



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Tesis

“Cuidado de enfermería en niños con colostomía”

Que para obtener el grado de:

Licenciado en Enfermería

Presenta

PLESS. Mayra Guadalupe Murillo Ortega

Asesora

DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coasesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Morelia, Michoacán

Octubre de 2019



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

Tesis

“Cuidado de enfermería en niños con colostomía”

Que para obtener el grado de:

Licenciado en Enfermería

Presenta

PLESS. Mayra Guadalupe Murillo Ortega

Asesora

DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Coasesora

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Revisora

Dra. Vanesa Jiménez Arroyo

Morelia, Michoacán

Octubre de 2019

Dedicatorias

Este significativo logro es para mis padres que depositaron toda la confianza en mi y me brindaron apoyo incondicional para crecer como persona y optar por una carrera que ahora estoy a punto de concluir.

A mi familia, amigos y personas que han estado de cerca durante estos años de estudio, que han sido inspiración, compañía y mi motor para alcanzar metas.

Agradecimientos

Siempre a Dios por darme vida para seguir mis metas y darme licencia de disfrutarlas con mis seres queridos; por ponerme las personas correctas en mi camino que han sido mi guía e inspiración.

A mi asesora de tesis Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar un agradecimiento especial por su tiempo, su dedicatoria a este trabajo y disposición que desde un principio otorgó, ya que con su enseñanza y capacidad no soy una más que se inclina por el camino fácil. Gracias por transmitirme su conocimiento y fortalecer en especial mi persona hacia el ámbito profesional.

Agradezco también al Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” y el personal de enfermería que lo conforma, por abrirme las puertas para desempeñarme en el ámbito laboral durante mi servicio social y llevar a cabo esta investigación.

Y a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo que me ha dado las bases para formarme como profesionista y oportunidades para seguir creciendo.

Gracias también a mi familia y amigos que han estado siempre, pidiendo disculpas por no poder pasar tiempo valioso a su lado, llevo conmigo los mejores recuerdos.

Índice de contenido

Introducción.....	12
Capítulo I	14
I. Justificación.....	15
Estudios relacionados.....	16
Planteamiento del problema.....	22
Capítulo II.....	24
II. Marco teórico	25
Enfermería y el cuidado.	25
Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Harman Watson, 1978.....	25
Colostomías	27
Desarrollo histórico	27
Clasificación de los estomas	29
Características del estoma	29
Indicaciones para colostomía	29
Tipos de colostomía.....	30
Complicaciones de las colostomías	31
Actuar de enfermería ante complicaciones de la colostomía.....	33
Dermatitis.....	35
Dispositivos para estomas	37
Protectores cutáneos.....	38
Cuidado de la colostomía	39
Bolsa para colostomía.....	40
Objetivos.....	44
Objetivo general.....	44
Objetivos específicos	44
Capítulo III	45
III Material y métodos.....	46

3.6 Límites.....	46
3.7 Variables.....	46
3.8 Criterios de selección.....	46
3.9 Descripción del instrumento.....	46
3.10 Procedimiento para la recolección de la información	47
3.11 Tratamiento estadístico	47
3.12 Aspectos éticos y legales en materia de investigación	47
Capítulo IV.....	49
IV Resultados	50
Conclusiones	63
Discusión	63
Sugerencias.....	63
Capítulo V	64
V. Referencias bibliográficas	65
Apéndices	69
Apéndice 1.....	69
<i>Operacionalización de variables</i>	<i>69</i>
Apéndice 2.....	72
Consentimiento informado	72
“Escala de medición del cuidado de enfermería en colostomías”	73

Índice de tablas

Número	Nombre de la tabla	Página
Tabla 1	Estudios relacionados. Análisis de diversos artículos relacionados con ostomías.	18
Tabla 2	Edad de los participantes.	50
Tabla 3	Sexo de los participantes.	50
Tabla 4	Estado civil de los participantes.	51
Tabla 5	Grado académico de los participantes.	51
Tabla 6	Servicio de adscripción de los participantes.	52
Tabla 7	Turno de trabajo de los participantes.	52
Tabla 8	Antigüedad de los participantes en la institución.	53
Tabla 9	Lavado de manos previo al cuidado del estoma.	53
Tabla 10	Uso de guantes para el cuidado del estoma.	53
Tabla 11	Tipo de guantes utilizados para el cuidado del estoma.	54
Tabla 12	Uso de jabón para brindar el cuidado del estoma.	54
Tabla 13	Tipo de jabón.	54
Tabla 14	Frecuencia para el cambio de la bolsa de colostomía.	55
Tabla 15	Frecuencia del cambio de la barrera cutánea en dispositivo de dos piezas.	55
Tabla 16	Acciones de enfermería en relación con el vaciado de la bolsa de colostomía.	55
Tabla 17	Retirada de la bolsa de colostomía.	56
Tabla 18	Insumo utilizado para la limpieza del área periestomal.	56

Número	Nombre de la tabla	Página
Tabla 19	Técnica utilizada para el secado de la piel periestomal.	57
Tabla 20	Producto más utilizado para proteger la piel periestomal.	57
Tabla 21	Medición del estoma previo a la colocación del dispositivo.	57
Tabla 22	Recorte del dispositivo de colostomía.	58
Tabla 23	Colocación del dispositivo de colostomía.	58
Tabla 24	Capacitaciones sobre el cuidado en niños con colostomías por parte de la institución.	58
Tabla 25	Frecuencia con la que el personal de enfermería recibe capacitaciones.	59
Tabla 26	Características del gasto fecal de la colostomía considerado de alarma.	59
Tabla 27	Tiempo que debe transcurrir después de la instalación de la colostomía para que presente gasto fecal.	60
Tabla 28	En colostomía de dos bocas ¿Qué estoma presenta el gasto fecal?	60
Tabla 29	Dirección hacia la que se debe dejar la bolsa de colostomía para su drenaje.	60
Tabla 30	Cuidado global que ofrece el personal de enfermería participante a pacientes con colostomías.	61
Tabla 31	Variables sociodemográficas más significativas asociadas al cuidado adecuado de colostomías.	61

Número	Nombre de la tabla	Página
Tabla 32	Edad asociada al cuidado adecuado de colostomías.	62
Tabla 33	Antigüedad asociada al cuidado adecuado de colostomías.	62
Tabla 34	Operacionalización de variables.	69

Índice de figuras

Número	Nombre de la figura	Página
Figura 1	Aparato digestivo.	29
Figura 2	Dispositivos para colostomía.	37

Resumen

Introducción. El cuidado de enfermería se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan cuidado. Colostomía: procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal; el **Objetivo:** analizar el cuidado de enfermería en niños con colostomías. **Material y métodos:** estudio descriptivo, enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Muestreo no probabilístico, por conveniencia, 66 enfermeras y enfermeros de un hospital de segundo nivel en Morelia, Michoacán. Aplicación de instrumento: "Escala de medición del Cuidado de enfermería en colostomías" con 21 ítems y con respuestas de opción múltiple y dicotómicas. **Resultados:** la media de edad fue de 37.51 años con un máximo de 65 y un mínimo de 18 años, una desviación estándar de ± 11.14 . El 95.4% (62) fueron del sexo femenino. El 26.2% (17) obtuvieron un cuidado de enfermería regular. **Conclusión:** El nivel de cuidado de enfermería que ofrece la mayor parte del personal a niños con colostomía fue adecuado; a mayor edad de los participantes mejor cuidado, a mayor antigüedad de los participantes mejor cuidado. Del personal participante, fueron los licenciados en enfermería quienes ofrecieron un cuidado adecuado.

Palabras clave: cuidado, estomas, medida, enfermería.

Summary

Introduction. Nursing care originates with the identification of health problems and the real or potential needs of people, families or groups that demand care. Colostomy: a surgical procedure in which one end of the large intestine is removed through an opening (stoma) made in the abdominal wall; **The Objective:** to analyze nursing care in children with colostomies. **Material and methods:** descriptive study, quantitative, descriptive and transversal approach. Non-probabilistic sampling, for convenience, 66 nurses of a second level hospital in Morelia, Michoacán. Instrument application: "Measurement scale of nursing care in colostomies" with 21 items and with multiple choice and dichotomous responses. **Results:** the average age was 37.51 years with a maximum of 65 and a minimum of 18 years, a standard deviation of ± 11.14 . 95.4% (62) were female. 26.2% (17) obtained regular nursing care. **Conclusion:** The level of nursing care offered by most staff to children with colostomy was adequate; the older the better care participants, the older the better care participants. Of the participating staff, it was the nursing graduates who offered adequate care.

Introducción

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

La cirugía de colostomía es realizada para diferentes enfermedades y padecimientos. En niños, pueden ser realizadas debido a defectos de nacimiento.

El proceso de cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación; se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan cuidado (Colliere, 1997).

La siguiente investigación titulada “Cuidado de enfermería en niños con colostomía” fue realizada en una institución de segundo nivel, en Morelia, Michoacán, desglosado en cinco capítulos:

En el capítulo I se encuentra la justificación donde se sustenta y fundamenta de forma convincente la realización de la investigación, señalando frecuencia del problema, consecuencias y el impacto que tiene. También se encuentran estudios relacionados que mencionan el problema en común, el planteamiento del problema donde se describe de forma clara el problema y se plantea la pregunta de investigación.

En el capítulo II se redacta el marco teórico, ahí se conceptualizan las variables de investigación: el cuidado de enfermería y colostomías con base en referentes bibliográficos, además de que se plantean los objetivos general y específico que se espera lograr al concluir la investigación.

Material y métodos se encuentran en el capítulo III y se especifica el tipo de estudio y los procedimientos que se realizan para la ejecución de la investigación; la descripción del instrumento, proceso de recolección de datos, tratamiento estadístico y los aspectos éticos y legales.

En el capítulo IV se dan a conocer los resultados y se observa cómo se da el cumplimiento a cada uno de los objetivos específicos, se redactan las conclusiones finales y sugerencias propuestas con base en los resultados.

Finalmente en el capítulo V se adjuntan las referencias bibliográficas que sustentan la investigación y los apéndices.

Capítulo I

I. Justificación

La colostomía es un procedimiento común realizado por diversas especialidades quirúrgicas sobre todo en situaciones de urgencia. A pesar de ser comúnmente realizado dicho procedimiento, potencialmente se acompaña de complicaciones que la mayoría de las veces son subestimadas. Los estudios muestran tasas de complicaciones relacionadas con los estomas que varían de 21 a 60% y que, gran parte de estas pueden ser evitadas con el uso de técnica adecuada para su manejo solo así se podrá proporcionar mejor calidad de vida al paciente, con menores tasas de complicaciones (Marques, Matos, Matos y Rahal, 2007).

Desde 1795 se reportan intervenciones quirúrgicas para generar colostomías en pacientes con enfermedad gastrointestinal. La morbilidad de los pacientes con estomas puede variar del 5% al 39%, condicionado por diferentes factores como el tipo de estoma, tiempo quirúrgico y complicaciones postoperatorias (Sang, 2012).

En el estudio publicado por Cruz, Cano y Pat en 2009, se reportan las características de 1688 pacientes con estomas, los cuales recibieron atención médica en once hospitales de instituciones públicas y privadas del Distrito Federal. Los recién nacidos (1 a 29 días) son el grupo etéreo con el porcentaje más alto de estomas de eliminación y en la edad adulta los estomas son más frecuentes entre los 19 y 50 años de edad.

Las ostomías de eliminación son un procedimiento frecuente en los hospitales y los resultados de salud se ven reflejados en la sobrevida de los pacientes que requieren de atención específica y estandarizada (Cruz, et al, 2009).

La colostomía sigue siendo la opción de tratamiento estándar para el cáncer rectal, lo que da como resultado aproximadamente 100,000 pacientes de colostomía con estoma permanente en el Reino Unido, 750,000 en los EE. UU. y 1'000,000 en China (The Medicine Science and Technology Press of China, Beijing, 2006).

Es frecuente en pacientes con colostomía el desarrollo de dermatosis periestomales; la prevalencia y complicaciones cutáneas en pacientes ostomizados varía entre el 6% y el 80%. Las causas son múltiples, las más frecuentes son la dermatitis por contacto con orina o material fecal, la dermatitis papilomatosa crónica, mecánica y alérgica por contacto (Agarwal y Ehrlich, 2010).

En España se afirma que existe un ostomizado por cada 1000 personas. El reparto en porcentajes sería 75% de colostomías, 12% de ileostomías y 13% de urostomías (Pérdigo, 2005); en Reino Unido ha sido estimado que hay entre 80.000 y 120.000 personas ostomizadas (Herlufsen, Olsen, Carlsen, 2006); en Estados Unidos se calcula una prevalencia de 200 ostomías por cada 100.000 habitantes, lo que significa 2 ostomizados por cada 1000 personas (Pérdigo, 2005).

En Canadá, la frecuencia de la realización de ostomías no se conoce con exactitud, pero se estima que aproximadamente es de 13,000 al año (Recalla, English, Nazarali, Mayo, Miller y Gray, 2013), mientras que en China: la incidencia de la colostomía es sobre 100,000 al año (Yu, 1995).

Estudios relacionados

En México no hay datos precisos sobre la población total que convive con un estoma, sin embargo, se publicó un trabajo en el 2009 realizado en diversas instituciones del sector salud en la Ciudad de México en donde reportaron datos de 11 unidades médicas de las siguientes instituciones: Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), Secretaría de Salud, Petróleos Mexicanos (PEMEX) y hospitales privados, con un total de pacientes de 1688; dentro de los datos que aportaron están los diagnósticos más frecuentes que condicionaron la realización de un estoma y tipo de estoma, los cuales fueron los siguientes: en adultos destacan los problemas oncológicos como cáncer de colon, cáncer de recto, vejiga y útero, que juntos constituyen 616 pacientes (35%), las enfermedades inflamatorias como pólipos, divertículos y colitis ulcerativa crónica, registran a 175 pacientes (11%); resaltando los traumatismos abdominales con 141pacientes (8%)

y la apendicitis complicada con 121 pacientes (7%); referente a la condición del estoma se encontró que 1083 pacientes (64%) son temporales y solo 605 pacientes (36%) son permanentes. En cuanto al tipo de estoma, las colostomías fueron más frecuentes con 1060 pacientes (63%) seguidos de las ileostomías con 392 (24%) y finalmente las urostomías con 236 (4%); en cuanto a los grupos de edad donde se presentan con mayor frecuencia las ostomías de eliminación son: de 19 a 50 años con 507 pacientes (30%), de 51- 62 años con 402 pacientes (24%) y de 63 años o más 411pacientes (24%), también encontraron que los diagnósticos más frecuentes que requieren estoma en adultos destacan los problemas oncológicos como cáncer de colon, cáncer de recto, vejiga y útero, después se encuentran las enfermedades inflamatorias como pólipos, divertículos y colitis ulcerativa crónica, resaltando también los traumatismos abdominales y la apendicitis complicada. En el área pediátrica, las malformaciones ano rectales y la enfermedad de Hirschsprung (Cruz et al., 2009).

Hernández en 2013, observó, en cuanto a las complicaciones secundarias a la instalación de colostomía, la presencia de dermatitis con mayor incidencia, seguida de prolapso, hernias y estenosis. A los pacientes a quienes se les instaló ileostomía, la única complicación secundaria también fue dermatitis.

Tabla 1

Estudios relacionados. Análisis de diversos artículos relacionados con ostomías.

Año	Autores	Título	Objetivo	Tipo de estudio y diseño	Población	Resultados
2013	Hernández	“Funcionalidad conyugal y calidad de vida en el paciente con colostomía e ileostomía adscritos al Hospital General Regional con Unidad Médica Familiar Número 220 General Vicente Villada de enero a junio de 2013”	Describir la funcionalidad del subsistema conyugal y la calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía, adscritos al Hospital General Regional con Unidad Médica Familiar No 220 IMSS de Toluca, México.	Transversal, descriptivo	Pacientes con colostomía e ileostomía que acudan a la consulta externa de coloproctología y Medicina Familiar	Presencia de un estoma en Masculinos 66.25%, con buena calidad de vida (CV) 47 (88%), con mala calidad de vida 6 (11.32%) Femenino 33.75%, buena CV 22 (81.48%), con mala CV 5 (18.51%).

2009	Cruz, Cano y Pat.	“Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal”.	Describir la epidemiología de ostomías de eliminación en hospitales del I.M.S.S. del I.S.S.S.T.E. de la Secretaría de Salud, PEMEX y hospitales privados del Distrito Federal.	Descriptivo y transversal	1688 pacientes	Género masculino 53%, diagnósticos de cáncer de colon, recto y útero (35%), enfermedades inflamatorias del intestino (11%), estomas planos 38%, 7% fueron protuidos.
2011	Fruto.	“Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo.”	Conocer la calidad de vida percibida a corto y medio plazo de los pacientes enterostomizados.	De cohorte, prospectivo	Enterostomizados del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid).	44 pacientes ostomizados; 68% hombres, edad media 66 años, y 32% mujeres, edad media 59 años, 75% cáncer colorrectal; 52% fueron

							colostomías. Hubo 25% cierre precoz, 36% ostomía temporal y 39% permanente.
2007	Henrique, Matos, Matos y Rahal.	“Morbilidad y mortalidad asociadas al cierre de colostomías e ileostomías en alza accedidas por el estoma intestinal”.	y Elaborar el perfil de los pacientes ostomizados y las complicaciones relacionadas al estoma.	Retrospectivo, transversal	178	pacientes registrados en el Programa de Ostomizados del Centro de Especialidades Médicas del Ayuntamiento Municipal de Campo Grande-MS.	Las complicaciones del estoma fueron encontradas en 103 pacientes (57.9%), entre ellas, dermatitis peri-estomal (28.7%), estoma plano (18.6%), hernia para-colostomática (10.7%) y retracción del

estoma (10.1%).

Planteamiento del problema

La calidad del cuidado de enfermería involucra varios componentes desde la esencia del cuidado, hasta los medios para llevarlos a cabo. El profesional de enfermería constituye un recurso humano esencial dentro de las instituciones de salud, cuyo fin es prestar atención integral a la persona.

Es importante reconocer que los profesionales de la salud encargados del cuidado de las personas con estomas se enfrentan a múltiples desafíos, como por ejemplo: garantizar atención y cuidados de calidad, brindar una educación para la salud efectiva donde se involucre al paciente y su familia en el cuidado, así como también fomentar una adaptación en el proceso de aceptación a una nueva condición de vida en los pacientes niños y jóvenes y sus familiares.

Es frecuente que pacientes con colostomía desarrollen dermatitis periestomales que con frecuencia no son informadas por el paciente y permanecen sin diagnóstico durante años lo cual complica la recuperación y el mantenimiento de la intervención quirúrgica. La prevalencia en complicaciones cutáneas en pacientes ostomizados varía entre el 6% y el 80% (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Según el Departamento de Epidemiología del Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos” de la Secretaría de Salud en Morelia, Michoacán, no se encuentra un registro exacto del número de pacientes colostomizados, sin embargo, es muy común que en los diferentes servicios se encuentren niños con esta condición, por ello que es importante medir el cuidado que la enfermera brinda a niños con colostomías.

El presente trabajo surgió como una interrogante ante la mirada crítica y que da paso a cuestionarse con el fin de mejorar las intervenciones de enfermería en niños ante esta situación, es por eso la importancia de este proyecto y que en caso de ser necesario, mostrar que se puede mejorar e innovar los conocimientos del personal de salud que estén en contacto ante pacientes con dicho padecimiento y así mejorar en la calidad y calidez del cuidado del niño colostomizado, lo que a su vez tendrá un impacto positivo en la atención prestada

a los pacientes, fomentando un aprendizaje mayor que deber ser piedra angular en la atención del cuidado del paciente.

El resultado que se obtenga de esta investigación permitirá encontrar alternativas de solución acorde con las necesidades de los pacientes con colostomía, así como también de las debilidades que se reflejen ajustándose a la normatividad de la Secretaría de Salud.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el cuidado que enfermería brinda a niños con colostomía?

Capítulo II

II. Marco teórico

En este apartado se aborda lo relacionado con los estomas: concepto, clasificación, indicaciones, complicaciones, etcétera, así como lo concerniente al cuidado de enfermería.

Enfermería y el cuidado.

Según *Colliere* en 1993, los cuidados durante millares de años no fueron propios de un oficio, ni menos de una profesión determinada. Estaban ligados a la mujer, históricamente vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie. Los cuidados eran dirigidos al cuerpo en forma global, es decir, cuerpo y espíritu.

Actualmente la enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

El proceso de cuidar es el resultado de una construcción propia de cada situación; se origina con la identificación de los problemas de salud y las necesidades reales o potenciales de las personas, familias o colectivos que demandan cuidado (Colliere, 1997).

Teoría del cuidado humano de Margaret Jean Harman Watson, 1978.

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias (Marriner y Raile, 2005).

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada “Del cuidado humano”. A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería.

A continuación se hace referencia los siete supuestos básicos de Watson. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal; el cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas; el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar; las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser; un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado; el cuidado es más “salud-genético” que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación; la práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Marriner y Raile, 2005).

Posteriormente conceptualiza lo siguiente. Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana; momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana (Marriner y Raile, 2005).

Por último define los siguientes conceptos metaparadigmáticos. Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. Persona: reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente. Entorno: espacio de la curación, Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante y cicatrizante; la realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo; el campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado). Enfermería: Watson afirma que la practica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (Marriner y Raile, 2005).

Colostomías

Se define a la colostomía como: “un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una abertura (estoma) hecha en la pared abdominal”. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen (Albers y Lamon, 2016).

Desarrollo histórico

Las primeras referencias sobre el cáncer de recto datan del siglo XIV, cuando John Ardene, hace las primeras descripciones sobre el diagnóstico del tumor rectal, por medio del tacto rectal. La intervención más antigua del tubo digestivo

posiblemente sea la creación de una ostomía (Juárez, López y Rojas, 2011).

Así, en el papiro de Ebers (aproximadamente 1500 a.C.) se relata cómo los sacerdotes médicos ya conocían los problemas de la normal evacuación de las heces. También fue realizada por Praxogoras de Kos en el año 350 A.C. Hipócrates (460-377 a. de C.) también prestó una especial atención a los procesos relacionados con los trastornos del intestino en su tratado de medicina *Corpus Hippocraticum*. La primera vez que se hace referencia a un estoma es en 1710 y fue realizado por el médico francés Alexis Littré (Ramos, 2012).

El cirujano francés Maidl, en 1884, describió la técnica de la colostomía en asa sobre vástago. En 1908, E. Miles describió la colostomía sigmoidea terminal con resección abdominoperineal y en 1923, Hartmann popularizó el procedimiento quirúrgico de resección del colon sigmoide con colostomía terminal y cierre del muñón rectal para la obstrucción del colon sigmoide o recto superior (Juárez et al., 2010).

Ya en el siglo XX se instauró la utilización de la colostomía en el carcinoma colorrectal obstructivo. Tras esto, el sujeto ostomizado quedó abandonado a su suerte, pero es en el año 1950 cuando se comienza a considerar de forma integral e individualizadamente al sujeto ostomizado, iniciándose los cuidados más específicos del estoma, apareciendo por primera vez la figura del estomaterapeuta (Juárez et al., 2010).

La Sra. Gill, enfermera de la Clínica de Cleveland y portadora de una ostomía intestinal, es considerada como la primera estomaterapeuta del mundo a partir del año 1958, considerándose desde entonces esta actividad como una especialidad en EE.UU., generalizándose a partir de este momento, en el resto del mundo (Coca, Fernández de Larrinoa y Serrano, 2014). En 1968, se creó la Asociación de Estomaterapeutas de América del Norte, y en 1971 se convirtió en la Asociación Internacional para la Terapia de Ostomizados, que ahora es el organismo de acreditación para las enfermeras estomaterapeutas (Rothstein, 1986).

Clasificación de los estomas

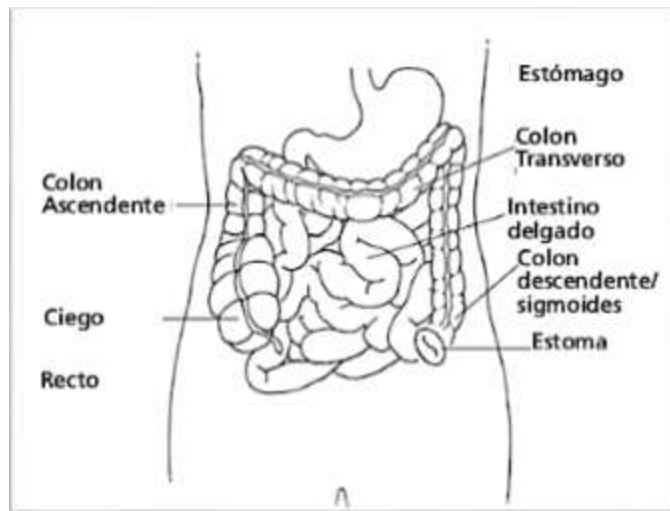
Por su localización: cecostomía, transversostomía y sigmoidostomía (figura 1).

Por su permanencia: transitorias y definitivas.

Por su finalidad: descompresivas y derivativas.

Por su técnica: “En asa” o lateral, “en doble cañón de escopeta” o con estoma doble y con estoma único o terminal (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Figura 1. Aparato digestivo



Nota: (United Ostomy Associations of America [UOAA], 2005).

Características del estoma

Un estoma digestivo no es una herida, es mucosa intestinal. Se realiza a partir de un segmento del intestino, por lo que es de color rojizo o rosado y está húmedo al tacto. Lo podríamos comparar con el interior de la boca para explicárselo a un paciente. En el postoperatorio inicial un edema leve o moderado es normal y el estoma puede tener un ligero sangrado debido a la alta vascularización de la zona (López, 2014).

Suelen tener 30-35mm de diámetro y lo ideal es que estén elevados sobre la superficie de la piel unos 5mm. Tiene que tener la misma temperatura que el resto del abdomen; esto se comprueba tocando el estoma a través del dispositivo (López, 2014).

Indicaciones para colostomía

Una enfermedad, lesión o un defecto congénito puede alterar o deteriorar la función gastrointestinal. Si el manejo médico no puede resolver la alteración o restaurar la función, el paciente puede necesitar cirugía para evitar o eliminar el daño. Esto puede conducir a la creación de una colostomía (López, 2014).

Las causas más comunes para la formación de una colostomía con fines terapéuticos son: cáncer de colon, cáncer rectal, cáncer anal, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, traumatismo ano-rectal, reparación del esfínter, incontinencia fecal, malformación congénita, enfermedad diverticular, derivación de las heces al exterior como parte de un tratamiento, en sepsis por dehiscencias de sutura y pelviana, enfermedad inflamatoria intestinal, fístula recto-vaginal, poliposis colónica familiar y enterocolitis necrotizante (López, 2014).

Tipos de colostomia

Hay varios tipos de colostomías. Según la porción de colon que esté involucrado distinguimos:

Colostomía ascendente: □ se encuentra en la parte derecha del abdomen y se forma a partir del colon ascendente. Las heces suelen ser líquidas o semilíquidas, muy frecuentemente y contienen enzimas digestivas de gran acidez que pueden irritar la piel (López, 2014).

Colostomía transversa: □ localizada en la parte central del abdomen y se forma a partir del colon transverso. Produce unas heces semilíquidas o semisólidas, evacuación semifrecuente y con pocas enzimas digestivas (López, 2014).

Colostomía descendente: se encuentra en la parte izquierda del abdomen y se forma a partir del colon descendente. Las heces en este tramo son semisólidas o sólidas porque la mayor parte del agua ha sido reabsorbida en este punto, y su evacuación menos frecuente (López, 2014).

Colostomía sigmoide: □ se encuentra en la parte izquierda del abdomen, se forma a partir del colon sigmoide y las heces en este lugar son sólidas. Según el tiempo que la portan los pacientes (dependen del problema o enfermedad) (López, 2014).

Colostomía temporal: si el proceso de la enfermedad se puede resolver sin la irritación constante de las heces o si se quiere hacer una descompresión temporal del intestino. Generalmente son colostomías en asa, en las que un asa del intestino se evoca al exterior a través de la pared abdominal. El intestino es

parcialmente dividido y ambas partes se suturan a la pared. Un extremo es proximal, por el cual pasan las heces; y el otro extremo es el distal, por el que no pasa nada o pequeñas cantidades de moco. Pueden servir para descomprimir una obstrucción y liberar gas, o para desviar la corriente fecal. Este tipo requiere una cirugía adicional para revertirla o cerrarla, por lo que los pacientes pueden reanudar el paso de flatos y heces por el ano (López, 2014).

Colostomía definitiva: se realizan de forma más común para tratar una obstrucción en el colon sigmoide que haya sido causada por una lesión maligna. También puede estar indicada en enfermedades como el cáncer, la enfermedad de Crohn, la colitis ulcerosa o un traumatismo accidental. Generalmente son colostomías terminales, que se forman cuando el extremo del intestino se evoca al exterior a través de la pared abdominal y se cose con suturas absorbibles, las cuales se disuelven a las seis u ocho semanas. Se realizan cuando la anastomosis no es posible. Por lo general se localizan en el cuadrante inferior izquierdo (López, 2014).

Según la guía de práctica clínica, si el recto distal y el esfínter anal son resecados, la colostomía es permanente; si el esfínter es retenido existe la posibilidad potencial de volver a conectar el intestino (López, 2014).

Complicaciones de las colostomías

Post operatorio inmediato

Edema: normalmente es debido al propio trauma de la intervención. Se produce cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal. Este edema puede producir obstrucción intestinal (López, 2014).

Hemorragia: complicación poco frecuente (2-3%) y aparece tras la intervención por culpa de la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso. Los pólipos también pueden conducir al sangrado del estoma, al igual que los problemas más graves, como malignidad. Suele remitir de forma espontánea haciendo presión sobre el vaso sangrante o suturándolo (López, 2014).

Infección: complicación frecuente acompañada de dolor en la zona, inflamación, supuración y en algunas ocasiones fiebre (López, 2014).

Isquemia o necrosis: es generalmente causada por desvascularización, o tensión excesiva que causa la retracción. Es fácil de reconocer por el color morado azulado o grisáceo oscuro que adopta el estoma. Si es superficial, con retirar algún punto de sutura suele ser suficiente, pero si se compromete el colon en su porción interior habrá que pasar nuevamente por quirófano (López, 2014).

Post operatorio tardío

Estenosis: reducción del diámetro de la luz del estoma, de tal forma que impide la salida de las heces, así como la posibilidad de realizar un tacto por él. Si la estenosis es de gran magnitud y produce suboclusión, hay que volver a la cirugía (López, 2014).

Retracción del estoma: en este caso, el estoma es retraído hacia el abdomen en vez de ser mínimamente elevado por encima de la piel (López, 2014).

Prolapso del estoma: es la eversión de la mucosa a través del orificio cutáneo. Se produce por una mala fijación del colon a la piel y suele aparecer de una forma progresiva, siendo de unos 15-20 cm. Esto puede reducir la capacidad del dispositivo de colostomía para recoger las heces. A veces el estoma puede volver a su posición, pero en otras puede estar indicada la cirugía para eliminar este problema (López, 2014).

Hernia de la pared abdominal: hinchazón del abdomen alrededor del estoma. Esto es generalmente antiestético e incómodo, ya que impide la correcta colocación de los dispositivos, pero no siempre requiere la intervención quirúrgica. Se produce por hipertensión abdominal, bronquitis, obesidad y estreñimiento (López, 2014).

Otras complicaciones:

Alergias: Una respuesta alérgica se produce cuando el sistema inmune del cuerpo reacciona de manera exagerada a una sustancia. Una alergia a un dispositivo de colostomía, o un accesorio de estoma es muy raro. El porcentaje de

una verdadera alergia a productos para el estoma es sólo el 0,6%, pero se puede afirmar que ocurre (López, 2014).

Granulomas: aparecen en la unión mucocutánea del borde del estoma y la piel adyacente y tienen una apariencia similar a la coliflor. Los bultos son generalmente de color rojo y sangran fácilmente al tacto. La causa de esta complicación es un traumatismo, el cual puede ser debido a que las heces toquen la piel o por un dispositivo mal ajustado en el área (López, 2014).

Actuar de enfermería ante complicaciones de la colostomía

Al presentar edema se recomienda la utilización de dispositivos transparentes para ver la evolución de la intervención los primeros días, utilización de dispositivos alrededor del estoma pero sin presionarlo para evitar ulceraciones, observación diaria del tamaño y color. También se pueden colocar compresas de suero salino fisiológico frío o con azúcar granulado para realizar terapia osmótica (López, 2014).

Si el paciente presenta hemorragia registrar el momento del sangrado, intensidad y volumen. Si la hemorragia es enterocutánea se realizará hemostasia local o compresión. Si la hemorragia es de la mucosa, se ha de aplicar frío o una compresa con adrenalina, mientras que si es arterial, se ha de hacer sutura superficial. Las pequeñas áreas de hemorragia pueden ser ligeramente cauterizadas con lápices hemostáticos o con palos de nitrato de plata. Si la hemorragia es por problemas de coagulación, requerirá tratamiento médico específico (López, 2014).

Actuación de enfermería al presentar infección: □ cuando aparecen los primeros síntomas o molestias, hay que controlar la zona afectada y registrar los cambios que se han producido en la colostomía. Si el absceso es mucocutáneo requiere curas locales, es decir, se han de retirar algunos puntos de sutura para drenar el contenido purulento, se han de hacer lavados con suero fisiológico y antiséptico, y los esfacelos se tienen que recortar. El área infectada suele curar por segunda intención y usar dispositivos de dos piezas (López, 2014).

Al ver signos de isquemia o necrosis observar, controlar y registrar la zona

afectada durante las primeras horas, para ello utilizaremos dispositivos transparentes (López, 2014).

Si el paciente presenta estenosis aconsejar una dieta rica en fibra para que las heces sean más pastosas y fáciles de eliminar. Si la estenosis es parcial, realizar dilataciones digitales. También es aconsejable realizar irrigaciones periódicas (López, 2014).

Al presentar el paciente retracción del estoma controlar el color de la mucosa de estoma (color correcto rosa o rojizo), medición de la boca con guías milimetradas para conseguir la adaptación del dispositivo a utilizar. Una aplicación convexa puede ayudar, ya que su forma de cúpula empuja dentro del abdomen alrededor del estoma y hace que éste sobresalga (López, 2014).

En caso contrario si el paciente sufre de prolapso del estoma vigilar el crecimiento del prolapso, color, úlceras y signos de isquemia. Si es posible, realizar maniobras de reintroducción mediante masajes. Colocar gasas con suero fisiológico para evitar úlceras (López, 2014).

Si el paciente sufre de Hernia de la pared abdominal se debe descartar la oclusión intestinal. Evitar los esfuerzos y utilizar placas lo más flexibles posible. También se pueden utilizar fajas y cinturones especiales que compriman las hernias pero no al estoma. Si la hernia produce problemas físicos o psicológicos valorar tratamiento quirúrgico (López, 2014).

En caso de que el paciente presente alergias a los dispositivos de colostomía, es fácil reconocerlas ya que habrá un área de la piel inflamada con la forma y el tamaño exactamente igual al dispositivo. Para resolver este problema habrá que dejar de usar el material utilizado que lo ha provocado y sustituirlo por otro (López, 2014).

En caso de granulomas se utiliza el nitrato de plata, ya que es muy eficaz para reducir el tamaño del granuloma y, eventualmente, para eliminarlo por completo. Sin embargo, el nitrato de plata debe de ser utilizado con precaución (sólo dos o tres veces a la semana) (López, 2014).

Complicaciones

Dermatitis

La dermatitis es una de las afecciones cutáneas más común entre la población. Sin embargo, no siempre es fácil identificar el tipo que se padece. Dependiendo de los factores, las causas y los síntomas se padecerá una dermatitis u otra, por lo que el tratamiento no será el mismo (Sociedad española de medicina estética, 2015).

Clasificación:

Dermatitis por contacto: este tipo de dermatitis aparece debido a una reacción que padece la piel al haber estado en contacto con alguna sustancia irritativa. Los síntomas principales se manifiestan como ardor intenso, picor y enrojecimiento. En este caso, las zonas más afectadas son las extremidades y las ingles. Las personas que tienen dermatitis atópica están en mayor riesgo de desarrollar dermatitis irritante de contacto. Hay 2 tipos de dermatitis de contacto. (Sociedad española de medicina estética, 2015).

Dermatitis irritante de contacto: este es el tipo más común. No es causada por una alergia, sino que es la reacción de la piel a una sustancia o fricción irritante. Las sustancias irritantes pueden incluir ácidos, materiales alcalinos como jabones y detergentes, suavizantes de telas, disolventes u otros químicos. Los químicos muy irritantes pueden causar una reacción justo después del contacto. Los químicos poco irritantes también pueden causarla después de varios contactos. (U.S. National library of medicine, 2019)

Dermatitis de contacto alérgica: esta forma de la afección se produce cuando la piel entra en contacto con una sustancia que le provoca una reacción alérgica a usted en particular. (U.S. National library of medicine, 2019)

Dermatitis periostomal

Las causas son múltiples, las mas frecuentes son la dermatitis por contacto con orina o material fecal, la dermatitis papilomatosa crónica, mecánica, y alérgica por contacto. (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Tipos

Químicas: dermatitis por contacto con irritantes, lesiones pseudoverruosas; mecánica: dermatitis mecánica, separación muco cutánea, lesión por el adhesivo de la bolsa; infecciosas: bacteriana, candida, foliculitis; inmunológica: dermatitis por contacto alérgica; relacionada con otras enfermedades: pioderma gangrenoso, enfermedad de Crohn cutánea, neoplasias malignas, dermatitis artefacta, psoriasis. (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Causas de complicaciones cutáneas periestomales

Dermatitis irritativa por contacto con secreciones o colocación inapropiada de la bolsa: la piel tiene un pH ácido de 4,0 a 5,5 que se ve afectado por el pH alcalino de la orina y las heces. También la orina contiene una importante cantidad de enzimas digestivas que causan erosión. También causan irritación los jugos gástricos, mucus, solventes y materiales de limpieza. Clínicamente se caracteriza por eritema, erosiones y dolor (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Dermatitis mecánica: es la resultante de la abrasión física por movimientos de los sujetadores del estoma o los componentes plásticos rígidos del sistema de ostomía y, también, por los abrasivos de los sistemas de fijación (cinta adhesiva). La lesión se manifiesta como eritema en el área de presión y erosión (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Dermatitis alérgica por contacto: se observa en pacientes con sensibilidad a los ungüentos tópicos, limpiadores cutáneos y desodorantes. Se han informado reacciones alérgicas a componentes del equipo como lanolina, la goma de la bolsa, y los adhesivos. También se han detectado casos positivos a resinas naturales (*Sterculia urens*), y otros relacionados con las resinas epoxi incluidas en la elaboración de la bolsa. Otros casos se han asociado a la presencia de diaminodifenilmetano. Clínicamente se observa erupción únicamente en el área de

exposición al alérgeno, eritema, prurito, erosión. Las pruebas de alergia cutánea son útiles para identificar al alérgeno (Agarwal y Ehrlich, 2010).

La dermatitis papilomatosa crónica es una reacción acantomatosa por exposición crónica a la orina, más frecuente en urostomizados pero puede ocurrir en ileostomizados. Puede deberse a irritación mecánica o química y hasta se sugiere que podría tratarse de una infección por VPH. Estas lesiones tienen el aspecto similar a las cicatrices hipertróficas, estenosis hiperqueratósicas, queratinización del estoma, y acantosis reactiva. La biopsia con análisis inmuno histoquímico es importante para determinar la infección por VPH. Histológicamente se evidencia hiperplasia pseudoepiteliomatosa. Se han intentado en estas lesiones tratamientos con solución de podofilotoxina, láser CO2, toluidina, TFD (Agarwal y Ehrlich, 2010).

Dispositivos para estomas

Equipos de una pieza: donde la bolsa y el disco forman una unidad. Los cerrados están termo sellados y es necesaria una bolsa para cada utilización; en los abiertos, el extremo inferior está abierto para poder vaciar la bolsa, se cierran mediante una pinza.

Equipos de dos piezas: formados por una placa que se adhiere a la piel y una bolsa que se encaja a la placa. Pueden estar abiertas o cerradas en la

Figura 2. Dispositivos para colostomía.



Nota: (United Ostomy Associations of America [UOAA], 2005).

parte inferior, y estas a su vez pueden tener un filtro. Abierta se vacían cuando lo precise, se cambia la bolsa cada 24 – 48 horas, y el disco cada 3- 4 días (Hernández, 2013).

Protectores cutáneos

Pasta hidrocoloide. Sirve como barrera para la protección de la piel al colocar bolsas o barreras de ostomía. Se utiliza comúnmente para rellenar espacios o pequeñas cavidades tanto para proteger la piel como para alargar el tiempo de uso de los sistemas de ostomía. La función principal de toda pasta para ostomía es el sellar y prevenir la irritación en la piel por el contacto de los desechos del estoma. A pesar de su consistencia esta pasta no es un adhesivo sino un sellador. Su base hidrocoloide ayuda a proteger y restaurar la piel dañada. Su contenido de alcohol puede hacer que arda al aplicarse en pieles irritadas o sensibles (Vélez, 2019).

Pasta de Karaya. Ayuda a la regeneración de la piel. En casos de irritación o úlceras en la piel, usted puede realizar su propia pasta en casa a partir del polvo de karaya, el cual es una goma natural que ayuda a la regeneración de la piel. Para generar la pasta se requieren los siguientes ingredientes que puede adquirir en una farmacia o botica: polvo de karaya, glicerina, tintura de benjui y miel de abeja. A partir del polvo karaya revolver todos los demás ingredientes hasta hacer una pasta consistente, lo menos liquida posible, de forma que quede como un emplasto para que pueda ser colocada sobre el área irritada alrededor del estoma, posteriormente se pega la bolsa. La pasta debe prepararse antes de su colocación y lo que no se utilice se desecha. (Vélez, 2019).

Nitrato de plata (crema): Los usos médicos del nitrato de plata son diversos pues esta sustancia funciona como un poderoso agente anti infeccioso que cuenta con propiedades astringentes, cáusticas y antisépticas. Se trata de un compuesto de la plata empleado especialmente en tratamientos dermatológicos, contando con excelente resultados para el tratamiento de diversas afecciones de la piel (Rodríguez, 2016).

Cuidado de la colostomía

En la revista Northwestern Memorial Health Care, en 2016 publicó “Una guía para el paciente sobre cuidado de colostomía” con base en la United Ostomy Associations of America, Inc. (UOAA), donde hace una breve pero completa asesoría para el cuidado de la colostomía y aconseja vaciar la bolsa cuando esté llena de un tercio o la mitad con aire o con materia fecal y evitar que se llene demasiado la bolsa y se pueda fugar; cambiar la bolsa periódicamente dos veces a la semana o cuando suceda alguna de las siguientes situaciones: filtración, comezón o ardor debajo de la bolsa. La materia fecal es irritante para la piel; por tanto, ante cualquiera de las situaciones anteriores, retirar la bolsa y revisar la piel. El cambio periódicamente de la bolsa dos veces a la semana, proporcionará comodidad y evitará filtraciones.

Cómo cambiarse la bolsa de colostomía

Reúna sus insumos. Tijeras, guía para medir, lave los trapos o las toallas de papel suave jabón no humectante (opcional). Toalla, adhesivo (opcional), drene una toalla de papel enrollada (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Retire la bolsa usada. Retire suavemente la bolsa levantando la cinta mientras presiona debajo sobre la piel. No rasgue o desprenda la bolsa, ya que puede irritar la piel. Si la bolsa está demasiado pegada, puede usar un paño húmedo limpio para presionar sobre la piel detrás de la barrera (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Limpie la piel. Humedezca un paño o una toalla de papel con agua del grifo y lave la piel alrededor del estoma. Puede usar un jabón suave no humectante y enjuagar bien con agua. Deje que la piel se seque bien. No use toallitas impregnadas con loción. Revise si su piel experimenta algún cambio. Si observa cambios, consulte la sección de irritación de la piel (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Bolsa para colostomía

Mida el estoma. Antes de aplicar la bolsa, vuelva a medir el estoma con una guía. Tome nota del nuevo tamaño de la abertura. Trace la nueva abertura en la parte posterior del disco y corte. Durante los primeros 2 meses después de la cirugía, mida el estoma siempre que se cambie de bolsa. Ajuste el tamaño como sea necesario (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Prepare el disco/bolsa. Retire la parte trasera del papel del disco de barrera. (Si utiliza un sistema de dos piezas, tendría que retirar la parte trasera del disco). Se puede usar adhesivo, adhesivo de aro o pasta en el lado adhesivo de su disco/barrera alrededor del borde del orificio o donde sea necesario rellenar pliegues pequeños, logrando una superficie plana. Esto mejorará el ajuste de su bolsa (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Aplique la bolsa. Centre la abertura del disco/barrera alrededor del estoma y aplique el lado engomado hacia la piel. Presione para cerciorarse de sellar todas las orillas. Para cerrar la parte inferior de la bolsa, doble 3 veces la parte inferior y pellizque para cerrar (Northwestern Memorial Health Care, 2016).

Cuidados de Enfermería

Valoración de la ostomía: Tipo, ubicación, construcción, forma, efluente, ángulo de drenaje, características de la piel periestomal. En base a esto se sugiere el uso del sistema colector, el cual puede ser de una o dos piezas, plano o convexo, precortado o recortable a la medida, bolsa transparente u opaca (Guía de Práctica Clínica [GPC], 2013).

En caso de que la ileostomía esté plana o retraída, se deberá usar un sistema colector convexo y cinturón. En caso de que la ileostomía esté protuida, se deberá usar un dispositivo plano (GPC, 2013).

En caso de existir dermatitis periestomal, aplicar protector cutáneo sin base de alcohol y polvo hidrocoloide, previo a la colocación del sistema colector y valorar la frecuencia de cambio (GPC, 2013).

Para realizar el cambio de sistema colector se recomiendan los siguientes

pasos:

Preparar el material y/o equipo, retirar suavemente la barrera de la piel, con ayuda de una gasa húmeda o toalla de removedor adhesivo; limpiar la piel periostomal con agua de irrigación o grifo, utilizar jabón si la piel tiene remanentes de efluente. Secar la piel periostomal, aplicar protector cutáneo si es necesario, medir la ostomía, marcar la medida en la parte posterior de la barrera y recortarla. Aplicar pasta hidrocoloide si las condiciones de la piel y abdomen lo requieren, colocar la barrera sobre el abdomen, embonar la bolsa a la barrera si es sistema colector de dos piezas, colocar la pinza a la bolsa, asegurando de cerrarla perfectamente (GPC, 2013).

Cuidados Especiales en la Remoción del Dispositivo (bolsa colectora, barrera, etcétera).

Lo siguiente es indispensable para el cambio del dispositivo:

Equipo completo listo, remueva la barrera y la bolsa, levante con una mano y sostenga la piel con la otra, remueva el exceso de efluente y pasta, remueva el adhesivo que queda con el removedor diseñado para tal fin. Lave la piel paraostomal con agua tibia y jabón especial (pH neutro), en caso de no existir no aplicar jabón, este no debe contener ni loción, ni desodorantes, si no hay residuos sobre la piel no necesita utilizar jabones solo use el agua. Los restos de jabón pueden dañar la piel y ese residuo hace que la aplicación de los dispositivos no peguen, solo se recomienda el uso del jabón cuando se ha utilizado el removedor de adhesivos. Mida el tamaño del estoma y en caso de estoma ovalado se debe medir el ancho y largo, trace la medida sobre la barrera de piel para cortarla. Corte la barrera de tal forma que ajuste bien al estoma cuando este bien protruido; si el estoma está invaginado o a ras, la barrera se debe cortar mas grande 3 mm que el estoma y usar además barrera en pasta para llenar la piel que queda expuesta entre la barrera y el estoma (Price, 1997).

Recomendaciones dietéticas

Los objetivos son: evitar la obstrucción del estoma, contribuir a la cicatrización de la herida posterior a la cirugía, disminuir la producción de gas, olores

desagradables y constipación (GPC, 2013).

En las siguientes 24 horas a la cirugía se puede iniciar con dieta líquida que se progresa a dieta blanda. En las semanas 6-8 posterior a la cirugía debido a que el intestino se puede encontrar edematizado usualmente se prescribe dieta blanda, baja en fibra y grasa; posteriormente en los pacientes que tienen una colostomía no es necesario el apego a una dieta muy estricta (GPC, 2013).

Pérdidas hídricas: diarrea y desequilibrio hidroelectrolítico

El estoma de alto gasto con pérdidas mayores a 2000 ml/día, tiene incidencia de 16% en la fase precoz (tres semanas posteriores a la cirugía). El estoma de alto gasto se presenta en el 5.7% en la fase tardía (GPC, 2013).

En estomas de alto gasto (mayor a 2000 ml/día) se debe manejar al paciente como síndrome de intestino corto con un control de líquidos y electrolitos más estricto, incluso con alimentación parenteral (GPC, 2013).

Para evitar la deshidratación en pacientes con estomas hay que separar el consumo de líquidos de los alimentos sólidos al menos 30 minutos, restringir el consumo de líquidos hipotónicos (menos de 500 ml/día) e hidratar al paciente con soluciones isotónicas (glucosa/salina que contengan al menos 90 mmol/L de sodio). El consumo de líquidos hipotónicos (té, café, etc) aumenta el flujo de sodio hacia la luz intestinal y exacerba la depleción de este (GPC, 2013).

Dietoterapia en el paciente con estoma

Los pacientes ostomizados pueden consumir proteínas de cualquier origen: animal, vegetal, etc. Se recomienda consumir leche deslactosada o fórmula de soya para reducir los síntomas gastrointestinales. El consumo de avena disminuye la absorción de colesterol e incrementa la pérdida de sales biliares al aumentar la viscosidad de las heces. Se recomienda evitar el consumo de dietas altas en grasa y fibra insoluble para disminuir el gasto por el estoma y mejorar la absorción de nutrimentos. Alimentos altos en fibra, chicharos, frijoles y cebolla producen flatulencia. Los hongos, la piña y la cebolla pueden generar dolor (GPC, 2013).

Se recomienda quitar la cáscara y semillas a las frutas y verduras, masticar bien los alimentos para evitar la obstrucción. Evitar en el postoperatorio maíz, chícharos, hongos, las nueces, las semillas, col, zanahoria y frutos secos ya que pueden no ser digeridos por completo y ser identificables en las heces (GPC, 2013).

Los pacientes deben limitar las actividades que aumenten el volumen de aire que se ingiere (por ejemplo, fumar, beber con popotes, masticar chicle, etcétera) para reducir la producción de gas (GPC, 2013).

Los cambios en la dieta van dirigidos a influir positivamente sobre las características de las heces (cantidad, frecuencia y consistencia) evitando la presencia de diarrea o estreñimiento y atenuar la generación de flatulencia y el mal olor (GPC, 2013).

Con la finalidad de no obstruir el estoma, se debe restringir en la dieta el aporte de: fibra dietética (sustancia que resiste a la digestión) y en particular la insoluble, la cual se encuentra en cáscaras y semillas de cereales integrales, leguminosas, verduras y frutas crudas (GPC, 2013).

Carnes fibrosas como de res, cerdo, mariscos y aquellas que tengan alguna envoltura como la salchicha. Preferir carnes suaves como la de pollo, pescado, huevo y queso. Oleaginosas: nuez, cacahuate, almendra (GPC, 2013).

Algunas intervenciones perioperatorias encaminadas a proveer el mantenimiento de la función fisiológica y facilitar la recuperación postoperatoria son: evitar ayunos prolongados en el postoperatorio, restablecer la vía oral en forma temprana, si es posible después de la cirugía, integrar a la nutrición dentro del manejo del paciente, control metabólico: glicemia, disminuir los factores que exacerban el catabolismo relacionado al estrés o daño en la función gastrointestinal, movilización temprana (GPC, 2013).

Objetivos

Objetivo general

Analizar el cuidado de enfermería en niños con colostomías.

Objetivos específicos

1. Categorizar a la población participante.
2. Identificar el nivel de cuidado de enfermería a niños con colostomía.

Capítulo III

III Material y métodos

3.1 Enfoque: Cuantitativo.

3.2 Diseño: Descriptivo y transversal.

3.3 Universo: Enfermeras y enfermeros del Hospital infantil “Eva Sámano de López Mateos”.

3.4 Muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

3.5 Muestra: 66 enfermeras (os) de los diferentes servicios y turnos.

3.6 Límites

3.6.1 Tiempo: de Noviembre del 2018 a Agosto del 2019

3.6.2 Lugar: Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos”

3.7 Variables

Variable independiente: cuidado de enfermería.

Operacionalización de variables (Apéndice 1)

3.8 Criterios de selección

3.8.1 Inclusión: Personal de enfermería que hayan atendido a niños con colostomías, que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

3.8.2 Exclusión: Estudiantes de enfermería que se encuentren durante el periodo de prácticas clínicas; personal de enfermería que no acepten participar en el estudio y/o no firmen el consentimiento informado.

3.8.3 Eliminación: Se eliminarán todos los cuestionarios que estén incompletos.

3.9 Descripción del instrumento

El instrumento utilizado se denomina “Escala de medición del cuidado de enfermería en colostomías”, cuyas autoras son: PLESS. Mayra Guadalupe Murillo Ortega y DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala. El instrumento se validó y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .72; dicho instrumento está conformado por dos

partes: la primera hace alusión a variables sociodemográficas de la población participante (edad, sexo, estado civil, grado académico, servicio de adscripción, turno y antigüedad); la segunda parte mide el cuidado de enfermería en colostomías; consta de 21 ítems, con opciones de respuesta dicotómicas y algunas otras de opción múltiple. De acuerdo a los puntajes obtenidos en cada pregunta, se realizó la sumatoria y se obtuvo el índice para categorizar las respuestas de acuerdo al siguiente puntaje: 21 puntos= cuidado inadecuado, de 22 a 38 puntos= cuidado regular, de 39 a 54 puntos= cuidado adecuado, y el valor máximo es de 55 puntos equivalentes a un cuidado excelente, es decir, que a mayor puntaje obtenido, mejor cuidado de enfermería. De esta forma se obtuvo la calificación global del cuidado a colostomía.

3.10 Procedimiento para la recolección de la información

El trabajo de campo se llevó a cabo de la siguiente manera: se hizo la invitación verbal al personal de enfermería que cumplió con los criterios de inclusión, quien aceptó participar, se le proporcionó el consentimiento informado para su lectura y firma del mismo. A continuación se aplicó el cuestionario: “Escala de medición del cuidado de enfermería en colostomías”, directamente por el investigador para evitar que hubiera alguna pregunta sin contestar.

3.11 Tratamiento estadístico

Una vez obtenida la información se realizó la base de datos con el paquete estadístico SPSS versión 25, utilizando la estadística descriptiva para su análisis obteniéndose frecuencia y porcentajes, así como medidas de tendencia central para las variables cuantitativas continuas, todo ello evidenciado en tablas.

3.12 Aspectos éticos y legales en materia de investigación

Esta investigación está basada en la Ley General de Salud vigente en la República Mexicana, de acuerdo al título 2do. capítulo 1, artículos 13, 14, 16, 17, 18, 21 y 22.

En esta investigación prevalecerá el respeto a la dignidad y protección del derecho a los participantes.

Contó con el consentimiento informado de los participantes, con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad del Hospital Infantil “Eva Sámano de López Mateos” y se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría de Salud.

Esta Investigación se catalogó como sin riesgo.

El consentimiento informado se formuló por escrito y fue elaborado por el investigador principal, conteniendo los nombres y firma de dos testigos.

Capítulo IV

IV Resultados

Se encuestaron 66 enfermeras y enfermeros del Hospital Infantil, de los cuales un cuestionario se eliminó, lo que se conforma finalmente en una población de 65 participantes.

El objetivo de este estudio fue analizar el cuidado de enfermería en niños con colostomías, en una muestra de 65 enfermeras y enfermeros de los diferentes servicios y turnos del un hospital de segundo nivel en Morelia, Michoacán. Se utilizó un instrumento titulado “Escala de medición del cuidado de enfermería en colostomías” de elaboración propia (PLESS. Mayra Guadalupe Murillo Ortega y DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala). Los resultados se organizaron de acuerdo a los objetivos específicos utilizando para ello estadística descriptiva obteniéndose: frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, desviación estándar, mediana, moda, valor máximo y valor mínimo), lo anterior se evidencia en cuadros.

Para dar respuesta al objetivo específico: Categorizar a la población participante, se encuentran los siguientes resultados.

Tabla 2

Edad de los participantes.

Variable	Media	Desviación estándar	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Edad	37.51	11.14	39	40	18	65

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 2 se observa que la media de edad de los sujetos de investigación fue de 37.51 años, con una desviación estándar de ± 11.14 .

Tabla 3

Sexo de los participantes.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	3	4.6	4.6%
Femenino	62	95.4	100%

Total	65	100.0
-------	----	-------

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 93.9% (46) de los participantes correspondieron al sexo femenino (tabla 3).

Tabla 4

Estado civil de los participantes.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Soltero (a)	29	44.6	44.6%
Casado (a)	28	43.1	87.7%
Viudo (a)	2	3.1	90.8%
Divorciado (a)	3	4.6	95.4%
Unión libre	3	4.6	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 4 se observa que el 44.6% (29) del personal encuestado fue soltero.

Tabla 5

Grado académico de los participantes.

Grado académico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pasante de enfermería	13	20.0	20.0%
Nivel técnico	15	23.1	43.1%
Licenciatura	19	29.2	72.3%
Especialidad	8	12.3	84.6%
Maestría	10	15.4	100%
Doctorado	0	0.0	
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 5 se observa que el 29.2% (19) del personal de enfermería participante cuenta con licenciatura en enfermería.

Tabla 6

Servicio de adscripción de los participantes.

Servicio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cirugía y Trauma	6	9.2	9.2%
Clínica de catéter	1	1.5	10.8%
Lactantes	14	21.5	32.3%
Oncología ambulatoria	1	1.5	33.8%
Oncología y Medicina interna	10	15.4	49.2%
UCIN	12	18.5	67.7%
UCIP	9	13.8	81.5%
Urgencias	12	18.5	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 21.5% (14) del personal de enfermería encuestado es del servicio de lactantes como se observa en la tabla 6.

Tabla 7

Turno de trabajo de los participantes.

Turno	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Matutino	27	41.5	41.5%
Vespertino	17	26.2	67.7%
Nocturno	8	12.3	80.0%
Jornada acumulada	13	20.0	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 7 se observa que el 41.5% (27) del personal encuestado, labora en el turno matutino.

Tabla 8

Antigüedad de los participantes en la institución.

Variable	Desviación estándar	Media	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo
Antigüedad	9.9	12.37	10	1	1	40

Nota: Cuestionarios aplicados.

La media de años de antigüedad de los sujetos de investigación fue de 12.37, con una desviación estándar de ± 9.9 . (Ver tabla 8).

Para dar respuesta al segundo objetivo específico: Identificar el cuidado de enfermería a niños con colostomía, los resultados se presentan en las siguientes tablas.

Tabla 9

Lavado de manos previo al cuidado del estoma.

Lavado de manos.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	65	100.0	100%
No	0	0.0	0.0
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 100% (65) del personal de enfermería encuestado se realiza lavado de manos antes de ofrecer cuidado al estoma. (Ver tabla 9).

Tabla 10

Uso de guantes para el cuidado del estoma.

Uso de guantes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	64	98.5	98.5%
No	1	1.5	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 10 demuestra que el 98.5% (64) del personal de enfermería encuestado utiliza guantes al brindar cuidado al estoma.

Tabla 11

Tipo de guantes utilizados para el cuidado del estoma.

Tipo de guantes	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estériles	33	50.8	50.8%
Desechables	29	44.6	95.4%
No estériles	3	4.6	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 50.8% (25) del personal de enfermería encuestado utiliza guantes estériles al brindar cuidado al estoma como se observa en la tabla 11.

Tabla 12

Uso de jabón para brindar el cuidado del estoma.

Uso de jabón	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	30	46.2	53.8%
No	35	53.8	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 12 se observa que el 53.8% (35) del personal de enfermería encuestado no utiliza jabón al brindar el cuidado al estoma.

Tabla 13

Tipo de jabón.

Tipo de jabón	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
La respuesta fue negativa	35	53.8	53.8%
Jabón humectante	3	4.6	58.5%
Jabón líquido	13	20.0	78.5%
Jabón neutro	14	21.5	100%

Total	65	100.0
-------	----	-------

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 21.5% (14) del personal de enfermería participante utiliza jabón neutro al brindar el cuidado al estoma. (Ver tabla 13).

Tabla 14

Frecuencia para cambio de la bolsa de colostomía

Frecuencia en horas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cada 48 horas	33	50.8	50.8%
Cada 96 horas	7	10.8	61.5%
Cada 72 horas	20	38.5	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 14 refleja que el 50.8% (33) del personal de enfermería encuestado, cambia la bolsa de colostomía cada 48 horas.

Tabla 15

Frecuencia del cambio de la barrera cutánea en dispositivo de dos piezas.

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cada 3 días	34	52.3	52.3%
Cada 5 días	18	27.7	80.0%
Cada 8 días	13	20.0	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 52.3% (34) del personal de enfermería participante, cambia la barrera cutánea cada 3 días, como se observa en la tabla 15.

Tabla 16

Acciones de enfermería en relación con el vaciado de la bolsa de colostomía.

Acciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Vaciar la bolsa recolectora cuando	25	38.5	38.5%

se llene de aire o materia fecal.			
Vaciar la bolsa recolectora cuando esté llena en un tercio o la mitad con aire o con materia fecal.	40	61.5	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 16 demuestra que el 61.5% (40) del personal de enfermería encuestado, vacía la bolsa recolectora cuando esté llena en un tercio o la mitad con aire o con materia fecal.

Tabla 17

Retirada de la bolsa de colostomía.

Despegue de la bolsa de colostomía	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De abajo hacia arriba	11	16.9	16.9%
De arriba hacia abajo	54	83.1	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 83.1% (54) del personal de enfermería encuestado, despega la bolsa de colostomía de arriba hacia abajo. (Ver tabla 17).

Tabla 18

Insumo utilizado para la limpieza del área periestomal.

Sustancia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alcohol	1	1.5	1.5%
Solución estéril	21	32.3	33.8%
Solución fisiológica	32	49.2	83.1%
Agua	11	16.9	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

En la tabla 18 se observa que el 49.2% (32) del personal de enfermería encuestado, limpia el área periestomal con solución fisiológica.

Tabla 19

Técnica utilizada para el secado de la piel periestomal.

Técnica	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dejar secar al aire libre	3	4.6	4.6%
Secar con toques de manera cuidadosa	62	95.4	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 95.4% (65) del personal de enfermería encuestado, seca con toques de manera cuidadosa la piel periestomal como se observa en la tabla 19.

Tabla 20

Producto más utilizado para proteger la piel periestomal.

Producto	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Nitrato de plata	3	4.6	4.6%
Pasta hidrocoloide	10	15.4	20.0%
Karaya	52	80.0	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 80.0% (52) del personal de enfermería encuestado, utiliza caraya para proteger la piel periestomal. (Ver tabla 20).

Tabla 21

Medición del estoma previo a la colocación del dispositivo.

Medición del estoma	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	64	98.5	98.5%
No	1	1.5	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 21 destaca que el 98.5% (64) del personal de enfermería participante, mide el estoma antes de colocar el dispositivo de colostomía.

Tabla 22

Recorte del dispositivo de colostomía.

Recorte del dispositivo más grande que el estoma	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	36	55.4	55.4%
No	29	44.6	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 22 refleja que el 55.4% (36) del personal de enfermería encuestado, recorta el dispositivo más grande que el estoma.

Tabla 23

Colocación del dispositivo de colostomía.

Manera de colocar el dispositivo de colostomía	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De arriba hacia abajo	14	21.5	21.5%
De abajo hacia arriba	41	63.1	84.6%
Ninguna de las anteriores	10	15.4	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 63.1% (41) del personal de enfermería participante, coloca el dispositivo de colostomía de abajo hacia arriba, como se observa en la tabla 23.

Tabla 24

Capacitaciones sobre el cuidado en niños con colostomías por parte de la institución.

El personal recibe capacitaciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	33	50.8	50.8%
No	32	49.2	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 50.8% (33) del personal de enfermería encuestado, no recibe capacitaciones para el cuidado en pacientes con colostomía (ver tabla 24).

Tabla 25

Frecuencia con la que el personal de enfermería recibe capacitaciones.

Frecuencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Cada 6 meses	11	16.9	16.9%
Una vez al año	22	33.8	49.7%
La respuesta fue negativa	32	49.2	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 25 refleja que el 33.8% (22) del personal de enfermería encuestado, recibe capacitaciones para el cuidado en pacientes con colostomía una vez al año.

Tabla 26

Características del gasto fecal de la colostomía considerado de alarma.

Características de alarma.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pastosas	3	4.6	4.6%
Melénicas	45	69.2	73.8%
Líquidas	17	26.2	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 69.2% (45) del personal de enfermería participante, considera que el gasto fecal con características melénicas es signo de alarma, como se puede observar en la tabla 26.

Tabla 27

Tiempo que debe transcurrir después de la instalación de la colostomía para que presente gasto fecal.

Tiempo a transcurrir	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
48 horas	18	27.7	24.5%
24 horas	18	27.7	55.4%
12 horas	29	44.6	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 44.6% (29) del personal de enfermería encuestado, considera que el paciente presenta gasto fecal en las 12 horas posteriores a la instalación de la colostomía. (Ver tabla 27).

Tabla 28

En colostomía de dos bocas ¿Qué estoma presenta el gasto fecal?

Estoma que debe presentar el gasto fecal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Por ambos	7	10.8	10.8%
El distal	17	26.2	36.9%
El proximal	41	63.1	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

La tabla 28 refleja que el 63.1% (41) del personal de enfermería encuestado, considera que es el estoma proximal el que debe tener gasto fecal.

Tabla 29

Dirección hacia la que se debe dejar la bolsa de colostomía para su drenaje.

Dirección	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hacia la parte interna del cuerpo	3	4.6	4.6%
Hacia la parte externa del cuerpo	38	58.5	63.1%
En dirección al miembro pélvico	24	36.9	100%
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 58.5% (38) del personal de enfermería encuestado, coloca la bolsa de colostomía hacia la parte externa del cuerpo del paciente, en la tabla 29 se observa.

Tabla 30

Cuidado global que ofrece el personal de enfermería participante a pacientes con colostomías.

Categorización del cuidado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excelente	0	0	0.0%
Adecuado	48	73.8	73.5%
Regular	17	26.2	100%
Inadecuado	0	0	
Total	65	100.0	

Nota: Cuestionarios aplicados.

El 26.2% (17) del personal de enfermería encuestado, ofrece un cuidado regular. (Ver tabla 30).

Tabla 31

Variables sociodemográficas asociadas al cuidado adecuado de enfermería de las colostomías.

Variables	Cuidado inadecuado		Cuidado regular		Cuidado adecuado		Cuidado excelente	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Estado civil (Soltero) $\eta \approx 29$	0	0	6	20.7%	23	79.3%	0	0
Grado Académico (Licenciatura) $\eta \approx 19$	0	0	6	31.6%	13	68.4%	0	0
Servicio (Lactantes) $\eta \approx 14$	0	0	2	14.3%	12	85.7%	0	0
Turno (Matutino) $\eta \approx 27$	0	0	4	14.9%	23	85.1%	0	0

Nota: Cuestionarios aplicados.
f= Frecuencia, %= porcentaje.

En la tabla 31 se destacan las variables sociodemográficas que obtuvieron el mayor puntaje en relación con el cuidado de colostomías.

Tabla 32

Edad asociada al cuidado adecuado de colostomías.

Rangos de edad	Cuidado inadecuado		Cuidado regular		Cuidado adecuado		Cuidado excelente	
	f	%	f	%	f	%	f	%
18 – 38 años $\eta \approx 32$	0	0	9	13.8%	23	35.4%	0	0
39 – 65 años $\eta \approx 33$	0	0	8	12.3%	25	38.5%	0	0

Nota: Cuestionarios aplicados.
f= Frecuencia, %= porcentaje.

La tabla 32 refleja que el personal que se encuentra en el rango de edad de 39 – 65 años ofrecen un mejor cuidado a pacientes con colostomía.

Tabla 33

Antigüedad asociada al cuidado adecuado de colostomías.

Antigüedad	Cuidado inadecuado		Cuidado regular		Cuidado adecuado		Cuidado excelente	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1 – 10 años $\eta \approx 33$	0	0	11	16.9%	22	33.8%	0	0
11 – 40 años $\eta \approx 32$	0	0	6	9.3%	26	40.0%	0	0

Nota: Cuestionarios aplicados.
f= Frecuencia, %= porcentaje.

La tabla 33 refleja que el personal de enfermería encuestado con antigüedad de entre 11 – 40 años de servicio ofrece un mejor cuidado.

Conclusiones

El nivel de cuidado de enfermería que ofrece la mayor parte del personal a niños con colostomía fue adecuado.

A mayor edad de los participantes el cuidado de enfermería fue adecuado.

A mayor antigüedad de los participantes el cuidado de enfermería fue adecuado.

El personal soltero encuestado ofreció un cuidado adecuado en relación con los estomas.

Del personal participante, fueron los licenciados de enfermería quienes ofrecieron un cuidado bueno.

Discusión

De acuerdo con la bibliografía revisada sobre colostomías no se encontró relación con el tema en estudio, por lo cual no se pudieron contrastar resultados, lo que favorece la generación de nuevo conocimiento al dar continuidad a proyectos de investigación.

El cuidado de los estomas se clasificó de acuerdo al puntaje obtenido en 4 categorías, que fue del menor puntaje al máximo puntaje: inadecuado, regular, adecuado y excelente.

Existe una cuarta parte del personal de enfermería que proporciona un cuidado regular a los usuarios con colostomía.

Sugerencias

Buscar estrategias que permitan al personal adscrito y a los pasantes de enfermería capacitarse en el cuidado de los estomas.

Continuar con esta investigación para encontrar significancia estadística en los resultados y hacer inferencias en otras poblaciones con características semejantes.

Capítulo V

V. Referencias bibliográficas

- Agarwal, S. y Ehrlich, A. (2010). Stoma dermatitis: prevalent but often overlooked. *Atdermae*. 21: 138-47. Recuperado de: <http://www.atdermae.com/ppal194.asp>
- Albers, B.J., Lamon, D.J. y Colon. (2016). Repair colostomy creation. In: Baggish MS, Karram MM, eds. *Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery*. 4th ed. Philadelphia, Elsevier; chap 99.
- Asociaciones Unidas de ostomía de América (UOAA), 2019 <https://www.ostomy.org/what-is-an-ostomy/>
- Bembibre, C. (2010). Recuperado de URL: <https://www.definicionabc.com/derecho/estado-civil.php>
- Burch, J. (2011). Peristomal skin care and the use of accessories to promote skin health. *Br J Nurs*. 20(7): S4-S8. Recuperado de: <http://search.proquest.com/docview/864959752?accountid=14555>.
- Burgos, M. y Paravic, T. (2009). Enfermería como profesión. *Rev Cubana Enfermer*. Vol.25, n: 1-2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192009000100010&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319.
- Coca, C. y Fernández de Larrinoa, I. (2014). Serrano Gómez R. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de enfermería especializada en ostomía. *Metas Enferm*. 17(1): 2331.
- Colliere, M. (1997). Promover la vida: De la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw-Hill; 315.
- Cruz, O. Cano, M. Pat, L., et al. (2009). Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del distrito federal. *Rev CONAMED*. (Supl

1): 15-18. [L]
[SEP]

De La Llera, G. (2007). Colostomías: clasificación, indicaciones, detalles de técnica. *Revista Cubana de Cirugía*, 46(4) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932007000400019&lng=es&tlng=es

Frutos, R. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enferm*; 14(2): 24-31

Henrique, C., Matos, M., Matos F. M. y Rahal, B. (2007). Profile of the patient with stoma and complications related to stoma, Campo Grande, MS – Brasil.

Herlufsen, P., Olsen, A.G., Carlsen, B., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *Br J Nurs*. 15(16): 854-862.

Hernández, A. (2013). Funcionalidad conyugal y calidad de vida en el paciente con colostomia e ileostomia adscritos al HGR con UMF N.220 Gral. Vicente Villada de enero a junio de 2013. pp 13, 31.

Juárez, J. L., Molina, E. y Martínez, C. (2010). Autocuidados e interacciones sociales. un reto para el paciente colostomizado. Biblioteca Las casas; 6(3). Recuperado de: <http://0www.indexf.com.avalos.ujaen.es/lascasas/documentos/lc0560.php>.

Juárez, J.L., López, M.C. y Rojas, Y. (2011). Evolución histórica de las ostomías y cuidados enfermeros en cirugía. *Rev Paraninfo Digital*; 5(13). Recuperado de: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n13/pdf/p052.pdf>.

Marriner, T. y Raile, M. (2005). Modelos y Teorías de enfermería. *Elsevier Mosby*, sexta edición, pp. 91- 105.

Matarese, L. (2012). Nutrition and fluid optimization for patients with short bowel syndrome. *JPEN*. pp. 1-10. Recuperado de: <http://pen.sagepub.com/content/early/2012/12/20/0148607112469818> [L]
[SEP]

Min, K., Ho, K., Dong, K. y Jae, J. (2012). The influence of nutritional assessment on the outcome of ostomy takedown. *J Korean Soc coloproctol*; 28(3): 145-151 [L]
[SEP]

Navarro, J. (2017). Recuperado de:
<https://www.definicionabc.com/derecho/antiguedad-laboral.php>

The Medicine Science and Technology Press of China, Beijing (2006), p. 117

U.S, department of health and human services. U.S. National library of medicine © 1997-2019 A.D.A.M., Inc.

Ramos, M. R. (2012). Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integral*. (99): 12-16. Recuperado de:
<http://www.enfervalencia.org/ei/99/ENF-INTEG-99.pdf>.

Rothstein, M. S. (1986). Dermatologic considerations of stoma care. *J Am Acad Dermatol*. 15(3): 411-432. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/77055385?accountid=14555>.

Pérdigo, L. (2005). Colostomías, técnicas, prevalencia. *Luz en la palabra*. Asociación de ostomizados "Argia". 5: 9-11.

Yu, D.H. (1995). Recent advances in colostomy care. *Patient Educ Couns*. 26 (1-3): 349-352. Recuperado de:
<http://search.proquest.com/docview/77594804?accountid=14555>.

Recalla, S., English, K., Nazarali. R., Mayo, S., Miller, D. y Gray, M. (2013). Ostomy care and management: A systematic review. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society / WOCN. 40(5): 489-500.

Price, A. (1997). Ten commandments for the new ostomate. *Ostomy Outlook*.

Rodríguez, J., (2016). Para qué sirve el nitrato de plata. *ONsalus*. Recuperado de:

<https://www.onsalus.com/para-que-sirve-el-nitrato-de-plata-18102.html>
link to media España, 2019

Velez, M. (2019). Cuidado de la ostomía. *Rev Osto-Med*. Recuperado de:
<http://www.ostomed.com.mx/cuidados.html>

Conceptosjurídicos.com. (2019). Recuperado de:
<https://www.conceptosjuridicos.com/estado-civil/>

Real academia española (RAE), 2014. El Diccionario de la lengua española. 23º edición. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=EN8xffh>

Real academia española (RAE), 2014. El Diccionario de la lengua española. 23º edición. Recuperado de: <https://dle.rae.es/?id=XIApmpe>

Ucha, F. (2009). Recuperado de: <https://www.definicionabc.com/general/grado.php>

LEY FEDERAL DEL TRABAJO. Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de abril de 1970. Última Reforma DOF 09-04-2012. 1 de 228.

Apéndices

Apéndice 1

Tabla 34

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Resultados o clasificación
Cuidado de enfermería	Proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar (Watson, 1978).	Se obtiene después de que el personal decide participar y contestar de forma verídica el cuestionario que mide el cuidado de enfermería, que posteriormente se categoriza de acuerdo al índice obtenido.	Nominal	Cuidado excelente Cuidado bueno Cuidado regular Inadecuado
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (Real academia española [RAE], 2014).	El participante registra la cantidad de años de vida en el cuestionario que se le proporciona.	Escalar cuantitativa	Variable sociodemográfica

Sexo	Condición orgánica, masculin a o femenina (RAE, 2014).	Se obtiene a través del cuestionario que el participante contesta.	Nominal	a) Masculino b) Femenino
Estado Civil	La condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos (Bembibre, 2010)	El estado civil se obtiene a través de que el personal que desea participar contestando la encuesta y marca la opción de acuerdo a su situación personal.	Nominal	a) Soltera b) Casada c) Viuda d) Divorciada e) Unión libre
Grado académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios (Ucha, 2019).	Se obtiene a través de que el personal participante decide contestar el cuestionario registra su grado académico.	Ordinal	a) Pasante de enfermería b) Nivel técnico c) Licenciatura d) Especialidad e) Maestría f) Doctorado

Turno	Tiempo durante el cual la persona trabajadora se encuentra a disposición del patrón para prestar su trabajo (Ley Federal del trabajo, 2012)	Dicho rubro se obtiene de la recolección de datos a través de encuestas aplicadas al personal de enfermería que participa.	Ordinal	a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Acumulada
Antigüedad en la institución	Tiempo que un empleado lleva trabajando en una empresa (Navarro, 2017).	Se obtiene después de que el personal que decide participar indica la antigüedad laboral.	Nominal	Variable sociodemográfica

Apéndice 2



**Secretaría
de Salud**
Subsecretaría del Consejo de Administración

Consentimiento informado



Al firmar este documento doy mi autorización para que la PLESS Mayra Guadalupe Murillo Ortega, cuya asesora es la Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala, me aplique un cuestionario como parte de su investigación titulada “Cuidado de enfermería en niños con colostomía”.

Se me informó que esta investigación prevalecerá el respeto a mi dignidad y protección de mis derechos

El siguiente cuestionario pretende conocer el cuidado que brindan las y los enfermeros del hospital infantil al paciente colostomizado, en caso de difusión, los resultados se darán a conocer a nivel nacional siempre y cuando respetando el anonimato y confidencialidad de la persona.

El estudio no conlleva ningún riesgo y el participante no recibe recompensas económicas por su participación, el proceso será estrictamente confidencial y su participación es voluntaria.

Nombre y firma del encuestado

Nombre y firma del 1er testigo

Nombre y firma del 2do testigo

Cualquier duda o aclaración comunicarse con Mayra Guadalupe Murillo Ortega al (425) 125 38 52.

Apéndice 3



Secretaría de Salud
Gobierno del Estado de Michoacán



Secretaría de Salud de Michoacán

Hospital Infantil de Morelia “Eva Sámano de López Mateos”

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

“Escala de medición del cuidado de enfermería en colostomías”

Autoras: PLESS. Mayra Guadalupe Murillo Ortega

DCE. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala.

El siguiente cuestionario tiene como objetivo: identificar el cuidado de enfermería a niños con colostomía

Favor de contestar el siguiente cuestionario con la mayor veracidad posible, la información obtenida será estrictamente confidencial.

Instrucciones:

I. Contesta o selecciona las respuesta que corresponde a lo siguiente:

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Estado Civil: a) Soltero(a) b) Casado(a) c) Viuda(o) d) Divorciada (o)
e) Unión libre
4. Grado académico: a) Pasante de enfermería b) Nivel técnico
c) Licenciatura d) Especialidad e) Maestría f) Doctorado
5. Servicio de adscripción: _____
6. Turno: a) Matutino b) Vespertino c) Nocturno d) Jornada Acumulada
7. Antigüedad en la institución _____

II. Subraye la respuesta según corresponda.

1. ¿Se realiza lavado de manos antes de ofrecer cuidado al estoma?
a) Si b) No

a) Si b) No

a) Estériles b) No estériles c) Desechables

a) Si b) No

a) Jabón neutro b) Jabón humectante b) Jabón líquido

a) cada 48 horas b) cada 72 horas c) cada 96 horas

a) cada 3 días b) cada 5 días c) cada 8 días

a) Vaciar la bolsa recolectora cuando se llene de aire o materia fecal

9. ¿Cómo despega la bolsa de colostomía?

a) de arriba hacia abajo b) de abajo hacia arriba

a) Solución fisiológica b) Agua c) Solución estéril d) Alcohol e) Aceites

11. ¿Cuál de las siguientes técnicas utiliza para el secado de la piel periestomal?

- a) Secar con toques de manera cuidadosa
- b) dejar secar al aire libre

12. ¿Qué producto utiliza usted para proteger la piel periestomal?

- a) Caraya b) Nitrato de plata c) pasta hidrocoloide

13. Antes de colocar el dispositivo de colostomía mide el estoma?

- a) Si b) No

14. ¿Recorta el dispositivo más grande que el estoma?

- a) Sí b) No

15. ¿De qué manera coloca usted el dispositivo de colostomía?

- a) De abajo hacia arriba
- b) De arriba hacia abajo
- c) Ninguna de las anteriores

16. ¿Recibe usted capacitaciones para el cuidado en pacientes con colostomía?

- a) Si b) No

17. Si su respuesta es positiva, con qué frecuencia?

- a) Cada 6 meses b) Una vez al año c) Nunca

18. ¿Cuál de las siguientes características sobre el gasto fecal considera usted que sea de alarma?

- b) Líquidas b) Pastosas c) Melénicas

19. ¿Después de cuánto tiempo de instalación de la colostomía debe presentar gasto fecal el paciente? a) 12 horas b) 24 horas c) 48 horas

20. En caso de que la colostomía sea de dos bocas, ¿cuál estoma debe tener gasto fecal?

- a) El distal b) El Proximal c) Por ambos

21. ¿Hacia qué dirección deja la bolsa de colostomía a su paciente?

- a) En dirección al miembro pélvico
- b) Hacia la parte externa del cuerpo
- c) Hacia la parte interna del cuerpo

¡Gracias por su participación!