTO FRENTE A LA OSTOMÍA

Apoyo Familiar	Aceptación		Tristeza		Ansiedad		Incomodidad		Culpabilidad		Resignación		Inutilidad		Total
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Si	17	89,5	7	63,6	1	100	2	66,7	1	100	0	0	0	0	28
No	2	10,5	4	36,4	0	0	1	33,3	0	0	0	0	1	100	8
Total	19	100	11	100	1	100	3	100	1	100	0	0	1	100	36

FUENTE: Instrumento de recolección de datos de TFI

GRAFICO 7. DISTRIBUCIÓN DE LA VARIABLE APOYO FAMILIAR EN FUNCIÓN DE LA VARIABLE SENTIMIENTO FRENTE A LA OSTOMÍA



Comentario: El 89, 5% de los usuarios que aceptan su condición de ostomizado, cuentan con apoyo familiar. En cuanto a los sentimientos de tristeza e incomodidad frente a la ostomía, en más del 50% cuentan con apoyo familiar.

ANALISIS:

Una vez finalizada la recolección de datos, se procedió a analizar los mismos mediante la construcción de tablas, gráficos y cuadros, desprendiéndose de éstos las siguientes consideraciones:

De la población en estudio, la mayoría son de sexo masculino (62%), lo que indica que las ostomias tienen mayor incidencia en dicho sexo.

Con respecto al rango etario predominante entre los usuarios, se destaca que más del 50% está comprendido entre los 60-79 años, dándonos a entender que las personas con estas edades son las más vulnerables a tener este tipo de intervención quirúrgica.

En lo que se refiere al nivel de instrucción se observó que la mayoría cuenta con un nivel terciario. Esta variable es una característica de los usuarios que se asisten en este servicio, y que en cierta forma, un nivel de formación elevado contribuye a tener una mayor posibilidad de ingreso económico que le permita acceder a cubrir el costo del tratamiento.

El 70% de la población entrevistada cuenta con apoyo familiar. Esto puede considerarse como una fortaleza, no solo al momento de afrontar el tratamiento sino también durante todo el proceso de adaptación al mismo.

El 60% de los usuarios presentó un ingreso económico propio así como también con el aporte de otro integrante de la familia. Esta situación económica favorece el acceso y continuidad del tratamiento.

El 81% de los usuarios entrevistados presentó como causa de la intervención quirúrgica la neoplasia, siguiéndole con el 16% las causas obstructivas.

El 75% de las ostomías eran digestivas, en su totalidad colostomías. Mientras que el 25% restante fueron urostomías.

Los dos sentimientos predominantes en los usuarios respecto a su ostomía fueron la aceptación y la tristeza con un 53% y un 30% respectivamente, incidiendo de forma fundamental el apoyo percibido desde el núcleo familiar. Es de destacar que el sentimiento que se percibe hacia la ostomía depende del periodo posquirúrgico que este cursando el individuo.

De la población en estudio el 3% presentó ideas de suicidio posterior a la intervención quirúrgica, mientras que el 97% restante nunca presentó dichas ideas. Esto no se reflejó en la prueba de validación ya que el 100% de los usuarios aquí entrevistados nunca presentaron estas ideas. En este caso podemos mencionar que quien representa el 3%, al momento de la entrevista, cursaba un postoperatorio alejado, proveniente de una hospitalización carente de una atención interdisciplinaria, habiendo recibido un plan de alta inadecuado, y no contar con un núcleo familiar, así como

tampoco con un ingreso económico adecuado, lo que predispone a la situación anteriormente mencionada.

El 72% de la población no presentó insomnio. Destacándose que en los usuarios deprimidos se presentaron episodios de insomnio en un 66.6%. Lo que deja en evidencia que este es uno de los síntomas característico en la depresión.

Posterior a la intervención quirúrgica, el 30% de los usuarios presentaron dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria. Esto nos muestra el impacto que la cirugía presenta en la continuación de la vida.

El 50% de la población no presentó alteración psicomotriz, dentro de las alteraciones que se presentaron se destacó con mayor incidencia la ansiedad psíquica (22%) seguida por la ansiedad somática (16%). Encontrándose, en su mayoría usuarios con una tensión subjetiva y preocupación por pequeñas cosas.

El 6% de la población presentó alteración de la nutrición coincidiendo que éstos se encuentran cursando el pos operatorio tardío. Cabe destacar, que esta alteración fue mencionada comúnmente por los usuarios a la hora de relatar lo sucedido en su pos operatorio.

Al momento de analizar la presencia o ausencia de depresión, mediante la sumatoria de los puntajes de los diferentes ítems del test de Hamilton, se evidenciaron los siguientes datos: el 66% de los usuarios investigados no presentó depresión; mientras que dentro de los usuarios que presentaron depresión (34%), se observó que la mayor incidencia corresponde a la depresión menor, constatándose casos de menos que depresión mayor y de depresión mayor.

De aquellos usuarios que presentaron algún tipo de depresión, el 58% tiene conciencia de que está deprimido, mientras que el restante 42% no tiene conciencia de estarlo. De la totalidad de la población, el 19% presenta conciencia de la enfermedad y el 14% no presenta.

Estos datos no se vieron reflejados en la prueba de validación dado que el 100% presentó conciencia de la enfermedad.

Posterior al análisis individual de cada una de las variables, se procedió a la construcción de cuadros de doble entrada, con el fin de contrastar los datos obtenidos. Al relacionar las variables depresión-sexo se observó que dentro de los deprimidos predominan los hombres con el 58.3%.

El rango etario que presentó mayor incidencia de depresión es el comprendido entre los 60-79 años con el 83.3%, dicho dato no se pudo contrastar con el estudio considerado de "Cazabajones" debido a que en el se toma población joven como muestra (menores a 60 años). Es importante destacar, que la población de adultos

mayores es más vulnerable a la hora de adquirir enfermedades físicas que tengan repercusión emocional, sumándose a esto el no contar con un sostén apropiado.⁴

Sin embargo, dentro de los deprimidos la mayoría contó con el apoyo familiar representando el 66.6%, factor protector que contribuye a enfrentar y mejorar dicha condición.

Se observó que la depresión tiene mayor incidencia en los usuarios que presentan una ostomía definitiva con el 83.3%. Lo que resalta el impacto que esta condición genera en la persona que tiene que convivir con ella el resto de su vida. Haciendo al individuo más vulnerable a sufrir algún episodio depresivo en el período pos quirúrgico, debido a la alteración permanente en su imagen corporal.

En lo referido a los usuarios con depresión, las ideas de suicidio tuvieron una baja incidencia (un único caso), cabe destacar que esta persona contaba con varios factores predisponentes a esta situación, debido a no contar con núcleo familiar, apoyo emocional, desinformación acerca de su patología, y un sustento económico insuficiente para llevar adelante su tratamiento.

Al relacionar las variables apoyo familiar con el sentimiento del usuario frente a la ostomía, se observó que dentro de los usuarios con apoyo familiar predominó el sentimiento de aceptación y dentro de los usuarios sin apoyo familiar predominó la tristeza. Lo anteriormente mencionado deja en manifiesto la importancia que tiene la contención en aquellos usuarios que padecen este suceso vital estresante, al momento de enfrentar su nueva realidad.

⁴ MSP; Guía Nacional de Salud Mental, Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas; Montevideo; Uruguay; 2007: 2

CONCLUSIONES:

Finalizado el trabajo de investigación, se puede afirmar que se han cumplido los objetivos planteados al inicio de la misma.

El instrumento de recolección de datos elaborado por el grupo fue testeado en la prueba de validación, constatándose su confiabilidad, validez y practicidad. Es por ello que se implementa el mismo durante el período de recolección de datos, dando como principales resultados: depresión en el 34% de los casos, desglosándose en 28% depresión menor, 3% menos que depresión mayor y el 3% restante depresión mayor.

En el transcurso de la investigación se encontraron aspectos positivos, entre ellos:

Es pertinente resaltar el apoyo recibido por parte de la Licenciada del servicio de la A.U.D.O en general, lo que contribuyó a realizar el trabajo en forma satisfactoria.

Por parte de la población se puede destacar que el trabajo realizado con la investigación fue bien recibido, ya que los usuarios en su gran mayoría, se mostraron comprometidos con el trabajo e interesados en participar y en contar sus experiencias de vida.

En cuánto a los aspectos negativos, se debió extender en una semana el tiempo estipulado para la recolección de datos, para poder alcanzar el número de la muestra preestablecida.

Se pudo observar que los usuarios salen de la intervención quirúrgica sin un plan de alta claro, entendible, lo que hace que se enfrenten a una serie de dudas e incertidumbres, pasando un suceso vital estresante, difícil de afrontar si no se cuenta con apoyo profesional, lo que juega en contra de su salud mental, dañando la misma, haciendo que las personas que pasan por esta experiencia de vida sean vulnerables a sufrir algún estado depresivo durante el período post quirúrgico.

Se observó también que no se trabaja en forma adecuada en la salud mental de los usuarios, se hace hincapié en la ostomias en sí, y en los cuidados que requiere la misma, descuidando todo el impacto que esta genera en el usuario, en su familia y en su entorno más cercano, lo que deja en evidencia la carencia de trabajo interdisciplinario con el paciente ostomizado, tanto en la etapa pre operatoria como pos operatoria.

Esto puede estar vinculado a la carencia de ostomaterapeutas en nuestro país, lo que genera dificultades a la hora de contemplar la gran demanda de usuarios.

Otro de los aspectos que quedan por trabajar es en relación a los materiales para el tratamiento de la ostomias, ya que se notó que no existe una gran variedad de los mismos y tampoco se cuenta con un número adecuado de distribuidores y vendedores en nuestro país.

Lo anteriormente mencionado deja ver que en la realidad de nuestro país queda mucho por trabajar acerca de este tema ya sea social e institucionalmente, en cuanto a brindar información, capacitación de recursos humanos, abastecimiento de recursos materiales, apoyo económico en el tratamiento por parte de la institución tratante.

RECOMENDACIONES:

- Crear un Programa Nacional de Ostomizados, para informar acerca de la importancia de este tema e incentivar a las instituciones de Salud a contar con un equipo de profesionales capacitados con respecto al mismo mediante un abordaje integral.
- Brindar apoyo por parte del MSP a la AUDO a través del Programa anteriormente mencionado, para crear una institución con una planta edilicia adecuada, recursos humanos suficientes y recursos materiales al alcance de la comunidad.
- Capacitar a los profesionales interesados de las áreas medico- quirúrgicas de las diferentes instituciones de Salud del país para mejorar la atención a los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

- CONVATEC. Una ostomía es para vivir. [s.p.i.].
- Hernandez Sampieri R. Metodología de la Investigación. 3a. ed. Barcelona: McGraw Hill; 2004.
- Hernández F. Metodología de la Investigación. 2a. México: Limusa; 1988.
- López Ibor J, Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM IV. 4a.ed. Barcelona: Masson; 2008.
- Morrison M. Fundamentos de enfermería en Salud Mental. Barcelona: Elsevier; 1999.
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo: DI.GE.SA; 2009.

Páginas Web

- http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.php [Consultado 26/1/10 - hora: 15:05].
- <http://www.index.com> [Consultado 26/1/10 – hora: 12:26].
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2009/mf092f.pdf> [20/07/10 - hora 08:50].