



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

PERFIL DEMOGRAFICO Y ALGUNOS FACTORES ASOCIADOS A LA
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS CON
ENTEROSTOMIAS, VALDIVIA, 2006-2007

Tesis presentada como parte
de los requisitos para optar
al grado de Licenciada en
Enfermería

Nathalia de Lourdes Soto Salinas
Ariana Yisleinner Stefanini Castillo
VALDIVIA – CHILE
2008

Profesor patrocinante:

Nombre : Srta. Cecilia Molina Díaz
Profesión : Enfermera y Matrona
Grados : Magíster en Enfermería

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Profesores informantes

1) Nombre : Sra. Helga Beate Messing Grube
Profesión : Enfermera
Grados : Especialista en Enfermería en Salud Familiar y Comunitaria

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

2) Nombre : Srta. Moira Tamara Holmqvist Curimil
Profesión : Enfermera
Grados : Licenciada en Enfermería.
Magister en Comunicación (c)

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina
Firma :

Fecha de examen de grado:

AGRADECIMIENTOS

Detrás de todo esto hay un esfuerzo y un trabajo único que supera la individualidad. Espero resumir muchos años en esta hoja.

Gracias a Dios, el incondicional que nos dio la vida y las capacidades para creer que podemos ser más y con ésto lo estamos demostrando.

Gracias a mis papitos, seres únicos que han dado el máximo esfuerzo por ver a sus hijos salir adelante y esta no es la excepción. Gracias papitos por su regalo de amor, dedicación y ejemplo de fortaleza. Los amo.

A mis hermanos; Jesita y mi Nanito, que en la cercanía y en la distancia siempre me han dado ánimo, apoyo y tú, hermano, me has tendido la mano cuando lo he necesitado. Gracias porque siempre han creído en mí. Los quiero.

Gracias amigos, a los de siempre, los de lejos, los de estudio, los de emociones compartidas, los que están ahí. Los quiero.

A pesar de altos y bajos, debo darte las gracias a ti, Francisco, que con tus gestos, con tu apoyo y tu amor haz hecho que esta última etapa de mi carrera sea mucho más feliz. Te amo.

Gracias a todas aquellas personas que han sido parte de mi vida y que me han dado palabras de aliento y demostrado su confianza en mí.

Ariana, espero haber reflejado en estos agradecimientos lo que tú sientes al haber logrado esta meta profesional junto a Dios, la gente que te quiere y te rodea; te haz esforzado mucho y haz recibido lo que mereces, Esto fue digno de un trabajo en equipo como siempre nos enseñaron en nuestra escuela, lo cual se agradece, porque gracias a ellos, nuestros docentes y su formación, estamos aquí.

ÍNDICE

RESUMEN	4
SUMARY	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEORICO	8
3. OBJETIVOS	22
4. MATERIAL Y MÉTODO	24
5. RESULTADOS	30
6. DISCUSIÓN	64
7. CONCLUSIONES	71
8. BIBLIOGRAFÍA	74
ANEXO 1	
“Instrumento de recolección de datos”	
ANEXO 2	
“Consentimiento informado”	
ANEXO 3	
“Cálculo de las puntuaciones obtenidas en las secciones de Calidad de Vida, Cuestiones Generales y Autosuficiencia”	
ANEXO 4	
“Tablas de distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntajes obtenidos en los sub- ítems calidad de vida, autosuficiencia y cuestiones generales del Cuestionario de Montreux”.	

RESUMEN

El deterioro de la calidad de vida por la adaptación al ritmo de la cotidianidad actual se refleja en una rutina menos sana. Además, se ligan factores que nos predisponen a sufrir trastornos, generando consecuencias negativas que repercuten en nuestro cuerpo de distintas formas y hacia distintos focos. El impacto es mayor cuando pasan desapercibidas sin generar malestar o síntomas de algo negativo. Es así como comienza el ciclo de una enfermedad de difícil diagnóstico y control cuando ya no es oportuno, como lo son las del tubo digestivo, que con el tiempo van en aumento y tardan en diagnosticarse, especialmente el cáncer colorrectal, que realza su importancia en el gran riesgo vital durante su intervención quirúrgica y el mal pronóstico.

El objetivo principal de estudio consistió en determinar el impacto de las enterostomías en la calidad de vida de las personas residentes en Valdivia intervenidas en el Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) asociado a ciertos factores de su cotidiano vivir y su respectiva adaptación psicosocial, obteniendo con ello, un perfil demográfico de las personas operadas entre los años 2006 y 2007.

La metodología de investigación fue cuantitativa, descriptiva de corte transversal, desarrollada a través de un censo y aplicando un instrumento de recolección de datos dividido en cuatro ítems, los tres primeros de nuestra autoría, con el objetivo de determinar el perfil sociodemográfico y factores asociados a enterostomías, y el cuarto es un extracto del cuestionario sobre aspectos de la calidad de vida de personas con ostomías validado en varios países de Europa y creado por un enfermero estomaterapeuta español.

Los datos obtenidos fueron tabulados y analizados a través de una planilla del programa computacional Microsoft Excel 2003 y 2007, determinando el perfil sociodemográfico de la población en estudio como mujer mayor de 60 años, casada, pensionada, perteneciente al grupo FONASA B según previsión de salud, con una escolaridad básica incompleta, que cumple el rol del abuela dentro de una familia extensa monoparental, con creencia religiosa católica. En cuanto a la tabulación y análisis de los factores biopsicosociales asociados a las enterostomías, su manejo y calidad de vida hacemos un balance positivo en cuanto al estado del estoma, piel periestomal, tipo y permanencia temporal de la enterostomía, nutrición y apoyo familiar incondicional. No obstante, muestran un déficit en ámbitos como actividad sexual condicionada por la edad, estado civil y ostomía; imagen corporal, bienestar físico y psicológico, percibiendo su vida anormal producto de su enterostomía y negándose a aceptarla, lo cual indica las áreas que deben trabajar el equipo de salud en pro de una atención con la perspectiva del usuario.

SUMMARY

The deterioration of the quality of life by the adaptation of the actual daily rhythm is reflected in a less healthy routine. Also, factors combine predisposing us to suffer disorders generating negative consequences which have effects on our bodies of distinct forms and focuses. The impact is greater when it goes unnoticed until it produces an indisposition or negative symptoms. This is how the cycle of a disease, which is difficult to diagnose and to control until it is too late, begins, such as diseases of the digestive tract, with increasing prevalence and results in a late diagnose - especially colorectal cancer which heightens its risk during surgical intervention and poor prognosis. There are means to discover cancer such as diagnostic colonoscopy, but it is not always found in time.

The principal objective of this study consisted in determining the impact of the enterostomies in the quality of life of residents of Valdivia with interventions in Clinical Hospital Regional Valdivia (HCRV) associated with certain factors of their daily life and their respective psychosocial adaptation obtaining, with this, a demographic profile of the people operated on between the years 2006 and 2007.

The investigative methodology was quantitative, descriptive transversal, developing through a census, and applying an instrument to collect data in four areas: the first three of our own authorship, with the objective to determine the socio demographical profile and associated factors to enterostomies, and the fourth an extract of a questionnaire about aspects of the quality of life of persons with ostomies validated in various countries in Europe and created by a Spanish estomaterapeutic nurse.

The data obtained was tabulated and analyzed through a table of a Microsoft Excel 2003 and 2007 computer program determining the socio demographical profile of the population being studied to be: female, over 60 years old, married, retired, pertaining to FONASA group B according to the insurance guidelines, incomplete elementary education, grandmother within an extensive single parent family, and pertaining to the Catholic religion. In reference to the tabulation and analysis of the bio psychosocial factors associated with the enterostomies, its management and the quality of life we make a positive balance in reference to the condition of the stoma, skin peristomal, type and permanence of the enterostomy, nutrition and unconditional family support. Nonetheless, there are deficits in areas such as: sexual activity restricted by age, civil status, and ostomy; personal image, physical and psychological health, perception of an anormal life produced by the enterostomy and the rejection of such, which indicates the areas in need of work by health professionals in favor of good attention to the patient.

1. INTRODUCCIÓN

En Chile los tumores malignos constituyen la segunda causa de muerte (21,8%) después de las enfermedades cardiovasculares (27,5%) (9). Entre los cánceres letales, clasificados según sus causas, están los digestivos que presentan un 46,2% siendo el principal grupo; el gástrico que representa el 16,6%, y el área colorrectal un 5,8%. Las tasas de las enfermedades digestivas oncológicas han ido en aumento en estos últimos años, lo cual constituye una amenaza en salud por su difícil diagnóstico inicial al no presentar síntomas significativos.

Las alternativas de tratamiento quirúrgico generalmente requieren de la creación de un estoma que permita la alimentación, evacuación y descompresión del paciente. En estos casos se habla de una ostomía, la cual se define como “una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, para eliminar los productos de desecho del organismo o para introducir al organismo alimento, medicamentos, etc.” (8)

El diagnóstico e impacto en el estilo de vida que conlleva esta nueva condición genera diversos cambios para la persona y su entorno, siendo de vital importancia la labor del equipo de salud en la entrega de información en el pre-operatorio, alta y, de modo óptimo, continuar en el largo plazo.

Según la OMS la calidad de vida se define como “la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones” (Grupo WHOQOL, 1994) (13)

A esto se suman diversos estudios internacionales que definen la Calidad de vida relacionada con la salud asociándola a tres puntos: “el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario; el bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y tratamiento; y el impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria” (13). De estos conceptos podemos desprender que la calidad de vida de un individuo que requiere una ostomía, puede verse afectada ya que debe adaptarse a una nueva imagen corporal, nuevos hábitos de alimentación, en el vestir, en la evacuación de desechos, en su rol social, su aceptación y desarrollo normal. En el ámbito de las relaciones interpersonales juega un papel muy importante la red de apoyo de la persona y su reinserción social.

Actualmente en Chile no existen datos epidemiológicos específicos respecto a las personas con ostomías que puedan darnos una visión real del impacto en salud de este tema. En España cuentan con una especialidad de enfermería que es la estomaterapia, la cual se encarga de proporcionar educación, cuidados y un seguimiento previo y posterior a la alta médica. Esto ha logrado que se mantenga un control estricto en su recuperación y reinserción social, junto a una mayor difusión acerca de lo que significa vivir con un estoma.

Lo expuesto anteriormente nos motiva a realizar esta investigación para aportar a la epidemiología local con datos actuales y difundir el impacto de esta problemática a centros asistenciales que prestan atención a estos pacientes previo y posterior a su intervención quirúrgica, impulsando el trabajo en red y la iniciativa de establecer la estomaterapia como especialidad posterior a la formación de profesionales de enfermería, con el objetivo de desarrollarlo durante el desempeño de la disciplina. Para ello, se proyecta determinar el perfil demográfico de las personas adultas con enterostomías residentes en la ciudad de Valdivia, relacionar los factores que influyen en la adaptación psicosocial y describir su calidad de vida a través del uso de un instrumento previamente creado y desarrollado por especialistas en estomaterapia.

La población seleccionada para esta investigación comprende a todos los pacientes con enterostomías residentes en la ciudad de Valdivia. Los datos fueron obtenidos de registros de egreso de pacientes proporcionado por el equipo médico del Subdepartamento de Cirugía Adulto del Hospital Regional Valdivia, el cual realiza estas intervenciones quirúrgicas.

2. MARCO TEÓRICO

La historia de la cirugía digestiva se escribe hace siglos clasificándose como una rama de la cirugía general estableciendo diagnósticos y actuando en el tratamiento quirúrgico de enfermedades que comprometan al tubo digestivo. (11)

En Chile las patologías digestivas prevalentes son la colelitiasis, seguida por las hernias y luego apendicitis aguda. Existen otras en menor número pero que han ido en aumento en nuestro país como lo son los tumores gástricos, colónicos, biliares, pancreáticos, esofágicos, hepáticos, entre otros. Junto a las anteriores, se agregan las enfermedades benignas del colon y las proctológicas que también son parte de la cirugía digestiva. (11)

Desde épocas remotas se trazan escrituras y referencias de lo que podría ser una ostomía intestinal describiéndose más bien perforaciones traumáticas más que quirúrgicas. Sin embargo, en 1710 existen escritos respecto a las primeras ideas de enterostomías por parte de un historiador francés llamado Fontanelle que hace referencia a lo que expuso un cirujano francés de la época llamado Alexis Littre quién describió claramente la actualmente llamada colostomía al ver la situación de un niño con 6 días de vida con una malformación rectal que no le permitía evacuar el meconio. Esto sólo quedó como un pensamiento durante 66 años, donde posteriormente otro cirujano de origen francés, Pillore, utilizó por primera vez la técnica de una ostomía en un paciente con diagnóstico de cáncer de recto realizando una cecostomía de lo cual hay registro completo de la anamnesis, examen físico, proceso diagnóstico, consentimiento informado y finalmente la intervención quirúrgica, describiéndola como actualmente es una cecostomía. Por otra parte, en 1793 se practicó la primera colostomía en un niño quien gracias al procedimiento habría vivido hasta la edad de 45 años, la cual fue ejecutada por el cirujano francés Duret encontrando registro de sus trabajos 40 años más tarde. (2)

De allí nacen cirujanos que siguieron practicando estas técnicas mejorándolas con el paso del tiempo, surgiendo nombres de algunos que han dejado huellas hasta la actualidad como el francés Hartmann y el inglés Miles, ya que sus nombres identifican las técnicas más usadas (2) en nuestro hospital.

Se define Ostomía como “una apertura de una víscera hueca al exterior, generalmente hacia la pared abdominal, pudiendo comprometer el aparato digestivo y/o el urinario. De acuerdo al segmento exteriorizado es la denominación que reciben.” (12)

Las ostomías se clasifican:

1. Según su Ubicación:

Anatómicamente, esto es, según la porción u órgano implicado. El esófago corresponde a una Esofagostomía, en el estomago hablamos de Gastrostomía, Ileostomía y Yeyunostomía a las porciones del intestino delgado Ileon y Yeyuno respectivamente, Colostomía a las que se refieren al intestino grueso. También existen Ostomías en el aparato urinario llamadas Urostomías y las traqueotomías que son una comunicación de la traquea con el exterior.

2. Según su Función se clasifican en:

- Ostomías de nutrición, las cuales sirven para alimentar al paciente.
- Ostomías de drenaje, como medio descompresivo de líquidos y gases.
- Ostomías de eliminación de contenido fecal.

3. Según Tiempo de Permanencia: Definitivas o Temporales, en el caso que el problema que causó la necesidad de construir la ostomía sea solucionado, y se pueda reconstruir el transito intestinal.

Las colostomías se realizan con el objetivo de desviar el transito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. Las indicaciones para una colostomía son las siguientes:

- ✓ La obstrucción de colon es una de las causas mas frecuentes por enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis del colon post-radioterapia o de origen isquémico.
- ✓ La perforación de colon se acompaña de peritonitis localizada o generalizada.
- ✓ Los traumatismos de colon, heridas pequeñas (que comprometen menos del 25% del perímetro del colon), grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos, requieren ser tratadas con colostomía.(12)

Desde el punto de vista quirúrgico los tipos de ostomías que representan un interés para este trabajo, y que nos gustaría analizar son los siguientes. (3) (12)

a. Colostomía en asa:

Este procedimiento permite desviar de forma temporal el tránsito intestinal, sin hacerlo de forma completa. La principal ventaja que posee este tipo de colostomía es que permite el cierre con una cirugía local. Se usa para proteger anastomosis coloanales o en caso de traumatismos de recto para proteger la reparación, entre otros. La técnica para construirla no es compleja se extrae un asa de colon a la superficie de la piel a través de una apertura en la pared abdominal a través del músculo recto abdominal. Esta exteriorización se asegura con un vástago de vidrio o plástico en el mesocolon, el que se mantiene por 7-10 días, lo cual permite que la serosa del colon se adhiera a la pared abdominal y que no se retraiga hacia la cavidad peritoneal una vez retirado el vástago. Generalmente estas colostomías se hacen funcionales inmediatamente terminada la intervención.

b. Colostomía Terminal:

Este tipo de colostomías son permanentes, en este caso el tránsito es derivado de forma completa. Se deben tener en cuenta ciertos aspectos para su construcción, estos son, que sea de fácil manejo para el paciente y de localización lo más distal posible para que las deposiciones sean más formadas. El lugar más utilizado es la fosa iliaca izquierda ya que cumple con lo expuesto anteriormente, además de evitar algunas complicaciones frecuentes en los pacientes con estomas digestivos.

c. Cecostomía:

Este es un procedimiento descompresivo cuyo objetivo principal es drenar gas y líquido, pero no es posible utilizarlo para un contenido un poco más sólido. Se realiza a través de una sonda tipo Petzer. Malecot o Foley calibre 32 French. Una cecostomía abocando el ciego a la piel es de difícil manejo ya que el contenido ileal es líquido y difícil de controlar en una ostomía plana como generalmente lo es la cecostomía. Las indicaciones para realizar una cecostomía incluyen un vólvulo de ciego que ha sido destorcido y que no se pueda resecar, una pseudo-obstrucción de colon o síndrome de Ogilvie.

d. Ileostomía:

El íleon es la porción más distal del intestino delgado continuándose anatómicamente con el Intestino grueso. Una Ileostomía se realiza en su porción más distal en donde el contenido digestivo es muy acuoso, ya que la principal absorción de agua se lleva a cabo en el intestino grueso esto hace necesario que la técnica quirúrgica se realice con mayor minuciosidad que en el caso de una colostomía, ya que además del contenido acuoso posee una gran cantidad de enzimas proteolíticas las cuales dañan la piel de manera que esta ostomía debe ser siempre protruida, 2-3 cm. sobre el plano de la piel. Las ileostomías se realizan por lo general en la fosa iliaca derecha, debajo del ombligo, alejado de pliegues de la piel, cicatrices y prominencias óseas.

El flujo diario a través de una ileostomía es de 500 a 800 ml., con un pH levemente ácido, por lo que frecuentemente se observen complicaciones en la piel.

Las indicaciones para efectuar una ileostomía son los pacientes con colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon. Lo habitual es que estos pacientes requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio efectuado anteriormente se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana. En estos casos se construye una ileostomía en asa, que requiere de una cirugía local para reconstruir el tránsito. La construcción de una ileostomía terminal o de tipo Brooke en estos momentos se reserva para pacientes portadores de una colitis de Crohn extensa en que la decisión terapéutica sea realizar una proctocolectomía total. Esta ostomía debe quedar protruida de tal manera que el contenido ileal caiga directamente a la bolsa de ileostomía evitando el contacto con la piel.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son: (3) (4)

Operación de Hartmann:

Esta operación fue descrita por Henry Hartmann en el año 1923 para la resección de los dos tercios superiores del recto por carcinoma en aquella época, con el objetivo de ser un procedimiento para disminuir la morbilidad producida por la resección anterior y anastomosis inmediata frente a esta patología.

Se indica como método alternativo de seguridad o necesidad de cirugía coloproctológica de urgencia, es decir, procesos obstructivos y/o perforados, lesiones vasculares y traumáticas del rectosigmoides, dehiscencia de anastomosis en resecciones anteriores, entre otras, al permitir la resección del segmento comprometido, en un intestino no

preparado. Esta técnica tiene una alta tasa de mortalidad, que no es por la técnica en sí, sino por las características de gravedad de las personas que se operan.

Operación de Miles:

W. Ernest Miles en el año 1908 describió la operación de Miles como la resección abdominoperineal del recto y consiste en la extirpación del recto por vía abdominal, combinada con un acceso perineal, estableciendo una colostomía definitiva del colon distal. (4)

Se indica en caso de los cánceres rectales en el tercio más distal, en algunos casos en el tercio medio y no se usa o es muy raro en el caso del tercio más proximal. No se indica en casos que exista metástasis hepáticas y pulmonares y tumores pequeños, no fácilmente obstructivos, pero sí de forma paliativa en casos de cáncer con compromiso extenso de la pelvis, y síntomas importantes de tenesmo, hemorragia, obstrucción o incontinencia con alivio importante de sus síntomas. Nos parece importante mencionar que la supervivencia media de estos pacientes es de 14,8 meses. (3) (4)

Las complicaciones inmediatas de los estomas digestivos que pueden ocurrir son las siguientes: Edema, Hemorragia, Evisceración, Perforación de la ostomía, Fístulas, Abscesos y Oclusión (2). En cuanto a las complicaciones tardías incluyen: Prolapso, Estenosis, Hernias (que son las más frecuentes de las tardías), Ulceración y Tumores.

Para analizar a la persona desde un punto de vista integral, nos referiremos a los cambios biológicos a los cuales la persona debe adaptarse luego de que se le practique una enterostomía. Principalmente la persona debe cambiar sus patrones de alimentación con dietas especiales y cuidados específicos en su hogar, porque debe poner atención a que cosas consume y que pueden afectar las características del efluente del estoma.

En el área sexual debemos tener en consideración que en personas con cáncer de vejiga o de recto (amputación abdominoperineal), por lesión quirúrgica en los nervios que inervan los genitales masculinos se produce una disfunción sexual.

En la siguiente tabla (2) se muestran por sexo los principales problemas sexuales:

<i>En el hombre</i>	<i>En la mujer</i>
Impotencia	Desplazamiento de la vejiga
Eyacuación retrograda	Estenosis vaginal
Dolor en la erección	Dispareunia o algopareunia (coito doloroso o difícil)
Trastorno de la eyacuación	Incontinencia de orina de esfuerzo.

También es importante destacar piel y mucosas, ya que algunas complicaciones de las ostomías hacen referencia a infecciones cutáneas, por lo que se hace indispensable el cuidado que se le otorgue a este órgano en cuanto a higiene y manejo del dispositivo. Las dermatitis son producidas de las siguientes formas:

Por contacto con el efluente: Cuando la piel esta en contacto con las heces y/o orina.

De tipo traumático: Se produce al retirarse los adhesivos mediante maniobras bruscas.

De tipo alérgico: Cuando existe sensibilidad especial al alguno de los componentes del adhesivo.

De tipo infeccioso: Por hongos o bacterias.

Una Tesis realizada en la ciudad de Iquique estudió el “Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno”, con un universo real de 32 pacientes adultos ostomizados en el Hospital de Iquique, entre el 1º de enero de 1995 al 30 de junio de 2001. Entre los resultados de dicha investigación queremos resaltar los siguientes aspectos: la mayoría de los pacientes (67%) ha abandonado la práctica laboral por su ostomía. Sólo la mitad de ellos (53%) mantiene actividades de recreación. Cabe destacar que el 3% realiza prácticas deportivas y un 71% de los pacientes señaló tener dificultad en su vida sexual. (10)

En cuanto a los cambios en relación con los familiares y red de apoyo se entregan resultados favorables, ya que las personas se sentían acompañadas por su familia al enfrentarse a esta nueva condición.

En comparación con lo anterior, en otro trabajo publicado, encontramos que el área laboral y social se ven afectadas positivamente ya que el estomaterapeuta ayudaba a los pacientes en la primera etapa de adaptación, por lo que para las personas se hace más fácil lograr su reinserción. (10)

Un estoma influye directamente sobre la vida diaria impactando en la actitud y manejo de la persona ante los cambios de hábitos generales, la destreza para manejar su ostomía y también en sus sentimientos, percepciones, lo que está viviendo y cómo lo vive, ya que en esta circunstancia la persona lo puede mostrar con palabras, con silencio, con posturas, con actitudes y es ahí como la enfermería valora el afrontamiento y actúa de acuerdo a eso en forma clara abordando los problemas de forma individual, ya que cada ser humano es único lográndose una aceptación eficaz. (2)

Para valorar la vivencia del cambio debemos tener presente lo siguiente:
“El paciente es el protagonista, el centro de referencia (no la enfermedad). Los profesionales son actores secundarios con papeles de facilitadores.”(Martí, J., 1999)

Es así como el médico a través de los signos y síntomas de la patología logra orientar un diagnóstico, mientras que la enfermería mediante la observación y comunicación logra individualizar al paciente en sus cuidados. La enfermería exige ampliar el campo de nuestros pensamientos y tendencias, sin perder nuestra perspectiva de las cosas, ya que así podemos mirar más allá de lo que pensamos, siendo tolerantes al saber que cada persona tiene diversas actitudes de acuerdo a lo que está viviendo y es ahí la finalidad de la relación de ayuda, poder aceptar otras maneras de ver y hacer las cosas. Para ello, tenemos recursos pequeños que pueden hacer gran aporte. Varios autores hacen referencia al humor en los casos de labilidad emocional. (2)

Debemos considerar que un paciente con una enterostomía está viviendo un cambio físico que a la vez involucra su intimidad, lo que siempre le han inculcado dentro de los hábitos que demuestran su educación, y que del momento en que se transforma en paciente esto se ve transgredido y vive un cambio que se expresará en sus actitudes, su modo de adaptarse y ansiedad, lo cual debemos tomar como factores positivos dentro del proceso de aceptación. (2)

Los factores del proceso de cambio de las personas con ostomía son:

- Adaptación:

Se refiere a *“la capacidad de la persona para afrontar los cambios impuestos por una situación de conflicto o alteración de su situación anterior.”*(Martí, J., 1999)

La actitud del profesional está ligada a la respuesta del paciente en su proceso de adaptación, ya que, a pesar que las vivencias de los pacientes sean únicas, el profesional se presenta ante la situación estando conciente que debe dar apoyo desde el principio a lo largo de todo el proceso.

Aquí se presentan los términos de observación al entrar en contacto por primera vez con el paciente obteniendo así los primeros datos de la situación dentro del marco de confianza entre la persona, la familia y el equipo. A su vez, se vincula la percepción y la comunicación en donde se establecerán los lazos para continuar trabajando en equipo de acuerdo a las necesidades valoradas. (2)

- Ansiedad:

“La ansiedad es una reacción emocional que funciona como una señal de alarma y que es sentida como una amenaza por el individuo. No se trata de una alteración psíquica. Todas las personas requieren cierto grado de ansiedad para poder actuar y vivir.” (Martí, J., 1999).

El grado de ansiedad depende del concepto básico psicológico de la persona, sumado a la situación que está viviendo, ya que la persona no deja atrás todo lo que es y lo que ha vivido al entrar a un centro asistencial para ser atendida y responder positivamente a todo lo que se le informe. Debe existir un grado de tolerancia y sentido común sin juzgar, entendiendo que la persona está más sensible e irritable debido a la condición que debe vivir.

En el caso de estos pacientes, la ansiedad se manifiesta de distintas formas desde que siente síntomas hasta la vida cotidiana con su estoma comenzando a sentirse confundido por sentir que su cuerpo está amenazado por este cambio, manifestándose con indecisión, incertidumbre, incoordinación, tartamudeo, torpeza, se vuelva reiterativo , por lo cual es preciso usar frases claras.(2)

También se puede manifestar de modo paranoide sintiendo miedos, desconfianza, pánico y hasta agitación. De otra forma existe una sensación de temor al sentir que está

viviendo algo imposible de superar siendo una ansiedad de tipo depresiva. Esta se puede manifestar con signos como tristeza, pérdida del apetito, alteración del sueño, letargo o, por el contrario, con signos de euforia, lo cual ocurre con menos frecuencia. (2)

La manifestación de la adaptación al cambio se presenta con ansiedad, temor y estrés. La respuesta del individuo ante situaciones de dolor, complicación en el post operatorio u otro problema derivado del estado de salud, depende de su perfil psicológico. (2)

“Las reacciones emocionales son el resultado de la forma en que se estructura la realidad. Cada emoción dolorosa (cólera, depresión, ira, etc.) está originada por un pensamiento negativo en particular.” (Martí, J., 1999). Éstas se deben tener en cuenta en la planificación de enfermería para abordar el problema.

- Actitudes:

“Las actitudes son las respuestas, es decir, la forma de actuación frente a los hechos y las circunstancias de la vida. Las actitudes representan la organización interna de los sentimientos, valores y creencias, así como la predisposición a comportarse de una manera determinada.” (Martí, J., 1999).

La persona que vive una enfermedad cuya consecuencia es una enterostomía genera una serie de actitudes previas y posteriores a la intervención quirúrgica relacionadas a la limitación práctica por la ostomía y a los sentimientos que la abordan por completo. (2)

Una intervención quirúrgica que tenga como consecuencia crear una enterostomía involucra atravesar la barrera física del hombre abarcando temas socioculturales como la continencia intestinal, el control de la eliminación de nuestras heces es parte de nuestra cultura y educación y el atravesar por una circunstancia como ésta, generaría trastornos para afrontarla, ya que, a pesar de poder ocultarlo a la vista, no se puede ocultar a la propia intimidad del cuerpo. De esto derivan los términos de intimidad y afectación de forma diferenciada. La intimidad aparece como uno de los pilares en la atención de estos pacientes manteniendo una cercanía en el marco de confianza, calidez y privacidad de lo que está viviendo, estableciendo comunicación en lugares adecuados para que pueda expresar y mostrar parte de su cuerpo sin limitaciones, prejuicios, temor ni vergüenza. Respecto a la afectación, ésta se determina por la ostomía y el problema que conlleva a portarla, ya que una ileostomía y una colostomía presentan estomas, pero, a su vez, tienen características propias distintas que se involucran dentro del marco de la imagen corporal particular de cada organismo. (2) La afectación de la imagen depende de la enfermedad, del sexo y de la edad, ya que *“los hombres en general hacen una regresión, buscando en sus mujeres, hermanas, o*

hijas la muleta que les falta para poder seguir, y elaboran una gran dependencia. En cambio, las mujeres sienten en esa vivencia una agresión importante a valores inculcados socialmente como los de la higiene, estereotipos de belleza, de seducción, etc.” (Martí, J., 1999)

Las personas demuestran preocuparse muchas veces por el dispositivo más que por el pronóstico de su enfermedad, cayendo en el detalle del problema más que en el centro. Psiquiatras han explicado esto diciendo que pasan al subconsciente el problema mayor por dificultad para afrontarlo hasta que sentirse fuertes. A esto se suman los parámetros actuales de belleza y la presión social de verse bien. *“La autoaceptación es un valor intrínseco que guarda relación con al rivalidad que uno mantiene consigo mismo”* (Martí, J., 1999) sin ser excepción para los portadores de estoma.

El hecho de compartir con personas que están viviendo lo mismo permite crear un mundo en donde las relaciones existen, no hay aislamiento social, y no se cierra el mundo por un estoma, al contrario, se aprende y se nutre sin negar lo que está viviendo y asumiendo todo sin miedos ni temores. (2)

Por otra parte, la OMS define la calidad de vida como *“la percepción de un individuo de su posición en la cultura y sistema de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas, valores y preocupaciones”*. (Grupo WHOQOL, 1994)

A esto se suman diversos estudios internacionales que definen la Calidad de vida relacionada con la salud asociándola a tres puntos: “el impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento diario; el bienestar físico, emocional y social luego del diagnóstico y tratamiento; y el impacto de la salud percibida en la capacidad del individuo de llevar una vida satisfactoria” (13).

El concepto de enfermera clínica se reconoce en centros asistenciales principalmente hospitalarios definiéndola como *“la profesional de enfermería experta en cuidados concretos y cuyos conocimientos, habilidades y experiencia la llevan a asumir responsabilidades como un miembro más del equipo asistencial multidisciplinario y le permiten desarrollar tanto su papel autónomo como el de colaboración”* (Martí, J., 1999), de lo cual se desprende el área de la enfermería quirúrgica dirigida al tratamiento de pacientes con estomas, es decir, la estomaterapia. (2)

La estomaterapia deriva de la enfermería de acuerdo a las características inherentes al rol enfocándose en satisfacer las necesidades de las personas que llevan consigo una ostomía y, a su vez, inculcar en dichas personas el autocuidado, tomando importancia los conceptos de aprendizaje y educación sanitaria. (2)

El paciente aprende sobre el manejo de la ostomía a través de la demostración que realiza el profesional de enfermería, por lo cual este último debe tener la capacidad de educar y escuchar las inquietudes de los pacientes respondiendo adecuadamente a cada una de las interrogantes que surjan. Sin embargo, la educación debe ser continua comenzando en el proceso preoperatorio tendiente al significado psicosocial que conlleva el vivir con una enterostomía, para así preparar al paciente en su aceptación y adaptación desde el momento en que comience a desenvolverse en su entorno cotidiano. (2).

Las ileostomías toman gran valor para la estomaterapia por las consecuencias que pueden existir al no tener un buen manejo y aceptación. Antiguamente los dispositivos no estaban completamente adaptados para la ostomía, ya que no daban garantía de ser impermeables a las excreciones y a los olores, los cuales son factores potenciales para la inadaptación y graves lesiones. (2)

La incontinencia de las heces provoca el aislamiento social de la persona y, a su vez, la alteración de la autoestima, a lo cual se añade la ausencia de profesionales formados y motivados en prestar atención eficaz para estas personas. Sin embargo, esto último acaba a mediados de los años 50 en donde una enfermera estadounidense toma la iniciativa respecto al tema. Esta profesional de la enfermería, llamada Norma Gill, vivía la experiencia de ser ileostomizada y vivir con una abuela colostomizada por lo que comenzó a asesorar las dudas y problemas que sintieran respecto a su ostomía en la ciudad Akron del estado de Ohio. Estos fueron sus primeros pasos para llegar a ser quien fuera la primera persona en impartir la especialidad de estomaterapia en la Clínica de Cleveland en Ohio el año 1958 al ser invitada por un cirujano estadounidense de apellido Turnbull para tomar esta responsabilidad. La primera bolsa adherente la creó una enfermera danesa llamada Elise Sorensen el año 1954 de cuya evolución nacen los dispositivos actuales de una y dos piezas. (2)

La estomaterapia atravesó barreras continentales avanzando hacia Europa siendo allí reconocida como especialidad clínica de enfermería en Inglaterra por la Joint Board of Clinical Nursing Studies el año 1973. Luego se sumó Francia e Italia desarrollando la formación profesional de la estomaterapia. El año 1978 se celebró el primer congreso mundial de la estomaterapia en Milán, Italia, en donde se estableció la institución internacional que promueve a los enfermeros especialistas en estomaterapia, llamada World Council Enterostomal Therapist (WCET), la cual tiene una guía de estudio para orientar a los países que vayan agregando la estomaterapia dentro de sus especialidades de enfermería y organiza su propio congreso cada 3 años. En España, antes que comenzara la estomaterapia, los pacientes eran protagonistas del olvido del sistema de salud llenos de dudas, sintiendo la falta de información, de cuidados y de productos de calidad para el manejo y adaptación ante su ostomía. (2)

Ahora existen aproximadamente 200 enfermeros españoles especializados en la estomaterapia actuando en pro de la optimización de la calidad de atención de los pacientes ostomizados en función de los recursos otorgados para dedicarse a los pacientes y seguir perfeccionándose. Además existen 45 consultas donde atienden al paciente desde su preoperatorio hasta el regreso a su hogar posterior al alta hospitalaria existiendo nexos importantes entre los distintos niveles de atención (2), cosa que aun no existe en nuestra ciudad, ya que sólo se manejan registros médicos de las epicrisis al alta en el subdepartamento de Cirugía Adulto del HCRV.

2.6 Teorías de Enfermería y paciente con estoma.

Nuestra profesión requiere de una metodología ordenada para establecerse, y para poner en práctica nuestros conocimientos, haciéndolo a través de modelos. En nuestro estudio, con la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem (1994), podemos describir el autocuidado de los pacientes con ostomías, explicar por qué y cómo enfermería puede aportar en los cuidados de estas personas según el déficit de autocuidado a través de los sistemas de enfermería, junto con los lazos que se deben establecer para trabajar ordenadamente y con resultados positivos. No obstante, se puede hacer mención de otras teorías como la teoría de estrés y adaptación del Dr. Selye (2005) en donde explica la respuesta del ser humano ante cualquier alteración del ritmo de vida afectando el equilibrio interno. Esta respuesta es el método de defensa y adaptación para recuperar el equilibrio y es definida como estrés, es decir, una reacción inespecífica ante situaciones agradables o desagradables. Estos conceptos son el fundamento del Síndrome de adaptación que se divide en 3 fases:

- Reacción de alarma,
- Fase de resistencia,
- Fase de agotamiento (14).

Una enterostomía resulta ser una alteración del equilibrio humano en lo cotidiano, ya que cambia el patrón del tránsito intestinal y conlleva una serie de respuestas para enfrentar esta situación, perturbando el concepto de desarrollo biosicosocial normal, vale decir, genera estrés. Durante la reacción de alarma se posiciona a la defensiva a través de sentimientos como miedo, angustia o ansiedad por ejemplo, dependiendo de la intensidad del estrés ante conocer su nueva situación (14). Si continúa esta respuesta de modo prolongado, el ser humano agota sus recursos para enfrentar las consecuencias de tener una enterostomía desgastándose en vez de crecer y pasa a la fase de agotamiento, en donde la tensión de lo que implica mantener, cuidar y adaptarse a una enterostomía se vuelve crónica, generando síntomas de depresión, irritabilidad, insomnio, ansiedad, aumento de la presión arterial, confusión y dificultad para resolver problemas, es decir, la debilita para responder ante otros cambios bruscos a los que se deba enfrentar alterando su estabilidad biosicosocial (14). En la valoración de enfermería se

puede detectar en que fase de la adaptación se puede encontrar e intervenir adecuadamente de acuerdo a las necesidades que se manifiesten.

Haciendo hincapié en el primer párrafo, Orem explica el autocuidado de tal modo que podemos decir que una persona con ostomía aprende sobre las actividades para su cuidado con un objetivo, el cual se traduce en manejar adecuadamente su ostomía y adaptarse de modo integral a ella dentro de su medio. (1)

Según Orem los requisitos del autocuidado son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen dicho autocuidado. Estos se van desglosando, primero, en los requisitos universales del autocuidado, los cuales debiendo ser comunes para todos, en estos pacientes cambia, ya que la eliminación es un patrón que se ve alterado por una intervención quirúrgica en donde sus heces en vez de salir por el tránsito normal salen por el abdomen. Luego, en los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo se reflejan los esfuerzos que hacen estas personas para seguir adelante con su situación de salud sin amedrentar su integridad personal. Finalmente, respecto a los requisitos de autocuidado de las alteraciones de la salud, Orem los define como las acciones que se generan luego de vivir un proceso de enfermedad siendo capaces de utilizar un sistema de autocuidado si aplican los conocimientos necesarios para ello. En este caso, son las actitudes y adaptación ante su vida con un estoma llevando cuidado de ello para sentir normalidad después de un gran cambio. (1)

Al explicar los sistemas de enfermería como las acciones de los enfermeros relacionados para poder identificar lo que necesitan para su autocuidado. Dentro de este marco debemos encontrar cual es el sistema de enfermería que calza para cada persona que vive con una enterostomía, ya que cada uno lo vive de una manera distinta y requiere de un sistema de enfermería acorde a sus necesidades y acciones, descartando el sistema de enfermería totalmente compensador, ya que involucra sólo a personas con incapacidad total. Pero los parcialmente compensadores y de apoyo educativo es probable que puedan establecerse en las acciones de enfermería para apoyar y crear una relación de ayuda con estas personas. (1)

En una profesión siempre existe la ética para actuar, y cuando hablamos de una disciplina como la nuestra, ese rigor aumenta al crearse una relación de ayuda, es decir, se produce un crecimiento recíproco entre la persona con la enterostomía y el profesional que está a su lado. (2)

La comunicación es la herramienta a utilizar para que la persona asuma su enterostomía como una abertura en el abdomen y nada más, sin dañar su integridad psicosocial. De esto derivan conceptos como la escucha activa y el compartir, los cuales respaldan una interacción terapéutica fructífera en la relación enfermero - paciente. Se debe tener en cuenta que la información clara da tranquilidad. (2).

De acuerdo a los sistemas de enfermería del modelo de Orem, debemos actuar en conjunto con los pacientes para dar satisfacción a las necesidades de autocuidado siendo ellos capaces de cuidar y asistir su ostomía como algo que es parte de su cotidianidad. De esto se desprende la idea de utilizar los métodos de ayuda para establecer apoyo y confianza dentro de su condición, logrando que el paciente controle su desarrollo personal. Para ello, el profesional de enfermería usa los siguientes métodos de acuerdo a las necesidades de las personas:

- “- Actuar por otros*
- Orientar y dirigir*
- Ofrecer apoyo físico y psicológico*
- Proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal*
- Enseñar.” (Marriner, A., 1999).*

Los objetivos en el apoyo psicosocial son:

- “- Ayudar a la persona a integrar la realidad, la vivencia, identificando la pérdida y reconociendo los sentimientos que se asocian a ella.*
- Ser facilitadores en la búsqueda de alternativas frente al duelo, ayudando a la persona a caminar hacia la aceptación.*
- Apoyar la búsqueda de nuevas formas adaptativas” (Martí, J., 1999).*

La integración a la realidad es más que ser valiente o cobarde, va en algo más primordial como la familia, los amigos, el trabajo, es decir, lo que se encuentra en su entorno social más cercano. El personal de enfermería debe detectar la ansiedad familiar y la crisis que padecerán en la vivencia de su enfermo (2), lo cual puede rescatarse la importancia de un equipo multidisciplinario para abordar las necesidades de la persona completamente.

3. OBJETIVOS

Objetivo General N°1.

3.1 Determinar el perfil sociodemográfico de las personas adultas con enterostomías residentes en la ciudad de Valdivia.

Objetivos específicos:

3.1.1 Determinar las características demográficas de la población en estudio: Edad, Sexo, Estado civil.

3.1.2 Determinar las características sociales de la población en estudio: trabajo, escolaridad, previsión.

Objetivo General N°2.

3.2 Determinar algunos factores asociados a la adaptación biopsicosocial de las personas con enterostomías residentes en la ciudad de Valdivia.

Objetivos específicos:

3.2.1 Determinar el tipo de familia y el rol que cumple la persona dentro de ésta.

3.2.2 Establecer el nivel educacional de los individuos en estudio.

3.2.3 Determinar la relación entre la condición laboral previa y posterior a la ostomía en el proceso de adaptación.

3.2.4 Caracterizar la red de apoyo social en el proceso de adaptación.

3.2.5 Determinar las características propias de la enterostomía: tipo de ostomía, tipo de intervención quirúrgica, localización del estoma, duración de la enterostomía, estado del estoma, estado de la piel periestomal, dispositivo utilizado, aseo de ostomía, tiempo de la ostomía.

3.2.6 Determinar la percepción de la persona acerca de la educación proporcionada por el profesional de enfermería al momento del alta.

Objetivo General N°3.

3.3 Describir la Calidad de Vida de las personas adultas con enterostomías residentes en la ciudad de Valdivia.

Objetivos específicos:

- 3.3.1 Determinar la percepción de la Calidad de Vida de la población en estudio.
- 3.3.2 Determinar el nivel de adaptación y autosuficiencia de la población en estudio.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo Cuantitativo, descriptivo de corte transversal.

4.2 Población en estudio

El estudio se llevó a cabo con la totalidad de las personas con enterostomías cuya intervención quirúrgica fue realizada en el Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) en el Subdepartamento de Cirugía Adulto, desde el 1° Enero 2006 hasta 30 Julio 2007 y que actualmente residen en la ciudad de Valdivia. Los datos fueron obtenidos de los registros de egreso de pacientes proporcionado por el equipo médico del Subdepartamento de Cirugía Adulto del Hospital Regional Valdivia, en el cual quedan consignados los datos generales del paciente incluidos números de ficha clínica y domicilio. La población quedó compuesta de 28 pacientes, lo cual representaría la totalidad de ellos.

4.3 Criterios de inclusión

Persona portadora de una ostomía digestiva de eliminación o enterostomía.

Mayores de 15 años.

Con residencia en la comuna de Valdivia

4.4 Criterios de exclusión

Menores de 15 años.

Con residencia fuera de la ciudad de Valdivia.

Personas que se nieguen a participar en el estudio.

Personas que fallezcan antes de la ejecución del estudio.

Persona con limitación severa para comunicarse.

4.5 Técnica de recolección de información

La técnica para recolectar información en este estudio fue directa, a través de la creación y aplicación de un instrumento de recolección de datos que consta de cuatro ítems, de los cuales los tres primeros, son de nuestra autoría y están compuestos de 35 preguntas de tipo cerradas que abarcan los siguientes aspectos:

ITEM I

Datos sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad, condición laboral, previsión de salud y estado civil.

ITEM II

Red de apoyo: Tipo de familia, rol en la familia y religión.

ITEM III

Ostomía y manejo: Tipo de ostomía, tipo de intervención quirúrgica, duración de ostomía, estado del estoma y de la piel periestomal, dispositivo utilizado, aseo de ostomía, tiempo de la ostomía y educación recibida al alta.

Los tres primeros ítems del instrumento se basan en preguntas de alternativas de acuerdo a los aspectos mencionados anteriormente, marcando la alternativa que corresponda. (Anexo N°1)

ITEM IV

La Calidad de Vida fue evaluada con un cuestionario de calidad de vida en pacientes con ostomía llamado “Estudio de Montreux”. (Anexo N° 1)

El Cuestionario de “Montreux” fue validado en España y utilizado el 7 de Julio de 2004 por Francisco Barbero, enfermero español especialista en estomas (estomaterapeuta), en un estudio específico sobre pacientes con colostomía y la influencia de la irrigación en su calidad de vida.

El Estudio de Montreux es un cuestionario que logra medir la calidad de vida de los pacientes con ostomías. Se ha concretado su validez en Francia e Inglaterra, se ha traducido a diversas lenguas siendo así utilizado en 16 países de Europa como España.

El cuestionario basa sus resultados en una escala de tipo Likert que evalúa de 1 a 5 las variables que estén acorde a la pregunta realizada.

Este instrumento consta de 35 preguntas agrupadas en 3 secciones que abarcan diversos ámbitos relacionados directamente a la calidad de vida de los pacientes con ostomías.

Las secciones se desglosan de la siguiente manera:

- 1.- Calidad de vida. Abarca bienestar físico y psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos.
- 2.- Autosuficiencia. Hace referencia a los cuidados higiénicos del estoma.
- 3.- Cuestiones generales. Tiene relación con la aceptación del estoma y lazo familiar.

En esta investigación se utilizó un extracto de este cuestionario y se analizó de forma específica los resultados obtenidos de las secciones mencionadas. Para medir de forma cuantitativa cada sección se utilizó la pauta de cálculo de puntajes (Anexo N° 3); se deben sumar los puntajes de todos los temas que conforman cada una de las secciones y luego multiplicarlos por un factor de modo que en cada sección el puntaje mínimo a obtener es 0 y el máximo 100.

A las personas que conforman la población para este estudio se les informó cual es el objeto de nuestra investigación entregando un consentimiento informado previo a la aplicación del instrumento para recolección de datos y el Cuestionario de Calidad de vida, haciendo hincapié sobre la confidencialidad de la identidad, ya que el instrumento de recolección de datos se identificará con un número de serie. (Anexo N° 2)

La recolección de datos llevada a cabo por las investigadoras fue en el domicilio de las personas en estudio. Los resultados obtenidos fueron tabulados y analizados en el programa computacional Microsoft Office Excel versión 2003 y 2007.

4.6 Definición nominal y operacional de variables.

Variable	Definición Nominal	Definición Operacional
1.Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento	-Menor de 20 años -20-40 años -41-60 años -Mayor de 60 años
2.Sexo	Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres	-Masculino -Femenino
3.Escolaridad	Ultimo nivel aprobado en la educación formal.	-Sin escolaridad -Básica incompleta -Básica completa -Media incompleta -Media completa -Estudios Técnicos superiores y/o Universitarios Incompletos -Estudios Técnicos superiores y/o Superiores Completos
4.Condición laboral previa a la ostomía	Tipo de labor remunerada desempeñada por una persona previa a que se realizara la ostomía.	-No trabajaba -Trabajo independiente -Trabajo dependiente -Cesante -Pensionado -Labores domésticas
5.Condición laboral posterior a la ostomía	Tipo de labor remunerada desempeñada por una persona posterior a la ostomía.	-No trabaja -Trabajo independiente -Trabajo dependiente -Cesante -Pensionado -Labores domésticas
6.Previsión de Salud	Cobertura de la atención en salud que la persona posee, según su ingreso económico.	-Ninguna -Fonasa A -Fonasa B -Fonasa C -Fonasa D -Isapre -Otra

7.Estado Civil	Condición conyugal actual de la persona	-Soltero/a -Casado/a -Separado/a -Conviviente -Viudo/a -Divorciado/a
8.Tipo de Familia	Tipología de estructuras familiares, según los elementos que la constituyen.	-Nuclear Monoparental Biparental -Extensa Monoparental Biparental -Reconstituida -Unipersonal
9.Rol en la Familia	Tipo de función que ocupa dentro de su grupo familiar	-Madre -Padre -Hijo/a -Abuelo/a -Tío/a -Otro
10. Religión	Conjunto de creencias que une a la gente en una Fe en común.	-No tiene -Católica -Evangélica -Testigos de Jehová -Otros
11. Tipo de Ostomía	Objetivo que cumple la ostomía y su ubicación.	-Ileostomía -Colostomía Terminal -Colostomía en Asa -Cecostomía
12. Tipo de Intervención quirúrgica	Técnica utilizada en pabellón para realizar la ostomía	-Miles -Hartmann -Otra
13. Duración de la enterostomía	Tiempo que deberá permanecer con la ostomía	-Permanente -Temporal
14. Estado del Estoma	Condición visible en que se encuentra el estoma.	-Plano -Retracción -Estenosis
15. Estado de la piel Periestomal	Condiciones en que se presenta la piel que se encuentra alrededor del estoma	-Normal -Eritema -Con infección

16. Dispositivo Utilizado	Tipo de dispositivo utilizado como recolector de acuerdo al número de piezas	-Una pieza -Dos piezas, abierto -Dos piezas, cerrado
17. Aseo de Ostomía.	Número de veces que requiere vaciamiento y aseo de la bolsa recolectora en 24 hrs.	- 1 - 3 veces al día - 4 - 6 veces al día - 7 veces o más
18. Tiempo de la Ostomía	Meses que han transcurrido desde que fue practicada.	-Menos 1 mes -1mes 1 día-6 meses -6 meses 1 día-12 meses -12 meses 1 día-18 meses
19. Educación recibida al alta	Percepción por parte del paciente de la información necesaria para realizar sus cuidados en el hogar realizada por el profesional de enfermería.	-No recibió -Muy buena -Buena -Regular -Mala Muy mala
20. Calidad de Vida	Bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida.	Cuestionario de Calidad de vida de pacientes con ostomía llamado “Estudio de Montreux” *

5. RESULTADOS

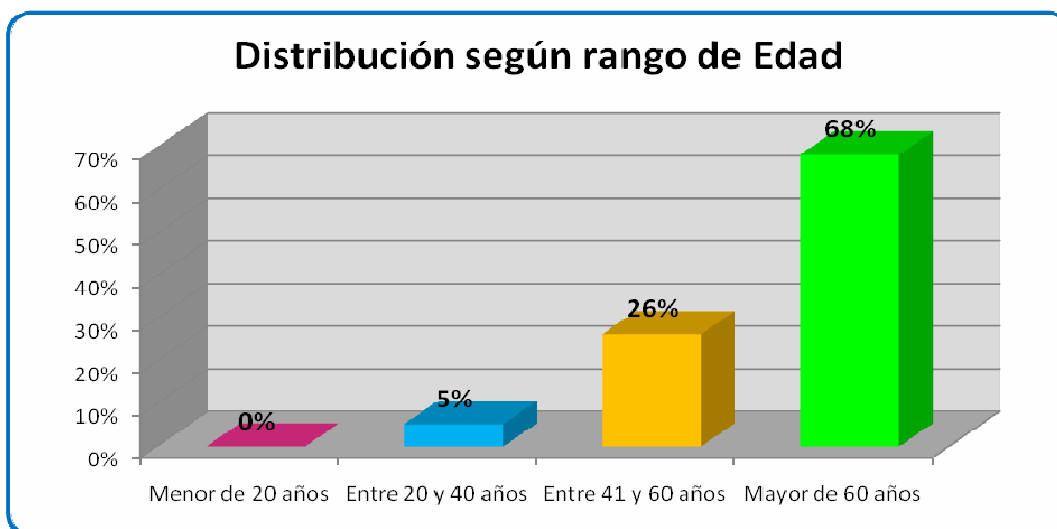
Del total de 28 personas con enterostomías encontradas en los registros, 19 de ellas cumplían con los criterios de inclusión y 9 de ellas con los de exclusión por lo tanto quedaron fuera de esta investigación.

A continuación se presentan los resultados obtenidos con el instrumento de recolección de datos y cuestionario de Montreux, de acuerdo a los objetivos generales y específicos planteados, aplicados a las personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HBV entre los años 2006 y 2007.

5.1 Aspectos Demográficos

Gráfico N°1

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según rango de edad.

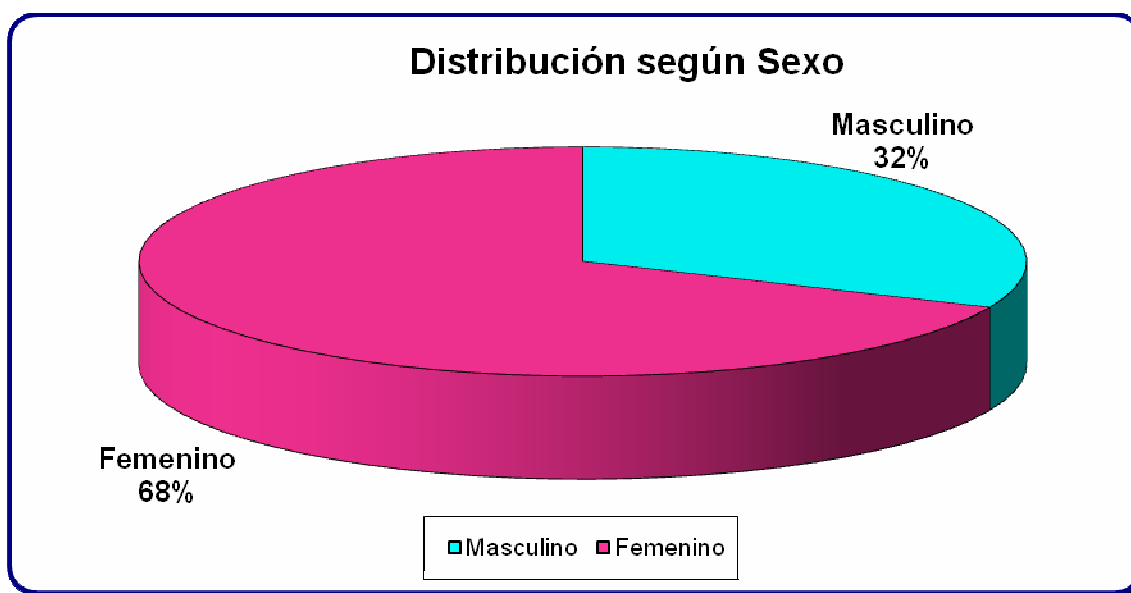


Al analizar este gráfico de las 19 personas residentes en Valdivia con enterostomía, se observa un número importante de ellas en la etapa adulto mayor del ciclo vital (13)

representando el 68,42% los mayores de 60 años de edad. Luego, los adultos entre 41 y 60 años (5) siguen la tendencia ocupando el segundo lugar representando el 26,32% de la población, y un 5,26% representa el único caso de persona entre 20 y 40 años. No hubo casos de personas menores de 20 años intervenidos en el HCRV residentes en Valdivia, por lo que se infiere es una problemática más prevalente en personas adultas maduras y senescentes.

Gráfico N°2

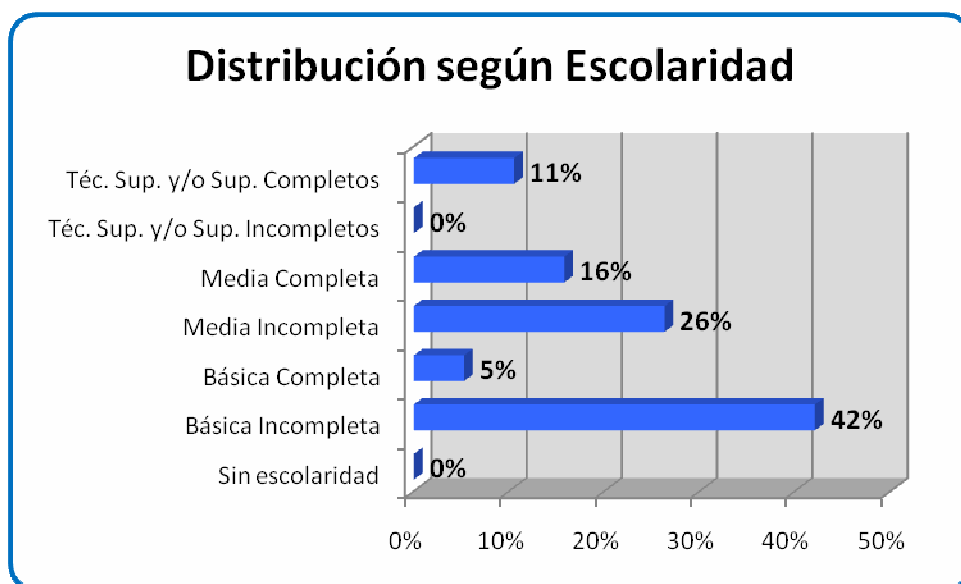
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según sexo.



De la población en estudio (19), 13 correspondieron a sexo femenino (68%) y 6 al sexo masculino (32%). Con estos resultados podemos inferir que en Valdivia existe un número importante de mujeres con enterostomías en comparación al sexo masculino, sin ser éstos últimos un número menor en cuanto al riesgo de la intervención.

Gráfico N°3

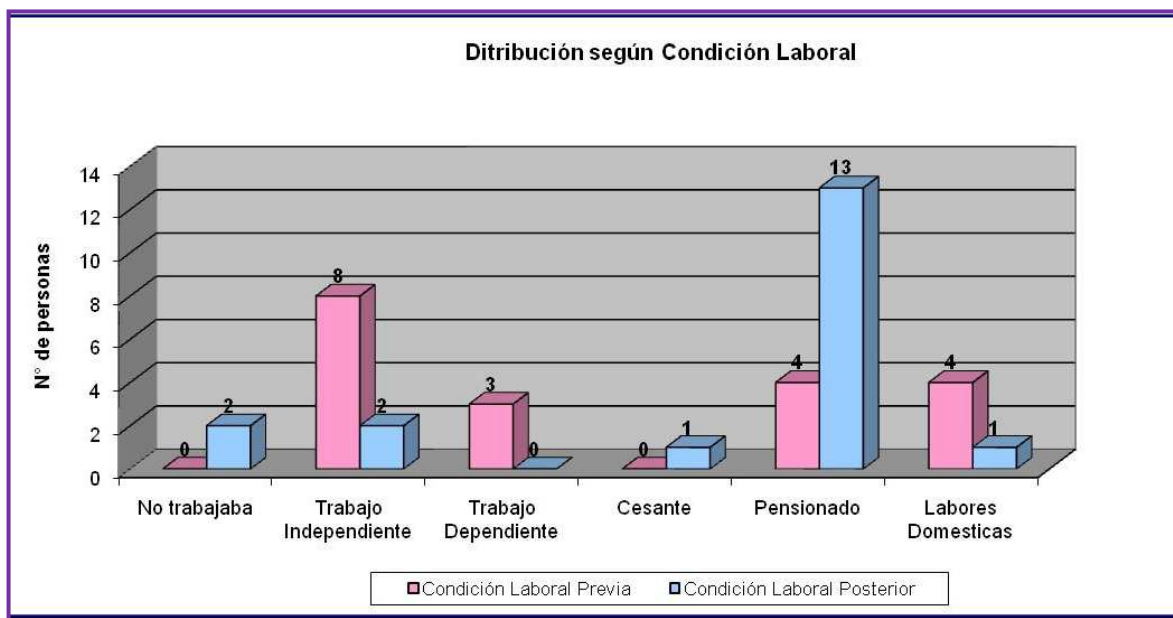
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según escolaridad.



Al analizar el gráfico de la variable escolaridad, vemos que la mayoría de las personas en estudio presentan una educación básica incompleta (8) representada por el 42,11%. A ello le siguen quienes realizaron estudios de enseñanza media incompleta (5) representando el 26,32% del universo. Esta tendencia indica que es más difícil acceder a trabajos de calidad académica, limitando la satisfacción personal, ya que algunos calificaron a la educación como el mejor respaldo de vida. Luego, están quienes completaron sus estudios de enseñanza media (3) con un 15,79% y estudios técnicos y/o superiores (2) con un 10,53%. Por último, se presentó un caso con estudios básicos completos representando el 5,26% de la población estudiada, mientras que no se presentaron casos de personas sin escolaridad ni estudios técnicos y/o superiores incompletos.

Gráfico N°4

Distribución numérica de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según condición laboral.



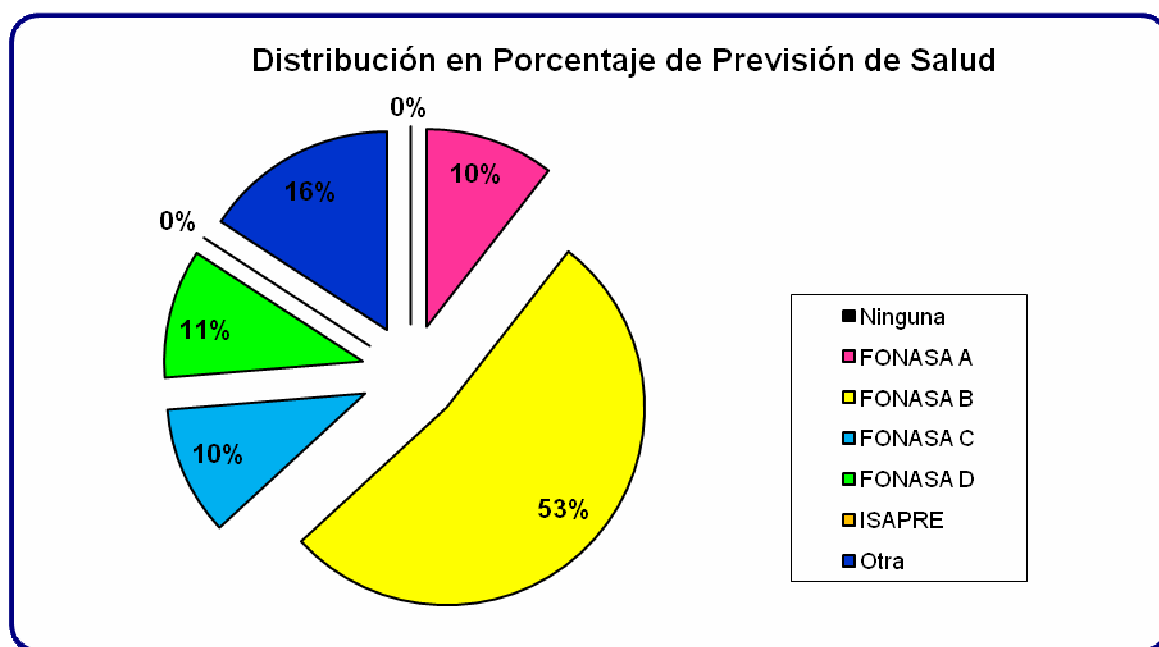
La variable condición laboral fue medida de tal modo que podemos analizar la situación laboral previa y posterior a la enterostomía. Dicho esto, en el gráfico se observa que previo a la enterostomía la mayoría de las personas tenían un trabajo independiente (8) representado por el 42,11%. En segundo lugar se encuentran quienes desarrollaban labores domésticas y son pensionados (4) representado por el 21,05%. Luego, continúan los 3 casos de trabajo dependiente que representan el 15,79% del universo. No hubo casos de personas que no trabajaran o que estuvieran cesantes previo a la enterostomía.

Los resultados presentan variaciones en la condición laboral posterior a la enterostomía, ya que la mayoría de los individuos estudiados (13) son pensionados representando el 68,42% del universo. A ello, lo siguen las condiciones laborales de trabajo independiente y no trabajar por decisión propia con 2 casos respectivamente representando el 10,53% de la población estudiada. Por último, se encuentran la condición de cesante (1) y labores domésticas (1) representadas con el 5,26% cada una. No se presentaron casos de personas con trabajo dependiente.

Los cambios en la situación laboral están directamente relacionados con la enterostomía, ya que el número de personas pensionadas aumentó producto de la ostomía y de lo que de ello deriva, mientras que previo a ésta la mayoría de las personas tenían un trabajo de diferente índole, sin encontrarse casos cesantes ni sin trabajo por decisión propia. Esto influye directamente en la calidad de vida, ya que el estar postrados, como ocurrió en dos casos de la población estudiada, no les permite desarrollarse en lo que desean, reciben menores ingresos económicos, reducen los niveles de socialización y se limitan a estar en cama o aislados dentro de su hogar. Las pocas personas que mantuvieron su condición laboral posterior a la enterostomía, estaban conformes y adaptadas a vivir con ello.

Gráfico N°5

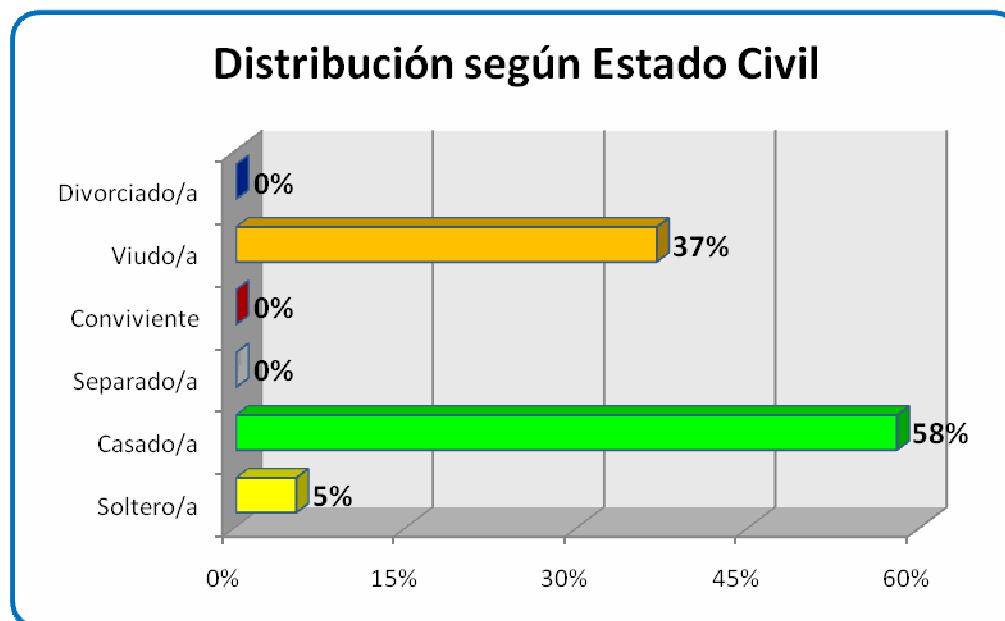
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según previsión de salud.



De acuerdo a la variable previsión de salud, hubo un gran número de pacientes pertenecientes al sistema FONASA, de los cuales la mayoría pertenece a FONASA B (10) representando el 52% del universo. En segundo lugar se encuentran las personas pertenecientes a otros sistemas de salud (3) representando el 15% de la población en estudio. Luego, FONASA A, C y D representan cada uno el 11 % perteneciendo dos personas a cada clasificación. No hubo casos de personas con enterostomías operadas en el HCRV pertenecientes a alguna Isapre o sin previsión, mientras que sí se presentaron tres casos de personas pertenecientes a algún otro sistema de salud, manteniendo la tendencia de que el acceso por FONASA en el HCRV es prevalente por sobre Isapre por los convenios previamente establecidos.

Gráfico N°6

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según estado civil.

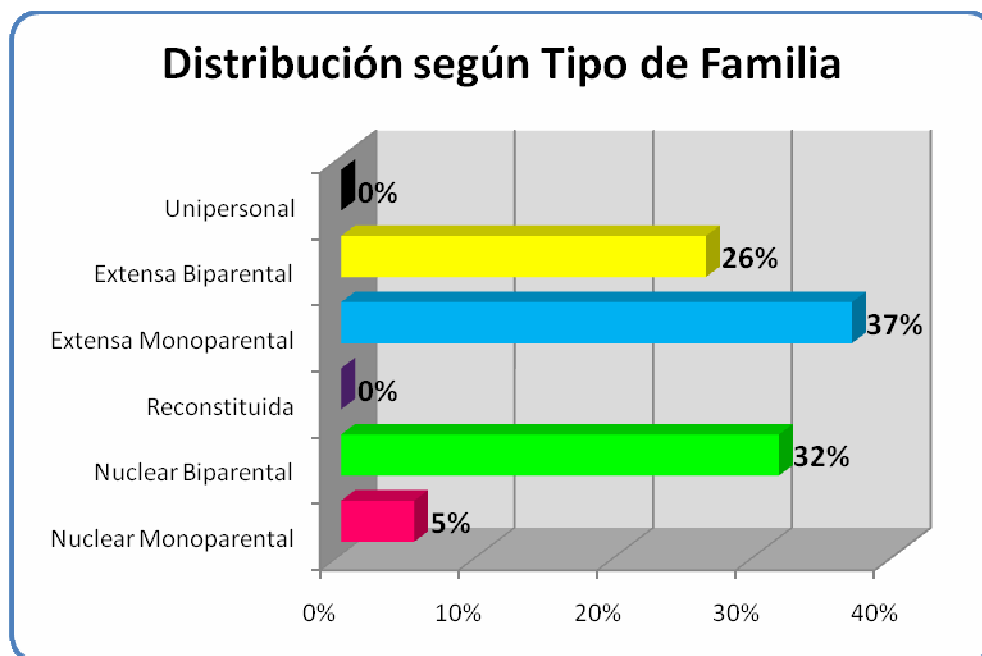


En este gráfico se puede observar que de las seis definiciones de la variable estado civil sólo tres resultaron ser asignadas por algún porcentaje del universo estudiado. De lo anterior se desprende que la mayoría de las personas en estudio son casadas (11) lo cual representa el 57,89% del universo. Luego, continúan, con un porcentaje no menor, las personas viudas (7) siendo el 36,84% y sólo una persona resultó ser soltera representando el 5,26%. No hubo casos de personas separadas, divorciadas o convivientes. Con estos resultados podemos inferir que en general estas personas tienen o han tenido una pareja estable unida en matrimonio, recibiendo de ahí un apoyo importante y cercano. Además, también llama la atención que las personas viudas no han vuelto a tener vida en pareja, lo que coincide con lo manifestado por la población estudiada respecto al aislamiento social.

5.2 Aspectos de la red de apoyo

Gráfico N° 7

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según tipo de familia.

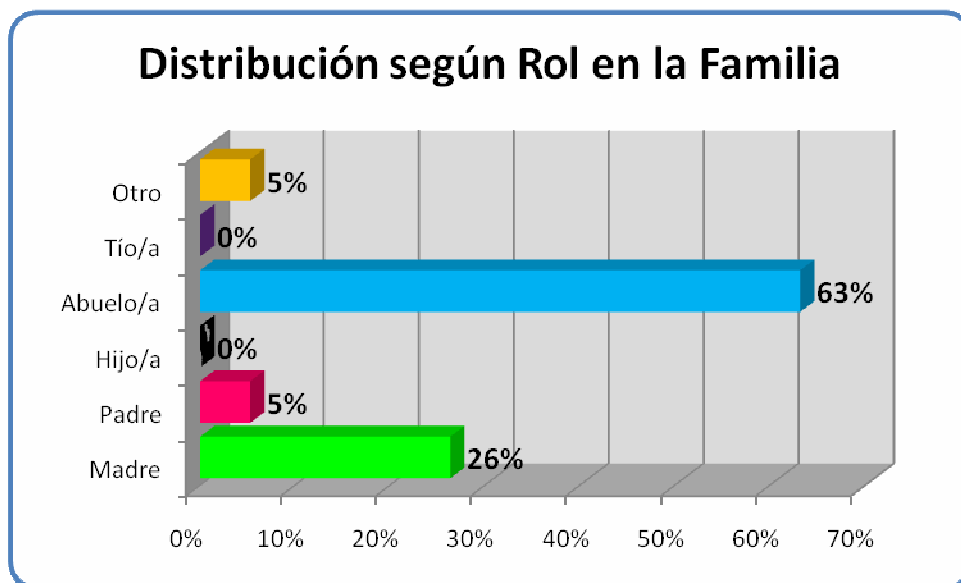


Este gráfico muestra la tendencia del tipo de familia de las personas con enterostomía residentes en la ciudad de Valdivia. La mayoría es extensa monoparental (7) con un 36,84% del universo, y no muy lejano le siguen las clasificaciones nuclear biparental (6) con el 31,58% y extensa biparental (5) con el 26,32% de la población estudiada. En último lugar, con un caso, se encuentra el tipo de familia nuclear monoparental con el 5,26%. No hubo casos de familias reconstituidas ni unipersonales dentro del universo estudiado. Esto tiene relación con los resultados encontrados en la variable “estado civil”, ya que las personas viudas no han comenzado una vida en pareja nuevamente, y no hubo casos de convivientes ni separados.

En general, se rescata que en la mayoría del universo estudiado existe una red de apoyo familiar cercana.

Gráfico N° 8

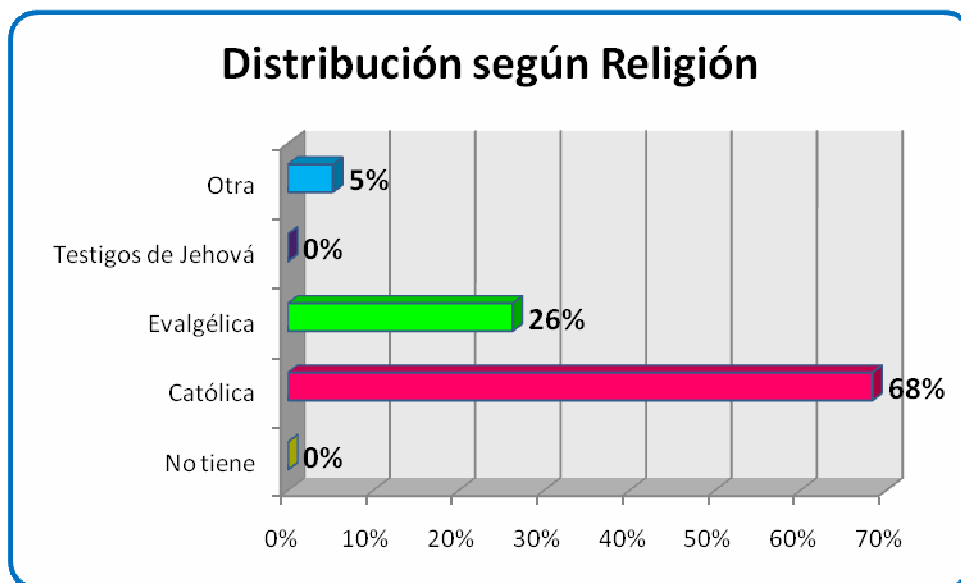
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según rol en la familia.



Este gráfico muestra que la mayoría de las personas del universo estudiado cumplen con el rol familiar de abuelo (12) representado por el 63,16%, lo cual tiene relación con los resultados del análisis del gráfico que muestra la distribución según rango de edad dando como mayoría a los adultos mayores. En segundo lugar, encontramos el rol familiar de madre (5) con el 26,32% del universo, lo que tiene relación con también con la tendencia al sexo femenino en la población estudiada. Un caso, respectivamente, se presentó para los roles de padre y otro rol, correspondiendo al 5,26%, mientras que no se presentaron casos de tío/a o hijo/a.

Gráfico N° 9

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según religión.

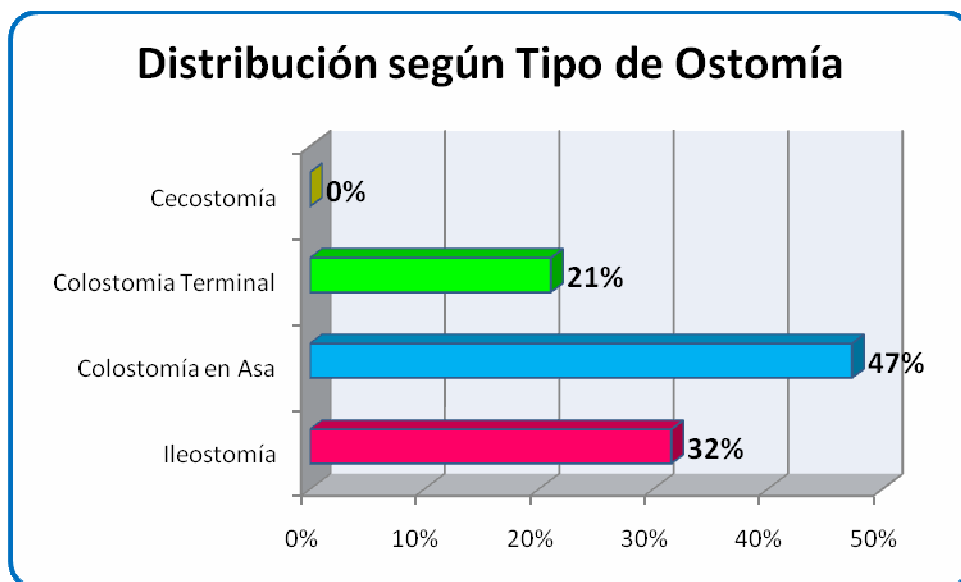


Al analizar las creencias de las personas con enterostomías residentes en Valdivia, el gráfico muestra que la religión católica tiene la mayor tendencia (13) representando el 68,42%. A ella la sigue la religión evangélica (5) con el 26,32%. Una sola persona manifestó ser adventista representando el 5,26% de la población y ninguna persona refirió no tener credo religioso. Con esta representación se mantiene la tendencia nacional de que la religión católica prevalece entre sus habitantes por sobre otras creencias. Además, podemos calificar a la religión como una red de apoyo social presente en todas las personas estudiadas.

5.3 Aspectos de la ostomía y su manejo.

Gráfico N° 10

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según tipo de ostomía.

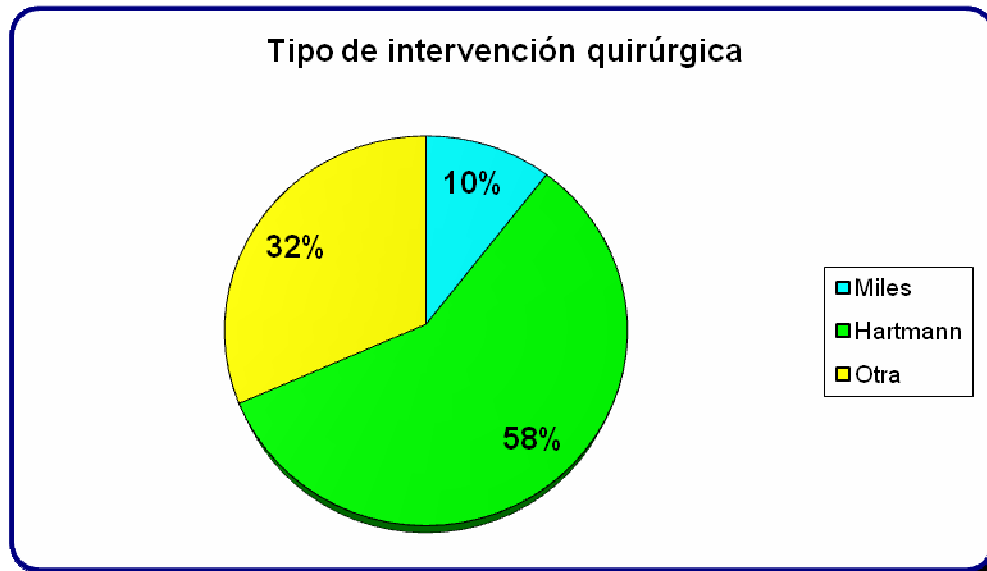


Según el detalle de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el HCRV, el gráfico muestra que la mayoría de ellas son colostomías en asa (9) representando el 47%. En el segundo lugar se encuentran las ileostomías (6) representando el 32%, y luego las colostomías terminales (4) con el 21%. No hubo casos de personas con cecostomías residentes en Valdivia.

Con estos datos podemos inferir que la mayoría de los pacientes fueron intervenidos con el objetivo de recuperar la normalidad del patrón del tránsito intestinal después de un tiempo determinado, a excepción que el compromiso de la patología no lo permita.

Gráfico N° 11

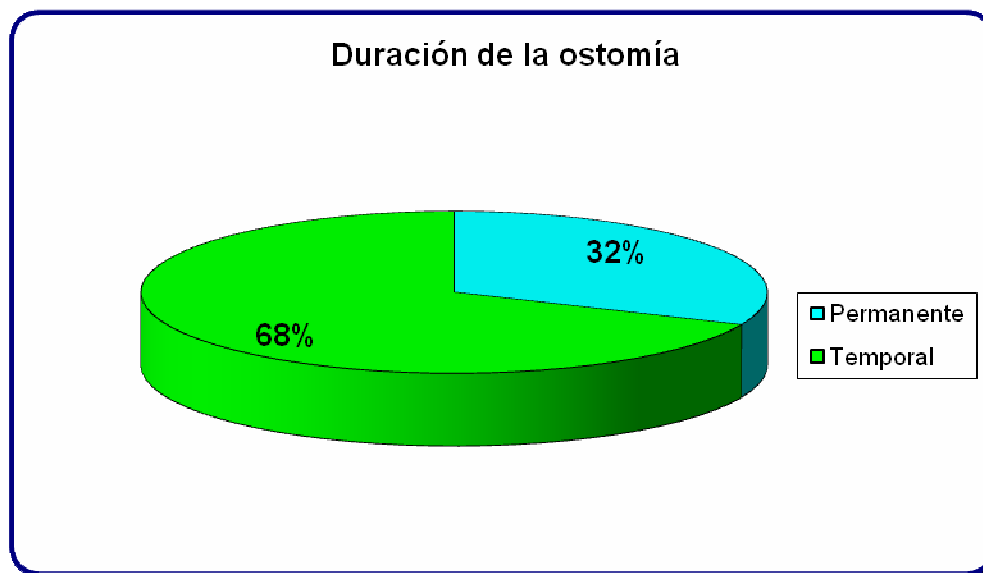
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según tipo de intervención quirúrgica.



En este gráfico se muestra que la mayoría de las intervenciones quirúrgicas realizadas durante el 2006 y 2007 en el HCRV para dar origen a una enterostomía fueron operaciones de Hartmann (11) representando el 57%, teniendo en cuenta que estas intervenciones tienen la alternativa de reconstituir el tránsito intestinal. Luego se encuentran las personas que fueron sometidas a otras intervenciones como hemicolectomía (6) con el 32%. Finalmente, están quienes fueron intervenidos para realizarles operación de Miles (2) con el 11% del universo estudiado. Lo descrito en este gráfico se relaciona con los resultados del gráfico anterior en cuanto a la mayor posibilidad de recuperar el patrón de tránsito intestinal normal, ya que en la operación de Hartmann se espera reconstituir el tránsito en el tiempo adecuado.

Gráfico N° 12

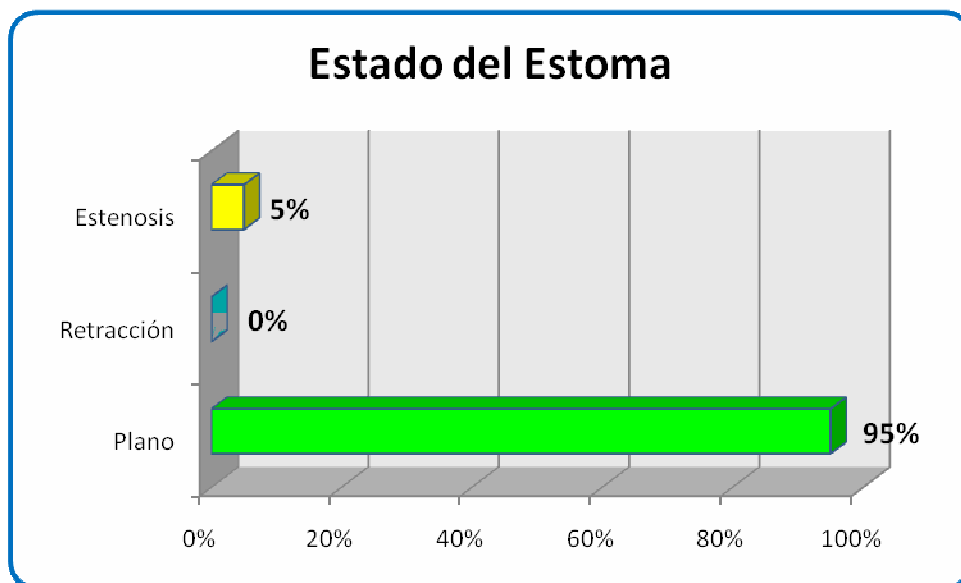
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según duración de la enterostomía.



Este gráfico muestra la característica de la enterostomía que indica su permanencia, de lo cual se desprende que el 68% del universo estudiado tiene una enterostomía temporal (13), lo cual se refiere a la posibilidad de reconstituir el tránsito intestinal después de un período de tiempo determinado por el equipo médico según la condición de la intervención. Finalmente, están quienes presentan una enterostomía permanente (6) representando el 32% de la población estudiada.

Gráfico N° 13

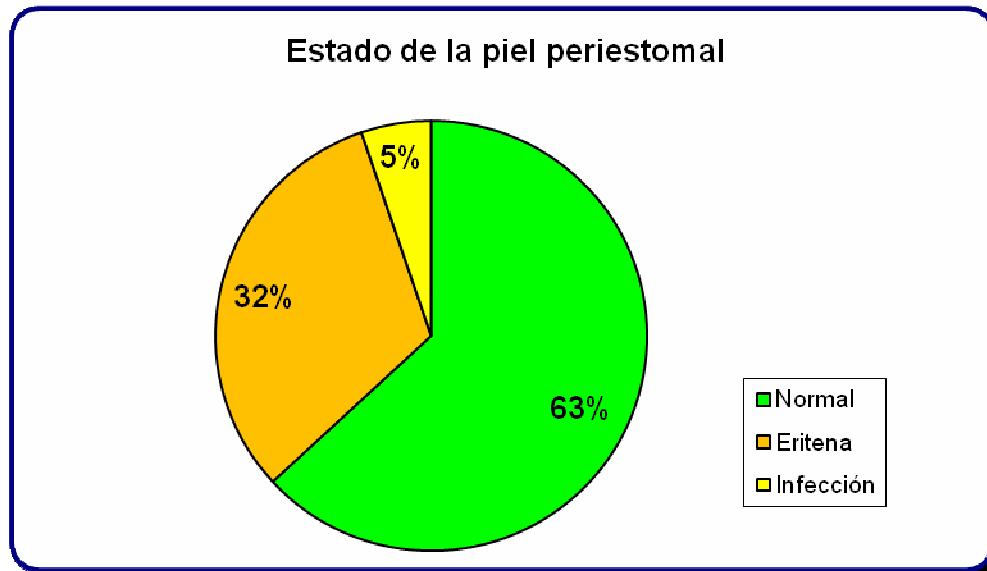
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según estado del estoma.



De acuerdo a la variable en estudio, el gráfico muestra que, de las personas en estudio, 18 tienen un estoma plano representando el 95% del universo, mientras que sólo una persona tiene una estenosis del estoma representada por el 5%. No hubo casos de estomas en retracción u otro tipo de complicación, lo que indicaría un buen resultado postoperatorio

Gráfico N° 14

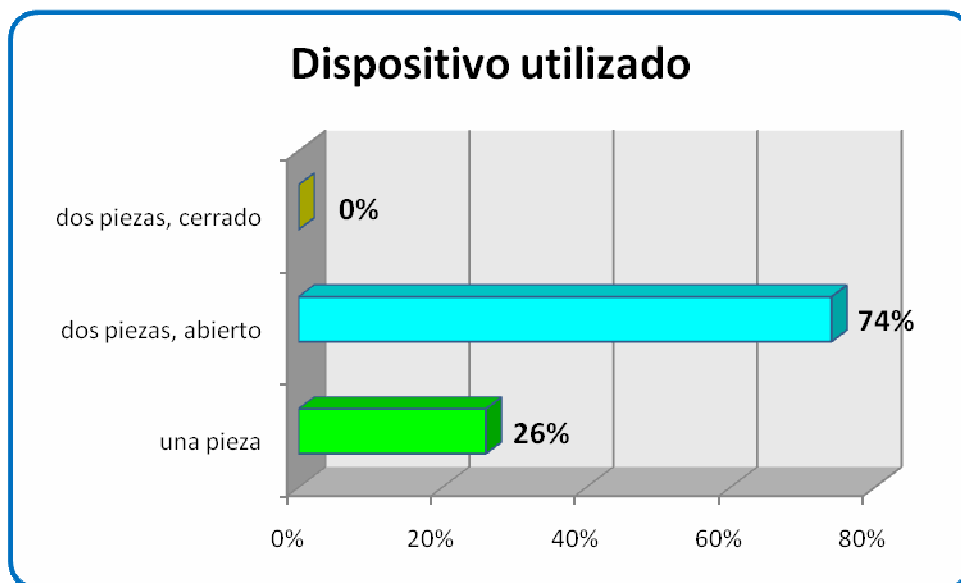
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según estado de la piel periestomal.



Al analizar este gráfico vemos que la mayoría de las personas en estudio tienen una piel periestomal normal (12) representando un 63% de la población. En segundo lugar se encuentran quienes presentan eritema en la piel circundante (6) con un 32% del universo. Por último, sólo un 5% presentan signos de infección en la piel periestomal (1). No obstante, este análisis deja espacio para profundizar el trabajo de enfermería en el cuidado y manejo de la enterostomía dirigido al logro del bienestar y autonomía de la persona.

Gráfico N° 15

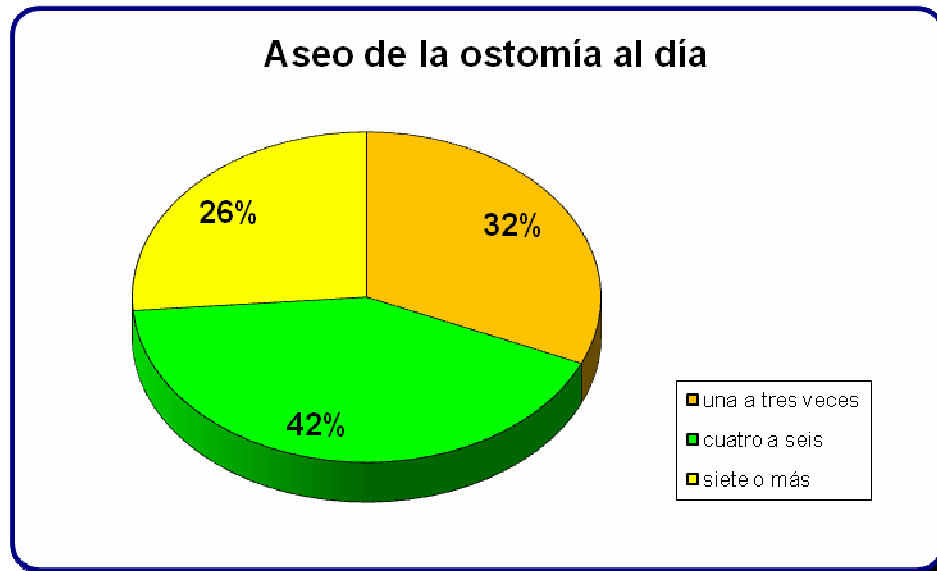
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según dispositivo utilizado.



En este gráfico podemos ver las características del dispositivo que usan las personas con enterostomías residentes en Valdivia, de lo cual podemos decir que la mayoría de ellos, con el 74%, usan el dispositivo de dos piezas abierto, lo que coincide con las características de los que, en general, entregan en el HCRV mensualmente a sus usuarios. Luego, continúan los casos de personas que usan dispositivos de una pieza (5) representando el 26% del universo. No hubo casos de personas usuarias de dispositivos de dos piezas y cerrado.

Gráfico N° 16

Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según frecuencia de aseo de la ostomía.

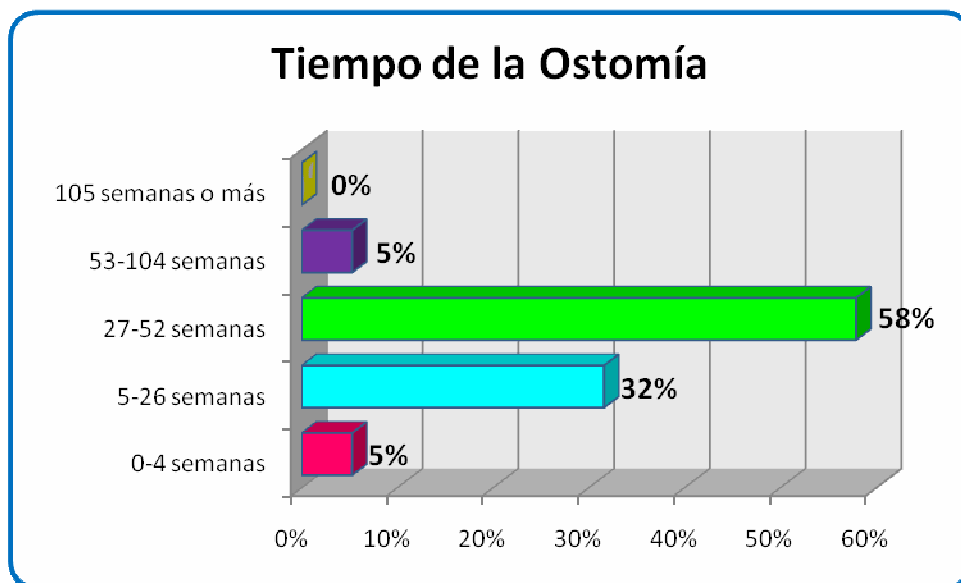


Al visualizar esta gráfica se destaca la estrecha diferencia entre los porcentajes de cada definición de la variable “aseo de la ostomía” en cuanto a la frecuencia por día.

En primer lugar se encuentran aquellos casos que deben asear su ostomía entre cuatro y seis veces al día (8) representando un 42% del universo. Luego, están quienes deben hacer el mismo procedimiento entre una y tres veces al día (6) representados por el 32%. Finalmente, se encuentran aquellas personas que asean su ostomía entre siete o más veces (5) con el 26% de la población en estudio. Esto se puede ver influenciado por el tipo de enterostomía y la aceptación de ésta por la persona intervenida.

Gráfico N° 17

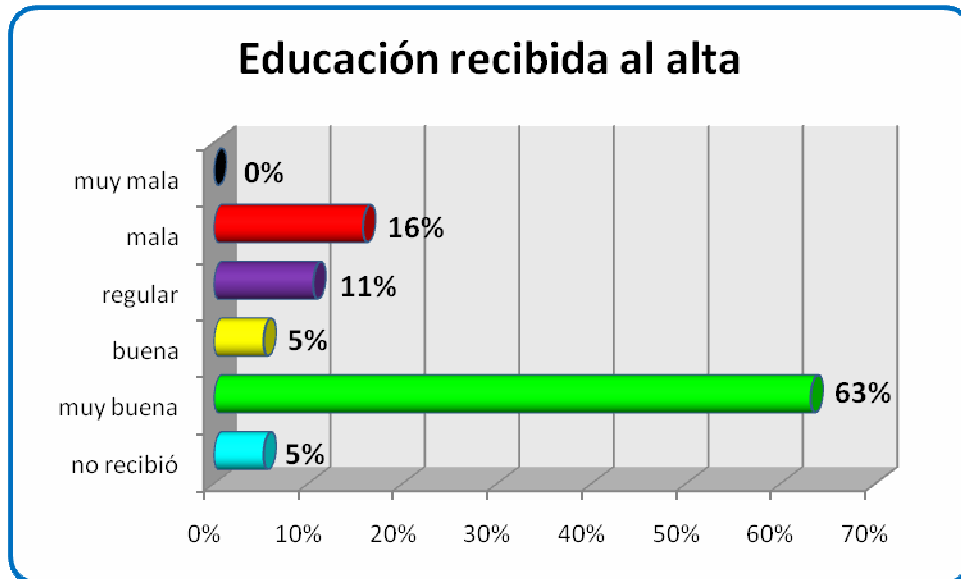
Distribución porcentual de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el 2006 y 2007, según tiempo de la ostomía.



De acuerdo a la variable tiempo de la ostomía, la mayoría de las personas residentes en Valdivia operadas en el HCRV llevan entre veintisiete y cincuenta y dos semanas con su enterostomía (11) representando un 58% del universo. Posteriormente, están quienes mantienen su enterostomía entre cinco y veintiséis semanas (6) representado por el 32%. En último lugar se encuentra un caso que mantiene una enterostomía entre cincuenta y tres y ciento cuatro semanas y otro caso, reciente durante el tiempo de estudio, que la presenta entre cero y cuatro semanas representando cada uno el 5%. No hubo caso de personas que mantengan una ostomía por ciento cinco semanas o más, de lo cual podemos inferir que el pronóstico de vida posterior a una ostomía en una persona adulta con algún cáncer colorrectal no es esperanzador en tiempo, pero si puede ser solvente en calidad.

Gráfico N° 18

Distribución numérica de personas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HBV entre el 2006 y 2007, según percepción de la educación recibida al alta.



De acuerdo a la variable educación recibida al alta, que se refiere a la evaluación que realizan las personas en estudio sobre la educación posterior a su intervención quirúrgica para el manejo y adaptación de su enterostomía, hay un resultado positivo, ya que la mayoría refiere haber recibido una muy buena educación al respecto (12) representando un 63,2% del universo. No obstante, continúan quienes refieren haber recibido una mala educación posterior al alta (3) representado por un 15,8%. A ello, siguen las personas que refieren haber recibido una educación de tipo regular (2) con un 10,5%. Finalmente, hubo un caso que refirió haber recibido una buena educación y otro caso que indica no haber recibido educación representando cada uno el 5,3% de la población estudiada. No hubo casos de personas que hayan manifestado haber recibido una muy mala educación en el proceso de alta.

Cabe destacar que en el subdepartamento de Cirugía adulto del HCRV la función de educar a los pacientes con enterostomías es desarrollada por la enfermera encargada del paciente.

5.4 Ítem IV “Calidad de Vida”

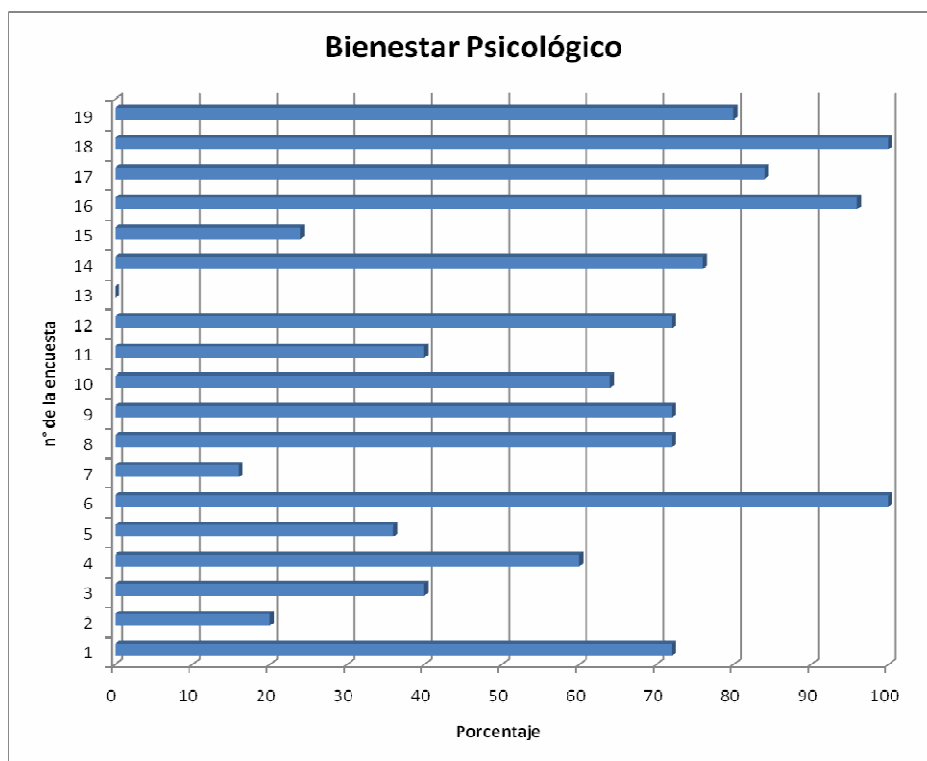
A continuación se presentan los resultados obtenidos en el Ítem IV correspondientes al “Cuestionario de Montreux”, las preguntas se agruparon según el Anexo 3 , para obtener los porcentajes por sub ítems equivalentes a un máximo de 100%.

5.41 Sección Calidad de Vida:

El primer sub ítem corresponde a Calidad de Vida, esta sección contiene aspectos relevantes en la persona relacionados con su bienestar psicológico, bienestar físico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de su vida.

Gráfico N° 19

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Bienestar Psicológico.

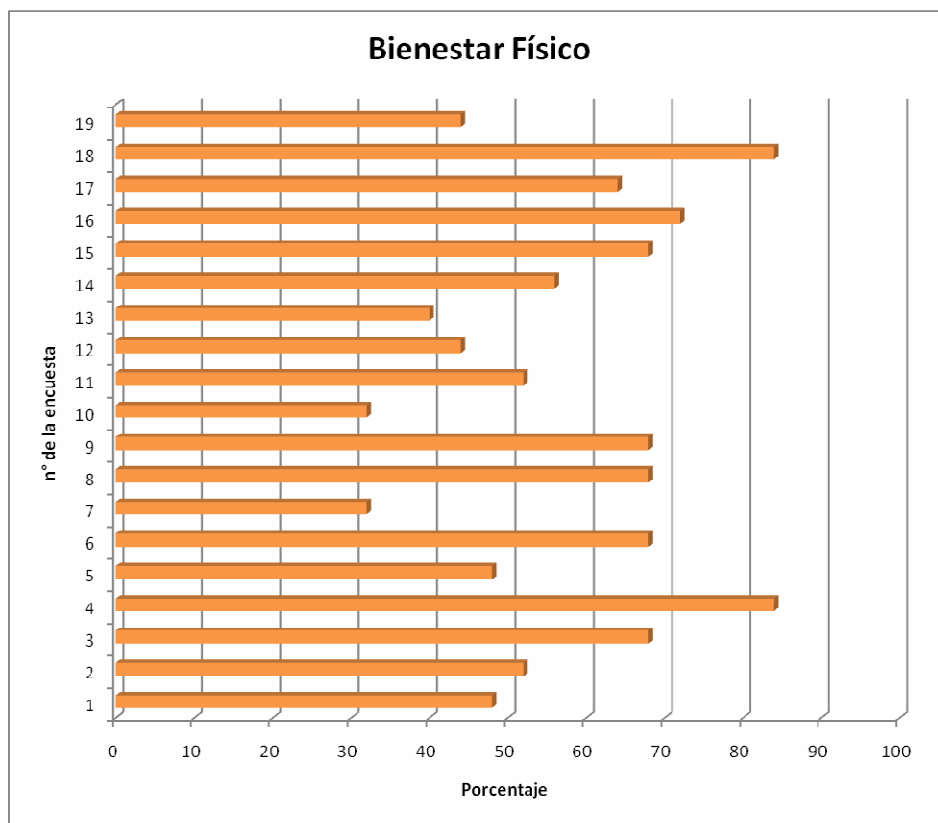


Las preguntas que corresponden al Bienestar Psicológico de la persona, fueron la N°9, 13, 14, 15 y 18. Estas preguntas abarcan aspectos tales como los hobbies, nivel de felicidad,

nivel de aporte en las actividades habituales familiares, si encuentra su vida satisfactoria y su percepción personal de calidad de vida. Los resultados obtenidos varían mucho en tendencia, debido a la amplitud en los puntajes. En un caso obtuvimos un puntaje 0, representando un 5,3%, en dos oportunidades encontramos el máximo del puntaje (100 puntos) correspondiente al 10,5%. Otra cifra de interés es el puntaje 72, obtenido en 4 ocasiones constituyendo un 21,1%. El promedio en este caso es de 59,1 lo cual no demuestra una tendencia significativa, ya que los puntajes no son demasiado altos. Sin embargo existe un impacto en su bienestar psicológico y en la percepción que la persona tiene de su calidad de vida, pudiendo inferir que ésta resulta ser satisfactoria.

Gráfico N° 20

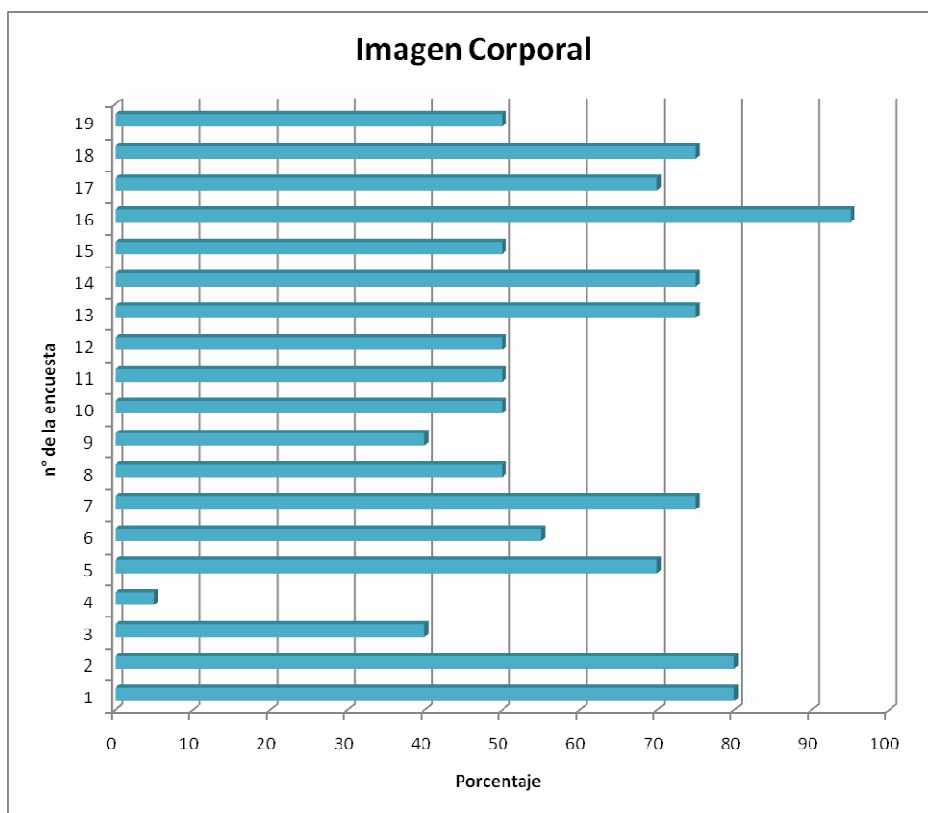
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Bienestar Físico.



El Bienestar Físico corresponde a las preguntas N° 1, 2, 3, 7 y 11; en ellas se incluían aspectos correspondientes a su nivel de fuerza física, cansancio, el tiempo y calidad del sueño, percepción personal de su estado de salud y hasta qué punto puede realizar sus actividades habituales. La media en este caso alcanzó 57,5 puntos, también podemos decir que 12 personas del total de 19 obtuvieron sobre el 50%, estos resultados destacan que el bienestar físico general en conjunto con los aspectos mencionados anteriormente se ve afectado en las personas con ostomía pero no constituye una incapacidad total. En el anexo N°5 destacan como puntaje mínimo registrado para esta sección el número 32 con una frecuencia de 2, lo cual constituye un 10,5%; el puntaje máximo alcanzado es de 84, también en dos ocasiones con el mismo porcentaje, en cinco oportunidades el puntaje obtenido fue de 68, lo que equivale a un 26,3%, este fue el puntaje más frecuente.

Gráfico N° 21

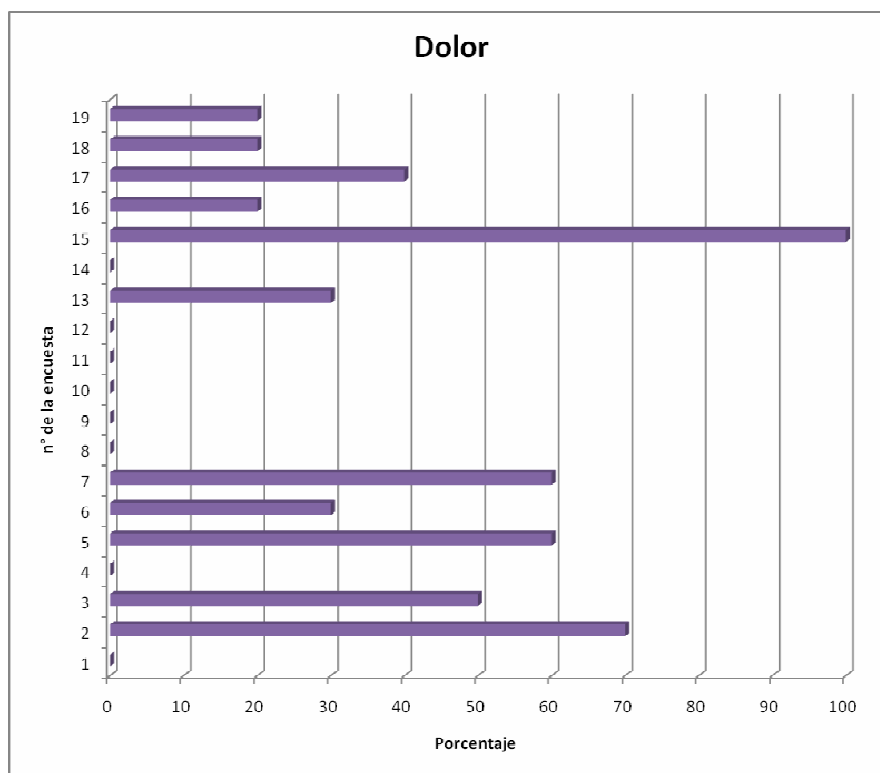
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Imagen Corporal.



La imagen corporal se relacionó con preguntas que abarcaron su preocupación y adaptación al estoma, el miedo a olores y pérdidas producidas por el estoma y su percepción acerca de “llevar una vida normal”. Estas corresponden a las preguntas N°5, 8, 19 y 22. La media en este caso es de 59,7, cabe destacar que el puntaje mínimo obtenido es de 5 puntos (5,3%) y el máximo de 95 puntos (5,3%), ambos con una frecuencia de 1. Destaca la mayor frecuencia en el puntaje 50 con un 31,6%. Considerando que la imagen corporal es uno de los parámetros más comentados en el caso de las personas con ostomía, podemos decir que se encuentra en valores bajos y que la adaptación al estoma y sus cuidados se hacen difíciles de sobrellevar., pero no imposibles de alcanzar.

Gráfico N° 22

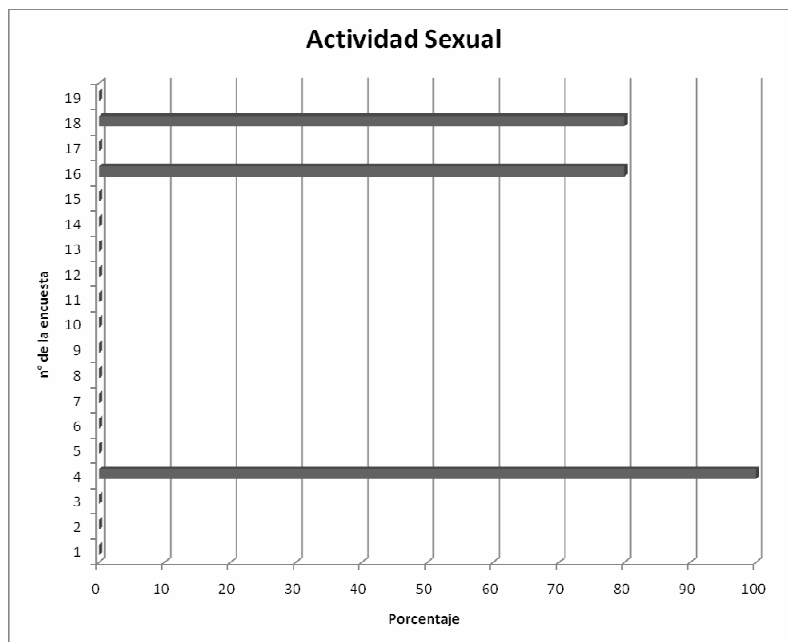
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Dolor.



Las preguntas realizadas referentes al Dolor son la N°16 y 17, en ellas se evalúa la presencia y frecuencia de dolor asociado a la ostomía. En la sección Dolor del ítem “calidad de vida” podemos observar que los resultados variaron de los aspectos antes analizados. En este caso la mínima, que quiere decir que existe una ausencia de dolor en las personas con ostomía, está dado por el puntaje 0, encontrándolo 8 veces alcanzando un 42,1% del total. El máximo fue de 100 puntos, pero encontrado en sólo una ocasión (5,3%). Esto destaca el hecho de que las personas no presentan dolor asociado a su ostomía, sino más bien el dolor está asociado a las patologías de base que fueron la causa para que se realizara la ostomía.

Gráfico N° 23

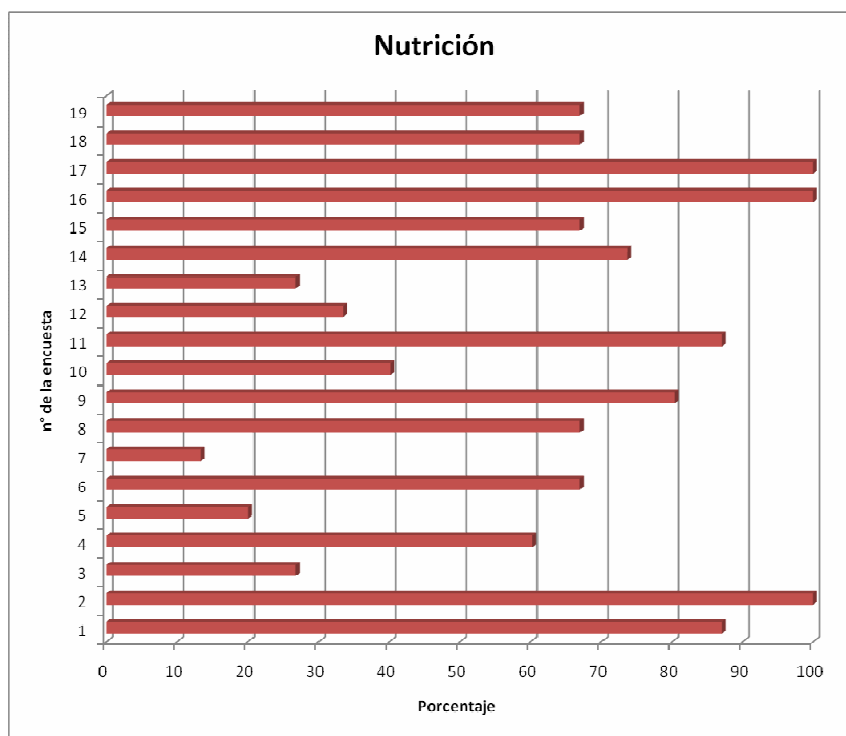
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Actividad Sexual.



Para esta sección se realizó una pregunta correspondiente a la N°6 que hace referencia a si su actividad sexual es suficiente para sus necesidades. Esta sección se ve influenciada por otras variables antes mencionadas como la edad, estado civil entre otras. Cabe destacar que 16 personas refieren no mantener relaciones sexuales con un 84,2%, pero asociado, como hemos dicho, además de la ostomía, a su edad, viudez o que su estado general de salud se encuentra tan comprometido que han postergado su sexualidad. Sin embargo 2 personas obtuvieron 80 puntos (10,5%) y una persona con 100 puntos (5,3%), en estos tres casos las personas refirieron sentirse satisfechas en esta área.

Gráfico N° 24

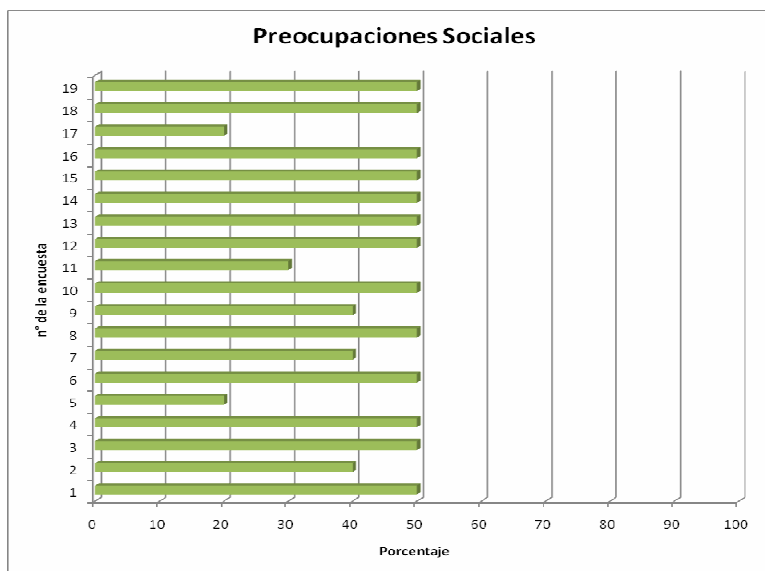
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Nutrición.



La percepción acerca de su Nutrición incluye tres preguntas (N°4, 10, 12); dichas preguntas tratan aspectos tales como el peso de la persona y su impacto en su vida, si come a gusto y si la cantidad es suficiente para sus necesidades. La media para esta sección es de 62,3. La nutrición es uno de los parámetros que cambian en una persona con ostomía ya que se debe acostumbrar a una nueva dieta, en esto podemos destacar que el puntaje mínimo fue de 13,4 (5,3%) y el máximo de 100 alcanzado en tres oportunidades con un 15,8%. Al momento de hablar con las personas acerca de si comían lo suficiente o si sentían que su peso era un problema, ya sea por déficit o por exceso, como vemos en los resultados, se extrañaban y en su mayoría no se sentían afectados de forma negativa.

Gráfico N° 25

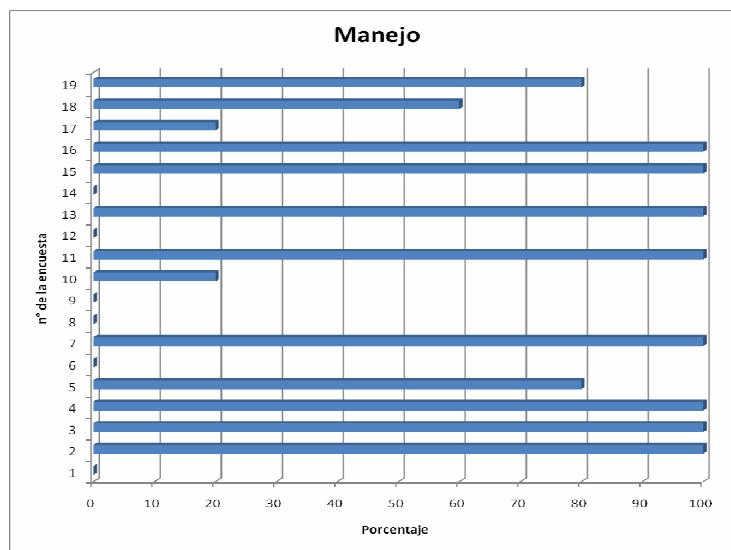
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Preocupaciones Sociales.



Las preocupaciones sociales tratadas en esta sección consideran la calidad y frecuencia de las relaciones interpersonales de la persona y la percepción que tiene ésta acerca del rechazo de su familia y/o seres queridos. Las preguntas que se realizaron son las N° 20 y 21. Como podemos observar en el gráfico, el puntaje máximo fue de 50 (68,4%) con una frecuencia de 13, el mínimo es de 20 puntos (10,5%). En este caso también queremos resaltar la media 44,2; todos estos datos hacen destacar que para las personas con ostomías es importante el apoyo y la compañía de sus seres queridos, un mal estado de salud en conjunto con la enterostomía han deteriorado la socialización que estas personas tienen, por otro lado existe una percepción de rechazo, que si bien no es total, deja en claro que es un problema dentro de este grupo humano.

Gráfico N° 26

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según manejo de ostomía.



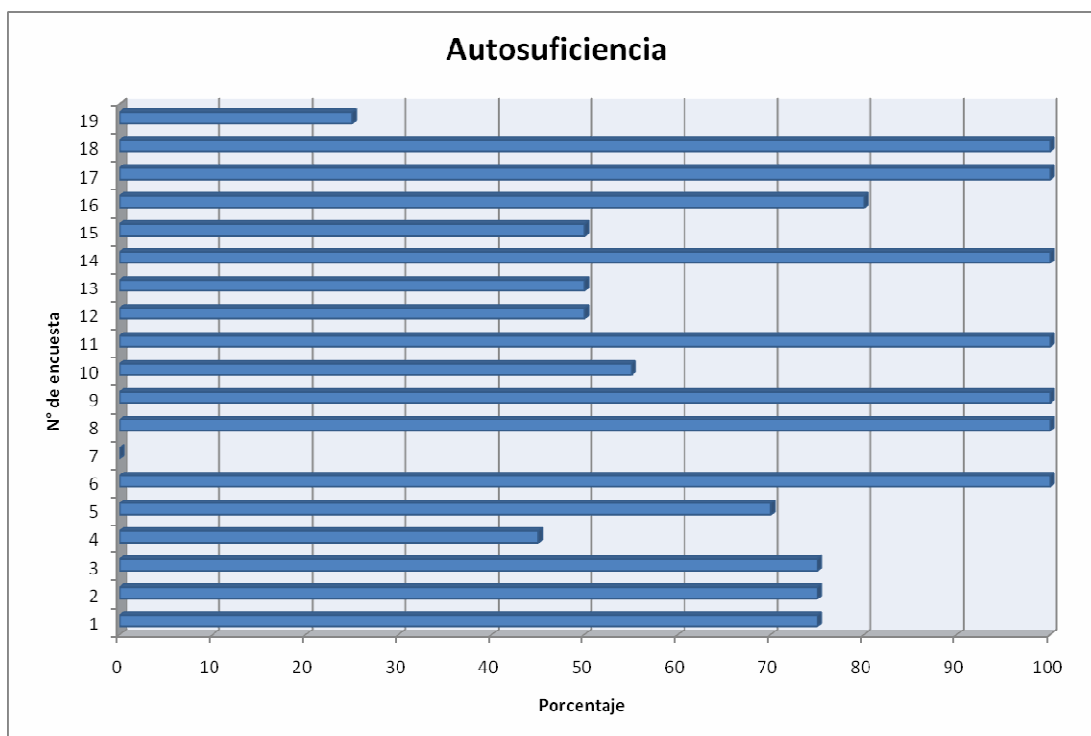
La pregunta realizada fue la N°23 que hacer referencia a la percepción de la persona acerca de llevar una vida normal a pesar de la ostomía. En este caso los resultados se deben apreciar en el sentido contrario, ya que el 100% quiere decir que se encuentra en desacuerdo con la afirmación realizada, vale decir que su percepción es contraria a una vida normal. Es por ello que 8 personas afirman no llevar una vida normal teniendo como causa de ello contar con una enterostomía el porcentaje es de 42,1%, destaca en esta sección que 11 personas se encuentran sobre los 50 puntos lo que quiere decir que más de la mitad de las personas encuestadas siente que su vida no es normal, en contraste con aquello 6 personas (31,6%) sienten que a pesar de su ostomía su vida sigue siendo normal.

5.4.2 Sección Autosuficiencia:

El segundo sub ítem corresponde a Autosuficiencia que consta de dos secciones: autosuficiencia y ayuda y consejo, referentes a su autocuidado con respecto a el manejo de su ostomía; estos son los resultados obtenidos:

Gráfico N° 27

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Bienestar Autosuficiencia.

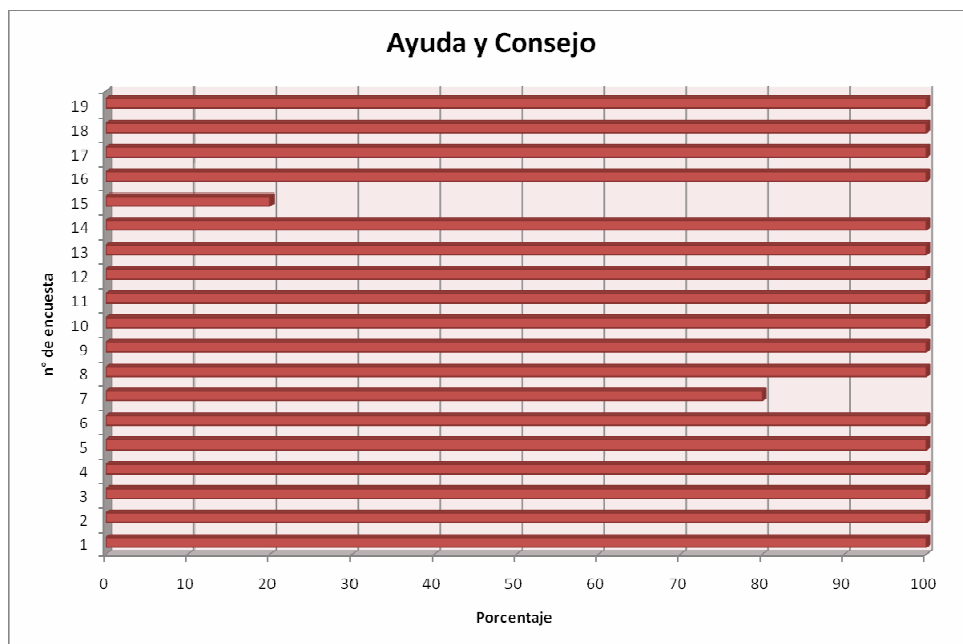


Las preguntas englobadas en esta sección corresponden a la seguridad que siente la persona para limpiarse el estoma, cambiar o utilizar su bolsa, tirar o vaciar su bolsa y adquirir bolsas de recambio (N° 24, 25, 26, 27).

Poder realizar cosas tan cotidianas como ir al baño, conllevan un cambio en la rutina diaria para las personas con enterostomías; en este caso, es necesario contar con más implementos, como bolsas para ostomía, toallas desechables, tiempo y capacitación. Al valorar esta sección podemos destacar que de un total de 19 personas 1 de ellas (5,56%), no es capaz de realizar este proceso por si sola, esto debido a sus numerosas patologías asociadas que le impiden tener la habilidad para realizarlo, siete personas (36,84%) realizan este proceso por si solas y no les produce un mayor desafío. La media es de 71, lo cual resulta significativo para esta sección ya que la mayor parte de las personas puede realizarlo por si misma.

Gráfico N° 28

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Ayuda y Consejo.



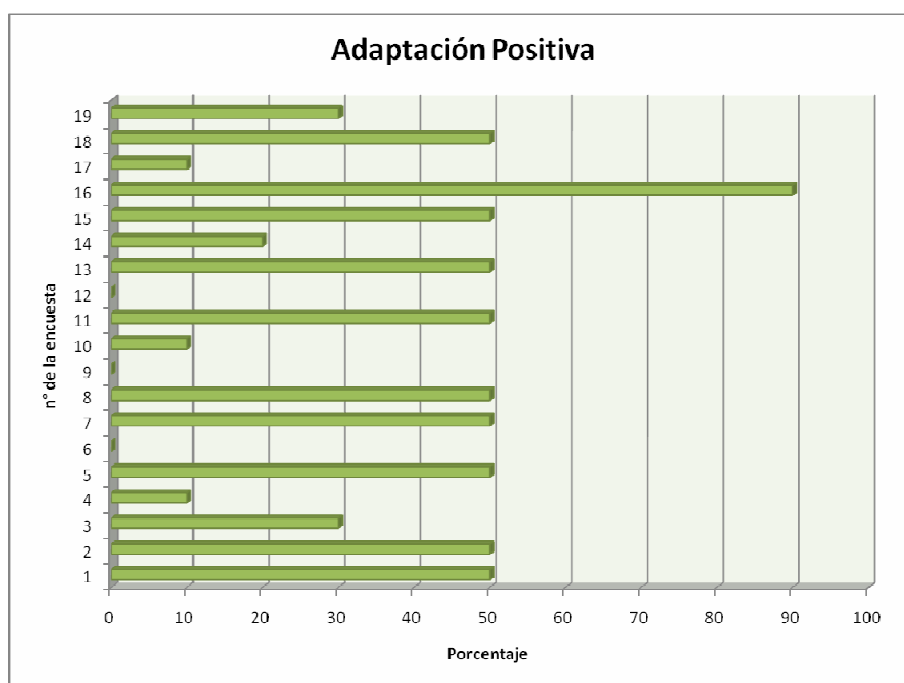
La pregunta realizada (N°28) en este caso tiene por objetivo conocer si la persona se siente segura para obtener ayuda y consejo en caso que lo necesite referente a los cuidados y manejo de su ostomía. El 89,47% correspondiente a 17 personas, obtiene siempre ayuda en caso necesario y referente a los cuidados de su ostomía. Sólo en una ocasión el puntaje fue de 20 puntos (5,26%) tratándose de una persona con una red de apoyo más pobre que los demás casos.

5.4.3 Sección Cuestiones Generales:

El tercer y último sub ítem trata de Cuestiones Generales relacionadas con la Ostomía y la persona. Las secciones que analizaremos incluyen Adaptación Positiva, Adaptación Negativa y ayuda en relación a sus redes de apoyo.

Gráfico N° 29

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HBV durante los años 2006-2007, según Adaptación Positiva.



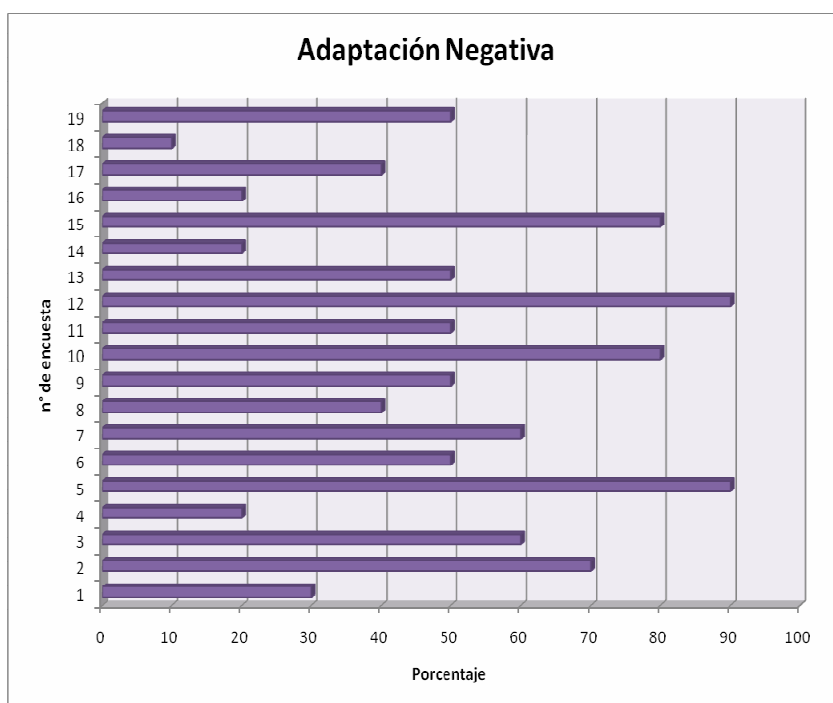
Para obtener la Adaptación Positiva de la persona a su ostomía, utilizamos la pregunta N° 29 y 30 en las cuales se expresaban las siguientes consignas:

- Hay veces que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma.
- Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma.

La adaptación positiva en la persona es necesaria por el hecho de ser la base para sobrellevar esta nueva condición. Una persona obtuvo 90 puntos lo que quiere decir que existe una muy buena adaptación a su estoma, llevando una vida normal incluso olvidándose de que posee una ostomía. Sin embargo, nos encontramos con 3 personas cuya percepción es totalmente contraria. La media es de 34,2 indicando una tendencia hacia la poca aceptación de su ostomía.

Gráfico N° 30

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Adaptación Negativa.



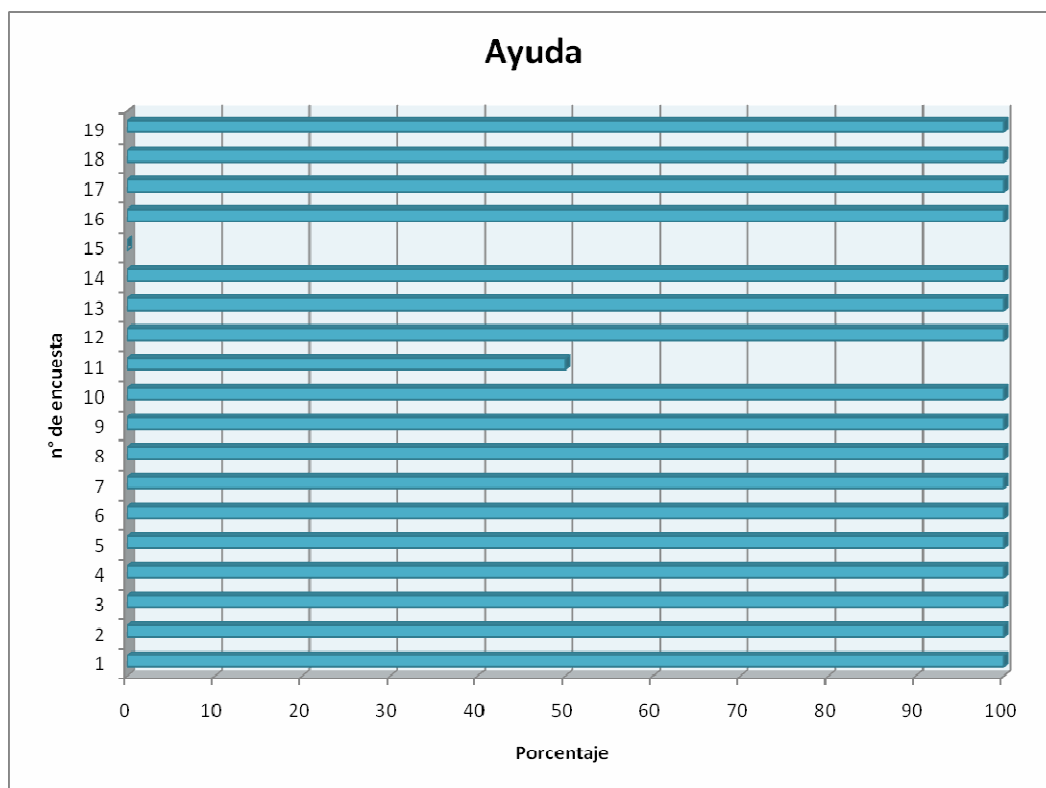
La Adaptación Negativa según las preguntas N°31 y 32 incluyen las siguientes afirmaciones:

- es imposible aceptar el hecho de tener un estoma.
- a veces quedo rendida de cansancio a causa de mi estoma.

Desde un punto de vista más negativo que el anterior, el análisis de esta sección se enfoca a partir del hecho de que las afirmaciones realizadas son totalmente negativistas. En dos oportunidades se alcanzaron los 90 puntos (10,53%); ésto quiere decir que estas personas no aceptan la ostomía como parte de su vida. El mínimo fue de 10 en una ocasión (5,26%) que representa este caso como más optimista frente a su ostomía. La media es de 50,5 de lo cual podemos inferir que no existe una tendencia importante hacia la inadaptación a la ostomía.

Gráfico N° 31

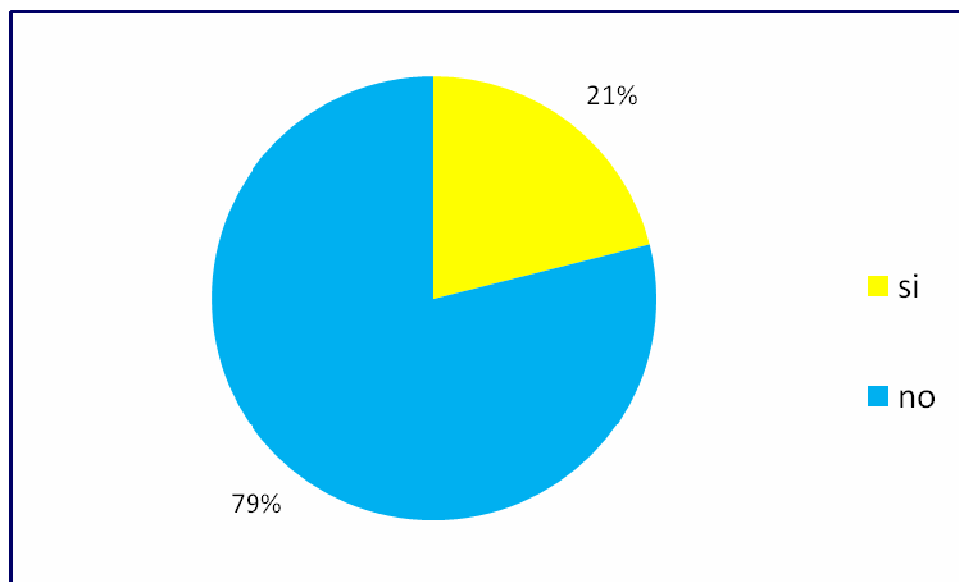
Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según Ayuda.



Las preguntas que corresponden a esta sección (N°33 y 34) se refieren a su red de apoyo, si son sensibles a sus necesidades personales y a la solución de problemas. En este caso 17 personas (89,47%) refieren sentirse comprendidos y ayudados por sus seres queridos y además de la disposición para ayudar en la solución de problemas, no tan sólo respecto a su ostomía, sino a todos los ámbitos de la vida.

Gráfico N° 32

Distribución porcentual de pacientes con enterostomías residentes en Valdivia, intervenidos en el HCRV durante los años 2006-2007, según atención de enfermera especialista.



Este gráfico representa la continuidad del cuidado de enfermería en la población en estudio, mostrando que la mayoría refirió no seguir recibiendo atención de una enfermera especialista en cuidados del estoma (15) representando el 79% del universo. No obstante, cuatro personas indicaron seguir siendo atendidos por una enfermera especializada representando el 21% de la población estudiada.

Consideramos relevante enunciar que la percepción de los pacientes acerca de enfermera especialista es que existe alguien que pregunta sobre el estado del estoma de modo general, sin indagar en sentimientos, percepciones, aceptación y adaptación de la persona a su enterostomía, desprendiéndose la necesidad de valorar ámbitos en dirección de la satisfacción del ser humano por parte de la enfermería. Además, demuestran el déficit en el seguimiento de los pacientes posterior al alta y la falta de apoyo profesional para el cuidado y manejo en el hogar.

6. DISCUSIÓN

La totalidad de la población de personas adultas con enterostomías residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV entre el año 2006 y 2007 correspondió a 28 personas. Este disminuyó luego de aplicar los criterios de exclusión a un total de 19 personas representando un 67,8% de la población total, con la cual se llevó a cabo el estudio.

Este estudio tuvo como propósito determinar el impacto de las enterostomías en la calidad de vida de las personas residentes en Valdivia intervenidas en el HCRV asociado a ciertos factores de su cotidiano vivir y su respectiva adaptación psicosocial, obteniendo con ello, el perfil demográfico de las personas operadas entre los años 2006 y 2007. Para discutirlo tenemos como parámetro paralelo el estudio realizado por el Hospital de Iquique a la población con enterostomía de esa localidad entre los años 1995 y 2001, donde se determinan las características biosicosociales y el grado de impacto de la ostomía en todos los ámbitos que engloba al ser humano para vivir en equilibrio, y, en segundo lugar, una evaluación psicológica realizada por Unidad de estomaterapia y otros especialistas en Psico-oncología del Hospital San Carlos de Madrid dirigida a los pacientes con ostomías de ese lugar, a la cual nos referiremos con temas no estudiados por el primer estudio descrito.

La población estudiada fluctúa entre los rangos de edad de 20 a mayores de 60 años, encontrándose casos de hasta 84 años de edad, situando como mayoría a los adultos mayores con un 68,42% (Gráfico N°1). Si a esto sumamos el porcentaje de las personas entre 41 y 60 años se representaría el 94,74% del universo estudiado (Gráfico N°1), lo cual tendría gran similitud con los resultados del estudio realizado por el Hospital de Iquique donde se refiere que la edad promedio fue de 59 años. Esto da cuenta de que las patologías colorrectales están presentes preferentemente en pacientes adultos mayores y maduros, siendo importante vigilar la calidad de vida y estado anímico de ellos por el riesgo de depresión, ya que esta patología tiene los mayores índices de activación entre las personas que se encuentran en esta etapa del ciclo vital.

Respecto a la distribución de la población en estudio por sexo vemos una contraposición al estudio realizado por el Hospital de Iquique, ya que ellos presentaron una proporción mayor del sexo masculino con el 66%, mientras que nuestra investigación arrojó una representación del sexo femenino igual al 68% (Gráfico N° 2).

La escolaridad representada por la población en estudio es mayoritariamente incompleta en cuanto a la enseñanza básica y media con un 42,11% y 26,32% respectivamente

(gráfico N° 3), que en total suman el 68,43% del universo, lo cual se asemeja de algún modo al estudio de pacientes con ostomías del Hospital de Iquique, ya que las personas con enseñanza media y básica representaban un 46% y 38% respectivamente, sumando un 84% del total. Sin embargo, no se especifica si ésta es completa o incompleta.

En nuestro estudio no hubo casos de personas sin escolaridad, y en el estudio del Hospital de Iquique no se especifica la ausencia de escolaridad, por lo que se determina que independiente de la totalidad de la educación, no hay personas analfabetas. No obstante, en nuestra sociedad, el respaldo académico es el pilar de una condición laboral sólida, y en este estudio no se considera óptima para mantener la estabilidad de algún oficio y de ingresos económicos.

Haciendo hincapié a lo referido anteriormente sobre condición laboral, vemos una similitud negativa posterior a la enterostomía en los estudios. Dicho esto, se especifica que las personas en estudio, previo a la enterostomía, tenían un trabajo independiente primordialmente representado por un 42,11% (Gráfico N° 4), a los que se suman quienes tenían un trabajo dependiente o labores domésticas con un 15,79% y 21,05% respectivamente (Gráfico N° 4), dando un total de 78,95% del universo. Sin embargo, esto cambia posterior a la enterostomía aumentando, de un 21,05% a un 68,42% (Gráfico N° 4), el número de personas pensionadas. Además, se presentaron dos casos de personas que dejaron de trabajar por decisión propia (Gráfico N° 4), resultado que mantiene la tendencia del estudio realizado en el Hospital de Iquique en donde un 67% de las personas en estudio hizo abandono de la práctica laboral.

En relación a la cobertura del sistema de salud según previsión, nuestro estudio muestra la tendencia de la atención, en el subdepartamento de Cirugía Adulto HCRV, hacia las personas adheridas a FONASA con el 63% de la población. (Gráfico N° 5), lo cual coincide con otros servicios de salud, en donde la atención a pacientes pertenecientes a Isapre es prácticamente ausente, producto de convenios previamente establecidos con otros centros asistenciales. No encontramos a disposición investigaciones paralelas sobre previsión de salud chilena de pacientes con ostomías.

En el estado civil de las personas en estudio primó el matrimonio representado por el 57,89% (Gráfico N° 6), lo cual se asimila al nivel nacional representado por el 64%, pero se contrapone a los resultados del estudio realizado en el Hospital de Iquique, ya que un 66% de las personas estudiadas estaba sin pareja. No obstante, en nuestro estudio un 36,84% de las personas eran viudas sin una nueva vida en pareja, lo que de algún modo se asocia a la discusión hecha por el estudio del Hospital de Iquique que destaca la disminución de la red de apoyo durante el período de la enterostomía.

De acuerdo a los aspectos relacionados a la red de apoyo, hubo definiciones de la variable “tipo de familia” que presentaron un porcentaje estrecho entre sí, como la extensa

monoparental con un 36,84%, nuclear biparental con un 31,58% y extensa biparental con un 26,32% (Gráfico N° 7), sumando un total de 94,74% de la población en estudio, lo que indica que la red de apoyo se basa mayoritariamente en más de dos generaciones de familia en un mismo hogar, lo que, a su vez, se asemeja a los resultados del estudio realizado en Iquique que determina en su discusión que un 87% de la población estudiada vive con los hijos.

Al comparar nuestro estudio con el realizado en el hospital de Iquique, éste último se limita a referir sólo los roles familiares de esposo(a) e hijos siendo un 44% y 87% de la población estudiada, respectivamente, mientras que en este estudio la mayor proporción está determinada por el rol de abuelo con el 63,16% (Gráfico N° 8), englobando el rol de madre y/o padre dentro de sí y relacionándose directamente con el gráfico N° 1 referente al rango de edad que indica como mayoría a los adultos mayores. Además, cabe destacar que ningún caso presentaba como rol principal el de ser hijo contraponiéndose al resultado del estudio de del Hospital de Iquique.

Respecto a la religión de las personas en estudio, se refleja la tendencia presente actualmente a nivel nacional en donde la religión católica predomina entre las otras creencias, abarcando en nuestro estudio el 68,42% de la población (Gráfico N°9). Cabe destacar que no se presentaron casos de personas sin credo religioso, lo que significa que todas ellas mantienen una red de apoyo en la fe que permite sentir más confianza y optimismo sobre su situación de salud.

Los tipos de ostomías realizadas por los cirujanos del HCRV durante el período de tiempo acordado en nuestro estudio fueron principalmente colostomías, ya sean en asa (47%) o terminales (21%) (Gráfico N° 10), alcanzando el 68% de la población. Resulta relevante considerar que no hubo casos de personas con cecostomías, lo que coincide con información verbal expuesta por cirujanos del HCRV, quienes refieren descartarla de las posibilidades de enterostomías, ya que su cuidado presenta mayor dificultad e incomodidad. En otras investigaciones disponibles no se detalla la cantidad ni porcentaje de los tipos de ostomías realizadas.

Respecto a las intervenciones quirúrgicas que dieron origen a las enterostomías, la técnica más utilizada fue la operación de Hartmann representando un 57% (Gráfico N° 11) de la población estudiada, determinando, ya con ello, que la mayoría de las intervenciones tienen la posibilidad de reconstituir el tránsito intestinal después de un tiempo determinado. Asimismo, este resultado se relaciona con el de la variable duración de la ostomía, ya que el 68% del universo estudiado presenta una ostomía temporal (Gráfico N° 12), lo que coincide con lo inferido en el resultado del gráfico N° 11.

Estas intervenciones quirúrgicas pueden presentar complicaciones postoperatorias y alterar el estado normal del estoma. No obstante, un 95% de la población estudiada presentaba un estoma plano sin alteraciones (Gráfico N° 13) infiriendo así la capacidad del equipo de cirujanos del HCRV expertos en patologías colorrectales. Estos puntos estudiados no fueron detallados en otras investigaciones de pacientes con ostomía.

Respecto al estado de la piel periestomal, un 63% de la población tiene una piel normal (Gráfico N° 14). Sin embargo, se presentaron casos de alteración y eso deja un espacio abierto para profundizar el trabajo de enfermería en cuanto a la valoración y la siguiente intervención respecto al cuidado y manejo de la enterostomía en dirección al bienestar y autonomía de la persona. Los puntos aquí estudiados no fueron detallados en otras investigaciones de pacientes con ostomía.

Los dispositivos más utilizados por las personas con enterostomía en Valdivia, principalmente, son los de dos piezas y abierto, correspondiendo al 74% de la población (Gráfico N° 15). Vale decir, que estos dispositivos corresponden a los que generalmente se proporcionan en el HCRV a las personas con enterostomía operadas previamente en dicho hospital. En ocasiones, las características del dispositivo pueden cambiar, pero suele mantenerse este patrón, el cual corresponde a los descritos en diferentes literaturas encontradas al respecto.

El aseo de la ostomía fue medido en cuanto a la frecuencia por día, lo cual está directamente relacionado con la aceptación, adaptación y el carácter de la ostomía por el tipo de efluente. Los resultados destacan una estrechez entre sí encontrándose en primer lugar aquellos que asean su estoma entre cuatro y seis veces al día con el 42% de la población (Gráfico N° 16). Luego, están quienes lo hacen entre una y tres veces al día con el 32% y finalmente, está aquellos que realizan el procedimiento entre siete o más veces con el 26% (Gráfico N° 16). Ninguna definición supera la mitad de la población estudiada, pero, si sumamos quienes realizan el aseo de su ostomía más de cuatro veces al día, el porcentaje aumenta a 68%, lo que influye directamente en el bienestar y comodidad de la rutina diaria. Un simple ejemplo recae en comparar una o dos duchas diarias, lavar las manos o la cara, con el aseo del estoma por más de cuatro veces al día, algo lejano y desconocido que pierde el sentido de normalidad para las personas. Esta variable aumenta su importancia en las personas que deben llevar su enterostomía permanentemente, ya que si no se adaptan ni aceptan esta situación, podría afectarse directamente el área psicosocial ascendiendo el riesgo de presentar alguna patología de ésta índole.

La población estudiada prácticamente no ha mantenido su enterostomía por más de un año, a excepción de un caso que la mantiene entre cincuenta y tres y ciento cuatro semanas representando el 5,3%, mientras que la mayor parte se encuentra en el rango de tiempo que fluctúa entre veintisiete y cincuenta y dos semanas con el 58% del universo. (Gráfico N° 17).

El porcentaje que representa a las personas que tienen enterostomías entre cero y cincuenta y dos semanas, es decir, un año, es igual al 95% de la población, de lo cual se pueden inferir dos cosas relacionadas con la literatura estudiada y los resultados del estudio; primero, que el pronóstico de cáncer colorrectal, principal etiología de las enterostomías, es poco esperanzador en tiempo de vida, y, en segundo lugar, las enterostomías de la población estudiada principalmente son temporales, por lo que se podía predecir que no se encontrarían aquellas de un largo plazo.

Los resultados sobre la educación hospitalaria de los pacientes con enterostomía al momento del alta arrojaron en nuestro estudio un resultado positivo manifestando principalmente haber recibido una muy buena educación al alta con un 63,2% (Gráfico N°18), diferenciándose a lo determinado en el estudio del Hospital de Iquique, el cual determina que sólo un 34% de las personas estudiadas presenta autosuficiencia del cuidado al alta producto de lo aprendido. No obstante, en nuestro estudio se presentaron tres casos que calificaron la educación como mala y dos como regular (Gráfico N° 18). Esto deja de manifiesto la necesidad de evaluar la atención integral del equipo multidisciplinario, en especial de enfermería, entregada a los pacientes, ya que en la percepción usuaria se encuentra gran parte del valor de la calidad de cada profesional.

La evaluación en nuestro estudio de la continuidad del cuidado de enfermería en pacientes con enterostomía operados en el HBV determinó una ausencia de enfermeras especialistas en cuidado de estomas en un 79% de la población estudiada (Gráfico N° 20), contraponiéndose a los resultados del Hospital de Iquique en donde un 56% de las personas estudiadas reciben ayuda de enfermería para el cuidado de su ostomía. Sin embargo, un 31% de estas personas manifiestan la necesidad de enfermeras especialistas.

Cabe considerar, que el concepto de enfermera especializada para la población en estudio es quien pregunta por el estado del estoma de modo general, sin pensar en sentimientos, percepciones, aceptación y adaptación de la persona a su enterostomía, por lo que en estricto rigor no se podría considerar un profesional especialista en el cuidado integral de la persona con estoma.

La población en estudio declaró la necesidad de recibir atención de especialistas posterior al alta, ya que las dudas y miedos sobre el cuidado, manejo y adaptación aumentan con el paso del tiempo y se sienten desplazados del sistema de salud al no sentirse satisfechos con la especificidad de la atención.

En cuanto a los aspectos abarcados en la sección Calidad de Vida concordamos en que las personas con enterostomías presentan baja satisfacción en el área sexual 84,2% del total, en “impacto de la ostomía en el paciente y su entorno” (10) también de evalúa el área sexual

representado con un 71% que refiere una dificultad sexual, si bien no se trata del mismo instrumento reflejan perfectamente esta problemática dentro del grupo de las personas con ostomías lo cual abre el debate sobre la necesidad de orientación y apoyo profesional.

Para una persona con enterostomía representa un impacto en su nutrición adaptarse a una nueva dieta y hábitos de evacuación, pero no es un área que incapacite, sino más bien cumple un rol muy importante la educación que la persona reciba, ya que ayudará a que el proceso de adaptación se haga con normalidad.

Con respecto al dolor no existe un precedente en la evaluación de este parámetro, un 42,1% del total de nuestro estudio no presenta dolor por lo cual no necesita apoyo analgésico, esto muestra la necesidad de una oportuna valoración previo al alta considerando las patologías asociadas o causales de la ostomía.

La imagen corporal es un cambio importante en las personas con ostomías y que requiere de un proceso de adaptación a ésta, los efectos de esto en la calidad de vida de las personas quedo de manifiesto en varias investigaciones relacionadas con el tema, en una de ellas (10) donde se midió específicamente la aceptación a la nueva imagen corporal los resultados fueron que un 78% fue capaz de adaptarse, en nuestro estudio un 84,3% tiene una buena aceptación a su nueva imagen corporal, lo cual reafirma que es importante la orientación que se le entrega a la persona.

La educación en cuanto al manejo del dispositivo y eliminación de las heces es un punto importante dentro de la planificación a realizar con una persona que se va de alta con una enterostomía. Los resultados obtenidos muestran que un 36,8% se siente completamente seguro de realizar todo el manejo por si mismos y la media fue de 71 en el caso del enfermero Francisco Barbero (5), quien utilizó el mismo cuestionario. La media para autosuficiencia fue de 78,3, por lo cual cabe hacer hincapié en reforzar la educación al paciente y a su familia. Muchas veces por problemas de seguridad en si mismos los pacientes preferían que la educación la recibiera un familiar cercano, ya que se sentían incapaces de aprender la técnica correcta, pero en realidad sería importante destacar que la educación debe ser en primer lugar con la persona.

Algunas de las personas que visitamos en sus domicilios se encontraban en estado de postración debido a las patologías concomitantes o causantes de la ostomía, pero en ningún caso por causa exclusiva de la ostomía. Esto adquiere importancia en la adaptación negativa que la persona tenga de la ostomía, ya que al encontrarse tan limitada en sus actividades habituales repercute en su salud mental. En la sección adaptación positiva y negativa los resultados sugieren que las personas pueden lograr un equilibrio y una aceptación, y podemos ver cuán valorable es el efecto de sentir que existe alguien que pueda aconsejar o ayudar en caso necesario. Las cifras señalan que el 89,4% de las personas tiene una red de apoyo con la

cual ellas pueden sentirse seguras y confiadas de consultar, el impacto que ésto tiene en la adaptación sin lugar a dudas es importante.

En cuanto a la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, la población estudiada según el tema “autosuficiencia”, que corresponden a la seguridad que siente la persona para limpiarse el estoma, cambiar o utilizar su bolsa, tirar o vaciar su bolsa y adquirir bolsas de recambio, demuestra que la mayoría puede realizar estas actividades por sí solas, ya que la media es de 71 y sólo un caso no pudo hacer ningún procedimiento producto de enfermedades concomitantes que la mantienen dependiente del esposo principalmente. En esto se refleja el concepto de autocuidado descrito en su teoría, ya que la mayoría se siente autosuficiente en el manejo de su enterostomía, logrando la autonomía en lo cotidiano. No obstante, se presenta un caso que se enmarca dentro del contexto de la teoría del déficit de autocuidado, ya que el estado de postración impide desarrollar las actividades que regulan las situaciones presentes en la rutina diaria, limitándose a ser dependiente de otras personas. Por esto es válido respaldar la intervención de enfermería en este tipo de personas, ya que no presentan las herramientas necesarias para cumplir con su autocuidado. Lo anterior alude a la teoría de sistemas de enfermería en donde el enfermero define su atención de acuerdo a la limitación de la persona para su autocuidado; de acuerdo a los resultados del estudio, la mayoría requeriría de un sistema de enfermería de apoyo – educación, porque la enfermera prestaría ayuda con el objetivo de que las personas puedan manejar su enterostomía perdiendo miedos y dudas. Sin embargo, las personas postradas requieren de un sistema completamente compensador, ya que necesitan quien reemplace esa capacidad de autocuidado que ellos no presentan.

A pesar de existir una red de apoyo, las preocupaciones sociales y el sentimiento de rechazo o el temor a él, se encuentra presente en las personas con enterostomías en el grafico N°25 se observa esta tendencia en donde las personas con ostomías revelan sus temores al rechazo y a la soledad. La media para esta sección fue de 44,2 lo cual representa menos de la mitad del puntaje.

La aplicación de los instrumento de medición en diferentes realidades socioculturales permite otorgar confiabilidad y validez para dicho instrumento. El cuestionario de Montreux, aplicado en nuestra investigación, resulta representativo para la realidad nacional en lo que implica las secciones de forma individual no así como para obtener un número que se pueda utilizar como referencia para finalmente concluir si la calidad de vida del individuo es buena o mala.

7. CONCLUSIONES

A través del censo realizado, basado en nuestro instrumento de recolección de datos y el extracto del cuestionario de Montreux, pudimos determinar el perfil sociodemográfico de la población en estudio como mujer mayor de 60 años, casada, pensionada, perteneciente al grupo FONASA B según previsión de salud, con una escolaridad básica incompleta, que cumple el rol del abuela dentro de una familia extensa monoparental, con creencia religiosa católica. En cuanto a la tabulación y análisis de los factores biosicosociales asociados a las enterostomías, su manejo y calidad de vida en la población estudiada, independiente del diagnóstico de base, hacemos un balance positivo en cuanto al estado del estoma, piel periestomal, tipo y permanencia temporal de la enterostomía, nutrición, ausencia de dolor y apoyo familiar incondicional. No obstante, muestran un déficit en ámbitos como actividad sexual condicionada por la edad, estado civil y ostomía; imagen corporal, bienestar físico y psicológico, percibiendo su vida anormal producto de su enterostomía y negándose a aceptarla, lo cual indica las áreas que deben trabajar el equipo de salud en pro de una atención con la perspectiva del usuario.

En cuanto al concepto de calidad de vida de la población en estudio, en comparación con el de la OMS que dice: *“Grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas”*, se observa un evidente deterioro en la percepción de su situación física en cuanto al bienestar e imagen corporal, principalmente, aislamiento social e insatisfacción en algunos aspectos psicológicos. Sin embargo, su vida familiar se mantiene intacta manifestando un apoyo incondicional de ellos en sus necesidades de ayuda, consejo, comprensión y compañía.

De los puntos estudiados se desprenden resultados que demuestran la complejidad del impacto de la enterostomía en una persona, ya que abarca varios aspectos simultáneamente impidiendo el desarrollo normal de la vida cotidiana. Esto se refleja claramente en el daño psicosocial presente hasta en las situaciones más indispensables, como trabajar y recibir ingresos satisfactorios que den estabilidad y una calidad de vida adecuada respecto a las necesidades básicas de una persona, ya que el porcentaje de personas pensionadas aumenta de un 21,05% a un 68,42% y las personas con trabajo independiente disminuyen de un 42,11 a un 10,53% posterior a la enterostomía. Esto se gatilla, primeramente, con la baja escolaridad, ya que un 42,11% de la población presenta enseñanza básica incompleta y un 26,32% enseñanza media incompleta, lo que permite un acceso limitado al ámbito laboral, y, en segundo lugar, al propio límite de la persona al verse afectada por la implicancia de la enterostomía en la cotidianidad.

Existe una preocupación especial por la dificultad de adaptación que presentan las personas estudiadas al realizar el aseo de la ostomía, ya que sólo el 32% realiza el aseo entre 1 y 3 veces al día. Esto llama la atención, ya que el 68% son colostomías, las cuales, por las características del efluente, no deben limpiarse más de cuatro veces si están bien manejadas y sin complicaciones. Además, cabe considerar que sólo el 32% de las personas en estudio tiene una enterostomía de carácter permanente. Sin embargo, esta cifra de apariencia menor cobra importancia en la calidad de vida que adoptará a futuro esta persona que debe asear su estoma más de cuatro veces al día, que cambia su imagen corporal, que siente un rechazo social permanente sin siquiera comprobarlo y se aísla. Todo ello puede afectar el área psicosocial aumentando el riesgo de presentar una patología de índole psicosomático como lo explica la Teoría de estrés y adaptación de Dr. Seyle a través de la fase de resistencia en donde se manifiestan síntomas de neurosis de tipo medio como depresión, irritabilidad, insomnio, ansiedad, aumento de la presión arterial, confusión y dificultad para resolver problemas producto de la constante exposición a esta situación que altera el ritmo de sus vidas (14). Sin embargo, en la mayoría de la población estudiada estos síntomas son, más bien, factores de riesgo, ya que no todas manifiestan alteraciones de este tipo, pero refieren necesitar más ayuda de la que han recibido. Por otro lado, hubo casos que refirieron recibir asistencia por parte de psicólogo producto del impacto de la enterostomía provocándole depresión, aislamiento social y postración.

En cuanto a la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, la población estudiada según el tema “autosuficiencia”, que corresponden a la seguridad que siente la persona para limpiarse el estoma, cambiar o utilizar su bolsa, tirar o vaciar su bolsa y adquirir bolsas de recambio, demuestra que la mayoría puede realizar estas actividades por sí solas, ya que la media es de 71 y sólo un caso no pudo hacer ningún procedimiento producto de enfermedades concomitantes que la mantienen dependiente del esposo principalmente. En referencia al manejo y percepción de vida normal se observa que más de la mitad de las personas estudiadas no sienten esto así producto de la enterostomía y, a su vez, el bienestar físico y psicológico se ven desmembrados, ya que, a pesar de presentar una media de 57,5 y de 59,1 respectivamente, la tendencia hacia el máximo bienestar no presenta una gran diferencia con los resultados más negativos. Un balance positivo al respecto es que en el tema del “dolor” no hay personas que manifiesten dolor por la ostomía propiamente tal, sino mas bien por las patologías concomitantes y causantes de la enterostomía., al igual que la nutrición manifestando no presentar problemas respecto a su estado corporal, malestares relacionados con la ostomía o desconocimiento de lo que puedan comer.

En conclusión, queda de manifiesto la necesidad de evaluar la atención integral del equipo multidisciplinario, en especial de enfermería, entregada a los pacientes, ya que en la percepción usuaria se encuentra gran parte del valor de la calidad de cada profesional tornándose oportuno y menester la colaboración continua y apoyo integral a quienes se enfrentan a un diagnóstico que produce gran temor, especialmente en una cultura como la nuestra, sumado a todas las consecuencias que impactan en el cotidiano vivir.

Los resultados de esta tesis quedarán a disposición de la Escuela de Enfermería y biblioteca de la Universidad Austral de Chile. Además, se entregará una copia al Subdepartamento de Cirugía Adulto del HBV con el objetivo de informar a los profesionales sobre la situación de los pacientes ahí intervenidos por el equipo médico y de enfermería en el pre y postoperatorio, mostrando una perspectiva con enfoque de salud integral que pueda impulsar un trabajo multidisciplinario en pro de la satisfacción de las necesidades del paciente. Además, esto puede ser una base para elaborar nuevas estrategias de atención de enfermería no sólo a nivel terciario, sino que a nivel primario y secundario posterior a la enterostomía producto de los cambios, especialmente negativos, presentes en las personas desde que viven con una enterostomía.

El compartir con estas personas y el análisis de los resultados del estudio nos permiten difundir cuán importante es la labor del equipo de salud para ellos y la necesidad de sentirlo cercano por los miedos y dudas que esto atrae. Además, queda la tarea de profundizar la calidad de educación hacia estas personas, ya que varios déficit en ellas se observan producto de una intervención para sus conocimientos incompleta en todos los aspectos que engloba la satisfacción humana. En países desarrollados la estomaterapia cumple con esta tarea entregando la atención necesaria con resultados positivos para su comunidad, reflejando la implicancia de esta especialidad de la enfermería para nuestra formación profesional.

El ideal que motivó esta investigación, que ahora se sustenta en los resultados, es que existan profesionales capacitados que puedan realizar un trabajo en red y, junto con la percepción del usuario con enterostomía, desarrollar planes enfocados al cuidado, manejo y adaptación integral de esta situación en favor de la mejora de la calidad de vida sin olvidar el concepto de ser humano en su totalidad y el impacto que tiene la presencia de profesionales de la salud en los usuarios. No debemos olvidar que actualmente es el profesional de enfermería el encargado de informar y educar al paciente sobre el significado de la enterostomía, su manejo y su implicancia en la vida cotidiana alentando y apoyando para seguir adelante con esta situación.

Esperamos que nuestro estudio sea, más que una estadística, el puntapié para una salud más íntegra con bases en la evidencia científica para favorecer la calidad de vida de las personas atendidas en nuestro servicio de salud.

8. BIBLIOGRAFÍA.

LIBROS

- (3) Azolas, Carlos y Jensen B., Cristian. (1994) *Cirugía del Colon*. (Sociedad de cirujanos de Chile) Santiago, Chile.
- (4) Azolas, Carlos y Yuri P, Antonio. (1992) *Proctología Práctica*. (Sociedad de cirujanos de Chile) Santiago, Chile.
- (1) Marriner, A. (1994). *Modelos y teorías en enfermería*. (3ª ed., pp. 175-186). España: Mosby.
- (2) Martí, Joan; Ragué, Montserrat y Tejido, Valentí. (1999) *Estomas: Valoración, tratamiento y seguimiento*. (Ediciones Doyma S.A). Barcelona, España.
- (14) Molina, C. (2005) Apuntes de asignatura “Teorías y Modelos de enfermería”. *Teoría de estrés y adaptación según Dr. Selye*. Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile, Valdivia.

REFERENCIAS ELECTRONICAS:

- (5) Barbero Juárez, Francisco Javier; Martín Cañete, Francisco José; Valero, Vicenta Galbis, y López, Josefa García “*Influencia de la irrigación en la Calidad de Vida del paciente colostomizado*” *Nure Investigación*, n° 7(Julio 2004)
Recuperado el 14 Agosto del 2007.
- (8) Barbero, Javier 2005 “Web para ostomizados y profesionales sanitarios.”
Visitada el 05 de septiembre del 2007.
www.ostomias.com
- Brito, Julio “*Ostomías en Iquique: Características epidemiológicas*” *Revista chilena de Cirugía* Vol. 55 N°6 diciembre 2003 páginas 580-583.
Recuperado el 05 de septiembre del 2007.

- (10) Brito, Julio *“Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno” Revista chilena de Cirugía* Vol. 56 N°1 febrero 2004 paginas 31-34.
Recuperado el 05 de septiembre del 2007.
Disponible en:
[http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Cirujanos%202003_06/Rev.Cir.6.03.\(06\).AV.pdf](http://www.cirujanosdechile.cl/Revista/PDF%20Cirujanos%202003_06/Rev.Cir.6.03.(06).AV.pdf)
- (11) Departamento de Cirugía digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile.
Recuperado el 07 de septiembre del 2007.
Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/paginas/Departamentos/CirDigestiva/QueEsp.htm>
PUC- Esc. De Medicina
- (6) Espinoza H, Magali Sujeli. *“Conocimientos y practicas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliti Martin, Noviembre 2002”* Lima, Perú.
Recuperado el 24 Agosto del 2007.
- (12) Manual de patología quirúrgica Pontificia Universidad Católica de Chile.
Recuperado el 07 de septiembre del 2007
Disponible en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_023.html
- (9) MEDINA L, Ernesto y KAEMPFER R, Ana M. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas. *Rev. méd. Chile*. [online]. oct. 2001, vol.129, no.10
Recuperado el 07 Septiembre del 2007, p.1195-1202.
Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001001000014&lng=es&nrm=iso>.
- (13) Schwartzmann, L. (2003) *“Calidad de vida relacionada con la salud: seminario introductorio”*.
Recuperado el 20 de febrero de 2008 en el link
.http://epi.minsal.cl/cdvida/doc/Doc1lschwarzman.ppt#381,18,CALIDAD DE VIDA (OMS)
- (7) Sociedad española experta en estomaterapia. (S.E.D.E)
Visitada el 05 de septiembre del 2007
www.estomaterapia.com

ANEXOS

Anexo N°1

“Instrumento de Recolección de Datos”

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°: _____

ITEM I: DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

A.- EDAD:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. Menor de 20 años | ☐ |
| 2. Entre 20 y 40 años | ☐ |
| 3. Entre 41 y 60 años | ☐ |
| 4. Más de 60 años | ☐ |

B.- SEXO:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1. Masculino: | ☐ | 2. Femenino: | ☐ |
|---------------|--------------------------|--------------|--------------------------|

C.- ESCOLARIDAD:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Sin escolaridad | ☐ |
| 2. Básica incompleta | ☐ |
| 3. Básica completa | ☐ |
| 4. Media incompleta | ☐ |
| 5. Media completa | ☐ |
| 6. Estudios Técnicos Superiores y/o Superiores Incompletos | ☐ |
| 7. Estudios Técnicos Superiores y/o Superiores Completos | ☐ |

D.- CONDICION LABORAL PREVIA A LA ENTEROSTOMIA:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. No trabajaba | ☐ | 4. Cesante | ☐ |
| 2. Trabajo Independiente | ☐ | 5. Pensionado | ☐ |
| 3. Trabajo Dependiente | ☐ | 6. Labores Domésticas | ☐ |

E.- CONDICION LABORAL POSTERIOR A LA ENTEROSTOMIA:

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. No trabaja | ☐ | 4. Cesante | ☐ |
| 2. Trabaja Independiente | ☐ | 5. Pensionado | ☐ |
| 3. Trabaja Dependiente | ☐ | 6. Labores domésticas | ☐ |

F.- PREVISIÓN DE SALUD:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Ninguna | ☐ |
| 2. Fonasa A | ☐ |
| 3. Fonasa B | ☐ |
| 4. Fonasa C | ☐ |
| 5. Fonasa D | ☐ |
| 6. Isapre | ☐ |
| 7. Otra | ☐ |

G.- ESTADO CIVIL:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 1.- Soltero/a | ☐ | 4.- Conviviente | ☐ |
| 2.- Casado/a | ☐ | 5.- Viudo/a | ☐ |
| 3.-Separado/a | ☐ | 6.- Divorciado/a | ☐ |

ITEM II: RED DE APOYO

H.- TIPO DE FAMILIA:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1.- Nuclear: Monoparental | ☐ | 4.- Extensa: Monoparental | ☐ |
| 2.- Nuclear: Biparental | ☐ | 5.- Extensa: Biparental | ☐ |
| 3.- Reconstituida | ☐ | 6.- Unipersonal | ☐ |

I.- ROL EN LA FAMILIA:

- | | | | |
|------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1.- Madre | ☐ | 4.- Abuelo/a | ☐ |
| 2.- Padre | ☐ | 5.- Tío/a | ☐ |
| 3.- Hijo/a | ☐ | 6.- Otro | ☐ |

J.- RELIGIÓN:

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. No tiene | ☐ |
| 2. Católica | ☐ |
| 3. Evangélica | ☐ |
| 4. Testigos de Jehová | ☐ |
| 5. Otra | ☐ |

ITEM III: OSTOMÍA Y MANEJO:

K.- TIPO DE OSTOMÍA:

- | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1.- Ileostomía | ☐ | 3.- Colostomía Terminal | ☐ |
| 2.- Colostomía en Asa | ☐ | 4.- Cecostomía | ☐ |

L.- TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1. Miles | ☐ |
| 2. Hartmann | ☐ |
| 3. Otra | ☐ |

M.- DURACIÓN DE LA OSTOMÍA:

- | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 1. Permanente | ☐ | 2. Temporal | ☐ |
|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|

N.- ESTADO DEL ESTOMA:

- | | |
|---------------|--------------------------|
| 1. Plano | ☐ |
| 2. Retracción | ☐ |
| 3. Estenosis | ☐ |

O.- ESTADO DE LA PIEL PERIESTOMAL:

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1. Normal | ☐ |
| 2. Eritema | ☐ |
| 3. Con infección | ☐ |

P.- DISPOSITIVO UTILIZADO:

- | | |
|------------------------|--------------------------|
| 1. Una pieza | ☐ |
| 2. Dos piezas, abierto | ☐ |
| 3. Dos piezas, cerrado | ☐ |

Q.- ASEO DE OSTOMÍA AL DÍA:

1. 1 - 3 veces ☐
2. 4 - 6 veces ☐
3. 7 o más veces ☐

R.- TIEMPO DE LA OSTOMÍA:

1. 0-4 semanas ☐
2. 5-26 semanas ☐
3. 27-52 semanas ☐
4. 53-104 semanas ☐
5. 105 semanas o más ☐

S.- EDUCACIÓN RECIBIDA AL ALTA:

1. No recibió ☐
2. Muy buena ☐
3. Buena ☐
4. Regular ☐
5. Mala ☐
6. Muy mala ☐

ITEM IV:

Cuestionario “MONTREAU” de CALIDAD DE VIDA en pacientes con estomas.

SECCIÓN 1: CALIDAD DE VIDA.

1. ¿Hasta que punto se encuentra fuerte?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

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

Totalmente Insuficiente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente Suficiente
0	1	2	3	4	5			

3. ¿Se cansa fácilmente?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

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

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

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

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

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

Totalmente Insuficiente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente Suficiente
0	1	2	3	4	5			

7. ¿Cómo es su estado actual de salud?

Muy malo	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Excelente
0	1	2	3	4	5			

8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?

Nada Fácil	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muy Fácil
0	1	2	3	4	5			

9. ¿Hasta que punto usted lo pasa bien (hobbies, entretenimientos, vida social)?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

10. ¿Come a gusto?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muchísimo
0	1	2	3	4	5			

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

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Mucho
0	1	2	3	4	5			

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

Totalmente Insuficiente	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente Suficiente
0	1	2	3	4	5			

13. ¿Hasta qué punto se siente útil?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muy útil
0	1	2	3	4	5			

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

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muy Feliz
0	1	2	3	4	5			

15. ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Muy Satisfactoria
0	1	2	3	4	5			

16. ¿Hasta qué punto nota Ud. dolor?

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Insoportable
0	1	2	3	4	5			

17. ¿Con qué frecuencia nota Ud. dolor?

Nunca	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Continuamente
0	1	2	3	4	5			

18. ¿Cómo es su calidad de vida?

Muy Mala	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Excelente
0	1	2	3	4	5			

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

Nada

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

Muchísimo
Miedo

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

Totalmente
Insuficiente

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

Del todo
Suficiente

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

Nada

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

Mucho

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

Nada

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

Muchísimo

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

Totalmente
De acuerdo

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

Totalmente
en desacuerdo

SECCIÓN 2: AUTOSUFICIENCIA.

Hasta qué punto se siente seguro para:

24. Limpiarse el estoma

Nada

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

Totalmente

25. Cambiar o utilizar su bolsa

Nada

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

Totalmente

26. Tirar su bolsa

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente
0	1	2	3	4	5			

27. Obtener sus bolsas de recambio

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente
0	1	2	3	4	5			

28. Conseguir consejo o ayuda en caso necesario

Nada	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente
0	1	2	3	4	5			

SECCIÓN 3: CUESTIONES GENERALES

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

Nunca	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	A veces
0	1	2	3	4	5			

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

Totalmente De acuerdo	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente en desacuerdo
0	1	2	3	4	5			

31. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma

Totalmente De acuerdo	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Totalmente en desacuerdo
0	1	2	3	4	5			

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

Nunca	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Siempre
0	1	2	3	4	5			

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

Nunca	<table border="1"><tr><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	0	1	2	3	4	5	Siempre
0	1	2	3	4	5			

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

Nunca

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

Siempre

35. ¿Sigue Ud. viendo a una enfermero/a especializada en cuidados de la ostomía?

SI

☐

NO

☐

MUCHAS GRACIAS

Anexo N° 2

“Consentimiento Informado”



Universidad Austral de Chile
Escuela de Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación de Enfermería

“Perfil sociodemográfico y algunos factores asociados a la adaptación biopsicosocial y calidad de vida de adultos con enterostomías, Valdivia, 2006-2007”

YO, _____, he sido debidamente informado(a) por las Tesisistas de Srta. Nathalia Soto y Srta. Ariana Stefanini; las cuales realizan una investigación para optar al grado de Licenciatura en Enfermería.

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 y para que así conste firmo el presente documento.

— Firma Persona
con enterostomía

Firma de Tesisistas

Fecha: _____

Anexo N°3

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

Anexo N° 3

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

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

Anexos entre N° 4 y 16

“Tablas de distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntajes obtenidos en los sub- ítems calidad de vida, autosuficiencia y cuestiones generales del Cuestionario de Montreux.”

Tabla N° 1

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Bienestar Psicológico.

Bienestar Psicológico		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1	5,3%
16	1	5,3%
20	1	5,3%
24	1	5,3%
36	1	5,3%
40	2	10,5%
60	1	5,3%
64	1	5,3%
72	4	21,1%
76	1	5,3%
80	1	5,3%
84	1	5,3%
96	1	5,3%
100	2	10,5%
Total	19	100%

Tabla N° 2

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Bienestar Físico.

Bienestar Físico		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
32	2	10,5%
40	1	5,3%
44	2	10,5%
48	2	10,5%
52	2	10,5%
56	1	5,3%
64	1	5,3%
68	5	26,3%
72	1	5,3%
84	2	10,5%
Total	19	100%

Tabla N°3

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Imagen Corporal.

Imagen Corporal		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
5	1	5,3%
40	2	10,5%
50	6	31,6%
55	1	5,3%
70	2	10,5%
75	4	21,1%
80	2	10,5%
95	1	5,3%
Total	19	100%

Tabla N° 4

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Dolor.

Puntaje	Dolor	
	Frecuencia	Porcentaje
0	8	42,1%
20	3	15,8%
30	2	10,5%
40	1	5,3%
50	1	5,3%
60	2	10,5%
70	1	5,3%
100	1	5,3%
Total	19	100%

Tabla N°5

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Actividad Sexual.

Actividad Sexual		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	16	84,2%
80	2	10,5%
100	1	5,3%
Total	19	100%

Tabla N°6

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Nutrición.

Puntaje	Nutrición	
	Frecuencia	Porcentaje
13,4	1	5,3%
20,1	1	5,3%
26,8	2	10,5%
33,5	1	5,3%
40,2	1	5,3%
60,3	1	5,3%
67	5	26,3%
73,7	1	5,3%
80,4	1	5,3%
87,1	2	10,5%
100	3	15,8%
Total	19	100%

Tabla N° 7

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Preocupaciones Sociales.

Preocupaciones Sociales		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
20	2	10,5%
30	1	5,3%
40	3	15,8%
50	13	68,4%
Total	19	100%

Tabla N° 8

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Manejo de ostomía

Puntaje	Manejo	
	Frecuencia	Porcentaje
0	6	31,6%
20	2	10,5%
60	1	5,3%
80	2	10,5%
100	8	42,1%
Total	19	100%

Tabla N° 9

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Autosuficiencia.

Autosuficiencia		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1	5,26%
25	1	5,26%
45	1	5,26%
50	3	15,79%
55	1	5,26%
70	1	5,26%
75	3	15,79%
80	1	5,26%
100	7	36,84%
Total	19	100%

Tabla N° 10

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Ayuda y Consejo.

Ayuda y Consejo		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
20	1	5,26%
80	1	5,26%
100	17	89,47%
Total	19	100%

Tabla N° 11

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Adaptación Positiva.

Adaptación Positiva		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	3	15,79%
10	3	15,79%
20	1	5,26%
30	2	10,53%
50	9	47,37%
90	1	5,26%
Total	19	100%

Tabla N° 12

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Adaptación Negativa.

Adaptación Negativa		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
10	1	5,26%
20	3	15,79%
30	1	5,26%
40	2	10,53%
50	5	26,32%
60	2	10,53%
70	1	5,26%
80	2	10,53%
90	2	10,53%
Total	19	100%

Tabla N° 13

Distribución porcentual y numérica de frecuencia de personas con enterostomías según puntaje en la sección Ayuda.

Ayuda		
Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
0	1	5,26%
50	1	5,26%
100	17	89,47%
Total	19	100%