

**UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”**

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“CONOCIMIENTO Y PRACTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO
DE COLOSTOMÍA, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL VÍCTOR
RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2020”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Bach. SOPLAPUCO PASCUAL, Yosselin Vanessa

ASESORA:

Dra. ZAMBRANO GUIMARAY, Julia Isabel

HUARAZ- PERÚ

2020

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____ D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

8. Referencia bibliográfica: _____

9. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo. Acceso

restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

10. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

Firma del autor

11. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

12. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:



Varillas William Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

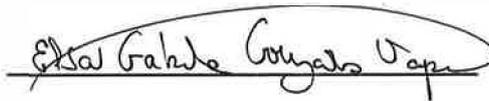
**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

FIRMA DE LOS MIEMBROS DEL JURADO



DRA. MAGNA GUZMAN AVALOS

PRESIDENTA



MAG. ELSA GABRIELA GONZALES TAPIA

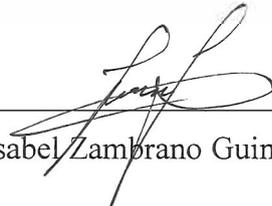
SECRETARIA



LIC. ROSA DEL PILAR ATOCHE BENAVIDES

VOCAL

FIRMA DE LA ASESORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Julia', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

Dra. Julia Isabel Zambrano Guimaray

ASESORA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentada por la Bachiller en Enfermería:

SOPLAPUCO PASCUAL YOSSELIN VANESA

De la Tesis Titulada

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO DE COLOSTOMIA, SERVICIO DE CIRUGIA, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2020”.

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas, lo declaran aprobado con el calificativo de: *Distintivo* (*19*), en consecuencia la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 14 de Mayo del 2021.



Dra. MAGNA GUZMÁN AVALOS
PRESIDENTA



Mag. ELSA GABRIELA GONZALES TAPIA
SECRETARIA



Lic. ROSA DEL PILAR EFIGENIA ATOCHE BENAVIDES
VOCAL

AGRADECIMIENTO

A Dios, por guiarme, protegerme y hacer de mí una persona con vocación de servicio, de ser mejor cada día, por permitirme llegar a donde estoy y por derramar sus bendiciones cada día de mi vida y permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio.

A mi madre por su amor y apoyo incondicional que he recibido durante todos estos años de mi vida, por estar siempre a mi lado en los buenos y malos momentos y cultivar en mí el amor al prójimo y la vocación de servir a los demás.

Así mismo agradecemos a la Dra. Julia Isabel Zambrano Guimaray por su asesoría, por compartir sus conocimientos y experiencias, por su paciencia, dedicación, disposición, por sus valiosos comentarios que hicieron de esta investigación una realidad.

A mis asesores quienes me apoyaron en todo momento transmitiéndome sus conocimientos y experiencias vividas.

Al personal de salud y a los pacientes del servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia por haberme brindado las facilidades e información durante la etapa de ejecución.

DEDICATORIA

Lleno de regocijo, de amor y emoción, es para mí una gran satisfacción poder dedicar este trabajo que con mucho esfuerzo, esmero y trabajo he logrado a mi madre Luz María Pascual Pereyra que es el principal motor y motivo para cumplir con mis objetivos y por su apoyo incondicional que me brinda en cada uno de los pasos que elijo seguir en mi vida y a cada uno de mis seres queridos, quienes han sido mis pilares para seguir adelante.

Así mismo dedico este trabajo a la Dra. Julia Isabel Zambrano Guimaray una excelente profesional, docente, ser humano y sobre todo amiga ya que siempre me inculco diversos valores que debemos tener tanto como persona como hacia las personas que están a nuestro cuidado y sobre todo por ser mi inspiración en esta investigación.

ÍNDICE

1. Aspecto conceptual	8
1.1. Planteamiento del problema.....	8
1.1.1. Formulación del problema.....	11
1.2. Objetivos.....	11
1.2.1. Objetivo general.....	11
1.2.2. Objetivo específico.....	11
1.3. Justificación	12
1.4. Marco teórico.....	15
1.4.1. Antecedentes de la investigación.....	15
1.4.2. Definición de término.....	68
1.5. Hipótesis.....	70
1.5.1. Variables:.....	70
1.5.2. operacionalización de variables.....	71
2. Aspecto metodológico.....	73
2.1. Tipo de estudio.....	73
2.2. Diseño de la investigación	73
2.3. Población o universo	74
2.4. Unidad de análisis y muestra.....	75
2.5. Instrumento de recopilación de datos	75
2.6. Validez y confiabilidad	76
2.7. Análisis estadístico e interpretación de la información.....	77
3. Aspecto técnico administrativo	97
3.1. Cronograma de trabajo.....	97
1.1. Presupuesto del proyecto	98
4. Referencias bibliográficas.....	99
anexos.....	106

RESUMEN

La presencia de pacientes colostomizados es cada vez más frecuente, donde el cuidado de enfermería es importante y fundamental durante las fases de recuperación y restauración, siendo imprescindible en todo momento la participación de los pacientes y familiares, ya que ellos son los que aseguran posteriormente su autocuidado en su domicilio. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento, práctica relacionado con el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Metodología: El estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico. En el estudio participarán los pacientes hospitalizados con diagnóstico de colostomía que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. La técnica: encuesta. Se aplicará como instrumento: cuestionarios de tipo estructurada validados por juicios de expertos, que medirá las dos variables en estudio. Ambos fueron evaluados por juicio, con una confiabilidad de 0.81 y 0.85 de alfa de Crombach respectivamente. El conocimiento y la práctica se relacionan significativamente con el autocuidado de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. La prueba no paramétrica determina un valor observado Chi cuadrado de ($\chi_0^2 = 16.365$) y un valor tabular de la Chi cuadrado ($\chi_t^2 = 9,488$) donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Concluyendo que existe relación significativa entre el conocimiento, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Las variables están asociadas.

Palabras clave: Conocimiento, Prácticas, Colostomía y Autocuidado

ABSTRACT

The presence of colostomized patients is increasingly frequent, where nursing care is important and fundamental during the recovery and restoration phases, the participation of patients and their families being essential at all times, since they are the ones who subsequently ensure their self-care at home. Objective: To determine the level of knowledge and practice related to self-care in colostomized patients, in the surgery service, of the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2020. Methodology: The study has a quantitative approach, correlational design, cross-sectional. The type of sampling will be non-probabilistic. Hospitalized patients with a diagnosis of colostomy who meet the inclusion and exclusion criteria will participate in the study. The technique: survey. It will be applied as an instrument: structured questionnaires validated by expert judgments, which will measure the two variables under study. Both were evaluated by trial, with a reliability of 0.81 and 0.85 for cronbach alpha, respectively. Knowledge and practice are significantly related to the self-care of colostomized patients in the surgery service, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. The non-parametric test determines an observed Chi-square value of ($= 16,365$) and a tabular value of the Chi square ($= 9.488$) where the observed value is located in the rejection zone because it is higher than the tabular value, rejecting the null hypothesis H_0 and accepting the alternative hypothesis H_A . Concluding that there is a significant relationship between knowledge and self-care in colostomized patients in the surgery service of the Víctor Ramos Guardia Hospital, Huaraz, 2020. The variables are associated.

Keywords: Knowledge, Practices, Colostomy and Self-care

1. ASPECTO CONCEPTUAL

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La colostomía es un procedimiento quirúrgico de exteriorización del colon a través de la pared abdominal suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal”, que puede ser para el paciente de índole definitiva o temporal, estas últimas se realizan para resolver la fase aguda de algunas enfermedades en cirugía de urgencia, evitar complicaciones y una vez solucionado el problema, se procede a cerrarlas para restablecer el tránsito intestinal. Las colostomías constituyen procedimientos estándar en la práctica de la cirugía, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes económicos, sociales, laborales y los efectos psicológicos que producen. ^(2,8)

Las enfermedades digestivo-oncológicas como el cáncer de colon se han constituido como uno de los problemas de salud a nivel mundial; lo cual se incrementa día a día, que afecta tanto a hombres como a mujeres. Un estudio retrospectivo realizado en el Salvador de los cánceres se encontró que el cáncer de colon ocupó el tercer lugar, en varones 19% y en mujeres 17%). En España se reportó según el tipo de ostomía que se estima que el 70% son colostomías, 15% ileostomías y 15% urostomías. La causa más frecuente de una colostomía es el cáncer colon rectal, siendo en la actualidad una de las enfermedades más importantes en los países occidentales y representa una causa muy significativa de morbilidad y mortalidad por cáncer; siendo la segunda forma más común de cáncer, tomando en conjunto ambos sexos y la incidencia tiende al aumento. ⁽³⁾

Con respecto a América Latina los datos que se halla en Argentina reporta que de cada mil personas 2 son portadoras de colostomías, por lo cual se deduce que existe un total de 30.000 personas portadoras. Por otro lado, la Asociación Colombiana de Ostomizados indica que *Colombia* existen entre 15.000 y 30.000 *ostomizados*, entre hombres y mujeres, de cualquier edad, incluso recién nacidos. Finalmente, en Chile los casos de pacientes con colostomía son 1.200 y la prevalencia en 4.500. Como se puede apreciar casi todos los estudios son realizados en el extranjero, habiendo pocos o nulos datos al respecto en nuestro local. ⁽²⁵⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que el 4% de ciudadanos posee un tipo de herida alrededor de 15,000 personas colostomizadas tienen ostomías abdominales y urinarias debido a esta cantidad es que se debe dar énfasis en el autocuidado de la persona colostomizada para que pueda albergar una óptima calidad de vida. ⁽¹⁾

En el Perú según el Ministerio Nacional de Salud (MINSA) en el año 2015 se informó que las neoplasias malignas constituyen el 7% con un predominio en la población adulta y adulta mayor, que precisan como tratamiento quirúrgico la realización de una estoma (colostomía), para recuperar el estado de salud del paciente, disminuyendo la mortalidad y el riesgo a complicaciones post operatorias, experimentando la persona sometida a este tratamiento situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, higiénicos, psicológicos, sociales y económicos, en su homeostasis biopsicosocial. ⁽¹⁾

La incidencia de pacientes colostomizados según cifras estadísticas que se reportaron en el hospital Víctor Ramos Guardia de la ciudad de Huaraz en el

año 2018 muestra un total de 140 pacientes ostomizados que fueron sometidos a una colostomía por alguna enfermedad gastrointestinal. ⁽⁹⁾

El motivo a realizar esta investigación, es un hecho significativo, ya que en el transcurso de las prácticas de adulto I y II realizadas en el Hospital Víctor Ramos Guardia, se observó que antes de recibir el alta del servicio de cirugía, los pacientes no sabían cómo realizar su autocuidado referente como manejar su estoma, la técnica de aplicación de la bolsa colectora, la forma adecuada de hacerse la higiene y así evitar una posible complicación (dermatitis periestomal), ni que alimentos debería consumir, la cual representa una problemática para la pronta recuperación de salud del paciente, ya que colostomía es una cirugía que implica pérdida de la imagen corporal y cambios en el estilo de vida, que llevan a los pacientes a enfrentar una serie de situaciones que repercuten en su estado afectivo, familiar, social, sexual y laboral, tal es así; que ante este cambio morfofuncional el paciente tiene que adquirir conocimientos y prácticas para su autocuidado que le ayuden a convivir con esta nueva forma de vida. Otro motivo es que en el servicio de cirugía acuden generalmente un total de 50 personas para la atención, colocación o ajuste de su estoma y ver el estado en la que se encuentra, dado que el hospital no cuenta con un programa de atención integral a pacientes ostomizados, que esté dirigido por enfermeras especialistas en terapia enterostomal y en brindar atención asistencial, consejería, educación, información y apoyo emocional, con el objetivo de dar atención integral y permanente al paciente colostomizado y al familiar para optimizar su bienestar biopsicosocial – espiritual.

1.1.1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre el conocimiento y práctica en el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020?

1.2. OBJETIVOS

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento, práctica relacionado con el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

1.2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Medir el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre el autocuidado de colostomía.
- Identificar las prácticas de autocuidado que realizan los pacientes colostomizados.
- Relacionar el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado que tienen los pacientes colostomizados.

1.3. JUSTIFICACIÓN

La colostomía es un procedimiento quirúrgico al paciente donde se hace una abertura creada en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal la cual implica pérdida corporal y cambios en el estilo de vida, que llevan a los pacientes a enfrentar una serie de situaciones tal es así; que ante este cambio morfofuncional el paciente tiene que adquirir conocimientos y prácticas para su autocuidado que le ayuden a convivir con esta nueva situación de colostomizado. La finalidad del estudio es su reintegro a la vida social y familiar en el menor tiempo posible. Poner autor

Por los argumentos antes mencionados, el presente proyecto de tesis se justifica en lo siguiente:

La presente investigación es importante porque se determinará la relación existente entre el conocimiento y la práctica en el autocuidado de pacientes colostomizados, ya que, en muchas ocasiones se han observado casos, que cuando se realiza el apoyo al paciente durante su estancia hospitalaria, en el cuidado de su colostomía su mejoría es rápida; sin embargo, también se ha podido observar que los pacientes han reingresado al pasar las semanas al servicio de cirugía, debido a que se encuentra su estomía inflamada, infectada en la zona de operación, por lo que se ve reflejado que el conocimiento y la práctica en el autocuidado no siguió de forma positiva debido a muchos factores que podían estar influenciando de manera interna o externamente. El saber cuál es el nivel de conocimiento y práctica relacionado al autocuidado de colostomía tiene la finalidad de que con los resultados obtenidos, el personal de salud eduque, influya en la concientización y sensibilización del

autocuidado que debe tener los pacientes y de esta manera disminuir las complicaciones, sirviendo como marco a otras investigaciones relacionadas al conocimiento y práctica del autocuidado.

La investigación tiene valor teórico, porque brindará a la comunidad científica información actual e importante sobre las variables a estudiar, reportando cifras estadísticas, debido que se realiza revisiones bibliográficas de los últimos años siendo de gran aporte y que servirán como base para determinar el nivel de conocimiento y práctica del autocuidado, la cual busca el autocuidado de los pacientes colostomizado, resaltando que los datos y hallazgos a encontrar serán medibles lo cual permitirá realizar los sus resultados con los obtenidos de otros investigadores; todo ello permitirá dar a conocer las recomendaciones necesarias para que se implementen los planes de mejora necesarios sobre el autocuidado a pacientes colostomizados.

Valor práctico se basa en el hecho de que los pacientes deben realizar adecuadamente su autocuidado para tener una óptima y pronta recuperación de su colostomía y así su reinserción a la vida social, por lo que la enfermera debe brindar apoyo en la parte educativa, demostrativa y así fortalecer y ser absuelta toda duda del paciente.

Relevancia Social se fundamenta en el beneficio que tendrán los pacientes ya que se lograra su pronta reinserción a la sociedad y así estará en menor estadía hospitalaria, así mismo se beneficiará a los profesionales de enfermería ya que fortalecerá y brindará una óptima educación en el área del cuidado y así permitirá diseñar estrategias de salud para fortalecer los conocimientos y las prácticas de autocuidados en el paciente colostomizado, mediante la

planificación y ejecución de actividades de enseñanza, que garanticen mejorar en un futuro el bienestar y afrontamiento emocional de la persona ostomizada, con la aplicación de procedimientos específicos, direccionados al cuidado de la piel del área del estoma, cuidados de dispositivo, evitar complicaciones y cubrir las expectativas de información u orientación de los pacientes, los familiares también se verán beneficiados ya que tendrán conocimiento al momento que el paciente le pide ayuda, tendrán menor costo económico y contarán con más tiempo para realizar otras labores, por ultimo también será beneficiado el nosocomio ya que conllevara a tener más camas libres y buen prestigio.

Es importante precisar la utilidad metodológica del estudio porque se da a conocer sobre los instrumentos que han sido utilizado para la recolección de los datos, a los cuales se les determinó su validez y confiabilidad; en tal sentido el cuestionario, la ficha de recolección de datos y la lista de cotejo servirá como referente a otros autores para que profundicen investigaciones respecto al tema de las variables estudiadas. Así mismo se da a conocer el tipo de estudio, diseño de investigación, población, muestra y aspectos propios de la metodología de la investigación científica

El estudio ha sido viable porque se a tenido la aceptación de los pacientes para brindar su opinión, haciendo la salvedad que éstos tuvieron la oportunidad de firmar el declaración del consentimiento informado voluntario previo a la explicación que se les brindó a cada uno de ellos antes de la aplicación del cuestionario. También es necesario mencionar que se tuvo la disponibilidad de los recursos bibliográficos, humanos, materiales, económicos, siendo el

tiempo de ejecución adecuado para la realización de un análisis detallado de los datos, los mismos que se concretaron en la presentación de los resultados en el informe final de tesis.

1.4. MARCO TEÓRICO

1.4.1. Antecedentes de la investigación

ZAMBRANO J. en el 2018 en su trabajo de investigación tuvo como Objetivo: Determinar las prácticas de autocuidado de pacientes con colostomía. Método: cuantitativo, de nivel descriptivo se aplicó una encuesta a los pacientes colostomizados de la unidad técnica de Coloproctología, luego se tabularon datos en Excel sacando los respectivos porcentajes. Resultados: Cumplen con las medidas de bioseguridad en el manejo del estoma el 88%; con respecto al uso de guantes lo cumple un 65% ; Organización del material antes de iniciar el cambio o vaciamiento de la funda recolectora lo cumple un 92%; Cumplimiento de la cita médica el 78% , Ingesta de bebidas un 90% ingieren agua; actividades de los pacientes la gran mayoría en un 73% no realiza actividades deportivas; la edad entre 33-41 adultos jóvenes en un 48%; el sexo el mayor porcentaje ocupa el sexo masculino con un 69% ; el 100% tiene conocimiento de los diferentes temas impartidos; nivel de instrucción el 30% son profesionales; estado civil son solteros con un 30%; la etnia predominante de los pacientes es la mestiza con un 66% personas del sexo masculino ; las estrategias educativas utilizadas por el área de Coloproctología para educar a los pacientes y puedan realizar su Autocuidado es a través de charlas y talleres con 100% Con respecto a las complicaciones un 58% no ha sufrido

complicaciones, un 33% irritación de la piel. Conclusiones: los pacientes cumplen con el autocuidado de su colostomía. ⁽²⁰⁾

MEJÍA, M. (2017), en su investigación para optar el grado de maestro, con el título: “Manejo y complicaciones de los estomas intestinales”, tuvo como objetivo determinar los resultados del manejo y las complicaciones de los estomas intestinales que se presentaron en pacientes adultos tratados en el Hospital General de Enfermedad Común del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) en el periodo comprendido del 1 de enero del 2010 al 31 de mayo de 2011. Resultados y discusión: Fueron atendidos un total de 53 pacientes adultos con estomas intestinales. En cuanto a género fue el sexo masculino el más afectado con un total de 40 pacientes (75%), lo cual demuestra el alto índice de exposición de los varones a estomas intestinales debido a que existen más enfermedades asociadas. La población más susceptible de presentar estomas intestinales, es la contemplada en el rango de edad de 41 – 50 años con 10 pacientes (21%). Concluyo que las indicaciones quirúrgicas para hacer un estoma intestinal son las de obstrucción intestinal y el cáncer colón. El estoma que se realizó con mayor frecuencia es la colostomía en un 57% y la mayoría de estos son temporales en un 77%. La mayoría de los pacientes no presentaron complicaciones en un 77%. De las complicaciones presentadas el 11% recibió tratamiento conservador y el 12% tratamiento quirúrgico dependiendo de la complicación presentada. ⁽²³⁾

PAREDES J. (2015) Titulado: “Manejo de paciente con ostomía en el área de cirugía del hospital del IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas período mayo a octubre del 2015”. Objetivo: proyectar una Guía de cuidados de enfermería para las pacientes ostomizados en el servicio de cirugía para mejorar el trabajo de enfermería superando la calidad de vida. Brindando programas educativos de manera individualizadas en conocimientos y habilidades que le puedan favorecer el autoestima y poder conseguir ellos mismo su integridad en su entorno social. Tipo de estudio: enfoque cualitativo. Muestra: 31 profesionales de enfermería. Resultados: que se adquieren en las guías de cuidados para los pacientes ostomizados que refieren de no haber tenido capacitaciones actualmente sobre el manejo de estomas (colostomía). Conclusiones: que el personal de enfermería debería de protocolizar la guía de cuidados de enfermería para pacientes ostomizados para mejorar la calidad de atención y poder disminuir el tiempo de hospitalización.(24)

Almedárez J, Et al. (2015) Título: “Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería”. Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Metodología: estudio de intervención previa y posterior a enterostomía, realizada durante febrero-julio de 2013 en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí, México. Muestra: fue por conveniencia en 13 pacientes enterostomizados. Instrumento: encuesta antes de la intervención y tres posteriores a esta. Se validó por expertos con una confiabilidad con alfa de Cronbach = 0.670; contó con 20 ítems de respuesta cerrada. Tipo de estudio:

estadística descriptiva e inferencial. Resultados: la media de edad fue 41.8 años (mínima 21 y máxima 73 años), predominó el sexo masculino (84.6 %) y la colostomía (46.1 %). Los conocimientos sobre prácticas de autocuidado en alimentación y cuidado de ostomía fueron incrementados después de la intervención, lo cual quedó demostrado por comparación de medias de las mediciones ($t = -3.570$, $t = -6.390$, $t = -3.695$, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$). Conclusión: los conocimientos sobre prácticas de autocuidado incrementaron y mostraron vigencia posterior a la intervención educativa de enfermería, aspectos que promueven la adaptación del paciente a su condición de salud y mejoran su calidad de vida. ⁽²⁶⁾

RONQUILLO F, en el año 2016 en su trabajo de investigación tuvo como Objetivo: Establecer el autocuidado de los pacientes con ostomías. Tipo de estudio: descriptivo, cualitativo, longitudinal y prospectivo. Población: estuvo conformada por 30 pacientes, las edades mayores a 31 y menor a 70 años. Instrumento: fue un cuestionario con 12 preguntas. Resultados: El conocimiento que poseen las personas con ostomías es deficiente, debido a que el 60 % no recibió información adecuada del cuidado de su 17stomía. Concluye que el conocimiento que poseen los pacientes es deficiente. ⁽³⁷⁾

JIMÉNEZ A. en el año 2017 realizo un estudio teniendo como El objetivo de esta investigación fue determinar el autocuidado de colostomía y adaptación post quirúrgica en pacientes mujeres de 40 a 50 años del servicio de Cirugía Oncológico Nacional Alberto Sabogal Perú 2017. Metodología: El estudio fue de enfoque cualitativo, descriptivo. La población estuvo conformado por 8 pacientes mujeres de 40 a 50 años con colostomía quienes autorizaron el

consentimiento informado autorizado ético y se logró información por saturación. Resultados: Las pacientes mujeres realizan su autocuidado de colostomía, conforme la orientación del personal de Enfermería al inicio se niega adaptarse al estoma abdominal porque los limita a no realizar sus actividades habituales (fiestas, playa, relaciones sexuales con sus parejas) por temor a que se despegue la bolsa de colostomía. Concluyo que el autocuidado de colostomía y adaptación post quirúrgica el personal de Enfermería debe tener constantes capacitaciones acerca del cuidado del estoma, se evidencia que las pacientes mujeres no aceptan el estoma que tienen en su abdomen donde sus familiares les brinda todo el apoyo y el personal de Enfermería. (29)

GUTIERREZ E. en su investigación de “Efectos que producen ser portador de una colostomía en la calidad de vida de los pacientes de la unidad de curación de heridas y Ostomías en un hospital Nacional, Lima, 2016. Material y métodos: Nivel aplicativo, método descriptivo-explicativo de corte transversal. Población: Constituida por 32 pacientes portadores de una colostomía. La recolección de datos fue a través de la Escala Likert que mide los efectos que produce ser portador de una colostomía. El instrumento aplicado fue validado por medio de la prueba binomial de juicios de expertos. Los resultados fueron: En la dimensión física el 53.1%, presentan efectos negativos que producen ser portador de una colostomía, así como en la dimensión social con el 56.2%. La dimensión psicoemocional y espiritual, son las menos afectadas al ser portador de una colostomía, con el 75% y 53.1% respectivamente. Se concluyó que los efectos que producen ser portador de una colostomía según sus dimensiones

están presentes en lo físico y lo social, siendo las dimensiones menos afectadas y con mejor respuesta, la dimensión psicoemocional y la espiritual ya que se evidencia en los colostomizados un gran soporte emocional brindado por la familia del paciente, además de contar con la presencia de Dios en cada aspecto de sus vidas. (21)

BALTAZAR M. en su trabajo de investigación titulado: “Autocuidado de los pacientes portadores de 19stomías19a que acuden a consulta externa de cirugía del hospital san jose, callao-2018”, en método de estudio fue de enfoque cuantitativo, con diseño de tipo descriptivo transversal. La población estuvo conformada por 48 colostomizados que acuden a la consulta externa de cirugía Resultados: se observa que el 60% del total de la población encuestada presenta un bajo autocuidado, seguido del 28% que tienen un autocuidado medio y por último el 22% presenta un autocuidado alto. Análisis de datos: se realizó el vaciado de datos al SPSS V23 para obtener los resultados. Concluyo que del total de los pacientes encuestados más de la mitad presenta un autocuidado bajo.(35)

BASTIDAS J, Lima Perú, en el 2015, realizo un estudio titulado: “Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. Objetivo: Determinar la relación entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no

experimental, de tipo correlacional, transversal. El tipo de muestreo fue no probabilístico, por conveniencia bajo criterios de inclusión y exclusión. La muestra estuvo constituida por 90 pacientes colostomizados. Se usó el Cuestionario SF36 para medir la calidad de vida y para el tipo de colostomía según su localización, se utilizó una guía de evaluación. Resultados: Se evidenció que existe relación entre colostomía ascendente, transverso y calidad de vida en la dimensión física y mental con $p= 0,031$ y $0,011$ y $p= 0,008$ y $0,007$, respectivamente. En cuanto a colostomía descendente y calidad de vida en la dimensión física no existe relación ($p= 0,286$) y en la dimensión mental existe relación ($p= 0,031$), asimismo, en la colostomía sigmoidea y calidad de vida en las dimensiones física y mental no existe relación ($p= 0,210$ y $0,340$). Existe relación entre el tiempo de permanencia de la colostomía y la calidad de vida ($p=0,036$). La calidad de vida global de los pacientes colostomizados es de nivel bajo 27,8%, medio 51,5% y alto 13,4%. Conclusión: los tipos de colostomía según su ubicación y la calidad de vida de los pacientes colostomizados se relacionan significativamente ($p \text{ value}=0,028$), ya que estos pacientes experimentan situaciones desagradables debido a los cambios fisiológicos, dietéticos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos que experimentan tras la cirugía.(4)

PRADO S, en Lima Perú, (2015), Título: “Relación entre las estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes portadores de colostomía permanente”, Objetivo: de calcular la conexión que hay con las tácticas de afrontamiento y estado de salud en personas con 20stomías continuas en la

Asociación Nacional de Pacientes y Personas Ostomizadas. Método: es una investigación de clase descriptivo de corte transversal. Población: Participaron 80 pacientes portadores de colostomía permanente inscritos, y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Técnica: cuestionario y como instrumentos; primero la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) para evaluar el grado de afrontamiento, cuestionario de Montreux en personas ostomizadas para valorar el estado de salud, Resultados: que la estrategia ayuda profesional y religión llevaron estado de salud bueno en un 100.0%, un 90% regular, y un 33.35% malo. Conclusión: “Hay una conexión muy alta con las tácticas de afrontamiento y la calidad de vida $P= 0.030$ ”. (5)

AMADO E, et al. En su trabajo de investigación titulado: “Conocimiento y prácticas de cuidado en los padres/tutores de niños colostomizados atendidos en el Hospital San Bartolomé, 2017” Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de cuidados padres/ tutores en niños colostomizados del Hospital san Bartolomé. Metodología: El estudio es de enfoque cuantitativo, de diseño correlacional, de corte transversal. El tipo de muestreo será no probabilístico y por conveniencia. En el estudio participarán los padres/tutores que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicará dos cuestionarios modificados y validados por juicios de expertos, que medirá las dos variables en estudio. Los conocimientos serán medidos a través de 15 preguntas con opciones de respuesta múltiple, mientras que la práctica será medida a través de un cuestionario de 28 ítems con opciones de respuesta elaboradas (sí, no) con la técnica de la observación, midiendo cuatro

dimensiones: Cambio y frecuencia de cambio de la bolsa de colostomía, Higiene de la bolsa de colostomía, Medición de la estoma para adaptar el dispositivo, y Uso de protectores cutáneos. Ambos fueron evaluados por juicio, con una confiabilidad de 0.81 y 0.85 de alfa de crombach respectivamente. Los resultados del estudio ayudaran a fortalecer el cuidado que brinda el profesional de enfermería frente a la educación continua, así mismo fortalecerá la asistencia sanitaria para brindar un mejor cuidado al paciente pediátrico, sin poner en riesgo su bienestar. Por otro lado, mediante los resultados se podrán generar programas de capacitación a la familia de los pacientes. (7)

LOBATO C. (2016) en su trabajo de investigación que Titulada: “Características clínico quirúrgicas de pacientes de 75 años o más sometidos a colostomía por el servicio de cirugía de colon, recto y ano del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins”. Objetivo: en identificar las características clínico quirúrgicas de pacientes de la edad mayor o igual a 75 años colostomizados por el Servicio de Cirugía de Colon, Recto y Ano del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins durante el período enero 2013 – diciembre 2014. Tipo de estudio: observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Por lo cual se verifico las historias clínicas desde enero de 2013 hasta diciembre de 2014. Población: 38 pacientes con edades de 75 años o más, sometidos a Colostomía. Resultados: en la edad media fue de 81.37 años. 63.2 % de pacientes tuvo de 75 a 80 años; 21.1 %, de 81 a 90 y 15.8 %, más de 90 años. 73.7 % era de sexo femenino, los pacientes fueron colostomizados por Cáncer colorrectoanal. El 68.42 % de Colostomías fue definitiva y el 52.63 %, terminal. 52.63 % de

pacientes presentó complicaciones postoperatorias: Shock séptico (15.79 %), Infección de sitio operatorio (10.53 %), Necrosis colostomía (5.26 %), Abscesos intra abdominales (5.26 %) y otras (15.79 %). El 52.63 % de complicados se distribuyó, según grupo etario: 26.32 %, 10.53 % y 15.79 % para los grupos de 75–80, 81 – 90, y más de 90 años, mientras que el 47.37 % sin complicaciones, en 36.84 %, 10.53 % y 0 %, respectivamente. Conclusiones: que los pacientes mayores o igual a 75 años, que son post operados de colostomía que se ve más en el sexo femenino las causas que son operados de colostomía es por la obstrucción intestinal.(27)

FIGUEROA A, et al en el año 2017 en Arequipa. Realizaron un estudio con el objetivo de Determinar las características biofísicas que presentan la práctica del Autocuidado de la Salud que realizan los pacientes portadores de colostomía su tipo de estudio fue descriptivo de corte transversal, 18 pacientes conformaron la población, el Instrumento que se utilizó fue el formulario de preguntas. Resultados fueron más del 50% ejecutan el autocuidado de la alimentación prevaleciendo la dieta para el paciente colostomizados el 33% saben controlar sus emociones. Llegaron a la conclusión de que los pacientes colostomizados en cerca de la mitad de los casos, ejecutan acciones espirituales y sociales participando con sus familias y/o compañeros de trabajo. (39)

CHUQUILLANQUI J, (2015) Título: “Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General” Objetivo: fue determinar la relación

entre los tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados. Tipo de estudio: cualitativo, diseño no experimental, de tipo correlacional transversal, muestreo fue no probabilístico siendo por beneficios de bajos criterios de introducción. Población: estuvo constituida por 90 pacientes colostomizados. Instrumento: cuestionario SF36 para poder evaluar la calidad de vida y ver el tipo de colostomía. Resultados: se observó que tienen un vínculo entre colostomía ascendente, transverso y calidad de vida en la dimensión física y mental con $p=0,031$ y $0,011$ y $p =0,008$ y $0,007$, respectivamente. Se determina que la colostomía descendente y calidad de vida tienen la dimensión física que no tienen relación ($p=0,286$) y en la dimensión mental existe relación ($p=0,031$), asimismo en la colostomía sigmoidea y calidad de vida en las dimensiones físicas y mentales no existe relación ($p=0,210$ y $0,340$). Existe una relación entre el tiempo de permanencia de la colostomía (estoma) y la calidad de vida ($p=0,036$). La calidad de vida global de los pacientes colostomía (estoma) es un nivel bajo 27,8% medio 51,5% y alto 13,4%. Conclusiones: los tipos de colostomía (estoma) se observa como ubicación a la calidad de vida de los pacientes colostomizados donde se relaciona relevantemente ($p =0,028$) donde los pacientes padecen situaciones desagradables por el cambios fisiológicos, psicológicos, estéticos, sociales y económicos que experimentan por la cirugía. (28)

SOSA F. en el año 2017, realizó un estudio con el objetivo de determinar la relación entre conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes ostomizados que asisten al consultorio de Cirugía Hospital “Víctor Ramos Guardia” – Huaraz. Se planteó la siguiente hipótesis, existe relación

entre conocimientos y prácticas sobre autocuidado que tienen los pacientes ostomizados que asisten al Consultorio de cirugía. No existe relación entre conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes ostomizados que asisten al Consultorio de Cirugía, la investigación es de enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional, prospectivo, diseño de la investigación no experimental, transversal, observacional con una población de 30 pacientes ostomizados. Obtuvo como resultados que los pacientes no conocen sobre el autocuidado de las ostomías, fue en la dimensión conocimiento sobre amor y pertenencia el que predominó (76,7%). En cuanto a la práctica sobre el autocuidado existe un 70% de pacientes que tienen prácticas inadecuadas en el cuidado de las ostomías. En cuanto a la relación entre conocimientos y prácticas, Según la prueba estadística Chi cuadrado, observamos que la probabilidad es 0,034; al ser menor de 0,05 nos indica que existe relación entre conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de las ostomías. Conclusiones existe una relación significativa entre conocimientos y prácticas. ⁽³⁸⁾

1.4.1.1 Bases teóricas

A. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO

Colostomía.

La palabra colostomía viene de las palabras colon y estoma, estoma significando boca o abertura. ⁽²²⁾

a. Definición

Es definida también como la creación de una apertura del colon a la piel de la pared abdominal y su propósito es desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. (36)

La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal, que puede ser de índole definitiva o temporal. (36)

b. Función:

Tras haberse creado una colostomía, los intestinos (delgado y grueso) funcionarán como el intestino normal lo hacía, excepto que:

- a) El colon más allá de la colostomía (y/o el recto) está desconectado o removido.
- b) El ano ya no sirve más como la salida.

Dado que los nutrientes son absorbidos en el intestino delgado, una colostomía no afecta la capacidad del cuerpo para nutrirse. Las funciones principales del colon son absorber agua, transportar las heces hacia el ano y almacenarlas en el recto hasta que sea necesario evacuar. Cuando una colostomía interrumpe el pasaje de las heces, el almacenamiento se hace menos posible. Entre más alto en el colon sea hecha la colostomía, menos tiempo tiene el intestino para absorber agua y mayor probabilidad que las heces sean más líquidas (o blandas).

Por lo tanto, una colostomía en el colon transversal desechará heces más blandas y voluminosas y hará necesario el uso de una bolsa de colostomía. Una colostomía más abajo en el colon, cerca del recto, desechará heces que han

estado más tiempo en el colon y, quitando los efectos de la enfermedad, los medicamentos u otras formas de tratamiento, puede producir heces mejores formadas. Algunos colostomizados encuentran que es posible pasar estas heces en tiempos regulados con o sin la ayuda de una irrigación.

Después de la operación, los pacientes pueden sentir ganas de evacuar y hasta pueden tener escaso desecho de la región anal. Este desecho es moco, sangre, y en algunas ocasiones heces, permaneciendo desde el tiempo de la operación. Si el recto está intacto, continuará secretando moco que puede evacuarse sin daño alguno, cuando se sienta el deseo.

c. Tipos de colostomías

Por su permanencia

Una colostomía puede ser transitoria (temporal) o definitiva (permanente) y puede realizarse en cualquier porción del intestino grueso (colon). Las llamamos transitorias, cuando tienen por objeto derivar el tránsito mientras tratamos una afección distal a ella. Mejorada ésta, la colostomía pierde su objetivo y debe ser cerrada para reconstituir el tránsito. Cualquier colostomía puede ser definitiva cuando la lesión distal a ella, no puede ser extirpada o cuando siendo extirpada no hay posibilidades de restablecer el tránsito.

d. Por su técnica

a) Colostomía transversa

La colostomía transversa está en el abdomen superior, ya sea en el medio o hacia el lado derecho del cuerpo. Algunos padecimientos del colon como la diverticulitis, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción, herida, o defectos congénitos pueden llevar hacia una colostomía transversa. Este tipo

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

Cuando se presentan padecimientos como los descritos arriba en el colon inferior, puede ser necesario darle un descanso a la porción afectada del colon. Se puede crear una colostomía transversa por un periodo de tiempo para prevenir que pasen las heces a través de la sección del colon que está inflamada, infectada, enferma, o recién operada, y así permitir la curación. Tal colostomía generalmente es temporera.

Dependiendo del proceso de cicatrización, la colostomía puede ser necesaria por algunas semanas, meses, o hasta años. Es probable que la colostomía sea cerrada y que se restaure la continuidad intestinal normal.

Cuando una colostomía se encuentra en la mitad derecha del colon, solamente se encuentra activa la porción corta del colon que lleva hacia la misma. La consistencia del desecho de una colostomía transversa varía de persona a persona y de tiempo a tiempo en el mismo individuo. Algunas pocas colostomías transversas desechan heces firmes en intervalos no frecuentes, pero la mayoría de ellas se mueven frecuentemente con heces blandas o sueltas. Las heces contienen algunas enzimas digestivas que son bastante irritantes para la piel.

Los intentos de controlar a una colostomía transversa con dietas restrictivas especiales, medicamentos, enemas o irrigaciones, generalmente no tienen éxito y por lo tanto, raramente se recomiendan. Por lo general, siempre se utiliza una bolsa sobre una colostomía transversa. Una bolsa vaciable, ligera y poco

aparente almacena el desecho de la colostomía y protege a la piel del contacto con las heces.

Se realiza una colostomía transversa permanente cuando la porción inferior del colon tiene que retirarse. Esto también puede ser el caso si existen otros problemas de salud que no permiten que el paciente tenga más cirugías. Tal tipo de colostomía provee una salida permanente para las heces y no será cerrada en el futuro. Existen dos tipos de colostomías transversas: “colostomía transversa en asa” y “colostomía transversa de doble barril”.

b) Colostomía transversa en asa

La colostomía en asa puede aparentar ser un estoma muy grande. Sin embargo, realmente tiene dos aberturas. Una abertura desecha la heces, mientras la otra desecha solamente moco. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de moco para protegerse del contenido intestinal. El moco pasa junto con las heces y generalmente pasa desapercibido. A pesar de la colostomía, la porción del colon en descanso continúa a producir moco que saldrá por el estoma o por el recto o ano; esto es normal y esperado.

c) Colostomía transversa de doble barril

Al crear una colostomía de doble barril, el cirujano divide por completo el colon. Cada abertura es llevada a la superficie como una estoma separada; pueden o no estar separados por la piel. Aquí también, una abertura desecha las heces mientras la otra desecha el moco (a este estoma se le refiere como “fístula mucosa”). Ocasionalmente, la fístula mucosa se cierra durante la cirugía y permanece dentro del abdomen. En tal caso, solamente un estoma sería visible

en el abdomen (colostomía de barril único). El moco de la porción del intestino en descanso sale a través del recto.

d) La colostomía transversa recién formada

Justo después de la cirugía, la colostomía puede estar cubierta por gasas o puede tener una bolsa transparente encima. El tipo de bolsa utilizada después de la cirugía suele ser diferente de aquellas que utilizarás en casa. Antes de mirar la colostomía por primera vez, recuerda que puede estar muy hinchada después de la cirugía; puede tener lesiones y suturas. Si bien un estoma normalmente es húmedo y de color rosa a rojo, puede tener un color más oscuro inicialmente. Tu estoma cambiará considerablemente a medida que cicatriza. Se volverá más pequeño, y cualquier cambio de color resolverá, dejando un estoma húmedo y rojo o rosa.

Este proceso puede tardar varias semanas. Pronto te darás cuenta que, aunque puedes discernir cuándo tu colostomía va a pasar gas o heces, no puedes controlar el movimiento. La colostomía no tiene un esfínter o mecanismo de control como lo tiene tu ano. Por esta razón, utilizarás una bolsa sobre tu colostomía para juntar el desecho.

a) Escogiendo el sistema de bolsa

Decidir lo mejor para ti es un asunto muy individual y personal. Sin embargo, al escoger tu sistema de bolsa, es mejor consultar a alguien que es un especialista en cuidados de ostomía. Entre estos, primero y principalmente, están las enfermeras de ostomía. Varios médicos y enfermeras tienen experiencia en esta área también.

b) Cierre de la colostomía transversa

Cuando es hecha la colostomía, puede o no haber un plan de cerrarla. No todas las colostomías transversas pueden o deben ser cerradas. Si eres un candidato para el cierre, el cirujano puede decir que planea “quitarla” en algunas semanas o meses; por otro lado, puede no decir nada. Su plan y decisiones subsecuentes están sujetas a varias consideraciones (e.g., la razón original de la colostomía, la habilidad del cuerpo para aguantar otra cirugía, tu salud desde la operación y los problemas que pueden haber ocurrido durante o después de la cirugía).

a. Por su localización

- a) Cecostomía. Es sólo descompresiva. Su indicación más frecuente es para prevenir la distensión en resecciones distales. Si la anastomosis no ofrece suficiente garantía, preferimos la transversostomía que nos permite desfuncionalizar la zona operada. La efectuamos sin exteriorización de ciego, mediante la introducción de una sonda gruesa en el lumen cecal a través de pequeña incisión practicada en su pared, que se sella con jareta alrededor del tubo. Si fija la pared cecal al peritoneo parietal. La sonda la sacamos por contrabertura. En caso de existir el apéndice, algunos prefieren resercarlo y practicar la cecostomía a través del muñón apendicular. Este tipo de cecostomía tiene la ventaja de cerrarse espontáneamente al retirar la sonda. La cecostomía preconizada por algunos en las obstrucciones de colon derecho, se usa excepcionalmente. Debe efectuarse en estos casos con exteriorización de la pared cecal. En este tipo de obstrucciones, se prefiere la ileo-transversostomía, ya que permite derivar mejor el tránsito y no dificulta una resección posterior del colon derecho. Se aconseja también

la cecostomía, para proteger suturas efectuadas en desgarros traumáticos importantes del ciego y en los vólvulos cecales simples.

En este último caso, además de descomprimir el órgano, evita las recidivas, ya que determina la adherencia del ciego a la pared abdominal.

- b) Transversostomia de wangensteen: Su principal indicación, es la obstrucción aguda del colon izquierdo, siempre que sea posible, dejar en el abdomen el segmento distal afectado causante del cuadro, para tratarlo posteriormente. La otra gran indicación, es la protección de anastomosis en resecciones anteriores y de suturas efectuadas en desgarros traumáticos importantes de segmentos distales. Con menos frecuencia la indicamos como acto previo a intervenciones distales complicadas para prevenir infecciones (reparaciones esfinterianas, fístulas complicadas, etc.) y en procesos inflamatorios de distinta etiología o desgarros rectoperineales graves que requieren desfuncionalización para su mejoría. Su técnica es simple y debe ser conocida de todo cirujano general. La efectuamos de preferencia por laparotomía transversa propia situada frente al recto anterior derecho del abdomen, en punto equidistante entre ombligo y xifoides. Su longitud será de 6 a 10 cms., según sea el grosor de la pared abdominal. Las fibras musculares del recto se inciden en igual sentido, o simplemente se separan. El segmento de colon exteriorizado, se libera del epiplón mayor y se ancla en el exterior mediante vagueta de vidrio que se pasa a través de una zona avascular del meso y que se fija posteriormente mediante tubo de goma introducido en ambos extremos de la baqueta. La laparotomía se cierra por planos, cuidando que no comprima el asa

colostomizada. Si la colostomía se efectúa por cuadro de obstrucción aguda, la abrimos parcialmente al terminar la intervención. Para ello, procedemos a practicar jareta en cuyo centro incidimos, introduciendo hacia el asa proximal sonda rectal gruesa, alrededor de la cual se cierra y anuda la jareta. Previamente protegemos la herida, rodeando el asa intestinal con gasa envaselinada. La apertura definitiva, al igual que en las colostomías realizadas por cuadros no agudos, debe efectuarse después de las 24 o 48 horas, para permitir así la adherencia del intestino a los bordes de la laparotomía y evitar la filtración de contenido intestinal hacia el abdomen.

- c) Sigmoidostomia: Su principal indicación, está en las amputaciones abdominoperineales del recto, en que queda como ano contranatura terminal definitivo. También estaría indicada en cánceres anales o rectales inextirpables, como colostomía definitiva en asa o en afecciones graves del sigmoides que impiden dejar el segmento afectado en el abdomen por estar necrosado o muy deteriorado. En este caso, si las condiciones generales del paciente son muy malas, se aconseja sólo a exteriorizar el asa, conjuntamente con la lesión. Para efectuarla es indispensable, que los cabos del sigmoides que quedan en el interior del abdomen, estén en buenas condiciones. Si estos cabos, son suturados entre sí, hablamos de colostomía en doble caño de Mikulicz (Fig. 6). Si las condiciones generales del enfermo son satisfactorias o si el pie del sigmoides 'está también comprometido, debe efectuarse la operación de Hartman. Esta consiste en reseca el segmento intestinal comprometido exteriorizando el cabo

proximal a manera de colostomía terminal y a suturar el cabo distal, que se abandona en la cavidad abdominal (operación de Hartman)

d) Ileostomia: Su indicación fundamental y casi única, la constituye la colitis ulcerosa de curso agudo y grave que no cede a los primeros intentos de tratamiento médico. Una buena técnica en la ejecución de la ileostomía es fundamental para evitar sus frecuentes complicaciones. El mejor sitio es a igual distancia entre el ombligo y la espina ilíaca antero superior derecha. En este lugar, queda lejos de la laparotomía, permite colocar en buena forma la prótesis para ileostomía sin que moleste la cresta ilíaca ni el ombligo y no interfiere con los movimientos de la cintura. Las dimensiones de la laparotomía, por la que se exterioriza el íleon, deben permitir la introducción del dedo índice por el lado del íleon para evitar estenosis. Se reseca sólo el mesenterio de la porción exteriorizada para asegurar una buena irrigación. El mesenterio terminal se sutura al peritoneo parietal en una extensión de 10 cms. para evitar el prolapso del íleon y el vólvulo del intestino delgado sobre su eje. No deben colocarse puntos de sutura a la serosa para evitar abscesos o fístulas. La mucosa se evierte y se sutura cuidadosamente a la piel con puntos de catgut crómico fino, cubriendo la serosa para evitar su reacción fibrosa que conduciría a la estenosis.

e) Urostomía

Apertura de la vía urinaria al exterior. En función del tramo que se exteriorice: nefrostomía, ureterostomía, vejiga o conducto ileal (conexión de ambos uréteres al íleon y este abocado al exterior, eliminándose la vejiga).

f Complicaciones

Las complicaciones más comunes que se presentan en los pacientes colostomizados son: temporales y definitivas. Según Aguirrer, L. (1999) dentro de las complicaciones temporales se tienen: “inmediatas: necrosis, infección, hundimiento, retracción. Tardías: hernias, prolapsos, estenosis, ulceración”. Y dentro de las complicaciones definitivas están dadas por las médicas: diarrea, estreñimiento y derivados de la colostomía inmediatas: necrosis, hemorragia, hundimiento, infección y las tardías que están dadas por estenosis, hernia paracolostómica, prolapso, alteraciones cutáneas.

En cuanto a las complicaciones médicas se tienen a la diarrea, la cual puede surgir por múltiples causas; siendo las más frecuentes las infecciones, o también una recidiva de la enfermedad por la que se practicó la colostomía, o ingesta de medicamentos. Por lo que los cuidados deberán estar relacionados a los cambios en la dieta; así como los cuidados de la piel, debido a la inflamación de la mucosa que provoca la frecuencia de las deposiciones utilizándose para ello bolsas de tamaño adecuado, y protección a la piel situada entre el estoma y el orificio de la bolsa con pastas protectoras cutáneas, y el empleo de placas adhesivas que se colocan sobre la piel. Por otra parte el paciente colostomizado utiliza un dispositivo o bolsa que permite recoger el contenido que se elimina al exterior a través del estoma. Estos dispositivos o bolsas deben ser seguros, eficaces y de calidad. Es de hacer notar que por lo delicado de la situación de los pacientes colostomizados, es necesario darle orientaciones acerca de los cuidados que debe seguir para evitar

complicaciones y sobre todo infecciones, las mismas van referidas al autocuidado.⁽²²⁾

g La Práctica

Práctica es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) usuario(a), que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud. También se considera buena práctica aquella intervención implantada en un territorio que responde a las necesidades de salud de los usuarios, relacionadas a estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación basada en el mejor conocimiento científico que haya demostrado ser efectiva y puede ser transferible.⁽⁴⁰⁾

Cualquiera sea su definición, se le maneja como sinónimo de experiencia, para que el ser humano ponga en práctica cierto tipo de conocimientos, sea este; científico o vulgar; es necesario en primera instancia un primer acercamiento, contacto directo mediante el uso de sentidos y conducta psicomotriz es decir el experimento; no puede haber práctica de tal o cuál conocimiento si antes no se obtienen la experiencia. Esta es evaluada objetivamente mediante la observación de las habilidades psicomotrices del sujeto, independientemente es evaluada por conducta psicomotriz referida por el sujeto para el logro de los objetivos.

Además agrega que la experiencia le ha enseñado a la humanidad que el conocimiento del hecho no es convencional, que si se busca la comprensión y el control de los hechos debe partirse de la experiencia de cada uno. De lo cual se deduce que la práctica es el ejercicio de un conjunto de destrezas y /o habilidades adquiridas por medio de la experiencia; lo cual puede ser valorada a través de la observación o puede ser referida y/o expresada a través del lenguaje. ⁽¹⁴⁾

A. AUTOCUIDADO DE COLOSTOMIA

Teoría del Autocuidado.

Dorotea Orem

Esta teórica sostiene que la enfermera es la protagonista de brindar cuidados integrales al paciente, en el cual es la persona que brinda el cuidado desde el ámbito profesional de enfermería, sin embargo el autocuidado significa mucho más que cuidar de alguien, e implica a la persona que requiere de acciones saludables en sus estilos de vida con la finalidad de mantener una buena salud, es así que se rige a una conducta que dirige en este caso al paciente colostomizado sobre sí mismo para afrontar los factores que afectan su propio tratamiento y funcionamiento para beneficio de su vida. ^(18,19)

El Autocuidado, son las acciones que poseen las personas en beneficio de su propia salud, que se realiza sin ninguna supervisión médica formal promoviendo conductas favorables para prevenir enfermedades en beneficio de su salud ⁽¹⁵⁾

Es decir, que el autocuidado son las decisiones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud y se relaciona a un conjunto de acciones que realiza

el ser humano conforme al cuidado de su propia persona, donde es naturalmente aprendido conforme el tiempo de su crecimiento y desarrollo desde la niñez hasta la senectud donde intervienen también las relaciones interpersonales de los padres conforme los guíen con el ejemplo. ⁽¹⁹⁾

Los autocuidados se distinguen de los cuidados universales, que son conocidos también como necesidades de la vida diaria, a nivel físico, y mental; relatados por todas las personas. Para mantener la integridad práctica del género humano y las exigencias de autocuidado, cuando hay un déficit de autocuidado de parte de la persona, o el paciente se ve afectada por las creencias, la cultura, hábitos, costumbres y prácticas usuales por parte de la familia y comunidad a la que pertenecen. ⁽¹⁹⁾

El autocuidado es el prototipo de todo aquello que los individuos deben saber; por lo cual se solicita requerimientos qué deben estar realizando o haber hecho por ellos mismos, con la finalidad de normalizar su propio funcionamiento y desarrollo óptimo, es de esta manera que el autocuidado de la salud es considerado como toda acción oportuna de los individuos que han perfeccionado capacidades para atender de sí mismos en su propio ambiente, presenta como postulado el conocimiento de la eficiencia y eficacia del cuidado dirigido del cuerpo humano y de la homeostasia ambiental. ⁽¹⁶⁾

La autora de este modelo es Dorotea Orem quien nació en Baltimore, quien concluyó sus estudios de enfermera en 1930, luego de haber ocupado varios cargos como enfermera docente, en 1970 estableció su propia firma consultora que consistía en asesoría. De esta forma Orem describe el concepto como el conjunto de un individuo que tiene una parte física, psicológica y espiritual. ⁽¹⁵⁾

Dorothea Orem muestra en su "Teoría de enfermería del déficit del autocuidado" como un modelo general compuesto por tres teorías que se relacionan entre sí: la teoría del autocuidado, esta primera describe el porqué y el cómo los individuos cuidan de su salud por su propia cuenta; la teoría de déficit del autocuidado, sostiene que la enfermera tiene la capacidad de socorrer a la gente, y por último la teoría de sistemas de enfermería, la cual describe y expone las relaciones que el ser humano debe mantener, debido a que consideraba "Que toda persona, es capaz de saber y ejecutar por sí mismo, las labores que lo conduzcan al sostenimiento y reparación de su salud y bienestar"⁽¹⁵⁾

La teoría de Orem está integrada por tres teorías: mencionadas anteriormente Teoría del Autocuidado (TAC), Teoría del Déficit de autocuidado (TDAC) y la teoría de los sistemas de enfermería (TSE), las tres relacionadas entre sí definen la percepción del autocuidado como "toda conducta asimilada por la persona que es direccionada hacia sí mismo y el entorno para normalizar los factores que deterioran su desarrollo y alteran el beneficio de la vida, y perjudica su salud."⁽¹⁸⁾

De esta manera para la enfermera Orem, el ser humano es un todo integral dinámico que funciona de forma biológica, simbólica y social, con la potestad de usar las ideas, palabras para meditar y reflexionar sobre su estado de salud guiando a su emprendimiento a fin de llevar a cabo ejercicios de autocuidado y el cuidado dependiente.⁽¹⁹⁾

La Teoría del Autocuidado de Orem, es adecuada para el manejo de los pacientes colostomizados; en este sentido Orem, D. define el autocuidado

como: Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia el objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.⁽¹³⁾

Al plantear Orem su teoría de autocuidado realiza los métodos de asistencia que incluye que el cuidador (persona externa al paciente que puede ser el familiar o la enfermera) es capaz de mantener física y psicológicamente al individuo que es ayudado, debe también suscitar un entorno propicio al desarrollo personal siendo que debe ser capaz de presentarse al porvenir y deberá enseñar al paciente que se ayude a sí mismo siendo de esta manera colaborador con su cuidado.⁽¹³⁾

El autocuidado es definido como “La capacidad lograda de satisfacer las obligaciones de autocuidados que regularizan los procesos vitales, conservan o suscitan de forma íntegra la estructura, el funcionamiento y finalmente el desarrollo humano, causando el bienestar”.⁽¹⁷⁾

Como se puede apreciar el autocuidado tiene como finalidad lograr que el individuo conserve una mejor calidad de vida en materia de salud por sus propios medios, éstos son fundamentales para la vida y si faltan pueden producir enfermedad y muerte. En el contexto del paciente colostomizado, el autocuidado se interpreta como un acto propio del paciente que requiere ser aprendido desde las instrucciones dadas por el profesional de enfermería, cuando le proporciona cuidados directos, explicándoles con claridad cada una de las actividades que realiza para el cuidado del estoma, valorando así mismo,

el nivel de comprensión del paciente y la necesidad de información sobre cada procedimiento.⁽¹³⁾

La teoría de Orem, señala que: Como arte de brindar ayuda, la enfermería es la compleja habilidad de lograr o contribuir al logro del autocuidado habitual y terapéutico de la persona compensando o ayudando a superar las condiciones e incapacidades que la persona:

1. Sea capaz de actuar.
2. Evite actuar
3. Actúe ineficazmente en el autocuidado.

Por otra parte, Orem establece tres sistemas de acción que dependen de las capacidades del paciente para autocuidarse, según Espinoza, M. son:

1. Sistema de Compensación total: El paciente no tiene ningún papel activo en la realización de su autocuidado; y la enfermera ayuda actuando en lugar del paciente.
2. El sistema de compensación parcial: El paciente participa en los cuidados de higiene o en otras técnicas de cuidado. La distribución de responsabilidades entre la enfermera y el paciente, varía siendo diferente en cada tipo de paciente.
3. El sistema educativo de apoyo: El paciente es capaz de llevar a cabo o de aprender algunas medidas de autocuidado; pero debe de ser ayudado, la ayuda prestada por la enfermera puede darse de apoyo, guía de promoción de un entorno adecuado y/o de enseñanza.

Una ostomía es un orificio creado quirúrgicamente en la pared abdominal que permite una comunicación entre un órgano interno y el exterior, con la finalidad de eliminar los productos de desecho del organismo. La nueva abertura que se

crea al exterior en la ostomía recibe el nombre de estoma. El paciente colostomizado utiliza un dispositivo o bolsa que permite recoger el contenido que se elimina al exterior a través de la estoma.⁽¹⁵⁾

En cuanto a la localización de la colostomía, Sorrentino, S. explica: La localización de la colostomía depende de la parte del colon que necesita removerse o reposo para sanar. La consistencia de las heces excretadas depende de la localización de la colostomía. Su consistencia puede ser líquida a sólida. Si la colostomía está cerca del inicio del colon la consistencia de la materia fecal será líquida, si está cerca del final del intestino grueso será sólida. Mientras más colon exista para absorber agua, más sólidas y consistentes serán las heces.

Como se puede apreciar la localización de la colostomía influye en las características y en la forma de recogida de los productos fecales, cuanto más avanzado está el intestino, más formadas estarán las heces.⁽¹⁴⁾

Tomey menciona que la teoría del autocuidado solo es una actividad que es aprendida por las personas para que logren el desarrollo y el beneficio de su vida en conjunto al entorno cercano.⁽¹⁷⁾

Finalmente, Watson hace mención al “cuidado” que es lo que se declara en la práctica interpersonal, con la finalidad de fomentar la salud y el desarrollo de la persona.⁽¹⁸⁾

Teorías relacionadas

Prado L, (2014) manifiesta que el autocuidado se debe mostrar con mayor responsabilidad hacia los pacientes. A su vez hace referencia que el autocuidado es conocido por el personal de enfermería que es una actividad

que se tiene que realizar a diario ante los pacientes. Donde explica que el concepto de la teoría del autocuidado que es un aprendizaje para el personal de salud, mediante el objetivo, y el comportamiento que consiste el cuidado holístico que la persona lo realiza hacia la otra persona que consiste en situaciones concretas de la vida del paciente, donde enfatiza en lo psicológico, biológico y social hacia el entorno interno y externo .Ya que hace mención que el personal de enfermería debe tener :respeto a la autonomía de la persona, respeto al derecho de la vida y salud, admiración a la dignidad de los hombres a pesar de tener limitaciones y la responsabilidad que brinda.⁽³⁰⁾

El autocuidado de la estoma que la enfermera debe realizar es:

- Primero: lavar la estoma con Suero Fisiológico y secar con gasas. Al caer los puntos de sutura de la estoma, se lavará con agua y jabón neutro, secar con tejido suave. Se pueden usar toallitas desechables tipo bebé.
- Al lavar no efectuar fricciones enérgicas.
- No utilizar sustancias irritantes sobre el estoma, alcohol, colonia, etc.
- Colocar dispositivo ajustado al estoma para evitar complicaciones, pero sin oprimir.
- Mantener la piel que está debajo de la bolsa limpia y seca en todo momento. Si la velloidad alrededor es abundante, no afeitarlo, no utilizar depilatorios, únicamente cortarla con tijeras. Es preferible usar la ducha o baño con bolsa en ileostomía, o sin bolsa en colostomía. Respecto al estoma, al principio estará un poco inflamado, por lo que se usará un diámetro un poco mayor al que tenga. Progresivamente reducirá de tamaño, por lo que se utilizará el medidor para ajustar mejor el orificio de la bolsa al estoma. Al principio es normal que sangre

un poco el estoma, recomendarle no levantar peso mayor a 10-15 Kg., con el fin de evitar posibles hernias.

El gran interés de las capacidades del autocuidado es que se brinde un cuidado holístico donde el paciente es bien atendido por el profesional de enfermería, donde será favorable para su salud del paciente.⁽³⁰⁾

Teoría del déficit de autocuidado:

Prado L, (2014) hace mención que es un propósito o enfoque al proceso de diagnóstico, a su vez refiere que las capacidades y limitaciones de cuidado del paciente, los autores manifiestan que la teoría de Orem "Déficit de autocuidado" que tiene mayor dominio por el profesional de enfermería, que es la más correcta donde se efectuará mediante las prácticas de enfermería donde se determina el desarrollo y el dominio de las responsabilidades de poder asistir en distintos entornos que labora el profesional de enfermería, se obtendrá mediante una estructura diferente sobre los sistemas de enfermería que enfatizara el vínculo y la descripción con las necesidades de autocuidado también teniendo en cuenta en lo terapéutico del paciente porque el paciente no podrá asistirse solo. Por lo tanto existe el déficit de autocuidado, en los enfermeros que a su vez enfatizan y que podrán recibirlos y determinar mediante el Sistema de Enfermería, que son: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Se observa que se da mediante un tipo de sistema donde indica el grado de participación de la persona que se ejecutara en su autocuidado, ayudando a no rechazar el cuidado terapéutico.⁽³⁰⁾

Teoría de los sistemas de enfermería

Prado L, (2014) afirmaron que la teoría de los sistemas de enfermería enfatizan y proporcionaran el ambiente por el cual la enfermera lo relacionara mediante el paciente que se diagnosticara , diseñara , ejecutara la atención que están basados en los diagnósticos. A su vez las enfermeras logran determinarlo mediante el medio del Sistema de Enfermería, que son mencionados: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. Donde se determina el tipo de sistema y el grado de participación de cada persona donde se enfatizara y podrá ejecutar el autocuidado, donde se podrá regular o rechazar el cuidado terapéutico. Podrán pasar por un Sistema de Enfermería mediante cualquier circunstancia, donde puede ser una persona o grupal, dónde se podrá activar diferentes sistemas en un determinado tiempo.⁽³⁰⁾

Autocuidado Referido al Estilo de Vida

Guillen J.(2014) que la adaptación post quirúrgica es un afrontamiento que está considerado mediante las reacciones físicas, motoras que presente el paciente después de un intervención quirúrgica .Es el proceso donde el paciente acepta y afronta su nueva situación, es lo que se conoce como adaptación a su nuevo estado de salud.

Montesinos A. menciona que la adaptación post quirúrgica para los pacientes colostomizados es un gran cambio que surge en su vida y que afecta en lo físico, emocional y social, (los hábitos higiénicos, alimentación, el modo de vestir, y la sexualidad) donde la adaptación les conlleva a la ansiedad, tristeza .El profesional de enfermería debe brindar un cuidado holístico, donde abarque el

aspecto físico, psíquico y relación con el entorno. Mediante el afrontamiento y adaptación a su estoma el paciente pasara un proceso de aprendizaje sobre los cuidados post operatorio quirúrgico, con la ayuda del profesional de enfermería .Por lo tanto ayudara a obtener la situación donde facilitara la aceptación de su nuevo estado corporal ya que es un afrontamiento de adaptación.

Contreras C, (2013) menciona que se debe de explicar en el estudio que tiene como objetivo promover y determinar las capacidades del autocuidado de los pacientes con colostomía que asisten a la institución prestadora de servicios de salud pública. Por lo cual se busca valorar las capacidades del autocuidado mediante 5 dimensiones: a) interacción social b) bienestar personal, c) actividad y reposo, d) consumo de alimentos) promoción del funcionamiento y desarrollo personal. También se busca que las políticas que promueve la organización mundial de la salud (OMS) se puedan poner en práctica. La capacidad de autocuidado de los pacientes es el proceso de atención y seguimiento que se inicia en dicha atención con educación y motivación para la vida .Donde hace mencionar que la responsabilidad del sistema de atención de salud, es importante y fundamental para el desarrollo del autocuidado.⁽³²⁾

En cuanto al Estilo de vida, el paciente debe conocer cómo dicho procedimiento afectará su vida cotidiana y cuáles son los cuidados que debe seguir para evitar complicaciones y obtener una mejor calidad de vida. En este sentido, debe manejar información sobre el régimen alimenticio, vestido y actividad física. Al referirse al estilo de vida, Ortiz, H. señala: Cuando se les da de alta para volver a su vida cotidiana en la comunidad se dan cuenta de que la estoma se ha convertido en parte de su existencia. Con frecuencia, una de las

primeras preocupaciones es saber si deben hablar de ello y a quien. Debe orientarse a los pacientes para que hablen de su situación a sus familiares y amigos. Al abandonar el hospital deben darse al paciente los dispositivos suficientes para que le duren aproximadamente dos semanas, junto a la información adecuada para la compra de otros dispositivos. Así mismo, se le debe orientar sobre la manera de alimentarse, que ropa debe usar y la actividad física más adecuada a su condición.

Acerca de la Alimentación del paciente colostomizado, Bleckman, B. señala: Se puede conseguir un funcionamiento normal del intestino manteniendo regularidad en las comidas. Los pacientes que “pican” mucho durante el día suelen tener pequeños y frecuentes movimientos intestinales. Lo más recomendable es una dieta ligera con la inclusión gradual de los alimentos preferidos del paciente, en pequeñas y apetecibles comidas a intervalos frecuentes y con las instrucciones necesarias para masticar bien los alimentos y no engullirlos, es lo más recomendable.

En consecuencia, entre las recomendaciones que la enfermera debe ofrecer al paciente colostomizado en relación a la alimentación, se tienen: Masticar despacio, hacer comidas en horarios regulares, probar alimentos nuevos en pocas cantidades, mantener un aporte de líquidos adecuado, dieta equilibrada, evitar bebidas con gas (evitar frutos secos, cebolla, guisantes, col, entre otros), controlar el olor (evitar mantequilla y yogurt).

Ortiz, H., et al refiere: Se aconsejarán unas comidas razonables, cada paciente es un individuo diferente y puede tener distintas opciones o experiencias acerca de los alimentos que le producen excesivo olor o flatulencia. Si durante el

período de consejos se indica la importancia de una alimentación correcta no surgirán problemas alimentarios.^(17,18)

Martínez, C. señala: Realice tres o cuatro comidas al día, de forma regular, comiendo despacio, masticando bien los alimentos procurando comer con la boca cerrada, así disminuirán los gases. Coma gran variedad de alimentos, incluya frutas y verduras frescas. Pruebe las comidas nuevas en pequeñas cantidades y solo una cada vez; espere unos cuantos días para probar otra nueva comida.

De lo que se deduce la importancia de brindarle al paciente colostomizado medidas de autocuidado, ya que de alguna manera los problemas de carácter psicológico pueden influir en los hábitos alimentarios del paciente, como es el caso del miedo a olor, lo que puede evitar que el paciente evite comer antes de salir, limitando la ingesta de alimentos para evitar la acción del estoma, lo que traería como consecuencia que el paciente tenga excesivas flatulencias.

Es importante que el paciente colostomizado conozca los diferentes tipos de alimentos y sus implicaciones. Tames, T. explica que entre los alimentos que causan cambios de color en las heces, se tienen: Fresas, colorantes de repostería, remolachas y suplementos de hierro.

Entre los alimentos formadores de heces compactas se encuentran, el apio, comidas chinas, comidas con semillas, nueces, repollo con zanahorias, frutas secas , coco, rosetas de maíz, vegetales crudos, granos y alimentos fibrosos.

Por otra parte, los alimentos que producen flatulencia son el repollo, granos, cebolla, pepinillos, refrescos, espinaca, coliflor, goma de mascar, nueces, cervezas, bebidas alcohólicas, nabos, guisantes y maíz. Los alimentos que

producen irritación en el colon son: Vegetales crudos, leche, ciruelas, frutas secas, espinacas, vegetales de hojas verde oscuro, bebidas alcohólicas y cereales de grano íntegro. Los que producen mal olor: Pescado, mantequilla de maní, repollo, ajo, aceite de hígado de bacalao, cebolla, quesos fuertes, huevos, espárragos y preparados de multivitaminas.

En cuanto a la cantidad de alimentos debe aconsejarse al paciente que pruebe todo tipo de alimentos. Si un cierto alimento parece que produce problemas, se recomienda probar nuevamente con una pequeña porción en una fecha ulterior, en lugar de eliminarlo en forma absoluta. En consecuencia, se puede decir que un paciente colostomizado debe tener información sobre el horario de las comidas, aporte de líquidos, alimentos recomendados y no recomendados, hábitos y bebidas alcohólicas, con la finalidad de que se proporcione los cuidados indicados en cuanto a su alimentación.

Práctica del autocuidado

Virginia Henderson

La enfermería tiene como única función ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuya a su salud o recuperación (o una muerte tranquila) que realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, voluntad o conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite su independencia lo más rápido posible. Hernández, 2016. ⁽³³⁾

La profesión enfermería se ha convertido en las últimas décadas en la ciencia del cuidado, alejándose cada vez más del modelo biomédico en que se trataba la enfermedad. La profesión enfermera se ha convertido en una ciencia que abarca en sus planteamientos las necesidades y las respuestas humanas. Para

lograr el desarrollo disciplinar de la profesión ha sido necesario establecer un marco teórico conceptual sobre el cual están basados los principios y objetivos de la profesión. Además de establecer un marco teórico conceptual, se ha necesitado adaptar un método científico usando una metodología propia para resolver los problemas competentes a la enfermería. Esto implica la utilización de un método sistemático para proporcionar cuidados centrados en la obtención de los resultados preestablecidos y esperados. Es decir, que la implantación del Proceso Enfermero o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la práctica diaria como método científico para la gestión y administración de los cuidados ha sido fundamental para el desarrollo de la disciplina enfermera. Además, fomenta la eficiencia de los cuidados de enfermería, orientándolos a la consecución de los objetivos y promueve el pensamiento crítico. Así podemos decir que la aplicación del método científico a la práctica asistencial enfermero (Hernández, 2016).⁽³³⁾

Alfaro (2003) lo define como “un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería de manera individualizada.” Son acciones que realiza la enfermera de forma intencionada. Estas acciones son llevadas a cabo en un orden específico con el fin de que una persona que presente alguna necesidad alterada en sus cuidados de salud reciba los mejores cuidados de enfermería posibles. Es decir, es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería (Osorio).⁽³⁴⁾

La colostomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se crea una comunicación artificial entre una víscera hueca hacia el abdomen y al exterior con el fin de crear un nuevo lugar para la evacuación que de acuerdo a su

ubicación recibe el nombre de colostomía, cuando el paciente presenta patologías relacionadas con incontinencia anal, traumatismos anales o rectales, fístulas recto vaginales o recto vesicales, neoplasia colorrectal (cáncer de colon y cáncer de recto) y enfermedad diverticular del colon entre otras enfermedades. Sobre este aspecto Atkinsón, L. (1998), refieren que la ostomía es: Una abertura, o estoma, creados quirúrgicamente desde una porción del intestino al exterior a través de la pared abdominal. El procedimiento puede realizarse para desviar el contenido intestinal para permitir la curación de un intestino inflamado, para descomprimir la presión que produce una lesión obstructiva o para evitar por desviación una obstrucción, por ejemplo, un tumor maligno o benigno. ⁽¹⁶⁾

Autocuidado relacionado con el dispositivo de drenaje

Lavado de manos: Se define como un frote breve pero enérgico de todas las superficies de las manos con una solución anti-microbiana, seguido de enjuague con chorro de agua. Busca remover la suciedad, el material orgánico y disminuir la concentración de la flora transitoria. ⁽¹⁵⁾

Para comenzar el procedimiento de cambio y colocación del dispositivo debe enseñarse al paciente la técnica de lavado de manos, al respecto Ortiz, H. refiere que: “cualquiera que esté implicado en el manejo de los dispositivos utilizados deberá seguir una rutina de lavado de manos”.

En este sentido, se debe instruir al paciente en cuanto a la forma en que debe lavarse las manos, los utensilios que puede utilizar, el tipo de antiséptico y la técnica de sacado para garantizar una buena limpieza de las manos y así evitar infecciones en el área del estoma.

La estoma debe tener una higiene y cuidados diarios para prevenir futuras complicaciones tanto de la estoma como la zona periestomal. Previo comienzo de la higiene se debe tener a la mano todo el material a usar: bolsa para los materiales de desecho, el dispositivo digestivo, papel higiénico, esponja suave, agua y jabón neutro, toalla de algodón, tijeras y una plantilla adaptada al tamaño y forma de la estoma.⁽³²⁾

Posición corporal: Habitualmente, los primeros cambios de dispositivos se realizarán con el paciente acostado. A pesar de que se les aconseje moverse inmediatamente después de la intervención, el paciente se cansa fácilmente y puede no asimilar tan rápidamente la información que se le dé si está fatigado, por estar de pie o sentado. Se le debe informar acerca del equipo a utilizar, al respecto Ortiz, H. señala:

El equipo deberá ser lo más simple posible. Si en esta fase se introducen demasiadas cosas el paciente se confundirá. Para estimular la flexibilidad y eliminar el miedo al alta hospitalaria se puede demostrar que puede utilizarse una palangana en la habitación en vez de una bacinilla.

Se evidencia en la referencia anterior la importancia, de brindar una información precisa y confiable acerca del equipo a utilizar en el cambio de dispositivo de drenaje.

a. Materiales para la limpieza del dispositivo

En primer lugar, es necesario que el paciente esté instruido sobre los cuidados inherentes al dispositivo de drenaje. Los mismos son, de acuerdo a Pérez, J. El conjunto de los distintos elementos que acoplados entre sí y adaptados a un estoma, permiten la recogida de fluidos procedentes del aparato digestivo y

urinario. Los dispositivos para ostomía están constituidos por tres elementos fundamentales: el adhesivo protector de la piel periestomal, el filtro y la bolsa de recogida.

Acerca del adhesivo, como parte de los dispositivos los mismos autores refieren que el desarrollo de todo tipo de dispositivos para ostomizados tiene como base el adhesivo utilizado para fijarlo a la piel periestomal. Actualmente se incorpora dos adhesivos diferentes en un sistema de líneas paralelas, enrolladas sobre si mismas en forma concéntrica, con lo que se consigue un efecto sinérgico, combinando las ventajas de ambos adhesivos. Una de las líneas de adhesivos tiene como función la protección de la piel y la otra garantiza l adhesividad y seguridad del sistema. La alternancia de ambas líneas en el contacto con la piel garantiza una mayor protección con seguridad.

Pérez, J (ob. cit) “constituye un elemento fundamental en la bolsa. Consiste en un disco de carbón activado que permite el paso del aire pero retienen el olor”. Existen dos tipos de filtro, según estén incorporados a la bolsa como ocurre en la mayoría de las situaciones, o sea, adaptables, en cuyo caso hay que colocarlos en un determinado lugar de la misma y perforar la pared de la bolsa en el lugar de su colocación. Estos filtros siempre son necesarios ya que al disminuir el volumen del aire en el interior de la bolsa permiten que su recepción sea mayor. Por otra parte, el elemento fundamental es la bolsa de recogida, que de acuerdo a los autores antes citados, debe poseer las siguientes características: Han de ser de material resistente e impermeable al olor. En general se fabrican de polietileno y de polivinilo. Constituyen materiales ligeros que no hacen excesivo ruido cuando el paciente se mueve y tampoco se

nota su presencia en la vida social. Todas las características de los dispositivos deben ser informadas al paciente colostomizado, labor que debe ser realizada por el profesional de enfermería; con el propósito de que tenga la información requerida para seleccionar el dispositivo de drenaje que mejor se adapte a su situación.

Se recomienda utilizar dispositivos cerrados y de un solo uso, ya que las heces son sólidas o semisólidas. Pérez, J. et al, expresan que los dispositivos cerrados son: “aquellos que se utilizan una sola vez. Suelen ser cuadrados, rectangulares o más frecuentemente con forma anatómica y sus bordes tienen una soldadura sencilla o doble”.

Según las necesidades, existen bolsas cuyo plástico es transparente con el fin de visualizar a través del mismo tanto el estoma como su contenido. Para mayor discreción existen bolsas fabricadas utilizando plásticos opacos, por lo general para el hogar.

b. Periodicidad del cambio de dispositivo

c. Para evitar complicaciones en las colostomías se deben seguir ciertos cuidados, además de conocer las características de los dispositivos de drenaje y realizar una correcta elección del mismo, es importante su correcta colocación, cambio y eliminación. Pérez, J. (1999), refieren que:

a. Cambiar diariamente los dispositivos de una sola pieza y cada 3 a 6 días el disco de 2 y 3 piezas, si no existen fugas con anterioridad.

b. Colocar la bolsa en sentido perpendicular al suelo y si el paciente está encamado con una angulación de 30°.

En tal sentido, la enfermera debe ofrecer información sobre el cambio del dispositivo de drenaje de acuerdo a las características de éste y considerar las condiciones físicas del paciente, para un mejor autocuidado.

Eliminación de desechos: Vaciado de la bolsa y utilización de recipiente Es importante, que la cara de la bolsa que está en contacto directo a la piel, al ser de plástico, puede producir irritación, las bolsas modernas incorporan en su cara interna una protección de tela, material sintético o tela sin tejer, transpirable.

Pérez, J. (1999), existen en la actualidad dispositivos colectores y sistemas continentes, al respecto señalan:

- a. Los dispositivos colectores son todos aquellos que se utilizan para lograr una recogida cómoda y eficaz de las excreciones intestinales o la orina.
- b. Los sistemas continentes tienen como finalidad asegurar la continencia durante un número determinado de horas, logrando por lo tanto una mejora significativa en la calidad de vida del ostomizado al mejorar su vida social;
- c. Para utilizar los sistemas continentes es necesario considerar las siguientes indicaciones: colostomías descendentes o sigmoidostomías de una sola boca; estoma visible sin complicaciones; pacientes motivados para el aprendizaje; óptimas condiciones físicas; evacuación intestinal consistente.

Los sistemas continentes también están contraindicados en colostomía derecha y transversal, ostomía de doble cara, descargas fecales líquidas, existencia de metástasis, complicaciones del estoma, condiciones físicas del paciente (senilidad, deformaciones en las manos, alteraciones visuales, etc.). Entre los

dispositivos continentes se encuentran el obturador desechable que se puede colocar una vez realizada la irrigación de la ostomía.

Pérez, J. explican que la irrigación es un método de regulación de la actividad intestinal por medios mecánicos y que consiste en un lavado del intestino, introduciendo agua (500 cc a 1500 cc) a temperatura corporal, a través del estoma en el colon distal.

Mientras el obturador desechable consigue en los pacientes susceptibles de usarlo, tanto si se irrigan o no, una continencia de las descargas fecales durante un número significativo de horas, eliminando a la vez los ruidos producidos por la emisión de olores desagradables. Este obturador está indicado en colostomías descendentes o sigmoidostomías; estoma único y con diámetro entre 20 mm y 45 mm, no doloroso, sin edemas y defecaciones normalmente sólidas. Asimismo, se contraindica en colostomía derecha y transversa, con protuberancia superior a 2,5 cm; descargas de heces fluidas, estenosis en la colostomía y obstrucción mecánica.

Los obturadores desechables existen de una pieza en donde el adhesivo protector y obturador se encuentran pegados, cubierto en su cara externa de una capa extraplana de tela sin tejer y conteniendo en su interior un filtro de gases; y el de dos piezas en donde el adhesivo protector y obturador se encuentran separados, la cubierta exterior es de plástico y conserva en su interior el filtro de gases. La combinación de irrigación y obturador desechable es perfectamente compatible e incluso aconsejable, ya que se complementan. Ferguson, M. explica, acerca de la colocación, cambio y eliminación del dispositivo de drenaje que la enfermera debe:

- a. Aparte de las instrucciones verbales, se tendrá que demostrar al paciente cómo se prepara y aplica una bolsa.
- b. Ayude al paciente a reunir todo el material necesario, bolsa, gasa o papel higiénico, jabón, agua, toalla, tijeras.
- c. Pida al paciente que permanezca de pie.
- d. Para sustituir la bolsa: retire la antigua y tírela al cubo de desechos. Limpie con papel higiénico las heces que pudiera haber en la estoma.

Limpie suavemente la piel con agua y jabón, después séquela sin frotar. Coloque la nueva bolsa sobre la estoma, manténgala fija durante 5 minutos. Queda entendido que las instrucciones que se le ofrezcan al paciente colostomizado, deben ser verbales y prácticas, con la finalidad de que la enfermera esté segura que la información ha sido comprendida y que además el paciente está en capacidad de realizarlo de forma segura y oportuna. En cuanto a la colocación y cambio se debe considerar la posición corporal que le sea más cómoda al paciente, el equipo necesario, además de la periodicidad con la cual se debe cambiar el dispositivo de drenaje. Ferguson, M. (ob. Cit.) refiere: “Indique que se cambie, dependiendo de cómo esté el precinto y de si se ha irritado la piel que circunda la estoma”.

En consecuencia, se tiene que determinar la necesidad del cambio del dispositivo, elegir el momento apropiado y utilizar el método que haga más fácil la colocación del dispositivo. Así mismo, debe tener conocimientos sobre la eliminación, al respecto Ferguson, M. (ob. cit), señala:

Para vaciar la bolsa, el paciente debe sentarse en la taza del retrete. Después cogiéndola por la zona media (en dirección de la línea media del cuerpo) puede

vaciarla en la taza por entre sus piernas. Si tiene dificultades para hacerlo, puede vaciar primero el contenido en un recipiente y después verterlo en el retrete.

Autocuidado relacionado con la estoma intestinal Higiene, secado y señales de alarma.

Además de todos los elementos antes mencionados, al paciente se le debe proporcionar información sobre los cuidados en la estoma, es importante la observación cuidadosa de la estoma. Para ello, cuando el paciente vuelve del quirófano debe haberse colocado una bolsa de drenaje limpia. Los primeros dos o tres días la estoma es de color rojo oscuro y está edematoso y congestionado. Kozier, B. explica que se deben seguir ciertas indicaciones:

- a. Usar papel higiénico para retirar el exceso de heces.
- b. Utilizar agua templada y jabón neutro y bolitas de algodón o una manopla y toalla para limpiar la piel y la estoma el jabón a veces no es aconsejable, porque puede irritar la piel.
- c. Usar un material especial de limpieza cutánea para retirar heces secas y duras Secar bien el área acariciando con toalla o las bolitas de algodón.
- d. Aplicar una película de pomada sobre la piel si es necesario.

La higiene adecuada de la estoma, es de suma importancia, debe realizarse con productos que no causen irritación y un secado correcto para contribuir en la adherencia correcta del dispositivo de drenaje. Ortiz, H. señala que: se debe “limpiar la piel alrededor de la estoma con pañuelos de papel secos y comprobar que la piel esté seca para aplicar cuidadosamente la bolsa”,

(Pág..136). Este tipo de instrucción debe dársele al paciente de manera clara, para facilitar su comprensión.

Ortiz, H. señalan con respecto a la limpieza, que uno de los procedimientos debe ser:

Limpie la piel alrededor de la estoma con pañuelos de papel secos para eliminar las heces y complete la limpieza con un tejido húmedo. El uso de desinfectantes no es aconsejable y no debe utilizarse jabón a menos que el paciente se duche o se bañe.

La estoma propiamente dicha debe enjuagarse con un tejido húmedo para evitar lesiones de la mucosa.

Estas indicaciones deben tomarse en cuenta al realizar la limpieza de la estoma; aunque hoy en día con las mejoras en los dispositivos, los problemas de la piel son menos frecuentes que antes. De la misma forma, hay que considerar algunas señales de alarma en la estoma, al respecto Kozier, B. (ob. cit) señala:

- a. Estomas muy pálidas o de color oscuro con un tinte azulado o púrpura indican deterioro de la circulación sanguínea en la zona.
- b. La falta de disminución del tamaño puede indicar un problema ligeramente, pero otro tipo de sangrado deberá ser advertido.
- c. Las quejas por sensación de ardor debajo de la arandela pueden indicar lesión de la piel.

El mismo autor, también advierte que la enfermera en la atención del paciente colostomizado debe:

- a. Antes que el paciente vuelva a casa, debe revisar todos los pasos a seguir para el cambio, vaciado y limpieza de la bolsa, así como los cuidados de la estoma, con el objeto de asegurarse que puede arreglarse las bien solo.
- b. Si es posible, enseñe también a los familiares u otras personas próximas, todos los pasos del cuidado.
- c. Es indispensable que antes del egreso del paciente de la institución hospitalaria, posea suficiente información en relación a su autocuidado, en cuanto a la colocación, cambio y eliminación del dispositivo de drenaje, además de los cuidados propios de la estoma.

RECOMENDACIONES

- a. Evaluar y documentar en cada cambio de sistema colector, las características, forma, efluente, color, altura, hidratación y protuberancia, propias de cada tipo de estoma digestiva o urológica.
- b. Los cuidados al paciente ostomizado consiste en proporcionarle información básica sobre los estomas, adiestrarle en habilidades para el autocuidado (muy específicamente en manejo de sistemas colectores y nutrición), así como apoyo psicológico para modificar y potenciar actitudes para que conozca, pueda y quiera adaptarse a la nueva situación; esta asesoría se basa en una atención individual y personalizada por lo que la enfermera debe implementar acciones dependientes e interdependientes para mejorar el estado emocional y de rehabilitación socio- familiar desde que se decide la intervención hasta que el paciente se adapta a su nueva forma de vida
- c. Los pacientes a los que se realiza una ostomía o bien sufren durante mucho tiempo atrás, molestias muy serias y se enfrentan al tratamiento quirúrgico

como última salida a los que se someten a la cirugía de forma urgente por diversos motivos, requieren una asistencia completa, especializada y de calidad, ya que de ello dependerá la facilidad con que consigan adaptarse a su nueva situación.

d. Reevalúe periódicamente la estoma. Si su evolución no es satisfactoria, revise todos los puntos previos y establezca acciones inmediatas notificando al profesional responsable.

e. Evite la manipulación brusca durante la higiene o cambio del sistema colector.

f. El sistema colector puede provocar ulcera o sangrado de la misma estoma por lo que es necesaria su vigilancia estrecha.

g. Utilizar técnica aséptica para el manejo de la estoma y piel periestomal disminuye infección cruzada.

h. El cambio o drenaje del sistema colector se realiza cuando se encuentre a un tercio de su capacidad.

i. El cambio de la barrera cutánea depende del espesor, resistencia a la humedad, cantidad de efluente, características del mismo, altura de la estoma y ángulo de drenaje.⁽¹²⁾

NUTRICIÓN

Para no obstruir la luz de la estoma se debe restringir en la dieta el aporte de fibra dietética y en particular la insoluble la que se encuentra en cascara y semillas de cereales integrales, leguminosas, verduras y frutas crudas, carnes fibrosas (res, cerdo, salchichón, marisco). Así como nuez cacahuates y almendras.

Se requiere:

- a) Apoyo al nutriólogo para el cálculo de requerimientos calóricos
- b) Dieta equilibrada
- c) Sugiera masticar lentamente ayuda a evitar obstrucciones de la estoma
- d) Añada los alimentos a su dieta de forma gradual
- e) Reponer líquidos vía oral de acuerdo al gasto de la estoma (ileostomías en especial)
- f) Consumir un gramo de vitamina C diariamente, acidifica la orina y previene la formación de cristales en el caso de las urostomías
- g) Evitar alimentos que puedan ocluir la estoma durante un periodo de 6 a 8 semanas en el post- operatorio
- h) Evitar el consumo de dietas altas en grasas y fibra insoluble para disminuir el gasto por la estoma y manejar la absorción de nutrientes. ⁽¹²⁾

CAMBIO DE SISTEMA COLECTOR

- a) Preparar material y equipo necesario para cambio de sistema colector.
- b) En el retiro del sistema colector: se debe sujetar con una mano la barrera cutánea gentilmente y con la otra, desprender de la piel utilizando una gasa con agua bien exprimida: realizar esta maniobra de arriba hacia abajo hasta desprender toda la barrera.
- c) Limpiar la estoma y la piel periestomal con jabón neutro, esponja y agua tibia, con movimientos circulares de adentro hacia afuera. Secar bien la piel con una toalla, sin frotar, esponjeando; evitar el uso de cremas y aceites humectantes.

- d) Si hay presencia de vello abdominal recortarlo a ras de la piel (no rasurar, en caso necesario, hacerlo de acuerdo a la dirección del vello, con abundante espuma y suavemente) para mejorar la adhesión del sistema y evitar complicaciones con la Foliculitis o dermatitis.
- e) Medir el diámetro de la estoma y recortar la barrera protectora lo más exacto posible, teniendo en cuenta su forma e irregularidades (la estoma suele reducirse en las tres primeras semanas, por lo que conviene medirlo con frecuencia).
- f) Colocar la pinza de cierre en la salida de la bolsa para evitar la salida del efluente durante la colocación.
- g) Instalar en sistema colector de abajo hacia arriba haciendo presión del centro a la periferia y en caso necesario reforzar con material adhesivo no agresivo a la piel. Si el sistema colector es una pieza colóquelo en forma diagonal para que sea útil en cubito dorsal y bipedestación.
- h) Cambiar diariamente los sistemas de una pieza, mientras que los de dos piezas deberán cambiarse, la barrera protectora de la piel, de tres a siete días como máximo, siempre y cuando no presenten fuga, ya que de ser así, se cambiará de forma inmediata. La bolsa del sistema de dos piezas es utilizada por 24 horas colocando una nueva diariamente.
- i) Siempre que existan signos de filtrado, debe cambiarse la barrera protectora de piel, sobre todo en casos de ileostomía, por tratarse de flujo constante y agresivo.

- j) Utilizar cinturones, filtros, pinzas cuando las características de la estoma, o su ubicación la requiera, para mejorar la funcionalidad del sistema colector y la protección de la piel.
- k) Valorar la piel periestomal y la estoma en cada cambio, para prevenir cualquier complicación.
- l) Indicar al paciente que tenga disponible un par de sistemas colectores dentro o fuera de casa, en especial cuando se viaja. ⁽¹²⁾

INTERVENCIÓN EN LAS COMPLICACIONES

Lesión de la piel Periestomal

- a) Para la atención de complicaciones es importante utilizar las técnicas específicas recomendadas en el manejo de estomas de eliminación.
- b) La dermatitis irritativa por contacto con heces, orina o secreciones se previene al colocar el diámetro externo del sistema colector del mismo tamaño al diámetro de la ostomía.
- c) En la dermatitis por contacto se debe identificar el alérgeno o de forma alternativa aplicar un parche de prueba con la sustancia más sospechosa sobre la piel alejado de la ostomía y manteniéndolo cubierto por 2 días
- d) Manejar la dermatitis por contacto con higiene correcta dejando la piel periestomal perfectamente limpia, lavando con jabón neutro para eliminar los residuos, enjuagar de forma copiosa, secar esponjeando y sin tallar.
- e) Aplicar polvo hidrocoloide y barrera cutánea protege el área erosionada por la dermatitis de contacto también se pueden utilizar apósitos hidrocoloides delgados sin alcohol, pomos con hidrocoloide y sistemas colectores de dos piezas. ⁽¹²⁾

Ubicación de la estoma en un sitio inapropiado

- a) Es necesario utilizar sistemas colectores de una pieza flexible, en la estoma que se encuentra en las zonas con prominencias óseas.
- b) Utilizar pasta hidrocoloide, rellenando los surcos generados por pliegues o cicatrices, creando una zona periestomal regular para colocar el sistema colector de una pieza.
- c) Ante una estoma en un sitio inapropiado es necesario valorar por turno si el sistema colector es funcional, ya que ante esta complicación tienden a desprenderse con facilidad. ⁽¹²⁾

Separación mucocutánea

- a) Rellenar la separación con material absorbente como polvo hidrocoloide, hidrofibra, alginato de calcio o pasta hidrocoloide según corresponda para favorecer el cierre de la separación mucocutánea evitando compromiso mayor.
- b) Colocar un sistema de dos piezas recortando la zona de la separación mucocutánea lo que permite realizar la curación sin retirar la barrera cutánea. ⁽¹²⁾

Absceso periestomal

- a) Retirar el material de sutura en la anastomosis en tiempo preciso previene la formación de granulomas, abscesos y dehiscencias.
- b) En presencia de abscesos se drena y lava la zona afectada con irrigación de solución salina colocando polvo hidrocoloide, hidrofibra, alginato de calcio, pasta hidrocoloide según corresponda, con curaciones cada 24 horas.

c) Colocar sistema de dos piezas recortando, si es posible, la zona del absceso para poder realizar la curación sin retirar la barrera cutánea. ⁽¹²⁾

Retracción de la estoma

a) Valorar si la retracción presenta estenosis en la luz de la estoma digestiva y/o urinaria vigilando la permeabilidad de la misma.

b) En la retracción se recomienda utilizar medidas conservadoras: vigilar permeabilidad de la estoma, utilizar barrera convexa y cinturón, aplicar pasta niveladora en la zona evitando fugas hacia la herida quirúrgica. ⁽¹²⁾

Prolapso

a) El prolapso de la estoma en pacientes próximos a la restitución de tránsito intestinal, se sugiere reducción manual y vigilancia estrecha.

b) La realización de la reducción manual del prolapso de la ostomía es previa a la colocación de la barrera cutánea para evitar el trauma de la mucosa utilizando guantes húmedos y evitando usar gasa en el procedimiento. ⁽¹²⁾

Varices

a) El tratamiento inicial para el sangrado por varices periestomal es la compresión con ayuda de una gasa empapada con epinefrina y evaluar procedimientos locales como la ligadura, embolización o escleroterapia.

b) Usar sistema colector de 2 piezas suave y plano para evitar el cambio frecuente de adhesivo y la presión. Si es necesario usar una pasta moldeable para evitar filtración.

c) Realizar vigilancia estrecha ⁽¹²⁾

Edema

- a) En presencia de edema en el post operatorio inmediato colocar compresas de agua o suero hipertónico frío.
- b) Comprobar la reducción del edema con medición constante del diámetro de estoma y realizar los cambios observados en la colocación, tamaño y funcionamiento.
- c) Evitar manipulación brusca durante la higiene o cambio de sistema colector.
- d) Colocar sistema colector de 2 piezas para evitar el cambio frecuente de adhesivo.
- e) Colocar barrera protectora suave, plana y realizar su cambio cada 48 a 72 horas, con bolsa transparente sin filtro para valorar salida de gases y cambios en la colaboración. ⁽¹²⁾

1.4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINO**a) Práctica:**

Práctica es una experiencia o intervención que ha generado un resultado valioso para el (la) usuario(a), que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud. ⁽⁴⁰⁾

b) Colostomía:

La colostomía es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal”, que puede ser de índole definitiva o temporal, estas últimas se realizan para resolver la fase aguda de algunas enfermedades en cirugía de urgencia, evitar complicaciones y una vez solucionado el problema, se procede a cerrarlas para restablecer el tránsito intestinal. ⁽¹²⁾

c) Paciente Colostomizado:

Persona que pasa por un procedimiento quirúrgico de una estoma. ⁽⁶⁾

d) Cuidado

Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana. ⁽⁴⁰⁾

e) Autocuidado

“La capacidad lograda de satisfacer las obligaciones de autocuidados que regularizan los procesos vitales, conservan o suscitan de forma íntegra la estructura, el funcionamiento y finalmente el desarrollo humano, causando el bienestar”. ⁽¹⁷⁾

f) Higiene

Higiene conjunta de conocimientos y técnicas que se ocupan de controlar aquellos factores nocivos para la salud y cuidado de nuestro cuerpo o el de cualquier otra persona, la cual trata de aseo, limpieza. ⁽¹⁾

1.5. HIPÓTESIS

Existe relación significativa entre el conocimiento, práctica y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020

1.5.1. VARIABLES:

- Variable Independiente

El conocimiento y práctica de colostomía

- Variable Dependiente

Autocuidado de colostomía.

1.5.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	
<p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Conocimiento de autocuidado de colostomía</p>	<p>Colostomía: Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal suturándolo a la piel, con el objeto de crear una salida artificial para el contenido fecal.</p>	<p>Conocimiento</p>	<p>Concepto de Colostomía</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>	<p>Ordinal</p>	
			<p>Concepto de Autocuidado</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>	<p>Ordinal</p>	
			<p>Conocimiento sobre Autocuidado de colostomía</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>	<p>Ordinal</p>	
			<p>Grado de autoestima</p>	<p>Alto Medio Bajo</p>	<p>Ordinal</p>	
			<p>Practica</p>	<p>Uso de barreras de protección: Lavado de manos</p>	<p>Siempre A veces Nunca</p>	<p>Ordinal</p>
				<p>Frecuencia que hacen su limpieza de colostomía</p>	<p>Siempre A veces Nunca</p>	<p>Ordinal</p>
				<p>Secar después de lavar la colostomía</p>	<p>Siempre A veces Nunca</p>	<p>Ordinal</p>

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE DEPENDIENTE Práctica de autocuidado de Colostomía	Autocuidado: Es definido como “La capacidad lograda de satisfacer las obligaciones de autocuidados que regularizan los procesos vitales, conservan o suscitan de forma íntegra la estructura, el funcionamiento y finalmente el desarrollo humano, causando el bienestar”.	Autocuidado	Cambia la bolsa de colostomía	Siempre A veces Nunca	Nominal
			Lo desecha sentado en el sanitario la bolsa de colostomía	Siempre A veces Nunca	Ordinal
			Observación de la colostomía	Siempre A veces Nunca	Ordinal

2. ASPECTO METODOLÓGICO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio es aplicada, ya que se tiene referencias de estudios anteriores. Es descriptivo-explicativo ya que permitirá describir los hallazgos encontrados y buscar respuestas de los factores asociados al autocuidado de colostomía. Según su nivel de conocimiento: Correlacional porque se investigarán la relación entre la variable independiente con la variable dependiente que se puedan establecer en base a los resultados obtenidos durante la investigación que se está haciendo. Según su enfoque: cuantitativo debido a que se obtendrán datos susceptibles de ser medidos y de realizar un análisis estadístico acerca del conocimiento y practica relacionado al autocuidado de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación seleccionado es no Experimental: Porque no se realizara manipulación deliberada de variables en estudio ni se usará medios ni materiales de laboratorio, es decir que las variables a medir no serán sometidas a experimento, es de corte Transversal porque se identificará y describirá las características de las variables en estudio y busca describir el fenómeno o hecho tal como se da en la realidad; es decir se obtendrá la información de todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en relación a los conocimientos y prácticas en el autocuidado de colostomía, en un tiempo y espacio determinado.

2.3. POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizará en el Hospital Víctor Ramos Guardia, establecimiento de salud de Nivel II-2, ubicado en la Avenida Luzuriaga s/n, Distrito y Provincia de Huaraz, Departamento de Ancash, en el servicio de hospitalización: Cirugía.

La población estará conformada por todos los pacientes con diagnóstico de colostomía, hospitalizados en el servicio de Cirugía, del Hospital “Víctor Ramos Guardia” durante el periodo de Enero a Marzo del 2020. En el presente estudio la población fue de 30 pacientes.

a) Criterios de inclusión:

- Pacientes con una edad igual o mayor a 18 años.
- Pacientes hospitalizados con diagnóstico de colostomía
- Pacientes colostomizados por lo menos con un día de hospitalización.
- Pacientes que aceptaron participar voluntariamente del estudio y firmaron su consentimiento informado

b) Criterios de exclusión:

- Pacientes colostomizados que no aceptaron participar en el estudio.
- Pacientes colostomizados desorientados en tiempo espacio y persona.
- Pacientes colostomizados con menos de un día de hospitalización

2.4. UNIDAD DE ANÁLISIS Y MUESTRA

2.4.1. UNIDAD DE ANÁLISIS

Paciente colostomizado hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia.

2.4.2. MUESTRA

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que se pretendió realizar, se consideró una muestra censal, ya que se trabajó con todos los sujetos de la población que estuvo conformada de 30 personas.

2.5. INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

La selección de los instrumentos de investigación es un apartado fundamental en el proceso de recolección de datos, ya que sin su concurso es imposible tener acceso a la información que necesitamos para resolver un problema o comprobar una hipótesis. En general, el instrumento resume en cierta medida toda la labor previa de una investigación. En los criterios de selección de estos instrumentos se expresan y reflejan las directrices dominantes del marco, particularmente aquellas señaladas en el sistema teórico, (variables, indicadores e hipótesis) para el caso del paradigma empírico-analítico y las fundamentaciones teóricas y conceptuales incluidas en este sistema.

Para la recolección de datos se realizó la respectiva gestión de autorización ante el Director del Hospital Víctor Ramos Guardia y se coordinara con la Enfermera, jefe del servicio de Cirugía para que nos permita la realización de la presente investigación, y así haya facilidades en el servicio.

La técnica que se utilizará en la investigación para determinar el nivel de conocimiento de los pacientes colostomizados será la encuesta. Como instrumentos un cuestionario de tipo estructurada, que en su configuración presenta tres partes:

- Presentación (objetivos, instrumento)
- Datos demográficos:
- El cuerpo del cuestionario, se dividió en 2 aspectos:
 - Conocimiento y práctica de colostomía,
 - Autocuidado de colostomía.

Se considerará oportuno valorar las respuestas con la escala de Likert, con el objetivo de obtener información sobre el conocimiento y la práctica de un paciente colostomizado colostomía.

2.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Se determinará la validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos mediante el cuestionario, también será sometido a la prueba de juicio de expertos para su validación, para lo cual se consultará a 3 profesionales de enfermería y 2 médicos, los que brindaran su apreciación y sugerencia en mejora del instrumento. Una vez concluido este juicio de expertos se procederá a determinar la confiabilidad del instrumento, mediante la prueba estadística.

2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se planea ejecutar la valoración y el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio.

a) Análisis descriptivo:

La información obtenida con el instrumento de recolección de la información se analizará haciendo uso del programa estadístico SPSS versión 24-2018, para lo cual una vez confeccionada la base de datos se procederá a realizar el análisis descriptivo de las variables en tablas bidimensional y gráficos de frecuencia.

b) Análisis inferencial:

Se propone realizar el análisis inferencial para determinar el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado de pacientes colostomizados, utilizando para ello la prueba de Odds Ratio (OR).

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de los datos recogidos de la percepción “conocimiento y practica relacionado al autocuidado de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020” desde la perspectiva de pacientes con diagnóstico de colostomía.

A continuación, se muestran los resultados:

Tabla 01: Estadísticos de fiabilidad según Alfa de Crombach.

Variables	Alfa de Crombach	N° de elementos
Conocimiento	0.891	10
Practica	0.810	6
Autocuidado	0.793	8

Fuente: *Reporte spss en su versión 24*

Comentario: La fiabilidad del instrumento se realizó bajo el criterio de la prueba de consistencia interna Alfa de Crombach lo cual presenta un nivel de fiabilidad en un nivel bueno que alcanza a 0.891 para el cuestionario que mide el cuidado en el conocimiento de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020”

Comentario: La fiabilidad del instrumento se realizó bajo el criterio de la prueba de consistencia interna del Alfa de Crombach lo cual presenta un nivel de fiabilidad en un nivel bueno que alcanza a 0.810 para el cuestionario que mide el cuidado en la práctica de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020”.

Comentario: La fiabilidad del instrumento se realizó bajo el criterio de la prueba de consistencia interna del Alfa de Crombach lo cual presenta un nivel de fiabilidad en un nivel bueno que alcanza a 0.793 para el cuestionario que mide el autocuidado de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020”

Presentación y análisis de resultados

Tabla 02

Prueba de normalidad, según Kolmogorov Smirnov

Variables	Pruebas de normalidad		
	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento	,868	30	,002
Practica	,876	30	,002
Autocuidado en de Colostomía	,821	30	,000

Fuente: *Reporte spss en su versión 24*

Prueba de hipótesis:

Planteamos nuestras hipótesis

Ho: las variables en estudio provienen de una distribución normal

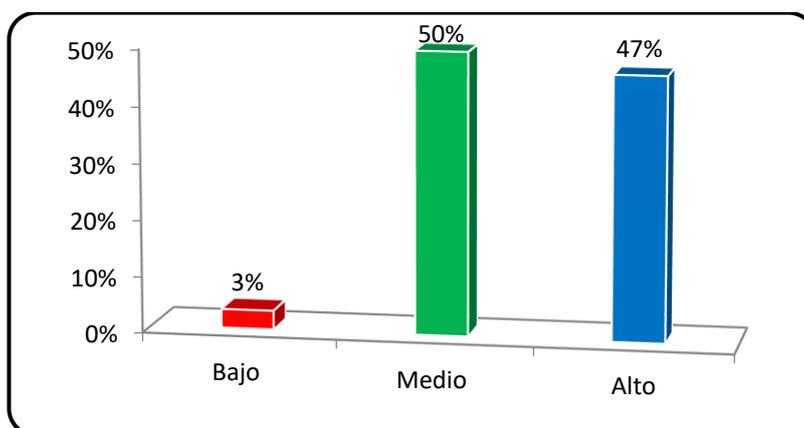
H1: las variables en estudio no provienen de distribución normal

Comentario: la tabla 02 presenta los resultados de la prueba del supuesto de normalidad para las variables en estudio valores de significancia muestran p (valor) < 0.05 para las variables conocimiento , practica y autocuidado en de Colostomía , Rechazando el Ho y aceptando la hipótesis alterna **H1** los resultados (sumas) no provienen de una distribución normal Para la contratación de las hipótesis de la investigación se empelará la prueba no paramétrica Chi-Cuadrado (variables categóricas), y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Los dataos están en escala de Likert.

Tabla 03; Nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1	3%
Medio	15	50%
Alto	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Resultados spss 24.

**Figura 01: Nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía**

Comentario: la tabla 03 y figura 01, describe la información recogida de los 30 pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020” respecto al nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía. Donde el 47% consideran un nivel de conocimiento alto. Un 50% en un nivel medio, solo el 3% consideran el nivel de conocimiento en un nivel bajo.

Tabla 04: Nivel de Practica de autocuidado de colostomía

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0%
Medio	15	50%
Alto	15	50%
Total	30	100%

Fuente: Resultados spss 24.

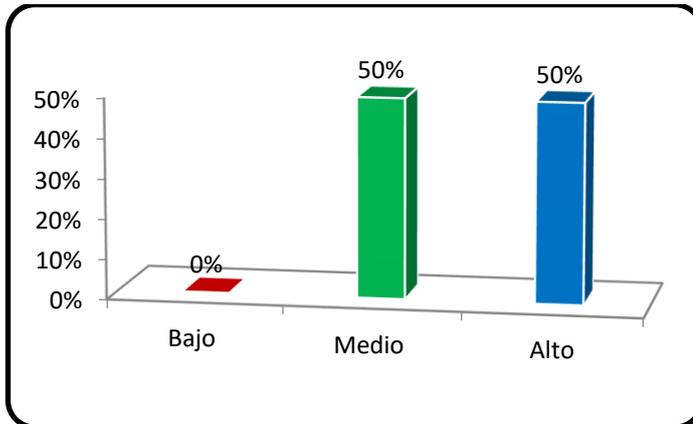


Figura 02: Nivel de Practica de autocuidado de colostomía

Comentario: la tabla 04 y figura 02 se describe la información recogida de los 30 pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020” respecto al nivel de practica en el autocuidado de colostomía. Donde el 50% consideran un nivel de practica alto. de igual manera un 50% en un nivel medio, ninguno de los pacientes considera la practica en un nivel bajo.

Tabla 05: Nivel del autocuidado

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Inadecuado	3	10%
Poco adecuado	22	73%
Adecuado	5	17%
Total	30	100%

Fuente: Resultados spss 24.

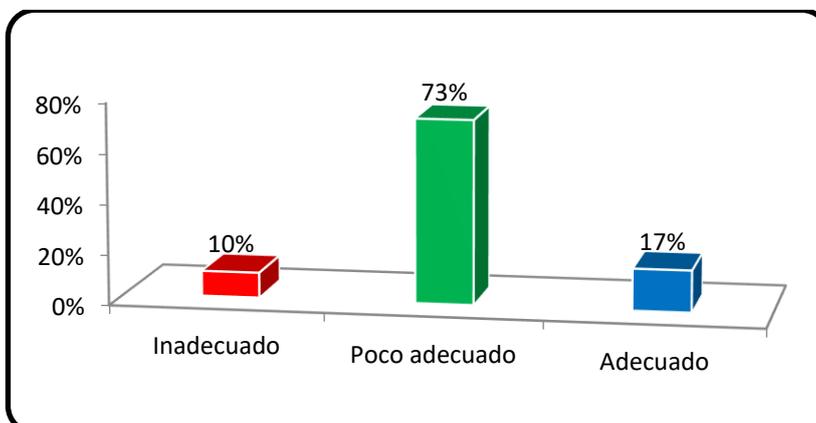


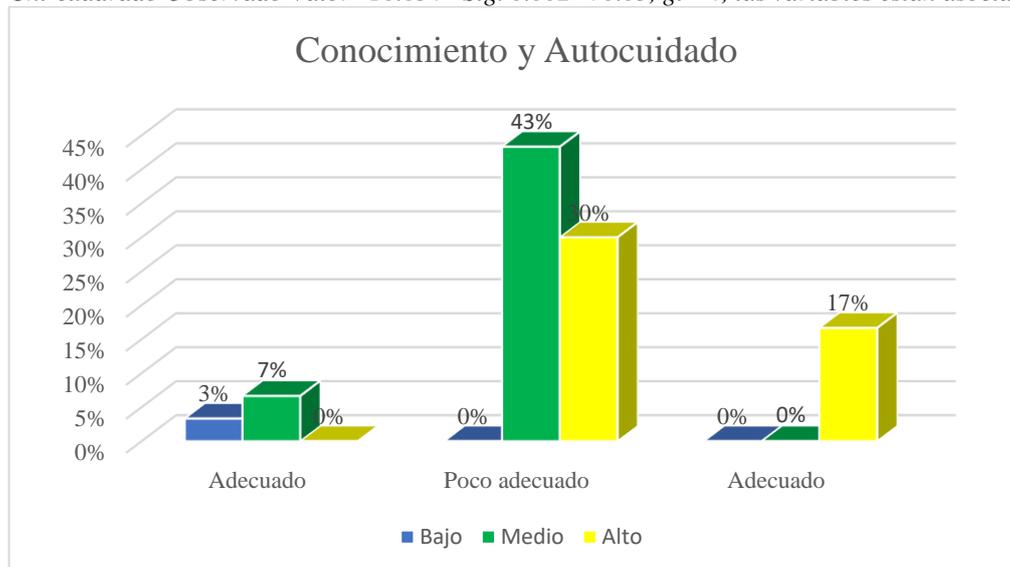
Figura 02: Nivel del autocuidado

Comentario: la tabla 04 y figura 02 se describe la información recogida de los 30 pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020” respecto al nivel de autocuidado de colostomía. Donde el 17% consideran un nivel de autocuidado adecuado. de igual manera el 73% en un nivel poco adecuado, solo el 10% de los pacientes considera el autocuidado en un nivel inadecuado.

Tabla 06: Distribución de frecuencias nivel de conocimiento y autocuidado de colostomía.

Conocimiento	Autocuidado			Total	
	Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado		
Bajo	fi	1	0	0	1
	%	3%	0%	0%	3%
Medio	fi	2	13	0	15
	%	7%	43%	0%	50%
Alto	fi	0	9	5	14
	%	0%	30%	17%	47%
Total	fi	3	22	5	30
	%	10%	73%	17%	100%

Chi-cuadrado Observado Valor=16.634 Sig. 0.002 < 0.05, gl= 4, las variables están asociadas.

**Figura 3:** Nivel de conocimiento y autocuidado de colostomía.

De la tabla 6, Figura 3, muestra la tabla de contingencia para el nivel de conocimiento y el autocuidado de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, huaras, 2020”. Donde se observa que el 43% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran el autocuidado en un nivel poco adecuado, de igual manera el 17% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel alto y a su vez califican el autocuidado en un nivel adecuado, por último, el 7% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio y a su vez califican el autocuidado en un nivel inadecuado.

Tabla 07: Distribución de frecuencias nivel de práctica y autocuidado de colostomía.

Practica		Autocuidado			Total
		Inadecuado	Poco adecuado	Adecuado	
Medio	fi	3	12	0	15
	%	10%	40%	0%	50%
Alto	fi	0	10	5	15
	%	0%	33%	17%	50%
Total	fi	3	22	5	30
	%	10%	73%	17%	100%

Chi-cuadrado Observado Valor=55.382 Sig. 0.005 < 0.006, gl= 6, las variables están asociadas.

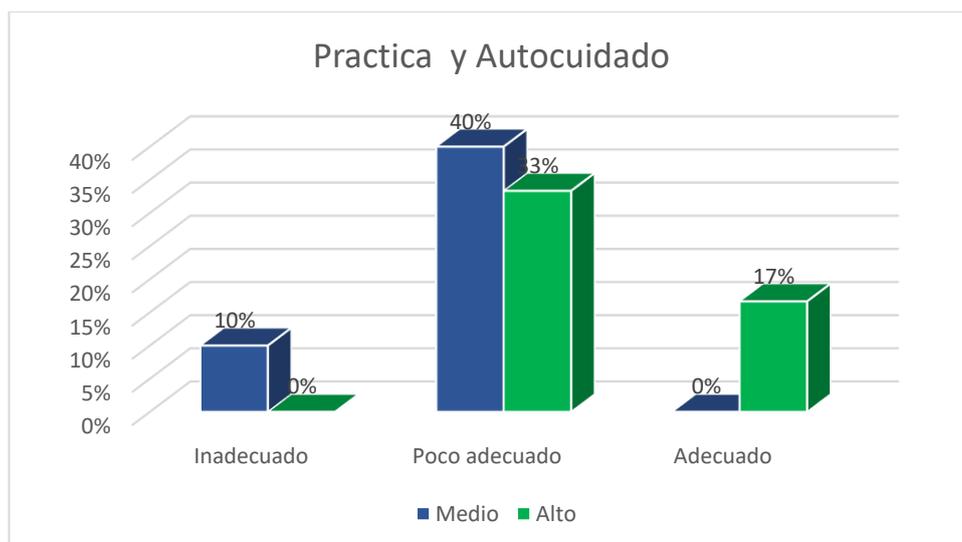


Figura 4: Nivel de práctica y autocuidado de colostomía.

De la tabla 6, Figura 3, muestra la tabla de contingencia para el nivel de practica y el autocuidado de pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, huara, 2020". Donde se observa que el 40% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran el autocuidado en un nivel poco adecuado, de igual manera el 17% de los pacientes consideran la practica en un nivel alto y a su vez califican el autocuidado en un nivel adecuado, por último, el 10% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio y a su vez califican el autocuidado en un nivel inadecuado.

Tabla 08: Distribución de frecuencias nivel de conocimiento y practica de colostomía.

Conocimiento		Practica		Total
		Medio	Alto	
Bajo	fi	1	0	1
	%	3%	0%	3%
Medio	fi	14	1	15
	%	47%	3%	50%
Alto	fi	0	14	14
	%	0%	47%	47%
Total	fi	15	15	30
	%	50%	50%	100%

Chi-cuadrado Observado Valor=55.382 Sig. 0.005 < 0.006, gl= 6, las variables están asociadas.

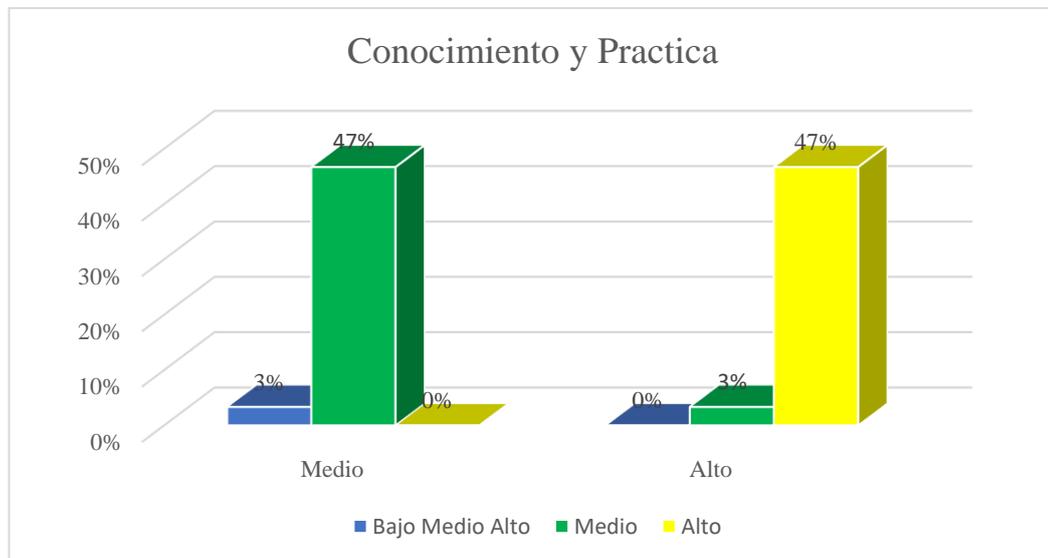


Figura 5: Nivel de conocimiento y práctica de colostomía.

De la tabla 6, Figura 3, muestra la tabla de contingencia para el nivel de conocimiento y practica de los pacientes colostomizados, servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, huaras, 2020". Donde se observa que el 47% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran la practica en un medio, de igual manera el 47% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel alto y a su vez califican la practica en un nivel alto.

Tabla 9: Prueba de Chi cuadrado

Prueba de hipótesis para el nivel de conocimiento, y el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020

Hipótesis estadísticas	Valor observado	Grados de libertad	Nivel Sig.	Valor tabular (Punto crítico)	Decisión $\chi_0^2 > \chi_t^2$
$H_A: r_{xy} \neq 0$			$\alpha=0,05$		
$H_0: r_{xy} = 0$	$\chi_0^2 = 16,634$	$gl. = 4$	$p=0.000$	$\chi_t^2 = 9,4848$	Se rechaza H_0

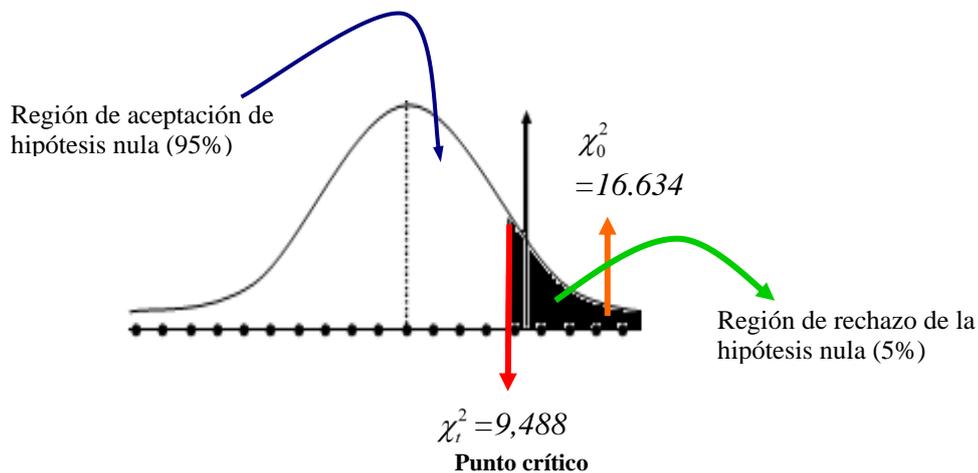


Figura 03: Grafica Chi Cuadrada

En la **Tabla 09** y **Figura 4**, Se muestra la relación cualitativa de las variables el nivel de conocimiento, y el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Los resultados de la prueba determinan un valor observado de la Chi cuadrado de ($\chi_0^2 = 16.365$) y un valor tabular

de la Chi cuadrado ($\chi^2 = 9,488$), donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Existe relación significativa entre el conocimiento, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Las variables están asociadas.

Tabla 10: Prueba de Chi cuadrado

Prueba de hipótesis para el nivel de Práctica, y el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

Hipótesis estadísticas	Valor observado	Grados de libertad	Nivel Sig.	Valor tabular (Punto crítico)	Decisión $\chi_0^2 > \chi_t^2$
$H_A: r_{xy} \neq 0$			$\alpha=0,05$		
$H_0: r_{xy} = 0$	$\chi_0^2 = 8,182$	gl. = 2	$p=0.000$	$\chi_t^2 = 5,991$	Se rechaza H_0

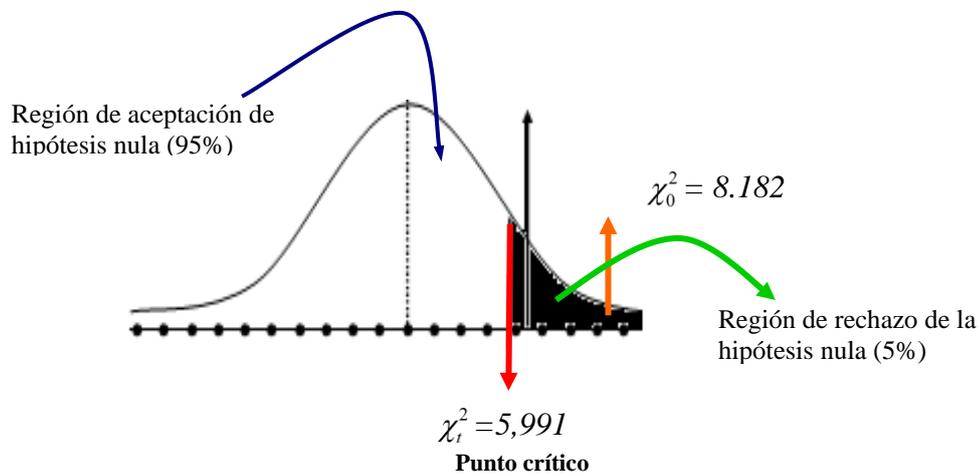


Figura 03: Grafica Chi Cuadrada

En la **Tabla 09 y Figura 4**, Se muestra la relación cualitativa de las variables el nivel de práctica, y el autocuidado en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. los resultados de la prueba de hipótesis determinan un valor observado de la Chi cuadrado de ($\chi_0^2 = 8.182$) y un valor

tabular de la Chi cuadrado ($\chi_t^2=5,991$), donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019. Las variables están asociadas.

Tabla 11: Prueba de Chi cuadrado

Prueba de hipótesis para el nivel de conocimiento y práctica, y en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

Hipótesis estadísticas	Valor observado	Grados de libertad	Nivel Sig.	Valor tabular (Punto crítico)	Decisión $\chi_0^2 > \chi_t^2$
$H_A: r_{xy} \neq 0$			$\alpha=0,05$		
$H_0: r_{xy} = 0$	$\chi_0^2 = 26,267$	gl. = 2	$p=0.00$ 0	$\chi_t^2 = 5,991$	Se rechaza H_0

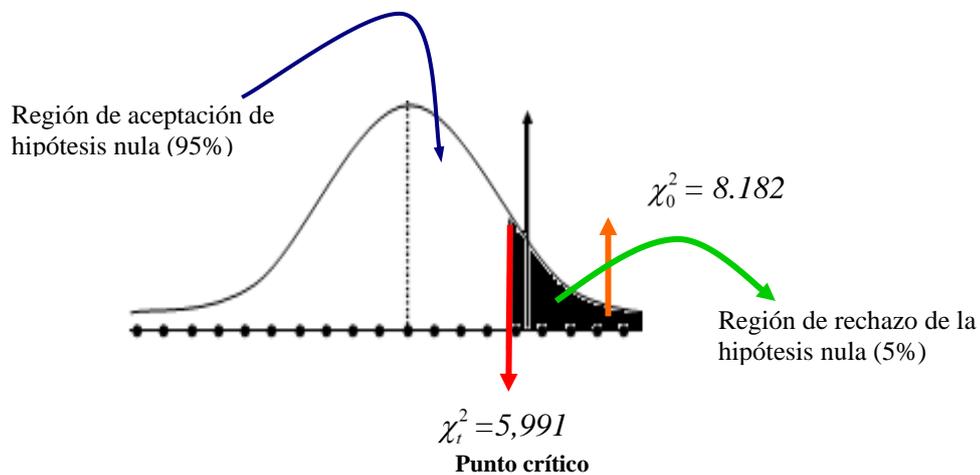


Figura 03: Grafica Chi Cuadrada

En la **Tabla 09** y **Figura 4**, Se muestra la relación cualitativa de las variables el nivel de práctica, conocimiento en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. los resultados de la prueba de hipótesis determinan un valor observado de la Chi cuadrado de ($\chi_0^2=8.182$) y un valor tabular

de la Chi cuadrado ($\chi^2=5,991$), donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Las variables están asociadas.

Discusión de Resultados

Los resultados de las pruebas hipótesis , general ,y específicos confirman que existe relación muestra en la tabla 9 al 11, para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba no paramétrica chi-cuadrado tal como se evidencia el valor de la prueba cualitativa de independencia Chi cuadrado la en la que la Sig.0.00 < 0.05, las variables están asociadas, Por estas razones podemos afirmar que nuestra hipótesis general y específicas se ha confirmado de manera muy significativa el conocimiento y la práctica se relacionan significativamente con el autocuidado de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020

A nivel descriptivo

Referido al nivel de nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía con pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2019, el 47% consideran el nivel de conocimiento alto. un 50% en un nivel medio, solo el 3% consideran el nivel de conocimiento en un nivel bajo. El método que se utilizó fue el descriptivo transversal. Estos resultados concuerdan con **Espinoza Magali, Lima (2003)** en su investigación “Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins La población estuvo

constituida por 60 pacientes. El instrumento que se utilizó fue un formulario tipo cuestionario y la técnica utilizada fue la entrevista. Concluyéndose que el 80% de pacientes colostomizados conocen y 20% no conocen sobre el autocuidado, y el 70% de pacientes colostomizados realizan prácticas adecuadas y 30 % realizan prácticas inadecuadas en el autocuidado.

Referido al nivel de nivel de practica de autocuidado de colostomía de los pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2020 el 50% consideran el nivel de practica alto. de igual manera un 50% en un nivel medio, ninguno de los pacientes considera la practica en un nivel bajo.

Referido al nivel del autocuidado con pacientes con diagnóstico de colostomía, en el servicio de cirugía, hospital Víctor Ramos Guardia, Huaras, 2019, el 17% consideran el nivel de autocuidado adecuado, de igual manera el 73% en un nivel poco adecuado, solo el 10% de los pacientes considera el autocuidado en un nivel inadecuado. Estos resultados son parecidos al de **Baltazar Milagros, Lima (2018)** en su investigación ““Autocuidado de los pacientes portadores de colostomía que acuden a consulta externa de cirugía del hospital San José Callao-2018” presentan los siguientes resultados la población estuvo conformada por 48 colostomizados que acuden a la consulta externa de cirugía Resultados: se observa que el 60% del total de la población encuestada presenta un bajo autocuidado, seguido del 28% que tienen un autocuidado medio y por último el 22% presenta un autocuidado alto. Análisis de datos: se realizó el vaciado de datos al SPSS V24 para obtener los resultados Conclusiones: Se concluye que del total de los pacientes encuestados más de la mitad presenta un autocuidado bajo.

La distribución de frecuencias (tabla de contingencia) nivel de conocimiento y autocuidado de colostomía en pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2020, el 43% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran el autocuidado en un nivel poco adecuado, de igual manera el 17% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel alto y a su vez califican el autocuidado en un nivel adecuado, por último, el 7% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio y a su vez califican el autocuidado en un nivel inadecuado.

La distribución de frecuencias (tabla de contingencia) nivel de práctica y autocuidado de colostomía en pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2020. El 40% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran el autocuidado en un nivel poco adecuado, de igual manera el 17% de los pacientes consideran la practica en un nivel alto y a su vez califican el autocuidado en un nivel adecuado, por último, el 10% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio y a su vez califican el autocuidado en un nivel inadecuado.

La distribución de frecuencias (tabla de contingencia) nivel de conocimiento y practica en pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2020. El 47% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel medio a su vez consideran la practica en un medio, de igual manera el 47% de los pacientes consideran el conocimiento en un nivel alto y a su vez califican la practica en un nivel alto.

- **A nivel inferencial para la hipótesis general**

El conocimiento y la práctica se relacionan significativamente con el autocuidado de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

La prueba no paramétrica determina un valor observado Chi cuadrado de ($\chi_0^2 = 16.365$) y un valor tabular de la Chi cuadrado ($\chi_i^2 = 9,488$) donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Existe relación significativa entre el conocimiento, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2019. Las variables están asociadas.

La prueba no paramétrica determina un valor Chi cuadrado de ($\chi_0^2 = 8.182$) y un valor tabular de la Chi cuadrado ($\chi_i^2 = 5,991$) donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H_0 y aceptando la hipótesis alterna H_A . Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Las variables están asociadas. **Sosa Flor, Huaraz (2017)** en su investigación “Conocimiento y prácticas sobre autocuidado que tienen los pacientes atomizados que asisten al consultorio de cirugía - Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz 2017” reporta como resultados que los pacientes no conocen sobre el autocuidado de las ostomías, fue en la dimensión conocimiento sobre amor y pertenencia el que predominó (76,7%). En cuanto a la práctica sobre el autocuidado existe un 70% de pacientes que tienen prácticas inadecuadas en el cuidado de las

ostomías. En cuanto a la relación entre conocimientos y prácticas, Según la prueba estadística Chi cuadrado, observamos que la probabilidad es 0,034; al ser menor de 0,05 nos indica que existe relación entre conocimientos y prácticas sobre el autocuidado de las ostomías. Conclusiones existe una relación significativa entre conocimientos y prácticas.

Respecto a la hipótesis específica: Prueba de hipótesis para el nivel de conocimiento y práctica, y en pacientes colostomizados, en el servicio de cirugía, del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. los resultados de la prueba de hipótesis determinan un valor observado de la Chi cuadrado de ($\chi_0^2=8.182$) y un valor tabular de la Chi cuadrado ($\chi_t^2=5,991$), donde el valor observado se ubica en la zona de rechazo por ser superior que el valor tabular, rechazando la hipótesis nula H0 y aceptando la hipótesis alterna HA. Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020. Las variables están asociadas.

CONCLUSIONES

Conclusión General:

Se identificó el nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía el 47% consideran el nivel de conocimiento alto. Un 50% un nivel medio, solo el 3% consideran el nivel de conocimiento en un nivel bajo.

Conclusiones Específicas

Se identificó el nivel de conocimiento de autocuidado de colostomía el 50% consideran el nivel de practica alto, un 50% en un nivel medio, ninguno de los pacientes considera la practica en un nivel bajo.

Existe relación significativa entre el conocimiento, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

Existe relación significativa entre la práctica, y el autocuidado en los pacientes colostomizados en el servicio de cirugía del Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.

RECOMENDACIONES

Que los profesionales de enfermería realicen sesiones educativas de manera dinámica tanto para los pacientes colostomizados que se encuentren en su etapa de estancia hospitalaria en el servicio de Cirugía, Hospital “V́ctor Ramos Guardia como para los familiares, para fortalecer los conocimientos y prácticas sobre el cuidado de la colostomía, para poder evitar complicaciones y favorecer a una rápida recuperación y re inserción social.

Que el Departamento de Enfermería del hospital coordine con los profesionales de enfermería del servicio de Cirugía, Hospital “V́ctor Ramos Guardia” para elaborar nuevas estrategias de educación de manera teórico – práctico, con el objetivo de fortalecer los conocimientos y las prácticas en los pacientes colostomizados favoreciendo en su autocuidado y previniendo complicaciones; a través de programas, talleres y sesiones educativas de sensibilización abordando temas de cuidado de su estoma y asegurar que la persona cuando retorne a su domicilio tras haber sido educado se ayude a adaptarse a este nuevo estilo de vida.

Que las autoridades del Hospital V́ctor Ramos Guardia consideren importante implementar un consultorio de enfermería para la parte terapéutica de pacientes colostomizados para reducir complicaciones y complementar el tratamiento médico, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

2.8. ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

En el estudio de investigación se consideró la ética de la investigación científica, teniendo en cuenta la normatividad nacional e internacional vigente de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO así como también la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM), que fueron promulgadas sobre los principios éticos para la investigación en seres humanos.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

De esta manera, el presente proyecto de tesis se basa en los siguientes principios:

a) Principios Básicos:

- Principio del respeto por el individuo

Durante todo el desarrollo de la presente investigación, se ha considerado necesario seguir como principio general, el respeto al investigador con la finalidad de salvaguardar su integridad personal; debido a que el deber del investigador es solamente hacia el paciente (principio 2,3 y 10), existiendo siempre la necesidad de llevar a cabo una investigación orientada hacia el bienestar del sujeto (principio 6), lo cual ha sido siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad mediante la declaración de consentimiento informado (principio 5 y 26). (31)

- Principio de la privacidad y confidencialidad:

No se expondrá la privacidad de los pacientes, para lo cual solo se incluirán preguntas referentes al conocimiento de autocuidado de colostomía, por lo que no se tomara en cuenta nombres, ni ningún dato que pueda perjudicar la integridad física, mental o social de las personas en estudio (principio 23), todo esto en cumplimiento de las leyes

y regulaciones. Asimismo, se prestara especial vigilancia sobre el reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos (principio 9). (31)

- Principio de no maleficencia:

Se buscará y procurará en todo momento no causar daño a los pacientes.

- Principio de justicia:

Todas las personas consideradas en el presente estudio merecerán la misma consideración y respeto, nadie será discriminado por su raza, sexo, edad, ideas, creencias o posición social. (31)

- Principio de beneficencia:

Se procurara el mayor beneficio posible para los pacientes, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados del presente trabajo de investigación en beneficio de las personas.(31)

- Principios operacionales:

El presente trabajo de investigación se basa en un conocimiento cuidadoso del campo científico (principio 11 y 18) y será conducida y manejada por investigadores bajo la supervisión de una asesora usando protocolos aprobados, sujeta a una aprobación ética independiente y una supervisión de un jurado correctamente convocado y previamente asesorado (principio 15); existiendo el compromiso de la publicación responsable de los resultados (principio 30). Se tendrá la debida precaución que al momento de ser ejercida en la realización de investigaciones médicas que pueden dañar el medio ambiente (principio 13). (31)

1.1. PRESUPUESTO DEL PROYECTO

RECURSOS	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
Recursos Humanos:			
Asesor	01	00.00	00.00
estadístico	01	800.00	1000.00
Investigador	01	00.00	00.00
SUB TOTAL			1000.00
Recursos Materiales:			
Computadora	1 unidad	1500.00	1500.00
Papel bond	2 millar	20.00	40.00
Lapiceros	10 unidades	1.00	10.00
Lápices	5 unidades	1.00	5.00
Borrador	3 unidad	1.00	3.00
Tajador	1 unidad	1.00	1.00
Clips	2 unidades	1.50	3.00
Resaltador de texto	2 unidades	2.50	5.00
USB	1 unidades	45.00	45.00
Corrector	2 unidades	2.50	5.00
SUB TOTAL			1617.00
Servicios:			
Impresiones	800 hojas	0.10	50.00
anillados	20 unidades	1.50	18.00
Internet	100 horas	1.00	40.00
Copias fotostáticas	1000 hojas	0.10	100.00
empastados	05 unidades	20.00	1000.00
SUB TOTAL			1208.00
TOTAL			3825.00

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Minsa Epidemiología Descriptiva y Organización Mundial de la Salud
Disponibile en: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/>
2. Luis Díaz Soto, RevCubMed Mil v.30 n.4 Ciudad de la Habana oct.-nov. 2001.
Disponibile en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572001000400008
&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572001000400008&script=sci_arttext)
3. Viñes JJ, Ardanaz E, Arrazola A, Gaminde I. Epidemiología poblacional de
cáncer colorrectal: revisión de la causalidad anales [Revista On-line] San
Navarra 2003; 26.
4. Bastidas J, Galarza J, Calsin W. Tipos de colostomía según su localización y
la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio
Externo de Cirugía General del Hospital Nacional.Guillermo Almenara
Irigoyen, Lima, 2015. Revista Científica Ciencias de la Salud [Internet] 2015
[Citado el 17 de enero del año 2018]; 9(1): 44-50.
Disponibile en: chrome-extension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/546/569.
5. Prado S, Romero C, Sánchez J. Relación entre las estrategias de afrontamiento
y calidad de vida en pacientes portadores de colostomía permanente [Tesis de
grado]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2015.
6. López, A. (2014). Cuidados de la ostomía y piel periestomal en el paciente
colostomizado.[http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1303/1/TFG_LopezMa
drid%2CAna.pdf](http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1303/1/TFG_LopezMadrid%2CAna.pdf).

7. Amado E, García D, Pulache A. Conocimiento y prácticas de cuidado en los padres/tutores de niños colostomizados atendidos en el hospital San Bartolomé [Tesis de segunda especialidad]. Perú: Universidad Peruana Unión 2017.
8. Ang SG, Chen HC, Siah RJ, He HG, Klainin-Yobas P. Stressors relating to patient psychological health following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncol Nurs Forum*. 2013; 40 (6): 587-94
9. Hospital Víctor Ramos Guardia- área de Estadística 2018, Huaraz- Ancash- Peru.
10. Ana G, Ana F, Leyva S. Calidad de vida en pacientes con colostomía e ileostomía [Internet]. 2015 [citado 11 de febrero de 2018].
Disponibile en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-colostomia-e-ileostomia>
11. Boletín Oncológico - Paciente ostomizado. 2018 [citado 17 de febrero de 2018]
Disponibile en: <http://www.boloncol.com/boletin-22/paciente-ostomizado.htm>
#complicaciones
12. Guía De Práctica Clínica: Manejo Integral de la Úlcera Por Presión. Fundación Instituto Nacional De Heridas (FINH), Santiago 2016. Pag 11-32.
13. Marriner, A. Modelos y teorías en enfermería, Enfermeras Teóricas-Dorotea Orem (3ra. Ed.) España.
14. Iza M. Evaluación del proceso de atención de enfermería en pacientes con ostomías de eliminación, durante su periodo de hospitalización en el área de cirugía del Hopspital Eugenio Espejo [tesis pregrado]. Ecuador: Universidad de Las Américas; 2013.

15. Espinosa M. Conocimientos y practicas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliti Martins [tesis pregrado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Noviembre 2003.
16. Esperanza D, Jordán L. Autocuidado elemento esencial en la Práctica de Enfermería. Revista Desarrollo Científico de Enfermería [Revista On-line] 2011 [20 de octubre de 2016]; 19(2).
Disponibile en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
17. Begoña M, Pabduro R, Crespillo Y, Rojas L, Gónzales S. El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. Revista Scielo [revista On-line]. 2010 [20 de octubre de 2016]; 19(3).
18. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la promoción de la Salud [Revista On-line] 2010 [20 de octubre de 2016]; 15(1).
Disponibile en: <http://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>
19. Chiliguano A, Chiliguano Y. Autocuidado domiciliario de los pacientes con colostomía egresados de cirugía del Hoapital “Abel Gilbert Pontón” [tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015.
20. Zambrano J. Autocuidado de pacientes colostomizados atendidos en la consulta externa de coloproctología de un Hospital de Especialidades de la Ciudad de Guayaquil [tesis grado]. Ecuador: Guayaquil [05 de Marzo 2018].
21. Gutierrez E. Efectos que producen ser portador de una colostomía en la calidad de vida de los pacientes de la unidad de curación de heridas y Ostomías en un

- hospital Nacional, Lima, 2016. [tesis grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Noviembre 2016.
22. Guia de colostomia. Edith Lenneberg, ET Alan Mendelsohn, MD Linda Gross, ET Revisado por: Lois Petrie, MS, RN, CETN. Published 2004 United Ostomy Association, Inc. disponible en:
<https://www.ostomy.org/wpcontent/uploads/2018/02/uoacolostomyesguide.pdf>
23. Mejía M. Manejo y complicaciones de los estomas intestinales [tesis posgrado]. Guatemala: Universidad de San Carlos, Marzo 2017.
24. Paredes J. Manejo de paciente con ostomia en el área de cirugía del hospital del IESS de Santo Domingo de los Tsáchilas período mayo a octubre del 2015. Disponible en: <http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3649>
25. Diario ConSalud.es. En España hay 15.000 pacientes con crohn o colitis ulcerosa ostomizados. Diario Consalud. Jueves 05 de octubre del 2010. 2017;1-7.
26. Almedárez-Saavedra J, Landeros-L , Hernández- M, Galarza-May Y, G M. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [Revista On-line].[citado 26/02/2015] ;23(2):91-8
27. Lobato C.(2013) características clinico quirurgicas de pacientes de 75 años a mas sometidos a colostomia por el servicio de cirugía de colón ,recto y ano del h23: Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La Teoria

Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem Punto de Partida para la Calidad en la Atención. SciELO. (Autocuidado).

28. Chuquillanqui J, Ríos J, Pacompia W.(2015) Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General.

Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12055/Silva_SLM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

29. Jiménez K. Autocuidado de colostomía y adaptación post quirúrgica en pacientes mujeres de 40 a 50 años en el servicio de Cirugía Oncológica Hospital Nacional Alberto Sabogal Perú 2017. [tesis pregrado]. Perú: Universidad César Vallejo

30. Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem Punto de Partida para la Calidad en la Atención. SciELO (autocuidado)

31. Asociación Médica Mundial .Declaración De Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigación médicas en seres humanos. 2013. Disponible en <http://www.isciii.es/isciii/es/contenido/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacio-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>

32. Gonzales L. Estudio de la calidad de vida en pacientes con ostomias digestivas en el área sanitaria de Ferrol [Tesis de grado]. Brasil: Universidad de Coruña; 2014.

33. Hernández, C. (2016). El modelo de Virginia Hernderson en la práctica enfermera. [Tesis de grado]. 29.Perú.

34. Osorio, L. (2011). Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda. Tesis, 112. Pérez, I. (2008). Efectos del plan de alta de enfermería en los conocimientos y habilidades del cuidador informal. TESIS.
35. Baltazar M. “Autocuidado de los pacientes portadores de colostomía que acuden a consulta externa de cirugía del Hospital San José Callao-2018” [tesis pregrado]. Perú: Universidad César Vallejo – Filial Lima Norte.
36. Villajuan, E. (2006). calidad de vida de pacientes Ostomizado que asisten a consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Revista Facultad Nacional de Salud Publica,61(3).<http://doi.org/10.4067/S0718-40262009000300008>.
37. Ronquillo F. Autocuidado de los Pacientes con Ostomias que acuden a la Consulta Externa de Coloproctología del Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la Ciudad de Guayaquil, de octubre 2015 a marzo 2016 [tesis pregrado]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago.
38. Sosa V. Conocimiento y prácticas sobre autocuidado que tienen los pacientes ostomizados que asisten al consultorio de cirugía - Hospital Víctor Ramos Guardia - Huaraz 2017 [tesis pregrado]. Perú: Universidad San Pedro; 2018.
39. Figueroa M, Mamani M. Características de la práctica del autocuidado de la salud por pacientes colostomizados en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas IREN SUR. Arequipa, 2017 [tesis pregrado]. Perú: Universidad Católica de Santa María; 2017.
40. Dra. Maria Eugenia Machón. Médico, buena práctica en salud [Revista On.line] 2016 [10 de marzo de 2016]

Disponible en: <http://aps.iss.gob.sv/profesional/publicaciones/Definamos%20qu%C3%A9%20es%20una%20buena%20pr%C3%A1ctica%20en%20salud>

ANEXOS

ANEXO N° 05

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“CONOCIMIENTO Y PRACTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO DE COLOSTOMÍA, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL VÍCTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2020”

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO TEÓRICO	HIPÓTESIS	IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES	METODOLOGÍA
¿Cuál es el conocimiento y práctica relacionado al autocuidado de pacientes colostomizados servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020?	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado que tiene los pacientes colostomizados del servicio de cirugía en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, 2020.</p> <p>OBJETIVO ESPECIFICO Identificar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes colostomizados en relación al autocuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar la práctica relacionado al autocuidado de 	<p>Internacional Luis Díaz Soto 2001 Viñes J, 2003 Ana G, 2018 Marriner, A. 1989 Iza M. 2013. Espinosa M 2004 Esperanza D 2016 Begoña M, 2016 Giraldo A 2016 Chiliguano A 2015. Vonk-K 2015 Xiuxiu, Q. 2012 Candela B.2014 Eladio J. 2014 Paredes J.: 2015 García K. 2014 Ferreira A, 2014 Chuquillanqui J, 2015 Almedárez S, 2015</p>	El conocimiento y la práctica se relacionan significativamente con el autocuidado de pacientes colostomizados en el servicio de cirugía, Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz, ¿2019?	<p>Variable Independiente El conocimiento y prácticas</p> <p>Variable Dependiente Autocuidado de colostomía</p>	<p>Tipo de Estudio Aplicativo Descriptivo Correlacional Cuantitativo</p> <p>Diseño de la Investigación No Experimental Corte Transversal</p> <p>Población Pequeña (30 personas)</p> <p>Muestra Tipo censal</p> <p>Técnica Encuesta.</p> <p>Instrumento Cuestionario de tipo estructurada</p>

	<p>pacientes colostomizados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relacionar el nivel de conocimiento y la práctica de autocuidado que tienen los pacientes colostomizados. 	<p>Prado, L 2014 Gonzales L. 2014. Hernández, C. 2016 Osorio, L. 2011 Villajuan, E. 2006 Ronquillo F. 2016 Almendarez J, 2016 Cisneros C, 2017 Nacional Bastidas J, 2018 Prado S, 2015 López A, 2014. Lobato C. 2016 Pari P. 2014 BASES TEORICAS A. Colostomía B. Practica C. Teoría del autocuidado C. Recomendaciones D. Nutrición</p>			
--	--	--	--	--	--

ANEXO N.º 04

Universidad Nacional
“Santiago Antúnez de Mayolo”

Escuela Profesional de
Enfermería

“CONOCIMIENTO Y PRACTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2019”

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VOLUNTARIO

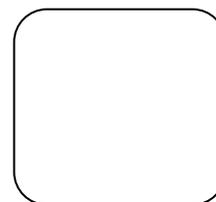
Que tiene como objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y práctica de autocuidado de colostomía en pacientes post operados en el Hospital Víctor Ramos Guardia, Huaraz 2020.

Declaro que se me ha explicado brevemente el proyecto de investigación.

Es por ello que yo:

- Consiento Libre y Voluntariamente participar en la investigación, entregando la información que se me solicite con respecto al tema.
- Conozco los objetivos que persigue esta investigación.
- Permito que la información entregada sea utilizada, manteniendo mi identidad en reserva.
- He sido informado(a) que puedo retirar mi colaboración antes durante y después de contestar las preguntas.
- Manifiesto que he entendido lo establecido y otorgo mi consentimiento para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del paciente



Huella digital

ANEXO N.º 01

Universidad Nacional
"Santiago Antúnez De Mayolo"

Escuela Profesional De
Enfermería

"CONOCIMIENTO Y PRACTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS, SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2019"

ENCUESTA

INSTRUCTIVO: El presente instrumento de recolección de información, tiene por finalidad conocer cuál es el conocimiento y práctica que Ud. tiene y realiza para su autocuidado, en función de su colostomía. Este cuestionario, es para fines de investigación académica; por favor sea lo más sincero posible. Además es anónimo. Se le proponen alternativas de respuesta, escoja solo una y marque con una X. Por su colaboración. MUCHAS GRACIAS.

I. DATOS GENERALES

Sexo	Masculino	()
	Femenino	()
Edad:	20 - 25 años	()
	26 - 35 años	()
	36-44 años	()
	45 a más	()
Ocupación:	Comerciante	()
	Actividades del hogar	()
	Otros	()

Grado de instrucción:

	Completa	Incompleta
Primaria	()	()
Secundaria	()	()
Superior	()	()

II. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE COLOSTOMÍA

CONOCIMIENTO

1. ¿Usted sabe que es una colostomía?
SI ()
NO ()

2. ¿Cuánto sabe usted sobre la colostomía?
MUCHO ()
POCO ()
NADA ()

3. ¿Usted cambia su bolsa de colostomía?
SIEMPRE ()
A VECES ()
NUNCA ()

4. ¿Usted observa diariamente la coloración de su colostomía?
SIEMPRE ()
A VECES ()
NUNCA ()

5. ¿Usted verifica si se ha reducido el tamaño de la colostomía?
SIEMPRE ()
A VECES ()
NUNCA ()

6. ¿Usted observa regularmente la colostomía para ver si hay sangrado?
SIEMPRE ()
A VECES ()
NUNCA ()

7. ¿Usted tiene conocimiento de la importancia de la autoestima en su nuevo estilo de vida?
SIEMPRE ()
A VECES ()
NUNCA ()

8. ¿Usted se siente triste, ansioso, deprimido por la presencia de la colostomía en su cuerpo?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

9. ¿Se siente capaz de mirarse al espejo y aceptar la presencia de la colostomía en su cuerpo?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

10. ¿Usted se presenta con sus familiares y amigos sin sentir vergüenza del qué dirán con respecto a la colostomía que presenta?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

PRACTICA

11. ¿Usted se lava las manos cada vez que va a hacer la limpieza de su colostomía?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

12. ¿Al estar la bolsa de colostomía llena, Ud. Lo desecha sentado en el sanitario?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

13. ¿Con qué frecuencia limpia el área de la colostomía después de evacuar?

Diario ()

Interdiario ()

Casualmente ()

14. ¿Al lavarse diariamente el área de colostomía, usted lo realiza con agua tibia y jabón?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

15. ¿Usted seca la colostomía después del lavado?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

16. Al cambiarse la bolsa y no tener otro material, ¿Usted utiliza papel higiénico?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

AUTOCAUIDADO DE LA COLOSTOMÍA

17. Al observar su colostomía usted se da cuenta si hay:

SANGRADO ()

SECRECIONES ()

INFLAMACIÓN ()

18. ¿Usted reutiliza la bolsa de colostomía?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

19. ¿Usted come en horarios regulares (3 o 4 veces al día)?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

20. ¿Usted consume 8 o más vasos de líquidos diario?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

21. ¿Usted, en su alimentación diaria incluye frutas y verduras frescas?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

22. ¿Usted con frecuencia consume alimentos ricos en fibras?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

23. ¿Usted diariamente, evita consumir bebidas como gaseosas y alcohol?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

24. ¿En sus comidas, evita el consumo de alimentos muy condimentados?

SIEMPRE ()

A VECES ()

NUNCA ()

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO N° 02

Universidad Nacional
"Santiago Antúnez De Mayolo"

Escuela Profesional De
Enfermería

**"CONOCIMIENTO Y PRACTICA RELACIONADO AL AUTOCUIDADO
DE PACIENTES COLOSTOMIZADOS, SERVICIO DE CIRUGÍA,
HOSPITAL VICTOR RAMOS GUARDIA, HUARAZ, 2020"**

LISTA DE COTEJO

	SI	NO
Sabe cómo realizar su higiene de colostomía		
Realiza el lavado de manos antes del procedimiento		
Se coloca de forma correcta su bolsa de colostomía		
Las actividades de enseñanza son coherentes con la práctica demostrada por el paciente		
El objetivo del conocimiento y la práctica está incluido en la demostración		
Las conclusiones plasman los conocimientos nuevos y/o la aplicación de los mismos.		
Hay coherencia entre el conocimiento y la práctica		