



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ADULTO Y ANCIANO

OSTOMIA: REALIDAD Y SUS CONSECUENCIAS

AUTORES:

Br. Rosano, Graciela
Br. Silva, Mariela
Br. Moreira, Mariela
Br. González, Julio
Br. Bustamante, Beatriz
Br. Machado, Mario

TUTORES:

Lic. Enf. Gorrasi, Miriam
Lic. Enf. Bozzo, Elizabeth

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

Montevideo, 1999

INDICE

	<u>Páginas</u>
Agradecimientos.....	1
Introducción.....	2
Problema. *Objetivo Gral.* Objetivos Específicos.....	3
Aspectos Metodológicos.....	4
Resultados Obtenidos.....	9
Análisis.....	19
Conclusiones.....	21
Sugerencias.....	22
Bibliografía.....	23
ANEXOS	
Anexo I- Marco Teórico.....	24
Anexo II - Solicitud de Autorización a Instituciones para realizar el trabajo.....	50
Anexo III A- Entrevista a usuarios ostomizados.....	53
Anexo III B- Entrevistas a L.E. Estomaterapeuta.....	54
Anexo IV - Cronograma de Actividades.....	57
- Recursos Humanos, Materiales y Financieros.....	58
Anexo V- Matriz de Datos.....	59

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todos aquellas personas que se vincularon directamente en nuestro trabajo: Lic. Estomaterapeuta Feliza Mañosa

Lic. Estomaterapeuta Rosmary Gracide

Lic. Estomaterapeuta Alejandra Zanella

Y nuestras tutoras, Lic. Miriam Gorrasi, Lic. Elizabeth Bozzo y Rosa Espina.

Y especialmente a nuestros familiares directos que nos alentaron y apoyaron durante todo este tiempo.

Los Autores.

INTRODUCCION

El presente informe ha sido elaborado por estudiantes de 4º año Gen.'92 de la Carrera Licenciatura en Enfermería del Instituto Nacional De Enfermería (I.N.D.E.).

El propósito de nuestro estudio es identificar la información ,que poseen los usuarios sobre su tratamiento quirúrgico y el manejo de su ostomía, también conocer los mecanismos de defensa que se desencadenan frente a la situación vivida .

Nuestra población son usuarios con Estomas Intestinales cuyas edades oscilan entre 30-65 años, económicamente activa, cursando un postoperatorio mediano (luego de las primeras 24 horas hasta el 10º día) y postoperatorio alejado(6meses), que hacen uso de los Hospitales: Clínicas, Maciel y Pasteur, en el período Abril-Julio '99.

El tema seleccionado está basado en nuestra experiencia práctica la cual nos permitió identificar que la mayoría de dichos usuarios carecían de la información suficiente lo cual influía en la aceptación de su ostomía así como también en la alteración de su imagen corporal.

Surge aquí nuestra inquietud que le da el nombre a nuestro trabajo de investigación:
"Ostomía: realidad y sus consecuencias"

PROBLEMA: De que manera repercute la información sobre la alteración de la imagen corporal y la aceptación de la ostomía.

OBJETIVO GENERAL: Identificar como influye la información en la aceptación de la ostomía y en la alteración de la imagen corporal en los usuarios cursando postoperatorio mediato y alejado en el periodo Abril-Julio '99

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1)- Conocer la información que tiene el usuario ostomizado sobre su tratamiento quirúrgico y manejo de su ostomía.
- 2)- Reconocer los mecanismos de defensa que se desencadenan en el usuario para alcanzar la aceptación de su ostomía.
- 3)- Conocer el nivel de dependencia del usuario respecto al manejo de su ostomía.

ASPECTOS METODOLOGICOS

Nuestra investigación es del tipo descriptivo y transversal ya que el mismo persigue el estudio de fenómenos sociales con la intención de describirlos y comprenderlos tal como suceden.

Nuestro Universo son 20 usuarios con estomas intestinales de ambos sexos, siendo nuestra Muestra la totalidad de nuestro Universo.

Para realizar nuestro trabajo, elaboramos y aplicamos distintos instrumentos.

Para llevar a cabo el mismo utilizamos:

- * Observación del estado de higiene del usuario (ver anexo III - A)
- * Entrevista estructurada, estandarizada y abierta (según Patton), al usuario (ver anexo III - A)
- * Entrevista estructurada, estandarizada a informantes claves que fueron: L . E.

Estomaterapeuta.(ver anexo III - B)

La fuente utilizada fue la lectura de la Historia Clínica para obtener datos referente a la patología y el período que el usuario estaba cursando.

Las variables fueron identificadas y definidas en nuestra población de estudio de acuerdo a: edad, estado civil, procedencia, ocupación, nivel de instrucción, Nº integrantes del grupo familiar y preguntas referentes a: información sobre tratamiento quirúrgico y manejo de su ostomía, por quien fue dada la información y como vivencia la ostomía y cuales son las expectativas futuras.

Nuestras variables utilizadas fueron 5:

- 1- Información.
- 2- Aceptación de la ostomía.

- 3- Alteración de la imagen corporal.
- 4- Sexo.
- 5- Edad cronológica.

A continuación definimos cada una de ellas:

1- **Información**: acción y efecto de informar, dar noticia de una cosa, dictaminar un diagnóstico médico y darlo a conocer a las personas interesadas. Lo medimos a través de las respuestas de los usuarios a nuestra entrevista con respecto a esta variable.

2- **Aceptación de la Ostomía**; admitir o aceptar el hecho de tener un estoma intestinal.

Lo medimos de acuerdo a la información respecto a la ostomía y reconociendo los mecanismos de defensa para alcanzar la aceptación de la misma

3 - **Alteración de la imagen corporal**: estado de ánimo afligido que tiene un Sujeto sobre un cambio en su aspecto físico, la medimos a través de distintos indicadores: la visualización del estoma por parte del usuario, y el nivel de dependencia del usuario en el manejo de su ostomía

4 - **Sexo**: clasificación de hombres y mujeres, teniendo en cuenta las características anatómicas y cromosómicas

5 - **Edad Cronológica**; edad de un individuo expresada como el período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento; la edad se expresa en años cumplidos.

Para operacionalizar dichas variables utilizamos distintos indicadores, que se detallan a continuación:

VARIABLES Y SUS INDICADORES

INFORMACION. INF.

Indicadores:

- 1) Recibió información de su intervención quirúrgica en el:
 preoperatorio a)- mediato b)- inmediato
 postoperatorio a)- mediato b)- inmediato
- 2) Que tipo de información recibió 2') sanción quirúrgica a) ostomía transitoria
 b) ostomía definitiva
- 2 ") Manejo de su ostomía: a) Cuidado de su ostomía
 b) Manejo de la bolsa
- 3) Quién le proporcionó la información a)- Lic. Estoma Terapeuta
 b)- Personal de Enfermería

ACEPTACIÓN DE LA OSTOMIA: ACEPT.OST.

Mecanismos de Defensa:

Indicadores:

- 1) Shock: a)- Asombro ante la Enfermedad
 b)- Búsqueda de la explicación
- 2) Angustia: a)- Miedo al rechazo de otras personas
 b)- Miedo a la soledad
 c)- Dificultad para conciliar el sueño
 d)- Decaído con llanto fácil
 e)- Miedo a ser una carga para los demás
 f)- Miedo a sufrir dolor
 g)- Sentimiento de culpa
 i)- inquietud - ansiedad
 j)- Separación del grupo familiar
 k)- Miedo a la muerte
- 3) Negación: a)- No habla del tema
 b)- Diagnóstico erróneo

- 4) Aislamiento:** a)- Rechaza a las visitas
 b)- No participa de su tratamiento
 c)- Desinterés por recibir información
 d)- Situación de abandono
- 5) Rabia y Enojo:** a)- Responde en forma agresiva e irritable
 b)- Se molesta ante cualquier pregunta tenso
 c)- Rechaza la ayuda de Enfermería y de familiares
 d)- Busca culpables
- 6) Tristeza:** a)- Aflicción frente a la situación de pérdida
 b)- Desconfianza a la reconstrucción del tránsito
 c)- Pérdida de peso
 d)- Reservado, limita sus respuestas
- 7) Elaboración de las Pérdidas:** a)- Pérdida de interés por las cosas
 b)- Busca apoyo e información de su situación actual
 c)- Contención del grupo familiar
 d)- Confianza en el Médico tratante
 e)- Reorganización de su vida de relación
- 8) Aceptación:** a)- Aceptación de su situación por la esperanza de la reconstrucción del tránsito
 b)- Abierto al diálogo
 c)- Logra conciliar el sueño sin trastornos en la alimentación
 d)- Expresa sus temores
 e)- Planificación de su vida de relación con:
 1)- Grupo Familiar
 2)- Grupo de Trabajo
 3)- Vida de Pareja
- 9) Resignación:** a)- Entrega Pasiva a su Destino
 b)- Abandono a la Situación Vivida
- 10) Depresión:** a)- Desinterés por la Vida
 b)- Separación Gradual de sus Vínculos
 c)- Aceptación de la Muerte

Estos son los mecanismos de defensa que se generan a partir de una situación determinada que alteran el estado de salud de un individuo cursando ciertas etapas Psico-emocionales las cuales son de difícil delimitación, para ello tratamos de agrupar los distintos estados emocionales como ser Shock, Angustia, etc., como pasos previos para llegar a una completa aceptación de la situación.

El criterio de medición de ésta variable es que deben estar presentes dos características en cada categoría.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL: A.I.C

1) Visualización de su Ostomía: a)- Visualización directa
por parte del usuario b)- A través de un espejo
c)- Desvía la mirada

2) Nivel de dependencia en el manejo de su ostomía; a)- Realizado por el usuario
b)- Familiar
c)- Enfermería

Que motiva la no realización del manejo de su ostomía: a)- Rechazo
b)- Impresión
c)- Olor
d)- Sin conocimiento

RESULTADOS OBTENIDOS:

Información

El 100 % (20) de los usuarios recibieron información respecto al tipo de intervención que iban a recibir 90 % (18) transitoria, 10 % (2) definitiva en el período preoperatorio el 50 % de los mismos y en postoperatorio el 50 % restante. Siendo el 70 % (14) usuarios sexo masculino, y el 30 % (6) sexo femenino.

Dicha información fue proporcionada por el Cirujano tratante en el 100 % (20) de los casos en ambos períodos.

Con respecto al tratamiento a seguir en el período post-quirúrgico es decir cuidado de su ostomía y manejo de la bolsa vimos que el 25 % (5) no recibió dicha información y el 75 % (15) restante lo obtuvo de; * la Lic. Estoma Terapéutica el 60 % (9) * por Aux de Enfermería el 40 % (6) de las distintas Instituciones donde llevamos a cabo nuestro estudio de investigación .

Alteración de la imagen corporal: el 90% (18) de los usuarios realiza una visualización directa de su ostomía el 60 % (12) sexo masc. y el 30 % (6) fem., el 10 % (2) desvía la mirada son de sexo masculino.

Con respecto al Nivel de dependencia de los usuarios encontramos:

El 20% (4) el nivel de dependencia I o autosuficiente.

El 40% (8-100%) el nivel de dependencia II o semidependiente:

* 50 % (4) usuario - enfermería (2 fem., 2 masc.)

* 50 % (4) usuario-familiar (fem. N° 7-11)

El 40 % (8-100%) restante nivel de dependencia III o dependiente de los cuales se subclasifica:

* 12,5 % (1)- efectúa los cuidados el familiar(fem.)

* 12,5 % (1)- " " " enfermería - familiar

* 75 % (6) sexo fem.: 12,5 % (1) y sexo masc. 62,5 % (5) - solamente enfermería lleva a cabo los cuidados de su ostomía y manejo de la bolsa.

* Entre los usuarios encontramos 3 que no efectuaban los cuidados de su ostomía porque les provocaba impresión el manejo de la misma.

Observación por parte del Estudiante:

Con respecto al estado general del usuario podemos afirmar que el 85 % (17) el 30 % (6) femenino, 55 % (11) masculino de los mismos se presentaban prolijos encontrándose el 15 % (3) sexo masculino restante desalineado.

El estado de la piel no presentaban lesión periestomal el 35 % (7), el 25 % (5) masc., 10 % (2) fem. y enrojecimiento periestomal el 65 % (13), 20 % (4) fem., 45 % (9) masc.

Aceptación de la ostomía: mecanismos de defensa: 1) - Shock: 15 % (3) de los usuarios presentan asombro de su enfermedad.

2)- Angustia: El 60 % (12) de los usuarios presentaban angustia manifestada por distintos índices es decir:

- miedo al rechazo de otras personas 15 % (a=3) a su vez presenta no solo miedo al rechazo sino también a ser una carga para de los demás (ae=1).
- el 10 % sufre la separación del grupo familiar (j=2)
- el 5 % presentaban decaimiento y llanto fácil por sentirse una carga para los demás y el temor al rechazo de otras personas (aed=1).
- el 5 % decaído con llanto fácil durante la entrevista (d=1).
- el 5 % miedo a ser una carga y a sufrir dolor (ef=1).
- el 5 % miedo a la soledad, inquietud y ansiedad (b=1).
- el 5 % dificultad para conciliar el sueño y separación del grupo familiar (cj=1).
- el 5 % miedo a la muerte (k=1).

3)- Negación: - el 5 % no habla del tema (a=1).

4)- Aislamiento: el 10 % (2) presenta índices de los cuales: *el 50 % (1) se manifiesta por rechazo a las visitas y situación de abandono (ad=1).

*el 50 % (1) no participa de su tratamiento, presta desinterés por recibir información y situación de abandono (bcd=1).

5)- Rabia y Enojo: el 20 % (4) presentan rabia y enojo manifestado por:

(a=2) - 50 % responde en forma agresiva e irritable.

(ab=1) - 25 % responde en forma agresiva y se molesta ante cualquier pregunta, se muestra tenso.

(d=1) - 25 % busca culpables.

6)- Tristeza: 40 % (8 = 100 %) se manifiestan en;

(d=2) - 25 % reservado limita sus respuestas.

(a=1) - 12,5 % presentan aflicción frente a la situación de pérdida

(ab=1) - 12,5 % aflicción frente a la situación de pérdida desconfianza por la reconstrucción del tránsito.

(ac=1) - 12,5 % aflicción y pérdida de peso.

(b=1) - 12,5 % desconfianza de la reconstrucción del tránsito.

(bd=1) - 12,5 % desconfianza a la reconstrucción, reservado, limita sus respuestas.

(c=1) - 12,5 % presentó ,debido a su situación emocional pérdida de peso.

7)- Elaboración de las pérdidas: encontramos el 60 % (12 = 100 %) usuarios manifestado por:

(c=5) - 41,6 % presentan contención del grupo fliar.

(dc=2) - 16,6 % confían en el médico y están contenidos por el grupo fliar.

(bc=2) - 16,6 % buscan apoyo e información de su situación actual y tienen contención del grupo fliar.

(d=1)- 8,3 % denotan confianza en el Médico tratante

(bcc=1)- 8,3 % busca apoyo e información, contención del grupo fiar y se encuentra reorganizando su vida de relación

(bde=1)- 8,3 % busca apoyo e información, tiene confianza en el Médico y esta reorganizando su vida.

El 15 % (3) de los usuarios: * 1 presenta negación, aislamiento, rabia y enojo (N14 masc.)

* 1 presenta aislamiento con angustia (N11 fem.)

* 1 presenta temor al dolor (N19 fem.) por lo que duda de acceder a la reconstrucción del tránsito.

El 10 % se encuentra en etapa de reorganización de sus vidas porque poseen una ostomía definitiva (N° 15 masc.-N° 17 fem.) ambos están abiertos al diálogo y expresan sus temores.

8)- Acceptación: El 60 % (12 = 100) aceptan porque son transitorias, tienen esperanza de la reconstrucción del tránsito.

(abcde=4)- 33,2 % aceptación de su situación, abierto al diálogo logra conciliar el sueño con planificación de su grupo de trabajo.

(ab=2)-16,6 % aceptación, abierto al diálogo.

(abc=2)-16,6 % aceptación, abierto al diálogo, planificación de su vida con el grupo de trabajo.

(a=1)- 8,3 % aceptación de su situación por la esperanza de la reconstrucción del tránsito.

(ae=1)- 8,3 % aceptación y planificación de su vida con el grupo de trabajo.

(abc=1)- 8,3 % aceptación abierto al diálogo logra conciliar el sueño, sin trastornos de la alimentación.

(abcd=1)- 8,3 % aceptación abierto al diálogo concilia el sueño y expresa sus temores.

9)- Resignación: presenta aceptación por resignación 3 usuarios 15 %.

- 33 % abierto al diálogo (ba=1,bda=1) entrega pasiva a su destino.

- 33 % abierto al diálogo y expresa sus temores con entrega pasiva a su destino.

- 33 % (bea=1) abierto al diálogo, planificación de su vida de relación con el grupo de trabajo con entrega pasiva a su destino.

TABLA I: Información del Usuario con respecto al manejo de su Ostomía

	Nº DE USUARIO	F. R. %
INF.	15	75 %
NO INF.	5	25 %
TOTAL	20	100 %

TABLA II: Por quién fue brindada la información sobre el cuidado de su Ostomía

	Nº DE USUARIO	F. R. %
LIC.	9	60 %
AUX. ENF.	6	40 %
TOTAL	15	100 %

TABLA III: Observación de su Ostomía

	Nº DE USUARIO	F. R. %
SI VISUALIZA	18	90 %
NO VISUALIZA	2	10 %
TOTAL	20	100 %

TABLA IV: Con respecto al Nivel de Dependencia.

	Nº DE USUARIO	F. R. %
NIVEL I	4	20 %
NIVEL II	8	40 %
NIVEL III	8	40 %
TOTAL	20	100 %

TABLA V: Nivel de Dependencia con respecto al manejo de su Ostomía.

	N° DE USUARIO	F. R. %
CUIDADO DE SU OSTOMIA CON AYUDA	8	40 %
NO SE LO REALIZA	8	40 %

	N° DE USUARIO	F. R. %
NO SE LO REALIZA POR IMPRESIÓN	3	15 %
NO SE LO REALIZA POR DESCONOC.	5	25 %

TABLA Y GRAFICA DE PATOLOGIAS SEGUN FRECUENCIA

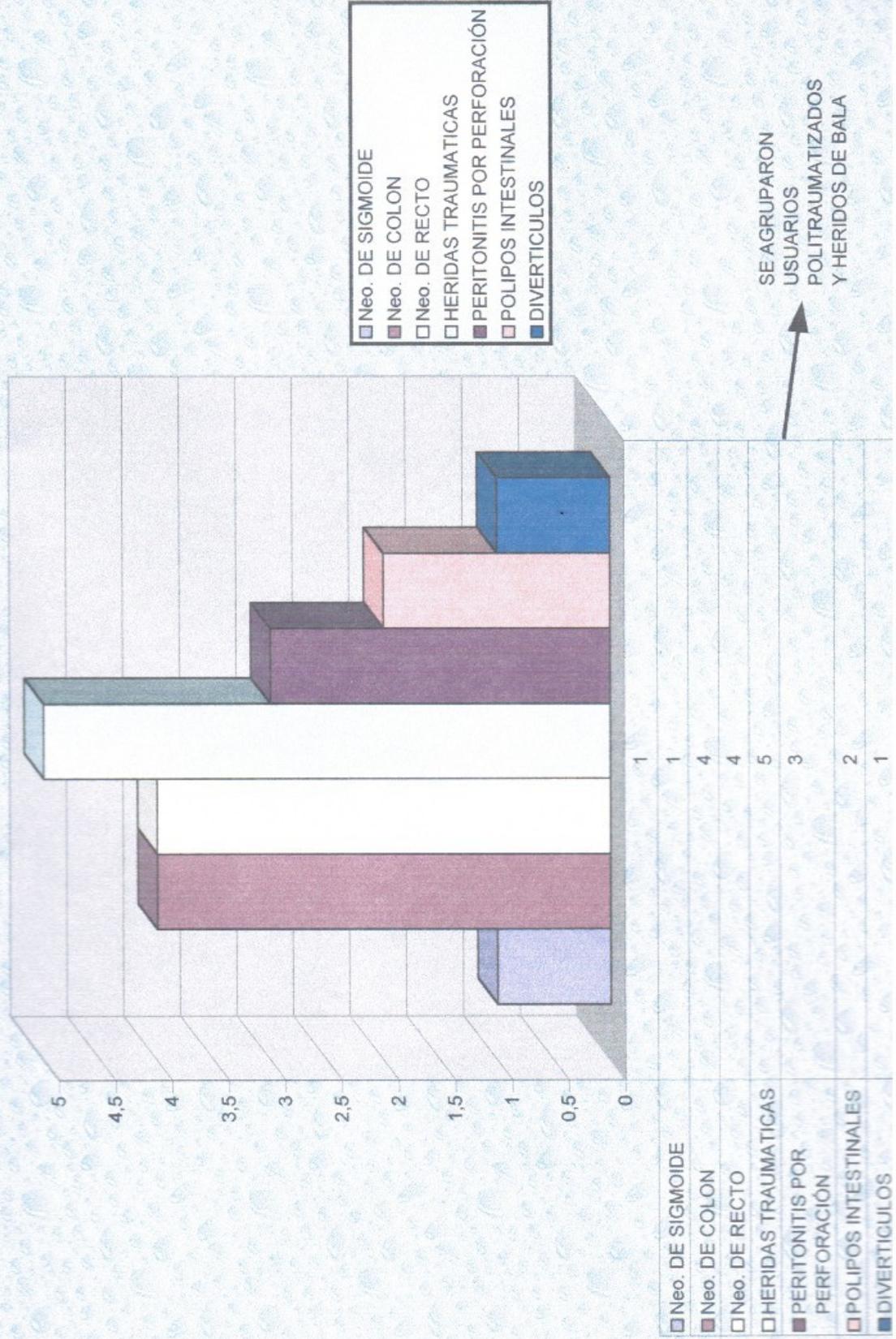
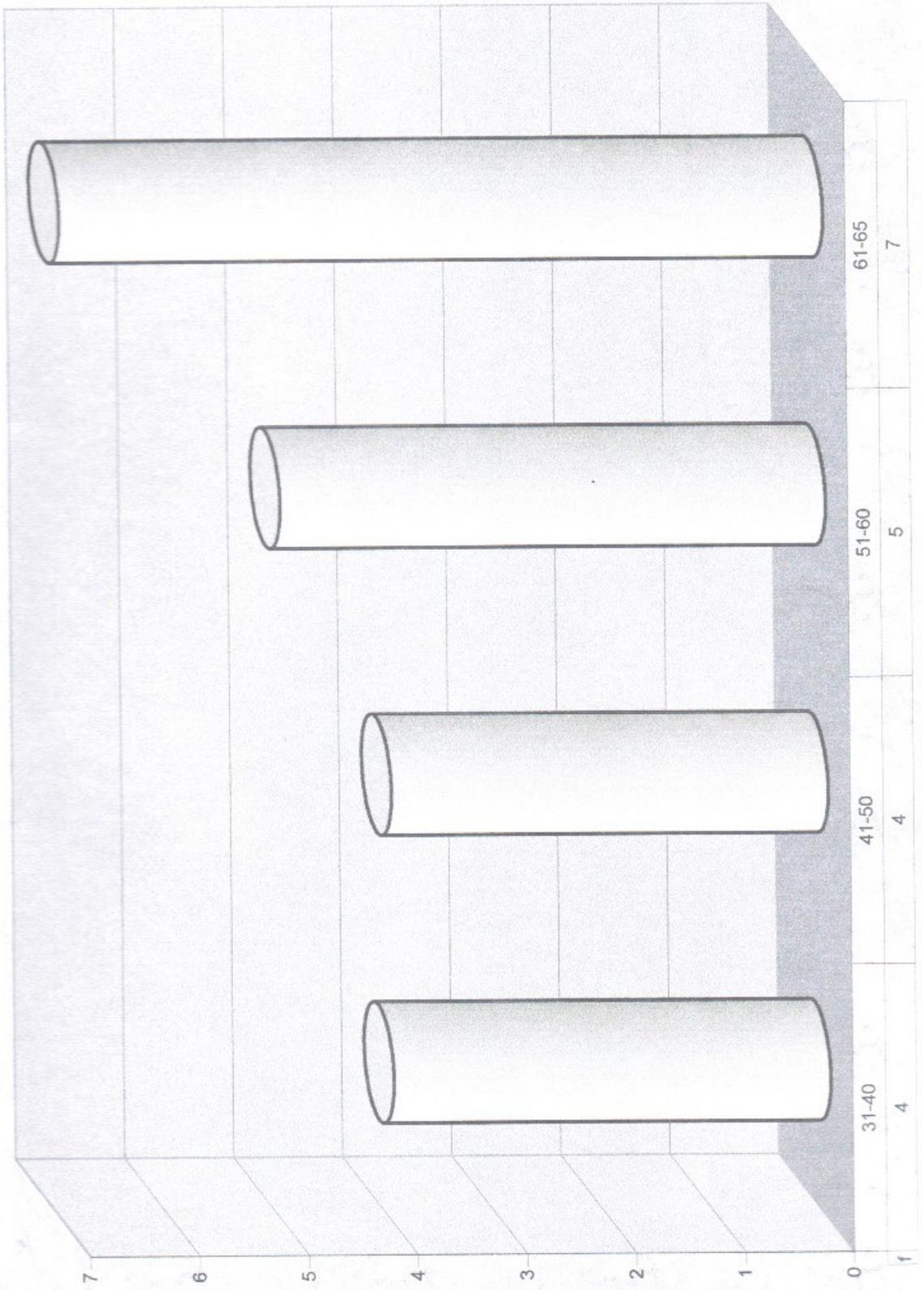


TABLA Y CATEGORÍAS DE USUARIOS SEGUN GRUPO ETARIO



ANALISIS

El análisis se orientó fundamentalmente a describir, clasificar y explicar los fenómenos de estudio.

➤ Observamos que con respecto a la información el 100 % (20) de los usuarios 70 % (14) sex. Masc., 30 % (6) sex. Fem., objeto de nuestro estudio recibieron la misma respecto al tipo de intervención a la cual fueron sometidos por el Cirujano tratante.

Siendo el 90 % (18) de las ostomías transitorias y el 10 % (2) restante definitivas.

Dicha información fue impartida en el preoperatorio 50 % (10) de los usuarios y en el postoperatorio el 50 % (10) restante.

Con respecto al manejo de su ostomía es decir: * cuidado de su ostomía
* manejo de la bolsa

Vimos que el 25 % (5), 10 % (2) fem., 15 % (3) masc., no recibió dicha información y el 75 % (15) la obtuvo, de esto se desprende que el 60 % (9) la recibió de la Lic. E.T. y el 40 % (6) la recibió del Aux. de Enf. de las distintas instituciones donde llevamos a cabo nuestro estudio de investigación.

Comprobamos que la información no afecta en la aceptación de la ostomía ya que el 25 % (5) de los usuarios si bien carecían de información referente al cuidado y manejo de su ostomía aceptaban la misma habiendo un 10 % (2) que no la aceptaban a pesar de tener información.

Con respecto al estado general del usuario podemos afirmar que el 85 % (17), 30 % (6) fem. y 55 % (11) masc. de los mismos se presentaban prolijos mostrándose el 15 % (3) masc. restante desalineado.

La visualización directa de su ostomía se da en el 90 % (19) de los usuarios, siendo el 60 % (12) masc., desvía la mirada 10 % (2) masc.

CONCLUSIONES

Si bien la información no afecta en la Aceptación de la ostomía, es de vital importancia que tanto el usuario como el grupo familiar reciban información referente al manejo de su ostomía y cuidado de la piel, ya sea en el pre como en el post operatorio y tras el alta hospitalaria, para lograr que el individuo sea autosuficiente permitiendo de esta forma aumentar el autoestima y alcanzar un equilibrio físico, emocional, fiar. y socio-laboral.

Se comprobó que el 100% de la población femenina se encontraba en una situación de dependencia, demostrándose que no eran autosuficientes en el manejo de su ostomía ya sea por desconocimiento e impresión quedando planteada como propuesta futura de trabajo adiestrar al individuo en su auto-cuidado para potenciar de esta forma su autoestima.

El 90% de nuestra población en estudio consideró necesaria la ostomía como forma de mantener su salud y su vida admitiendo su nueva imagen corporal y aceptando su ostomía al quedar latente la posibilidad de reconstrucción del tránsito intestinal a mediano plazo.

Es reconocido universalmente que la presencia de un estoma produce una alteración de su imagen corporal que lleva al individuo a transitar por diferentes estados emocionales hasta lograr la aceptación de la misma.

Se comprobó en nuestro estudio que si bien en una primera instancia presentaban asombro ante la nueva situación vivida, en el 60% de los usuarios predominaba el estado de angustia, tristeza como paso previo a alcanzar la aceptación.

La aceptación de dicha situación se manifestó por la esperanza de reconstrucción del tránsito a mediano plazo, la planificación de su vida con su grupo familiar y medio laboral.

SUGERENCIAS

- Adiestrar al individuo en el cuidado de su ostoma.
- Plan de Educación a nivel familiar para mejorar reinserción en su medio.
- Fomentar y realizar trabajos de investigación referentes a planes de cuidados dirigidos al usuario y su grupo familiar en un lapso de tiempo mayor con el fin de mejorar la calidad de vida de dichos usuarios.

BIBLIOGRAFIA:

- Beare/Myers Enfermería Médico Quirúrgica,2ª edición1995, Cap:18,19,66.
- Manual Merck de diagnóstico y terapéutico 1994, 9ª edición, cap. 5
- Estapé Jordi, Dominich María. Edición Doyma1992. España.Enfermería y Cáncer
- Ortiz H, Marirague J y Foulkes B Indicaciones y cuidados de los Estomas
- Perdel H, Cobo Valeri, Canela Soler. Edición Masson S.A 1986.
- Pineda, Elia Beatriz, Luz de Alborada, Eva de Canales, Francisca H. Metodología Científica de la Investigación,2ª edición OPS 1994.
- Polit D y Hungler B Investigación Científica en Ciencias de la Salud,2ª edición Interamericana. México 1987
- Tamayo y Tanayo M El proceso de la Investigación Científica Fundamentos de Investigación 1987 Editorial Limusa S.A. 2ª Edición.
- Valles, Miguels Técnicas Cualitativas de Investigación social.(Reflexión Metodológica y practica profesional).Editorial Síntesis 1997
- Fichas Psicología Médica. CIMI. Reacciones Psíquicas Adecuadas e Inadecuadas a la Situación de Enfermedad.
- Revistas Rol de Enfermería Nº 220. Art. Calidad de Vida de Pacientes Enterostomizados

ANEXO I

MUNDO TEORICO

METODOLOGIA CIENTIFICA

Desde que se plantea el problema, surge la necesidad de recurrir a elementos teóricos existentes del tema en estudio con la finalidad de construir un marco conceptual y teórico que permite mayor profundidad y alcance en el análisis.

Tanto la formulación del problema, la construcción del marco conceptual y teórico y el planteo de las hipótesis son procesos que se dan en forma casi simultánea, se retroalimentan y se enriquecen a medida que se profundiza en el estudio.

El marco conceptual y teórico es el espacio del investigador que le permite describir, comprender explicar e interpretar el problema de un plano teórico. Por lo tanto amplía la descripción y análisis del problema orientan hacia la organización de datos o hechos significativos para descubrir las relaciones de un problema con la teoría existente.

Integran la teoría con la investigación.

La selección del marco teórico dependerá del tipo de investigación que se realice, sea esta descriptiva, explicativa o predictiva, inv. cualitativa o inv. cuantitativa.

En la elaboración del marco conceptual, se sigue un proceso inductivo menos formal que para el teórico sirve para la generación de hipótesis y como punto de partida para la generación de temas.

El investigador debe seleccionar los elementos y conceptos para organizar los hechos o fenómenos relacionados con el tema objeto de estudio.

Método Científico: es un procedimiento para tratar un problema o un conjunto de problemas, en forma ordenada teniendo en cuenta principios o normas para alcanzar un fin u objetivo que se ha determinado de antemano.

Elementos básicos: - conceptos
- definiciones
- hipótesis

- variables e indicadores

Son elementos básicos para el planteo de un trabajo: * hipótesis

* variables

* hipótesis: deben expresar de manera clara las relaciones entre las variables que deben ser dimensionadas y traducidas en indicadores que son los que permiten la observación directa o la medición de un hecho o fenómeno en estudio.

La hipótesis es una superposición de relaciones entre hechos o fenómenos sujeta a comprobación. Las Hipótesis en los estudios cualitativos no son de tipo causal, pero pueden establecerse relaciones entre variables, en un plano descriptivo. La verificación se da en la práctica y se mide por el éxito de una acción. (el efecto directo o indirecto dentro de la transformación de una situación).

* variable; es una cualidad, propiedad o característica de personas o casos en estudio y varía de un sujeto a otro o en un mismo sujeto en distintos momentos.

Según su ubicación en una hipótesis se clasifican en:

- variable independiente: es la que explica o determina el cambio de la variable dependiente.
- variable dependiente: es el resultado esperado (esta en función de otra)
- variable interviniente: es el elemento que puede estar presente entre las variable independiente y la dependiente es decir que influye en la aparición de otro elemento.

Las variables cualitativas o categóricas: se refieren a las propiedades de los objetos en estudio, lo que determina que una variable sea cualitativa es el hecho que no pueda ser medida en términos de cantidad, para medir una variable cualitativa utilizamos la Escala Nominal que es el nivel más elemental de la medición.

Consiste en clasificar los objetos de estudio según las categorías de una variable a la cual se le adjudica un número o letra, el cual sustituye el nombre de la categoría pero no

jerarquiza.

A este proceso de dar valor numérico se denomina codificar, se logra por lo tanto en este nivel de medición la categorización o identificación. Permite la comparación descriptiva entre variables o sus categorías, no permitiendo la comparación cuantitativa entre ellas.

Los indicadores son medida de indicio o indicador de la realidad que se quiere conocer, su elaboración no se realiza a priori, son una serie de instrucciones o reglas que desarrollamos para observar nuestra variable.

Podemos caracterizarlos como el máximo grado de operacionalización de las variables para el control empírico de los enunciados conceptuales.

ETAPAS: 1) Planteamiento del Problema: se identifica el hecho o fenómeno a conocer estudiando, determinando, describiendo el problema a estudiar. Esta etapa se complementa con la formulación del problema.

2) Construcción de un modelo teórico: hay que enmarcar el problema a estudiar y sus objetivos en un marco teórico.

Las fases son: * Seleccionar los elementos teóricos referentes al problema.

* Formulación de hipótesis.

* Elaboración del esquema de relaciones entre las variables.

3) Comprobación de las Hipótesis: una vez definido el marco teórico se procede a determinar la manera en que serán sometidas a prueba las relaciones entre los hechos y fenómenos.

* Diseño de la prueba

* Ejecución de la prueba

* Elaboración de los datos

* Conclusiones

4) Introducción de las conclusiones en la teoría; al aplicar el método científico se pretende no solo estudiar el problema y encontrarse respuesta al mismo si no lograr que esas hipótesis se incorporen a los conocimientos ya existentes sobre el tema, para esto se requiere la comparación de las conclusiones con las respuestas formuladas en el modelo teórico.

Según los resultados de dichas comparaciones se hacen ajustes al modelo. Lo que permite postular nuevas hipótesis para actividades posteriores a través del método científico: a) comparación de las conclusiones con las predicciones.

b) reajustes del modelo

c) sugerencias acerca del trabajo anterior.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL APARATO GASTROINTESTINAL

La función principal del aparato gastrointestinal es proporcionar el ambiente físico químico necesario para descomponer las grandes partículas alimenticias en sustancias menos complejas que puedan atravesar la mucosa del tubo gastrointestinal y penetrar en el aparato circulatorio, cumpliendo la función de digestión y absorción.

Otras funciones son la excreción de materiales alimenticios insolubles e inabsorbibles y la eliminación de los productos liposolubles de desecho, secretados por el hígado.

La boca inicia el proceso de la digestión masticando lubricando el alimento. La misma está constituida por: labios, mejillas, paladar duro y blando, lengua, glándulas salivares y los dientes.

La masticación del alimento se realiza por la acción de corte de los dientes, el adulto posee 32 dientes en maxilar superior e inferior.

La lubricación y la humidificación de los alimentos se realizan mezclándolos con las secreciones acuosas y mucosas de las glándulas salivares y con el moco segregado por las pequeñas glándulas que cubren la boca. La saliva neutraliza el ácido, de modo que la ptialina actúa a su Ph óptimo .

El Esófago es un tubo de 25 cm de largo que pasa por el tórax y el diafragma hasta el estómago, sus paredes poseen un recubrimiento mucoso, una capa muscular y una capa externa de tejido conjuntivo al igual que el resto del tubo digestivo. Su principal función es recibir el bolo alimenticio en la faringe e impulsarlo al estomago a través del peristaltismo.

El Estomago tiene forma de "J" y se sitúa por debajo del hígado en la cavidad

abdominal superior, formado por el cardias, fondo cuerpo y la región pilórica, presenta una curvatura cóncava y otra convexa y esta sostenido por el epiplon menor y mayor ambas membranas son prolongaciones del peritoneo parietal también almacenan grasa y reducen la difusión de las infecciones que llegan a la cavidad peritoneal.

En el estómago se almacena el alimento parcialmente digerido y se controla la velocidad con la que penetra al intestino delgado. El músculo liso del estómago permite la relajación y contracción. La secreción del ácido clorhídrico disminuye el Ph del contenido gástrico. También las células parietales de las glándulas gástricas segregan el factor intrínseco, polipeptido necesario para la absorción de la vitamina B12 por la mucosa intestinal.

El Intestino Delgado esta construido por 3 regiones; el duodeno que tiene una longitud de 0,25 mt, el yeyuno de 2,5 mt y el ileon de 3,5mt.

La superficie de la mucosa del intestino delgado posee millones de vellosidades conteniendo capilares sanguíneos y linfáticos las glándulas secretan enzimas y moco que se vacían entre las criptas en medio de las vellosidades.

La acidez del contenido gástrico es neutralizada en el duodeno por las secreciones alcalinas del hígado y páncreas. Las enzimas de las glándulas pancreáticas e intestinales continúan la digestión de las sustancias nutritivas ingeridas absorbiéndose la mayor parte de las mismas en el intestino delgado. El contenido de los intestinos se mezcla por las secreciones segmentarias rítmicas de la musculatura circular y por los movimientos pendulares que producen los músculos longitudinales, estos movimientos exponen continuamente a la mucosa a los nutrientes, no absorbidos acelerando su absorción.

El peritoneo forma el mesenterio que sostiene los intestinos y su aporte sanguíneo y recubre la cavidad abdominal, su secreción proporciona lubricación y hace que los intestinos se muevan libremente entre sí.

El Intestino Grueso tiene un diámetro mayor que el intestino delgado pero es más corto y sus paredes están fruncidas en pequeñas bolsas llamadas haustras. Consta de 5 partes; el colon ascendente situado en el lado derecho del abdomen recibe el contenido intestinal a través de la válvula ileocecal y lo lleva al colon transverso, que está situado horizontalmente atravesando el abdomen por debajo del hígado y del estómago.

El colon descendente transporta el contenido verticalmente hacia abajo por el lado izquierdo del abdomen entregándolo al colon sigmoide, con forma de S.

El Recto forma los 20cm finales del tubo intestinal terminando en el conducto anal cerrado por dos esfínteres, uno interno involuntario y uno externo voluntario.

La mucosa del ano está formada por pliegues verticales que le permiten aumentar de tamaño durante la defecación cada pliegue posee una arteria y una vena.

El Páncreas y el Hígado se consideran órganos accesorios de la digestión sus secreciones llegan al duodeno y a la papila duodenal con esfínteres para evitar el reflujó del contenido intestinal al colédoco.

El páncreas es una glándula mixta con segregación exócrina de enzimas y bicarbonato sódico y endocrina insulina, glucagon y otras hormonas. Está situado horizontalmente junto a la pared abdominal posterior, las secreciones se vacían en el duodeno a través del colédoco y por el conducto pancreático, accesorio más pequeño.

El Hígado es la mayor glándula del cuerpo situada debajo del diafragma ocupando la mayor parte del hipocondrio derecho y de la región epigástrica. Está formado por lóbulos divididos en otros más pequeños siendo estos las unidades funcionales. Cada lóbulo encierra una vena central y está rodeada de ramas de la arteria hepática, de la vena porta hepática y del conducto biliar. La sangre arterial proporciona oxígeno para que el hígado produzca bilis y procese la sangre portal hepática.

El hígado mantiene la concentración sanguínea de glucosa y aminoácidos eliminando

el exceso de estos elementos de la sangre portal y segregando glucosa cuando los niveles descienden sintetiza glucosa sanguínea, proteínas, aminoácidos y grasas.

La Vesícula Biliar tiene forma de pera y color verde como la bilis que contiene y almacena y concentra la bilis se contrae para expulsarla al duodeno durante la digestión de las comidas grasas.

RIEGO SANGUINEO: El estómago y el páncreas reciben la sangre de una rama de la arteria celiaca y el intestino delgado y la mayor parte del intestino grueso la reciben de las arterias mesentericas superior e inferior.

La sangre de estas regiones la recoge la vena porta hepática y la transporta al hígado, donde los nutrientes absorbidos son elaborados antes de penetrar en la vena hepática y en la vena cava.

ESTOMAS

ESTOMA: El termino estoma deriva del griego y significa boca apertura de un órgano interno hacia el exterior , de forma quirúrgica espontanea o yatrogenica.

CLASIFICACION DE LOS ESTOMAS SEGÚN SU FUNCION

Estomas Respiratorios; Derivación Traqueotomía
Laringostomía

Estomas Digestivos; Nutrición Faringostomía
Esofagostomía
Gastrostomía
Yeyunostomía

Eliminación Farigostomía
Esofagostomía
Gastrostomía

Estomas Intestinales; Eliminación Ileostomía
Cecostomías
Colostomía - ascendente
- transversa
- descendente
Sigmoidestomía

Estomas de Derivación Urinaria; Eliminación - Zona costal

- *Nefrostomía
- Directo al abdomen
 - *Ureterostomía cutánea - unilateral
- Con porción intestinal
 - *Conducto asa ileal
 - *Conducto asa colonica
 - *Continente de Kock
 - *Ureterosigmoidostomía

Construcción del estoma: encontramos estomas intestinales y de derivación urinaria

estos pueden ser ;

*Temporal- En asa,

- Fístula mucosa
- Cañón de escopeta
- Hartmann

* Definitiva- Continente de Kock

- Sigmoidea terminal

Localización de los estomas intestinales:

Estomas	Consistencia de las heces
Ileostomía	Líquida fluida
Cecostomía	Líquida corrosiva
Colostomía Ascendente	Semilíquida corrosiva
Colostomía Transversa ;	
*Angulo hepático	Semilíquida corrosiva
*Angulo medio	Semisólida no corrosiva
*Angulo esplénico	Semisólida no corrosiva
Colostomía Descendente	Semisólida no corrosiva
Sigmoidea	Heces formadas no corrosiva

Indicaciones de un estoma

Patología	Zona afectada
Enfermedades Neoplásicas	Faringe, Esófago, Ileon, Colon, Recto y Vagina
Enfermedades Inflammatorias e Infecciosas	Diverticulitis, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Pólipos, Síndrome de Gardner
Enfermedades Traumáticas	Perforación de Colon por arma blanca, de fuego o por accidente
Enfermedades Congénitas	Malformación ano rectal, Megacolon, Atresia anorectal e iliocecal
Enfermedades Adquiridas	Fístula, Estenosis por radiación

Complicaciones de los estomas

Inmediatas	Tardías
Edema	Estenosis
Oclusión	Prolapso
Hemorragia	Eventración
Necrosis Isquemica	Granulomas
Eviseración	Fístula
Desviseración	Lesión zona peri-ostomal
Hundimiento	
Absceso para-ostomal	

ESTOMAS INTESTINALES

OSTOMIA: Es el término con el que se designa la intervención quirúrgica cuyo objetivo es crear una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la piel abdominal.

COLOSTOMIA: Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal con el objetivo de crear una salida artificial para el contenido fecal.

Las colostomias definitivas: es la excercsis del aparato esfinteriano anal junto con el recto. Se realizan con el colon izquierdo sigmoideo o descendente y se exteriorizan a la piel al nivel de la fosa iliaca izquierda. Las patologías más comunes que llevan a esta situación son:

- a)- carcinoma de recto (situados en tercio inferior)
- b)- carcinoma del canal anal
- c)- con menor frecuencia la enfermedad de Crohn rectal
- d)- menos habituales; *incontinencia anal

*traumatismos; - anales
- rectales.

Las colostomias temporales: Se pueden realizar en cualquier parte del colon siendo la mas frecuente en el colon transverso seguido del sigmoideas y excepcionalmente del

colon derecho.

Estas se realizan para resolver la fase aguda de algunas enfermedades (oclusión intestinal baja debido a neoplasia, abscesos, procesos sépticos o peritonitis debidos a una enfermedad diverticular) en cirugía de urgencia y para evitar la aparición de complicaciones en el caso de falla de sutura.

Las más frecuentes en cuanto a su localización son;

***colostomía en Asa:** una sección del colon transverso habitualmente del lado derecho manteniendo en posición por medio de un tutor.

***Colostomía de Hartmann:** se realiza en aquella situación donde es necesario reseca una parte del colon habitualmente el descendente o sigmoide.

El colon proximal se aboca al exterior como una colostomía sigmoidea y el distal se cierran. Las menos frecuentes son la colostomía doble.

EDAD Y SEXO: las temporales al igual que las definitivas se dan en grupo de edad avanzada.

CFCOSTOMIA: se realiza sobre el colon ascendente abocándolo a la piel.

ILEOSTOMIA: es la sutura del íleon a la piel después de exteriorizado a través de la pared abdominal.

Las Ileostomías definitivas: son las que se realizan por distintas patologías como ser:

- a) Colitis Ulcerosa
- b) Poliposis Colónica
- c) Enfermedad de Crohn.

Las Ileostomías temporales: se realizan como parte del tratamiento urgente o programado de algunas enfermedades o para proteger al paciente de las complicaciones que puedan surgir como resultado de algunas intervenciones quirúrgicas.

EDAD Y SEXO: la edad de las personas portadoras de una ilco es inferior a la de

aquellas a las que se realiza una colostomía. Su mayor incidencia es en personas jóvenes no existe una frecuencia diferencial según el sexo.

PATOLOGIAS MAS ENCONTRADAS

CANCER COLO RECTAL; es la 2º causa de muerte tanto en la mujer como en el hombre y la distribución sexual es equivalente (1/1).

Factores Etiológicos:

*Ambientales; dieta rica en grasas y proteínas y pobre en fibra vegetal.

*Hereditarios; Poliposis familiar del colon, el Síndrome de Gardner y el Síndrome del cáncer de colon familiar.

Procesos patológicos predisponentes; Colitis Ulcerosa

Pólipos Edematosos; tubular y vellosos.

El 98% de los cánceres citorectales son adenocarcinomas, es un tumor de crecimiento lento. En una primera etapa crece hacia la luz intestinal para luego progresar de forma transversal y circunferencial provocando a veces una obstrucción intestinal o afectan a todo el espesor de la pared cólica e infiltrar estructuras adyacentes.

CLINICA Y LOCALIZACION

	<u>Colon derecho</u>	<u>Colon izquierdo</u>	<u>Recto sigmoide</u>
Dolor abdominal	muy frecuente	muy frecuente	menos frecuente
Cambio del hábito intest.	menos frecuente	bastante frecuente	muy frecuente
Hemorragia	"	"	"
Masa abdominal	muy frecuente	menos frecuente	

Distribución del cáncer colorectal;

11,4% colon descendente

13,5 % " transverso, ángulo hepático, ángulo esplénico

14% " ascendente

20,4% " sigmoide

40,7% recto.

Estrategia terapéutica: La resección del tumor con los ganglios linfáticos regionales es el tratamiento fundamental. El tipo de cirugía depende del drenaje linfático y aporte

sanguíneo de la región donde se asienta el carcinoma, muchas veces se trata de evitar la colostomía. Como tratamiento complementario se administra quimioterapia asociada con radioterapia en los tumores rectales.

POLIPOS:* Son excrecencias del recubrimiento mucoso del colon

*Cualquier masa de tejido originados en la pared intestinal que protuye en la luz .

Los pólipos pueden ser sesiles o pedunculados y variar considerablemente de tamaño.

Histologicamente estas lesiones se clasifican en adenomas tubulares, tubulo vellosos, adenomas vellosos, carcinomas polipoides, etc.

La incidencia oscila entre el 7 % y el 50 %. Los pólipos se detectan mediante enemas baritados con doble contraste, sigmoidoscopia, colonoscopia.

Los pólipos se encuentran en el recto, en el colon sigmoide y ciego. La mayoría de los pólipos son asintomaticos, lo más frecuente es la hemorragia rectal, los espasmos o el dolor abdominal, o la obstrucción pueden ser signos de lesión de gran tamaño.

Tratamiento: deben extirparse por completo, los adenomas vellosos grandes tienen un elevado potencial de malignización.

ENFERMEDAD DIVERTICULAR - La enfermedad diverticular tiene dos formas clínicas, la diverticulosis y la diverticulitis. Los puntos más frecuentes de aparición son en el colon descendente y sigmoide.

Es muy frecuente definir de los 40 años y su frecuencia aumenta con la edad. Las diferencias entre sexos no están claras.

En la diverticulitis, el alimento no digerido se mezcla con bacterias y se acumula en el saco diverticular, formando una masa dura (fecalito). Esto hace que si se interrumpe el riego sanguíneo, produciendo una inflamación debido a mayor sensibilidad a los ataques de las bacterias. Esta inflamación puede dar lugar a perforación, absceso, peritonitis, obstrucción y hemorragia. También puede producirse una fístula en el colon inflamado

por adherencias a la vejiga o a otros órganos.

La diverticulosis no suele producir síntomas, salvo dolor recidivante en el cuadrante inferior izquierdo en algunas ocasiones, con estreñimiento alternando con diarrea. En cambio, la diverticulitis provoca dolor de tipo calambre en el cuadrante inf. izquierdo o en abdomen medio que se irradia a la espalda, aumento de gases, hemorragia rectal y signos de obstrucción parcial.

Cuando las materias fecales rezuman por la rotura y producen sepsis con fiebre alta se produce una peritonitis.

Tratamiento de la Enfermedad Diverticular - La frecuencia de ataques agudos puede reducirse al mantener deposiciones blandas, con tratamiento dietético, también se prescribe antibióticos, reposo en cama y a veces analgésicos. Si no responde al tratamiento médico se aconseja la intervención quirúrgica.

PERITONITIS: es una inflamación del peritoneo abdominal. La aparición de la misma se atribuye a invasión bacteriana o irritación química. La invasión bacteriana puede deberse a un intestino perforado, por ejemplo, abscesos, divertículo roto, apendicitis aguda con rotura y la hernia estrangulada.

La irritación química puede deberse a la sangre, bilis, tejidos necróticos, enzimas pancreáticas. La curación de la peritonitis puede ser espontánea, pero la habitual es necesario un tratamiento agresivo.

TRATAMIENTO ROMOS PENETRANTES:

Un número importante de personas sufren cada año heridas accidentales, en las que muchas de ellas pierden la vida.

Los traumatismos son la causa principal en las edades de 1 a 37 años y son causa de muerte a todas las edades situándose en los primeros lugares. La mortalidad está relacionada directamente proporcional con el número de órganos lesionados y la lesión

vascular.

La herida punzante es la 2º lesión penetrante más frecuente y ocasionan una menor mortalidad que las heridas por armas de fuego.

Los accidentes de automóvil o peatonales producen el 50 % - 70 % de las lesiones abdominales, el órgano lesionado con mas frecuencia es el bazo.

La morbilidad de las heridas de colon depende de la contaminación fecal de la cavidad peritoneal, el Cirujano dispone de varias opciones para tratar las heridas de colon por ejemplo la resección primitiva con anastomosis, el cierre de la herida de colon con colostomía de asa proximal, en el ciego se puede realizar un tubo de cecostomía o una ileostomía de asa proximal. Las heridas del lado izq. del colon se tratan con una colostomía del asa terminal o una colostomía terminal. El cierre de estas ostomías temporales suele hacerse a las 6 - 12 semanas de la intervención inicial, los factores que influyen en el tipo de cierre son la amplitud de la herida y el nivel de contaminación, el intervalo entre la herida y la reparación y la estabilidad física del usuario.

**ACCIONES PSÍQUICAS ADECUADAS E INADECUADAS A LA
SITUACIÓN DE ENFERMEDAD**

INTRODUCCION

Consideramos la Salud y Enfermedad como aspectos de un continuo ajuste a las exigencias cambiantes de la vida. La integración de los factores psicológicos en las concepciones médicas permite incorporar a una teoría general de la enfermedad una serie de aspectos que antes eran olvidados.

La enfermedad es una respuesta compleja de una persona en sus niveles biológicos, emocional e interpersonal, un proceso pleno de significación humana.

FACTORES QUE CONDICIONAN LA VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

La manera como el paciente "se viva" enfermo dependerá de la :

A) Situación biológica

- Tipo de afectación que padezca (gravedad, forma de instalación, evolución etc.)
- Limitación que esta imponga

B) Situación psíquica del paciente

- Personalidad previa
- Historia vital
- Etapa evolutiva que atraviesa; infancia adolescencia, adultez ancianidad
- Respuesta al tratamiento
- Conocimiento y creencias que el paciente tenga o crea padecer
- Huellas traumáticas que una enfermedad ha dejado sobre él (por ejemplo; cuando ha sido la causa de muerte de un familiar)

C) Situación de los vínculos a nivel familiar, laboral y social

- Grado en que pueda ser ayudado por su entorno familiar, laboral y social

- Concepciones culturales sobre la enfermedad

D) Situación asistencial y las relaciones con el médico y el equipo tratante y las instituciones asistenciales.

VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD

La enfermedad rompe con la **NEGACION ASISTENCIAL** con que las personas vivimos, que nos lleva a ser plenamente conscientes de todos los peligros que amenazan realmente la vida.

Generalmente el enfermar es vivido como un “drama”, como una “conmoción”, como una respuesta en peligro de la existencia.

Es la pérdida de salud, la “muerte del hombre sano que era”. El paciente en esta situación se siente angustiado. Se siente que ha perdido la “libertad” ha “perdido el control de su propio cuerpo. No puede de por sí controlar su corazón, riñones, etc. Citamos las palabras de un paciente con leucosis que nos dice; ”la sangre se me hace agua, los glóbulos blancos se comen los rojos”, ”no sé lo que hacer porque yo me cuido, cumpla con el tratamiento que me indican e igual me descompenso”.

Siente que necesita “someterse “a los otros. Se dirige al medico porque piensa que le puede decir que tiene, que le acontece, que deber tomar y que debe comer. Es común que digan los pacientes ”Yo estoy en manos del Doctor X”, y que tomen una actitud regresiva. El enfermo reacciona frente a la enfermedad mediante mecanismos psicológicos que tienden a reequilibrar y readaptar el organismo en su conjunto, pero que pueden a su vez volverse inadecuados

REACCIONES DE ADAPTACION A LA SITUACION DE ENFERMEDAD

Cualquier persona utiliza en distintas etapas de su desarrollo y en distintos momentos todos los mecanismos de defensa. Los mecanismos de defensa son una serie de procesos en su mayor parte inconsciente que buscan reducir la angustia u otros

sentimientos desagradables. Se forman estos a lo largo de la infancia, operan en forma inconsciente en todas las personas, cualquiera sea el grado de salud mental. Desde que el paciente siente sus síntomas trata de vencer su primera dificultad en ir a la entrevista técnica donde enfrentara un probable diagnóstico que se confirmara o no, mientras se indican análisis ya están actuando estos mecanismos.

El Médico espera que el paciente actúe razonablemente frente a su enfermedad.

Sin embargo es necesario poner el énfasis en lo que tiene que ver con los sentimientos que se ponen en juego. Unir lo que se piensa con lo que se siente es a veces difícil porque el Médico se siente él mismo afectado, y debe reencontrar frente al Paciente la distancia óptima que le permita acercarse a lo que éste siente sin dejar de discriminarse y de rescatarse para su función específica

Toda amenaza a la salud pone en juego: emociones muy fuertes:

-TEMOR (incertidumbre, desconfianza, etc.)

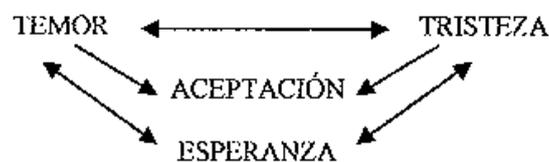
-TRISTEZA (dolor psíquico, rabia, etc.)

-ESPERANZA (confianza, ilusión, etc.)

Normalmente se da una oscilación entre estos sentimientos:



Cuando esto evoluciona favorablemente surge la aceptación realista y útil de la nueva situación creada por la enfermedad.



Cuando existen perturbaciones estas reacciones se complican:

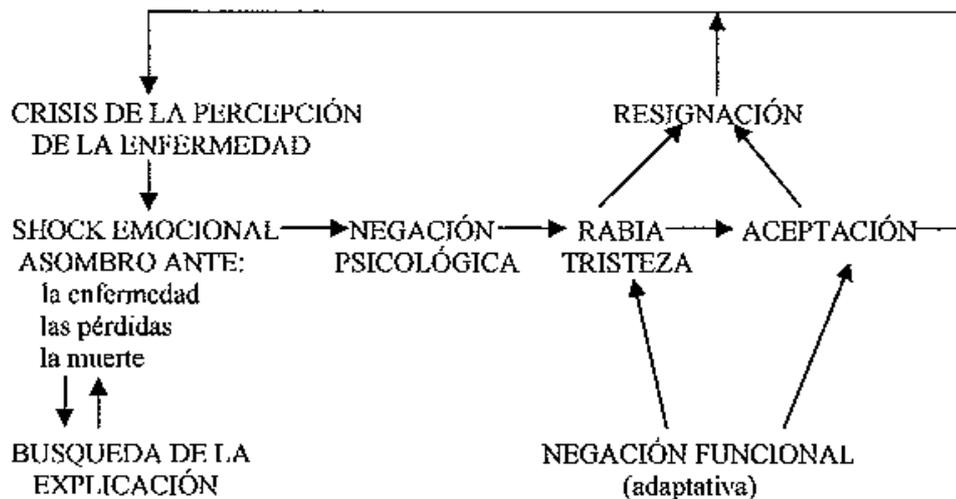


Pero es necesario no confundir el temor y la tristeza, afectos normales, con las formas patológicas de ansiedad o depresión.

Cuando alguien esta con miedo o triste por lo que le ocurre no necesita psicofármacos sino un vínculo humano que le conforte. Cuando se trata de enfermedades que pueden conducir a la muerte, las reacciones son más complejas.

Esquemáticamente estas son las reacciones adecuadas e inadecuadas:

Distintos tipos de reacciones: CIRCUITO DE REACCIONES ADECUADAS



La persona al sentir gravemente amenazada su salud, responderá con una conmoción temporal, un: a) **SHOCK**, con el sentimiento que cambia todo el curso de su vida. La primer reacción que le permitirá salir del Shock será la; b) **NEGACION** y el **AISLAMIENTO**. La **NEGACION** que implica que el paciente se conduzca como si no tuviera ningún trastorno, oficiando como “amortiguador” después de haber vivido una situación conmocionaste y permitiendo recobrase poco a poco para utilizar otros mecanismos menos radicales, “esto no puede pasarme a mi”, “deben estar equivocados”.

En el **AISLAMIENTO** se daría en el paciente una separación entre sus sentimientos y la enfermedad, sintiéndose a ésta como algo fuera de él, con una actitud de alejamiento, hablando de ella como si se tratara de algún otro.

Estos mecanismos son adecuados en un primer momento para poder de esa forma ir lentamente metabolizando lo que está ocurriendo.

Siguiendo el circuito normal se pasa a otra etapa de;

c) **RABIA, ENOJO** y también **TRISTEZA**, así es como muchas veces se buscan “chivos emisarios”, tratando de encontrar a alguien o a algo que debe tener la culpa de lo que sucede.

También encontramos **DESCONFIANZA**, dicen los pacientes “siento que los médicos me usan, están probando conmigo, me tienen de conejillo de indias”.

A su vez, mostrando pesadumbre y tristeza frente a la situación de “pérdida” que implica la enfermedad. Es de importancia la contención y manejo de las emociones, lo que va a estar dado por: - el paciente mismo, dada su estructura de personalidad previa, - el grupo familiar, no colocándose a la defensiva ni tomando represalia si los familiares o médicos contestan de igual forma a esta situación de enojo del paciente, lo que puede llevar a sentimientos de culpa y depresión, que a su vez generan culpa en

los familiares,

- equipo asistencial, que ha de comprender que la actitud del paciente no es dirigida en realidad hacia ellos, sino que es la rabia frente a su propia situación la que es proyectada en los otros. La enfermedad implica restricciones, ya sea desde el punto de

vista; - físico
- social
- laboral
- sexual,

ante lo que se han de dar cambios en la vida del paciente. El éxito de éstos depende, entre otros, de la elaboración de las pérdidas que implica la situación, para lo cual la tristeza ha de estar presente.

Se pasa luego a una etapa donde se daría la metabolización de la situación, derivando en la:

d) **ACEPTACION** de lo que ocurre y por lo tanto el poder ver como incluir la enfermedad en la planificación de su vida.

Puede ser que en el paciente no se de la aceptación de su enfermedad, sumiéndose entonces en un estado de: e) **RESIGNACION** se entrega pasivamente a su destino, no habría lucha, ni esfuerzo por aprovechar lo que queda de vida.

Cuando la enfermedad conduce por fin a la muerte se dará la; f) **DEPRESION FINAL**, donde habría una aceptación de la muerte, llegándose a esta a través de una separación gradual de los vínculos que lo unen al mundo que lo rodea. El interés se encuentra egocéntricamente reducido, limitándose a la satisfacción de las necesidades más elementales.

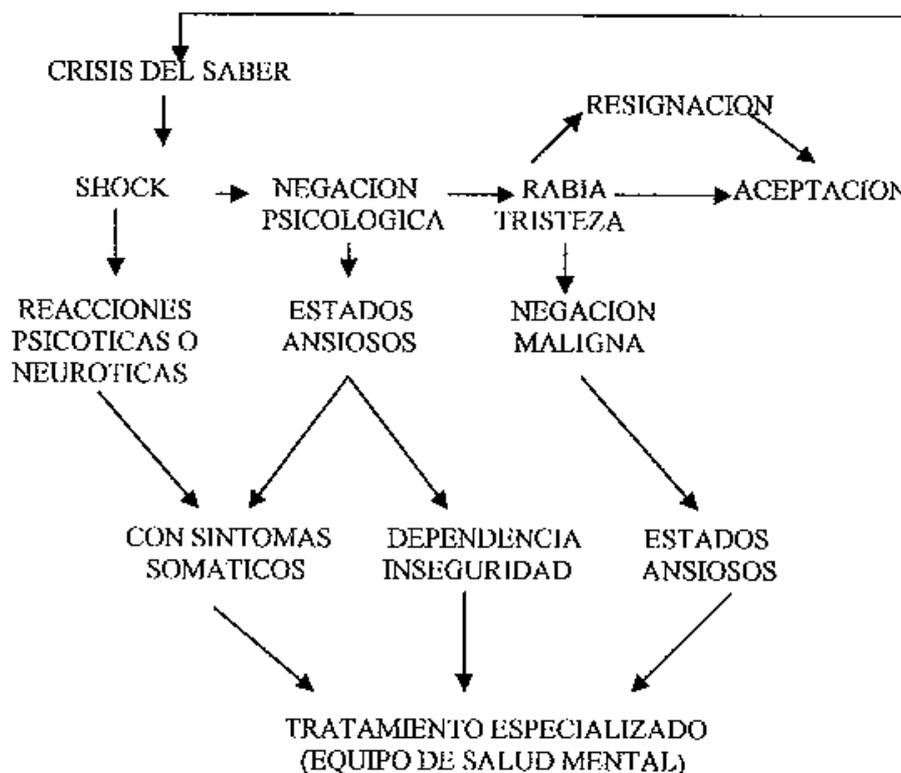
El "buen paciente" que siempre está como si nada le pasara es porque no está procesando bien su situación pre o postoperatoria.

La mejor situación es aquella en la cual el paciente puede aceptar su enfermedad, siendo la aceptación la que le permite desarrollar otras potencialidades.

REACCIONES DE INADAPTACION A LA SITUACION DE ENFERMEDAD

Consideramos como reacciones de inadaptación a la situación de enfermedad cuando las anteriormente mencionadas (negación, aislamiento, rabia, etc.) se rigidizan, se estereotipan y no permiten una adecuación a la nueva situación.

VARIACIONES INCLUYENDO REACCIONES INADAPTADAS



Frente al Shock emocional dado en un comienzo se pueden dar cuadros psiquiátricos que requieran otro tipo de instrumentación de tratamiento, como ser la DEPRESION SEVERA, donde la tristeza llega a tal grado que se pierde todo interés vital, o un ESTADO DE ANSIEDAD importante que estaría mostrando como el mecanismo defensivo de la negación estaría fallando.

RELACION CON LA FAMILIA

La enfermedad de un miembro de la familia trae alteraciones en el resto de los integrantes, pudiéndose sumar la crisis emocional ya producida por la enfermedad misma, la conflictiva económica que trae esta aparejada, dándose una serie de cambios a nivel familiar, los que tendrán mayor o menor magnitud de acuerdo al integrante que este enfermo.

Todo esto hace indispensable la relación del médico tratante con el grupo familiar. Un conocimiento de la situación puede ayudar a entender reacciones que se están dando en el paciente y que pueden estar desencadenadas por la situación familiar y social en la que esta inserto al paciente.

PROCESO DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD

Para estudiar el proceso de adaptación a la enfermedad se debe tomar en consideración: a) que la adaptación es un proceso psíquico gradual que pasa por distintas etapas (marchas y contramarchas)

b) que se deben investigar 3 componentes del proceso: el manejo de la información sobre la enfermedad (componente intelectual o cognitivo); la marcha de las reacciones emocionales (componente afectivo) y la adecuación de las conductas en juego (componente comportamental o conductual)

c) que en cada uno de estos componentes se debe tomar en cuenta por un lado la participación del médico y del equipo y por otro del paciente y su familia (concepto de "vínculo" o relación médico - paciente).

A) COMPONENTE COGNOCITIVO

A 1 - POLO MEDICO: Suministro de información clara, suficiente y dosificada que le permite al paciente: a) conocer su situación y prepararse para enfrentar las próximas

etapas y b) mantener la esperanza necesaria para el equilibrio psíquico.

A 2 - POLO PACIENTE: Absorción y elaboración de la información recibida:

- Normal: por momentos pensar en la enfermedad y por momentos olvidarse de ella
- Negación o rechazo intelectual (grados: 1) dudar, 2) no creer, 3) "borrar" lo oído)
- Magnificación elaboración hipocondríaca (preocupación patológica por la salud con sospechas inmodificables)
- Distorsión de la información: problemas con relación a déficits de nivel intelectual o cultural.
- Reelaboración sobre la base de creencias religiosas o culturales.

B) COMPONENTE AFECTIVO

B 1 POLO MEDICO: Grado de apoyo emocional al paciente (firmeza, calidez, confianza mutua, empatía) aunque el médico como ser humano pueda experimentar rechazo, fastidio, etc.).

B 2 POLO PACIENTE: a) Respuesta normal: oscilación entre sentimientos de temor - ansiedad, pérdida - depresión y esperanza - evasión

- b) Mecanismos psíquicos disfuncionales o potencialmente patógenos:
 - Negación emocional (frialidad, desprecio de los problemas, "no me importa nada")
 - Dependencia excesiva, idealización exagerada del médico, pasividad ("no puedo hacer nada por mi mismo")
 - Omnipotencia ("a mi no me puede pasar")

C) COMPONENTE COMPORAMENTAL

C 1 POLO MEDICO: - Calidad de la asistencia y de trato al paciente

- Fomento de auto - cuidado responsable de la salud

C 2 POLO PACIENTE: - Grado de control activo y colaborativo frente a la situación

- Adherencia al tratamiento (observancia permanente, esporádica o nula).

EL INDIVIDUO Y SU ENTORNO. ATENCIÓN INTEGRAL
DE ENFERMERÍA

La persona ostomizada desde el momento en que se le detecta la enfermedad, pasa por distintas situaciones, presenta un cambio momentáneo en sus roles sociales.

Al ser intervenido quirúrgicamente y realizarle una ostomía por lo general se tiene miedo a la muerte y también a la posible pérdida del control esfinteriano.

La presencia de un estoma implica una pérdida de la imagen corporal, y para adaptarse a su nueva situación precisará de un tiempo que variará según la situación de cada individuo.

La imagen corporal es la que tiene cada individuo de sí mismo, se inicia con el nacimiento y se va conformando durante las distintas etapas de la vida. La aceptación o rechazo de la misma vendrá determinada por la comparación que establezca con otros miembros de su grupo social y cultural.

Las personas ostomizadas pueden presentar una pérdida de autoestima por miedo a ser rechazado en su grupo social, familiar y cultural.

Toda pérdida implica un duelo y la persona portadora de una ostomía pasará por todas las fases de duelo antes y después de la intervención.

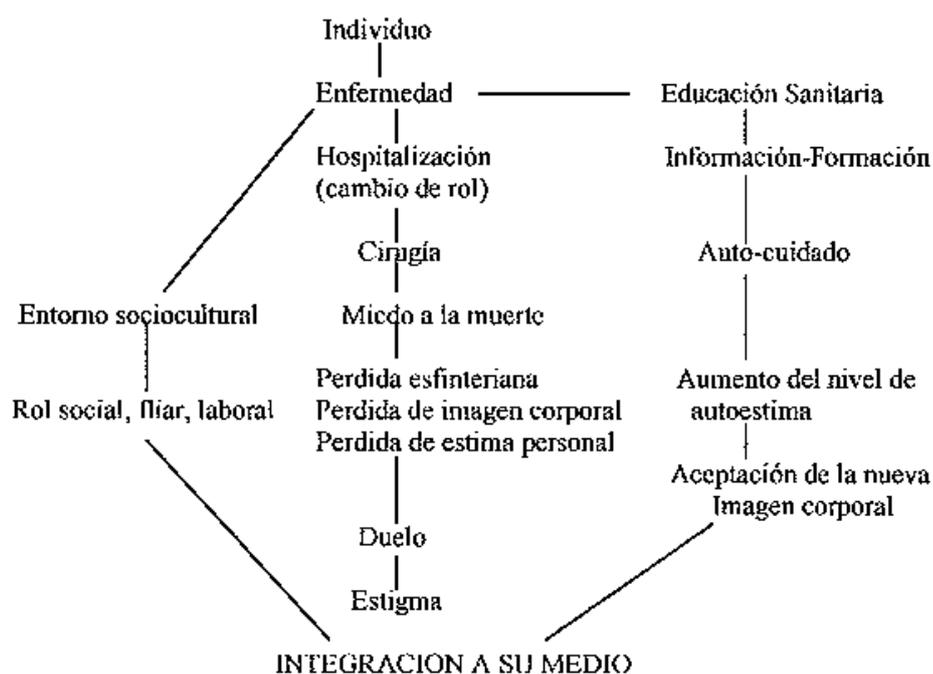
Otro factor a tener en cuenta es el sentimiento de estigmatización que suelen tener las personas ostomizadas; a partir de su nueva situación puede convertirse en una persona con problemas de aceptación por parte de su grupo social, ya que en ocasiones, puede ser detectada la presencia de su estoma y ser rechazado.

La información y la formación tanto a los candidatos a una ostomía como a los ostomizados consta de: a) individualización de los cuidados, dirigida a la persona interesada y a los familiares b) información y formación en grupos reducidos a realizar en la consulta de estomaterapia con éstas personas y sus familiares si se necesita.

Tanto el aprendizaje como la ayuda que se brinda contribuyen a conseguir una mejor y más rápida adaptación a su medio socio cultural.

Con la Educación Sanitaria a través de la información y formación así como con el aprendizaje de su auto-cuidado y el apoyo del Personal Sanitario y de sus familiares, aumentarán su nivel de autoestima y podrán aceptar su nueva situación, conseguirán además una buena adaptación a su medio y podrán cumplir de nuevo sus roles sociales.

La función del o la Lic. Estomaterapeuta consiste en ofrecer cuidados integrales e individualizados con ayuda de todo el Equipo de Salud, de una manera continuada, es decir en las distintas etapas de: hospitalización, y a través de la consulta en policlínica después del alta.



ANEXO II

COLECTIVO DE AUTORIZACION

A INSTITUCIONES

PARA REALIZAR LA

INVESTIGACION

Montevideo, 16 de Mayo de 1999.

Jefe del Departamento de Enfermería;
Lic. Enfermería Nelida Perez;

Somos un grupo de Estudiantes (Generación 92) que estamos llevando a cabo la Tesis de Investigación donde el tema propuesto es "Ostomía Realidad y sus Consecuencias", motivo por el cual nos dirigimos a Usted con la finalidad de solicitar autorización para trabajar con la Población Ostomizada del Hospital Pasteur (Ostomía Digestivas Transitorias y Definitivas)

Desde ya muy Agradecidos.
Saluda Atentamente

Por el Grupo Nº8 de Est. Del I.N.D.E.
Mariela Silva 90332

Montevideo, 8 de Mayo de 1999.

Jefe del Departamento de Enfermería ;
Dr Jorge Vazquez ;

Somos un grupo de Estudiantes (Generación 92) que estamos llevando a cabo la Tesis de Investigación donde el tema propuesto es "Ostomia Realidad y sus Consecuencias", motivo por el cual nos dirigimos a Usted con la finalidad de solicitar autorización para trabajar con la Población Ostomizada del Hospital Clínicas (Ostomia Digestivas Transitorias y Definitivas)

Desde ya muy Agradecidos.
Saluda Atentamente

Por el Grupo Nº8 de Est. Del I.N.D.E.
Mariela Silva 90332

Montevideo, 4 de Julio de 1999.

Jefe del Departamento de Enfermería :

Lic. Enfermería Vilma Dos Santos:

Somos un grupo de Estudiantes (Generación 92) que estamos llevando a cabo la Tesis de Investigación donde el tema propuesto es "Ostomía Realidad y sus Consecuencias", motivo por el cual nos dirigimos a Usted con la finalidad de solicitar autorización para trabajar con la Población Ostomizada del Hospital Clínicas (Ostomía Digestivas Transitorias y Definitivas)

Desde ya muy Agradecidos.
Saluda Atentamente

Por el Grupo N°8 de Est. Del I.N.D.E.
Mariela Silva 90332

NUEVO MUNDO

ENTREVISTAS

A USUARIOS

PERSONALIZADOS

ALFREDO VILA

ENTREVISTAS

A

LE

ENTREVISTA A LIC. ESTOMATERAPEUTA

- 1)¿Cuánto tiempo hace que desempeña el cargo de L.E Estoma terapeuta?
- 2)¿Qué función cumple como tal?
- 3)¿Que población asiste, su procedencia, edad y sexo?
- 4)¿Cuenta con registro sobre los usuarios ostomizados?
- 5)¿Cuál es la patología más común que deriva en ostomía: transitoria y definitiva?
- 6)¿Realiza un seguimiento, cómo?
- 7)¿Mantiene contacto con otras Instituciones como ser Centro de Ostomizados o Laboratorios ?
- 8)¿Con qué recursos financieros y materiales cuentan?
- 9)¿Cómo acceden al material los usuarios?
- 10)¿Lleva a cabo planes de educación en forma personal o con un equipo Multidisciplinario?
- 11)¿Deriva los usuarios a otros profesionales en caso de ser necesario?
- 12)¿Cuenta con material educativo para proporcionar al usuario?
- 13)¿Lleva el Departamento de Enfermería, educación continua en esta área?

Respuestas de la entrevista realizada a la Lic.Enf. Estomaterapeuta Feliza Maftosa

- " El cargo lo desempeño desde hace 3 años, presenté un proyecto al Hospital Pasteur que fue aceptado, en el cual se abrió la policlinica de ostomizados.
- Función: educación pre y post operatoria salvo en urgencias, asistencia e investigación.
- La población que asiste principalmente son usuarios del interior del país.
- Entre edades jóvenes las patologías mas encontradas son Enfermedad de Crohn y heridas de bala y en el adulto el cáncer.
- Se realizan registros e incluso se llevan estadísticas.
- Se realiza un seguimiento de los usuarios en 3 consultas post operatoria en forma

gratuita, si requiere mas consultas se hace en forma particular.

- Mantenemos contacto con Instituciones Privadas y Públicas y también con el Centro de Ostromizados, además se brinda información a distintos Centros en conjunto Con la L. E. Zanella.

- Los recursos materiales los compra el Hospital mediante un convenio con el Laboratorio Urifarma, los usuarios reciben un aro y una bolsa en cada consulta y en caso de ser necesario es derivado a otro profesional por parte del Médico.

- Tenemos folletos muy básicos como higiene del estoma, como colocar el aro y el cuidado de la bolsa.

- Cuento con 2 Aux. de Enf. que colaboran conmigo, los cuales capacito así como con cursos dentro del Hospital. Cuentan con videos, fotos de las distintas ubicaciones de los estomas y procedimientos de cómo colocar el aro y la bolsa."

Respuestas de la entrevista realizada a Lic. Enf. Rosmary Grascide:

- " La especialización de Estomaterapeuta no se hace en el País, yo no tengo el curso hecho para tener el título, solo me he dedicado un poco dentro de la Cirugía, me interesaba el tema y me dediqué a eso como complementario, porque los pacientes Quirúrgicos algunos presentaban colostomía, he realizado cursos, pero dentro del País.

- La relación directa que hay en la aceptación de la ostomia y la edad, si puede ser importante, pero un tema muy importante es la causa por la cual se va a realizar una ostomia, por ejemplo, se ha dado casos de Pacientes jóvenes que son portadores de una patología intestinal crónica. Estos Pacientes mejoran notoriamente la calidad de vida después que se realiza una Colostomia.

Diferente a cuando son patologías neoplásicas, terminales, o de urgencia, que no se encuentran con ningún tipo de preparación y que se encuentran sorpresivamente con una ostomía.

- Se ha hecho formación de Personal mediante jornadas en el Hospital con la participación de Docentes y otras Licenciadas que vienen a colaborar. Las Licenciadas tienen la oportunidad de hacer cursos en Laboratorios.

- En el Hospital no se hace preparación del Paciente. No hay una persona dedicada a eso, si las hay en Instituciones Privadas. No hay nada Normatizado, el Paciente recibe en el postoperatorio información y educación.

- No hay una Policlínica, el Paciente se va con la educación que se le dio, luego se les informa del Centro de Ostomizados, también se manda al Laboratorio Sanifico dependiendo de los recursos del Paciente.

- La Dietista trata de orientar al Paciente para evitar el consumo de ciertos alimentos, dentro de lo posible.

- Importante es la familia para la aceptación de la Ostomía, debido a los cuidados que se le debe realizar, principalmente en los Pacientes añosos.

- Hay dos tipos de carencia en el Hospital: carencia de conocimiento, por un lado, debido al personal nuevo asignado al sector, y otros son los recursos materiales que son sumamente importantes."

ALFARO IV

CRONOGRAMA

DE ACT.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<u>ACTIVIDADES</u>	<u>ABRIL</u>	<u>MAYO</u>	<u>JUNIO</u>	<u>JULIO</u>
<u>Presentación del Protocolo</u>	■			
<u>Planificación Entrevista a L. F.</u>	■			
<u>Aplicación Plan Piloto</u>		■		
<u>Ejecución</u>		■	■	■
<u>Tabulación</u>				■
<u>Análisis e Interpretación</u>				■
<u>Informe Final</u>				■

RECURSOS HUMANOS:

- * Estudiantes del I.N.D.E. integrantes del grupo N°8 del Trabajo de Investigación
- *Docentes (tutoras).

RECURSOS MATERIALES:

- * Computadora
- *Hojas de Computadora
- *Bolígrafos
- *Cuadernolas
- *Impresora.

RECURSOS FINANCIEROS: Se realizo, un fondo común entre todos los integrantes del grupo para poder solventar los gastos de todo el material utilizado para realizar el trabajo.

ANEXO V

MATRIZ DE

DATOS

