

Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería

Self-care practice of ostomy patients before and after nursing's educational intervention

Juan Andrés Almendárez-Saavedra,¹ Martha Landeros-López,² Ma. Alejandra Hernández-Castañón,³ Yolanda Galarza-Maya,⁴
María Teresa Guerrero-Hernández²

¹Servicio de Cirugía, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Secretaría de Salud, San Luis Potosí; ²Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de San Luis Potosí; ³Unidad de Posgrado e Investigación, Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Querétaro, Querétaro; ⁴Jefatura de Enfermería, Hospital Central “Dr. Ignacio Morones Prieto”, Secretaría de Salud, San Luis Potosí. México

Palabras clave:
 Estoma quirúrgico
 Educación en salud
 Aprendizaje
 Autocuidado
 Atención de Enfermería

Resumen

Introducción: los pacientes enterostomizados requieren conocimientos de autocuidado para mantener su estado de salud y el personal de enfermería tiene un papel crucial en esto.

Objetivo: determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería.

Metodología: estudio de intervención previo y posterior a enterostomía, realizado durante febrero-julio de 2013 en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí, México. La muestra fue por conveniencia en 13 pacientes enterostomizados. Se aplicó una encuesta antes de la intervención y tres posteriores a esta. Se validó por expertos con una confiabilidad con alfa de Cronbach = 0.670; contó con 20 ítems de respuesta cerrada. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

Resultados: la media de edad fue 41.8 años (mínima 21 y máxima 73 años), predominó el sexo masculino (84.6 %) y la colostomía (46.1 %). Los conocimientos sobre prácticas de autocuidado en alimentación y cuidado de ostomía fueron incrementados después de la intervención, lo cual quedó demostrado por comparación de medias de las mediciones ($t = -3.570$, $t = -6.390$, $t = -3.695$, respectivamente) con diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$).

Conclusión: los conocimientos sobre prácticas de autocuidado incrementaron y mostraron vigencia posterior a la intervención educativa de enfermería, aspectos que promueven la adaptación del paciente a su condición de salud y mejoran su calidad de vida.

Keywords:
 Descriptors
 Surgical stomas
 Health Education
 Learning
 Self care
 Nursing care

Correspondencia:
 Juan Andrés Almendárez-Saavedra
Correo electrónico:
 j.aas78@hotmail.com
Fecha de recepción:
 25/08/2014
Fecha de dictamen:
 19/01/2015
Fecha de aceptación:
 26/02/2015

Abstract

Introduction: The patients with intestinal stomas require self-care knowledge and practice to accept and keep their actual health status. The nursing personal has an important role in this.

Objective: To determine the level of knowledge of self-care practice in patients with intestinal stomas, pre and post nursing education intervention.

Methodology: Pre and post intervention study, made in a second level hospital in San Luis Potosí, México, between February and July 2013. The sample was made by convenience in 13 patients with intestinal stomas, previous consent informed. The instrument made on purpose, validated by experts and 0.670 Cronbach Alpha reliability, it had 20 items of closed questions. The analysis was made in SPSS v.17, using descriptive and inferential statistics “t of Student”, two related samples and matched with themselves. (Pre and post immediately, 15 days pre and post; 30 days pre-post).

Results: The average age was 41.8 years, (21 minimum and 73 years maximum), the male was majority (84.6%) and the colostomy (46.1%). The self-care practices knowledge, about feeding and ostomy care was increased post intervention. Showed by comparisons the average measurement ($t = -3.570$, $t = -6.390$, $t = -3.695$, respectively) with significant differences statistically ($p < 0.05$).

Conclusion: The self-care practice knowledge increased, they showed active after nursing education intervention, aspects that promote patient adaptation to your health and improve their quality of life.

Introducción

Las enterostomías consisten en la creación de una estoma (boca) mediante un procedimiento quirúrgico en alguna parte del tracto intestinal, en este caso para facilitar la eliminación del intestino grueso o delgado y según la ubicación es denominada colostomía o ileostomía.¹

El cáncer de colon ha estado íntimamente relacionado con la realización de ostomías digestivas; tan solo en Estados Unidos el cáncer colorrectal ha sido la segunda causa de muerte y el tercero más frecuente y afecta por igual a hombres y mujeres. En el 2007 un total de 142 672 personas en ese país fueron diagnosticadas con cáncer colorrectal, lo cual culminó en 53 219 defunciones.³ Esta situación ha generado la creación de nueve programas para enterostomizados y un promedio de dos estomatotrapeutas acreditados por hospital.²

Un estudio en 20 regiones del mundo, que se basó en los reportes de la International Agency for Research on Cancer, realizó la estimación de nuevos casos de cáncer: el colorrectal se mantuvo entre las tres primeras causas de incidencia, solamente rebasado por el de mama y pulmón. Este estudio también reveló que el 63 % de las muertes por cáncer se producen en las regiones menos desarrolladas del mundo.³

En Chile se reportó el cáncer colorrectal como tercera causa de defunción, con el antecedente de que entre 1990 y 2003 la mortalidad incrementó de 16 al 20 %, y fue la primera causa de ostomías, seguida de las enfermedades inflamatorias intestinales, los traumatismos abdominales, las malformaciones anorrectales y el megacolón.²

Al respecto, en México el cáncer de colon y recto se ha triplicado en menos de una década. Según el reporte del Registro Histopatológico Nacional, en el año 2000 fallecían 18 de 20 enfermos; actualmente mueren 11 de cada 20. La información epidemiológica oficial señala que en Chihuahua, Torreón y Mérida este cáncer ocupa el segundo lugar de morbilidad, superando al de mama y al de próstata.^{4,5}

Debido a esto, en México aumentan las personas a las que se les realiza una ostomía de eliminación por diversos problemas de salud. Según un estudio multicéntrico, en el que participaron instituciones de salud tanto públicas como privadas, los diagnósticos médicos que derivaron en una enterostomía fueron los problemas de tipo oncológico en colon, recto, vejiga y útero, los cuales sumaron el 35 %, y fueron seguidos de las enfermedades inflamatorias. El problema se presentó en grupos de edad desde los 19 hasta los de 63 años o más.⁶

El paciente con una enterostomía cursa con cambios importantes que alteran su calidad de vida; esto incluye modificaciones a sus patrones alimenticios y de eliminación, en el manejo de afrontamientos y la aceptación de su ostomía; asimismo, su imagen corporal puede afectar su forma de relacionarse con las personas; por último, este paciente debe adaptarse a prácticas de autocuidado distintas, con las cuales debe familiarizarse. Una revisión integrativa⁷ mostró que, según diversos estudios, existe evidencia de una falta de preparación para el autocuidado en los pacientes ostomizados y señala que es necesaria una planificación de la continuidad de la educación que deben recibir estos pacientes.

Es importante considerar que en el proceso educativo del adulto se deben identificar las particularidades de la personalidad según la edad adulta, a fin de diseñar lineamientos con una metodología didáctica apropiada.⁸ En el proceso de aprendizaje del adulto se consideran algunos principios retomados de la Andragogía. Uno de ellos es la utilización de la experiencia y la historia de vida como recurso de aprendizaje; el otro se relaciona con una inmediata aplicación de los aprendizajes y por lo tanto la verificación de los resultados a través de las circunstancias prácticas, a fin de tomar decisiones, actuar y resolver problemas.^{9,10}

En el sistema de salud mexicano se han realizado estrategias para mejorar la detección y el diagnóstico oportuno de cáncer colorrectal no hereditario en adultos, en primero, segundo y tercer nivel de atención a partir de guías de práctica médica, las cuales incluyen recomendaciones respaldadas en la evidencia.⁵ Por otra parte también se encuentra la *Guía de práctica clínica basada en evidencia científica para el marcaje y manejo integral de estomas*, que tiene como objetivos contribuir a mejorar la atención médica, disminuir la variabilidad de la práctica clínica, fomentar el uso eficiente de los recursos, servir como instrumento para orientar al clínico en la toma de decisiones y ser pieza importante en la educación continua para los profesionales de la salud en estomas.¹¹

El cuidado de la ostomía es una intervención de enfermería y deben tenerse en cuenta tanto la formación y la capacitación del personal sobre Estomatoterapia, como la creación de guías o protocolos que fomenten el autocuidado en el paciente. En Brasil se reportan un total de 500 estomatotrapeutas, en Suecia 100 y en México, aunque existe un déficit en el registro sobre incidencia y prevalencia de ostomizados, hay 197 enfermeras estomatotrapeutas activas.²

La mayoría de los estudios realizados en diversos países y México apunta a que la realización de las ostomías digestivas se debe a múltiples factores, entre los que se encuentran los problemas de tipo oncológico, enfermedades inflamatorias intestinales y traumatismos, entre otros; además, esos estudios coinciden en que la educación para la salud en este grupo de pacientes es deficiente, lo que hace que el paciente enterostomizado manifieste conductas como el miedo, que inciden en que sea vulnerable a complicaciones. Por este motivo es de vital importancia fortalecer los programas de educación, por medio de la planificación y estandarización, con el fin de adquirir conocimientos y habilidades que permitan modificar su estilo de vida y un autocuidado efectivo.¹²⁻²¹ La atención específica, sistematizada y con una interacción directa del personal de enfermería con el paciente enterostomizado es parte de las estrategias del gobierno en las instituciones públicas de segundo y tercer nivel, y contribuye al alcance de las metas del Plan Nacional de Salud.²²

Derivado de las consideraciones anteriores, este estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado en pacientes enterostomizados antes y después de una intervención educativa de enfermería en un hospital de segundo nivel de atención.

Métodos

Este fue un estudio de enfoque cuantitativo con un diseño cuasi experimental tipo intervención previa y posterior; fue realizado en un hospital público de segundo nivel de atención durante el periodo de febrero a julio del 2013 en San Luis Potosí, México. La muestra por conveniencia estuvo constituida por 13 pacientes que, bajo consentimiento informado, aceptaron participar en el estudio. Los servicios hospitalarios donde fueron localizados los pacientes fueron Urgencias, Medicina Interna y Cirugía.

Fueron incluidos pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años portadores de una enterostomía de eliminación (ileostomía o colostomía, con estoma temporal o definitiva), sin importar la causa médica y que sabían leer y escribir. También se estableció que los pacientes tuvieran permanencia total en la sesión educativa realizada por el investigador y dieran respuesta al instrumento en el número de veces solicitadas, incluso una vez egresados del hospital, previa firma de consentimiento informado. Un paciente fue excluido por tener solo dos encuestas y por encontrarse en proceso de reconexión; otros criterios considerados para exclusión fueron la alteración cogniti-

va o perceptual del paciente, que laboraran en el área de la salud y que tuviesen complicación en la estoma.

Las variables del estudio fueron a) sociodemográficas y de estado de salud; b) conocimientos sobre prácticas de autocuidado que el paciente tenía sobre necesidades de alimentación (tipo de dieta y alimentos, actividades en prevención de estreñimiento o diarrea, consulta médica, realización de ejercicio); c) cuidados de la ostomía (cura de estoma, cambio de bolsa, vigilancia de características del estoma, el aseo corporal y baño).

El instrumento utilizado fue elaborado ex profeso con base en estudios similares^{14,15} y se denominó “Encuesta de conocimientos sobre prácticas de autocuidado”. Su validación fue hecha por expertos y obtuvo una confiabilidad por alfa de Cronbach = 0.670. Contó con dos apartados: el primero para obtener las variables sociodemográficas y de la ostomía; con el segundo se buscó indagar los conocimientos del paciente enterostomizado sobre prácticas de autocuidado (alimentación y cuidado de la ostomía). Fueron 20 reactivos de respuesta dicotomizada y calificadas como correctas = 1 punto e incorrectas = 0 puntos.

La encuesta fue aplicada antes de la intervención educativa de enfermería e inmediatamente al finalizar la sesión; posteriormente, se hizo una aplicación de la misma a los 15 días y la última al mes, con el propósito de observar la vigencia del conocimiento. Cabe mencionar que durante el transcurso del proceso de recolección de los datos a los pacientes que egresaron del área hospitalaria, se les dio seguimiento en su domicilio mediante consentimiento del paciente y la familia.

La intervención educativa fue realizada individualmente con cada paciente. Su validación fue hecha por expertos y se realizó una prueba de proceso en 10 % de la población esperada. En la intervención se proyectó una presentación al paciente (PowerPoint, versión 2010), la cual abordó las prácticas de autocuidado que debía tener en cuanto a sus necesidades de alimentación y el cuidado de la ostomía. El enfoque fue interactivo; se estimuló al paciente a expresar dudas, sentimientos, así como aportes al contenido proyectado según sus experiencias; también se entregó al paciente un documento que apoyó la presentación proyectada.

La captura, el procesamiento y el análisis de la información se hicieron en el paquete estadístico SPSS, versión 17 en español. En el análisis se empleó estadística descriptiva, como medidas de centro (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación típica, mínimos y máximos) en las variables cuantitativas; para variables categóricas fueron obtenidas las frecuencias absolutas y

relativas. Para demostrar si el paciente enterostomizado adquirió mayor conocimiento sobre prácticas de autocuidado, se realizó la comparación de medias respecto al antes y después de la intervención educativa de enfermería. En el análisis se utilizó *t* de Student para muestras relacionadas y pareadas consigo mismas; el nivel de confianza fue del 95 % y la significación estadística tuvo un valor de $p < 0.05$.

La finalidad de la investigación fue la adquisición de conocimiento de los pacientes ostomizados a través de la intervención educativa de enfermería y por lo tanto hubo manipulación de variable. El estudio se apegó a la Declaración de Helsinki y a la Ley General de Salud en materia de investigación. Fue clasificado como riesgo mínimo y contempló firma del consentimiento informado por el paciente.²³ El Comité de Investigación y Ética de la institución de salud otorgó número de registro 31-13.

Resultados

En los 13 pacientes, la media de edad fue 41.8 años y la moda de 45, la edad mínima de los pacientes fue 21 años y la máxima de 73, con una desviación típica (DT) de 16.4. Predominó el sexo masculino con el 84.6 %. En cuanto al estado civil, los solteros y casados tuvieron porcentajes iguales (de 30.8 %); el resto (38.4%) se circunscribió en los estados de divorciado, viudo y unión libre. En su mayoría (69.2 %) aún se encuentran en actividad laboral y el 69.3 % tienen un nivel escolar de secundaria y preparatoria.

Con relación al tipo de enterostomías, 46.1 % tuvo colostomía, 38.5 % ileostomía y el 15.4 % presentó los dos tipos. Entre las causas desencadenantes del procedimiento quirúrgico se encontró la oclusión intestinal y el trauma cerrado de abdomen, ambos con 23.1 %; el cáncer de colon o recto en el 30.8 %; el resto (23.1 %) tuvo causas como herida de arma de fuego, trombosis mesentérica y enfermedad diverticular. La mayoría (54 %) tenía entre 15 y 30 días con la enterostomía, el de menor tiempo fue una semana y el máximo de 210 días.

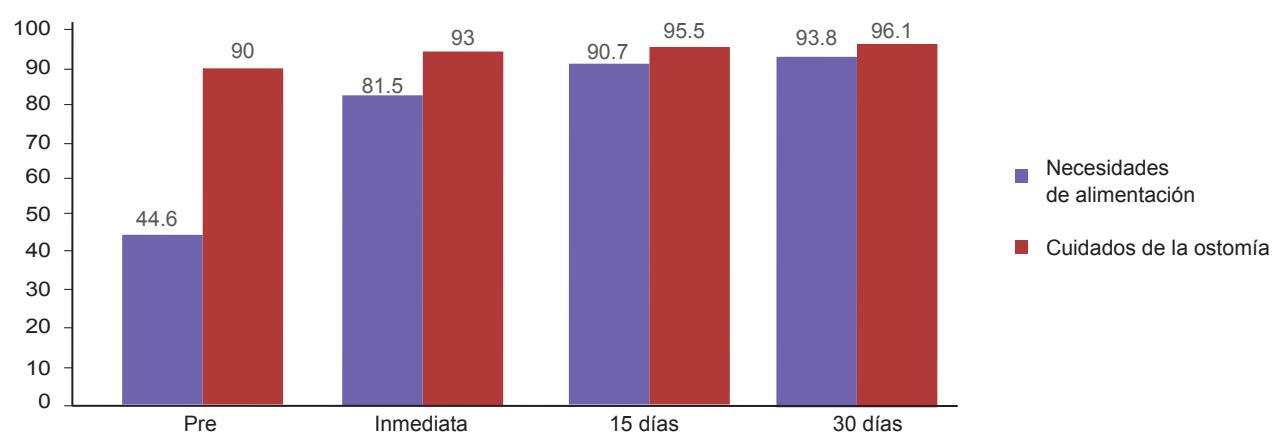
Los problemas expresados por los pacientes sobre la ostomía se centraron en su mayoría en “fuga de la bolsa colectora y dermatitis” con un 84.7 % y un 15.3 % en la presencia de “evacuaciones líquidas”.

El personal de salud que proporcionó información según señaló el paciente fue en primer lugar la enfermera con 38.5 %, seguido por el médico con 23.1 % y el 23.1 % señaló que nadie le proporcionó información. El 69.2 % refirió “no haber recibido información para el autocuidado”, el resto (30.8 %) refirió recibir información centrada en “la bolsa, la limpieza del estoma, los cuidados de la piel y la alimentación”, “manejo de la bolsa” e “información específica del tema”.

Al preguntar a los pacientes sobre si realizaban totalmente su autocuidado el 53.8 % respondieron negativamente y refirieron que las personas que los ayudaban en su cuidado pertenecían a su familia en un 38.5 % (esposa, hijo, hermana, padre).

Los conocimientos sobre prácticas de autocuidado fueron incrementados en su totalidad; en solo tres aspectos se encontraron debajo del 100 % (cuadro I).

Figura 1 Conocimientos correctos sobre prácticas de autocuidado ($N = 13$)



Fuente: Encuesta “Conocimientos sobre prácticas de autocuidado”

Cuadro I. Conocimientos correctos sobre prácticas de autocuidado en necesidades de alimentación y cuidados de la ostomía, julio, 2013 (N = 13)

| Correctas | Mediciones* | | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|------|------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | Previa a la intervención | | Inmediata | | Posterior a 15 días | | Posterior a 30 días | |
| | frecuencia | % | frecuencia | % | frecuencia | % | frecuencia | % |
| Alimentación | | | | | | | | |
| Elección de dieta | 3 | 23.1 | 11 | 84.6 | 12 | 92.3 | 13 | 100 |
| Elección de bebidas | 6 | 46.2 | 10 | 76.9 | 10 | 76.9 | 13 | 100 |
| Resolución de diarrea | 5 | 38.5 | 8 | 61.5 | 11 | 84.6 | 10 | 76.9 |
| Resolución de estreñimiento | 4 | 30.8 | 11 | 84.6 | 13 | 100 | 13 | 100 |
| Hábitos al comer | 11 | 84.6 | 13 | 100 | 13 | 100 | 12 | 92.3 |
| Cuidados ostomía | | | | | | | | |
| Cambio de bolsa y limpieza | 12.3 | 94.8 | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |
| Vigilancia de la ostomía | 9.6 | 74.6 | 10.9 | 84.6 | 13 | 100 | 13 | 100 |
| Medidas para evitar complicaciones | 12.3 | 94.8 | 11.3 | 87.1 | 10.6 | 82 | 10.9 | 84.6 |
| Hábitos durante la curación | 12.4 | 96.1 | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |

Fuente: Encuesta “Conocimientos sobre prácticas de autocuidado para el paciente enterostomizado”

*Valores promedio en cada medición

En cuanto a los indicadores “necesidades de alimentación” y “cuidados de la ostomía” considerados para el estudio, los resultados globales de conocimientos correctos sobre prácticas de autocuidado evidenciaron un incremento en las mediciones después de la intervención educativa de enfermería (figura 1).

Los estadísticos descriptivos comparativos en las mediciones antes y después de la intervención se muestran en el cuadro II.

Al aplicar la *t* de Student para muestras relacionadas y pareadas consigo mismas en las comparaciones de medias antes de la intervención (una) y tres después de la intervención, se observó que estadísticamente hubo un incremento significativo en el nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado, que se asumió debido a la intervención educativa de enfermería (cuadro III).

Discusión

Los rangos de edad de los pacientes participantes se encontraron entre los 21 y los 65 años; el estado civil, la ocupación y el grado académico, en conjunto con los diagnósticos o indicaciones por las cuales se realizaron las derivaciones intestinales, coinciden con estudios similares realizados en el país,^{6,12,15} ya que el estilo de vida, la cultura y los problemas de salud no difieren mucho entre las ciudades de San Luis Potosí y el Distrito Federal.

En este estudio el nivel educativo de los pacientes fue no profesional en más de la mitad, a diferencia de un estudio sobre la prevalencia de ostomías,⁶ en el que solo un tercio de la muestra fue no profesional; otras diferencias fueron en el estado civil y la causa oncológica para la realización de ostomía.

En una revisión integrativa acerca de los factores que determinan el impacto psicológico en los pacientes ostomizados, se encontró que la realización de una ostomía tiene un impacto negativo en la calidad de vida y cambia diferentes aspectos en la vida del paciente que la porta.²⁴

En este mismo contexto, un estudio sobre la asociación de los factores sociodemográficos y clínicos en la calidad de vida de los enterostomizados reveló afeción en los dominios psicológico, social y físico. El dominio psicológico fue el más afectado en el sexo femenino; el dominio social en los pacientes que no tenían compañeros sexuales y que además presentaban metástasis, y el dominio físico afectó a las personas que no fueron orientadas antes de la cirugía sobre la ostomía y los que no tenían compañeros sexuales.²⁵

Se cuestionó a los pacientes acerca del tiempo (en días) como portadores de la ostomía, el motivo de su realización y la información recibida acerca del tema previo al inicio del proceso de intervención de enfermería; se encontró que uno de los problemas más frecuentes fue la fuga de la bolsa colectora, misma que les causaba angustia

Cuadro II. Medidas de tendencia central y de dispersión según puntajes finales por cada medición

| Análisis | Mediciones | | | |
|-------------------|--------------------------|-----------|-------------------|---------|
| | Previa a la intervención | Inmediata | Posterior 15 días | 30 días |
| Media | 14.3 | 17.9 | 18.7 | 18.1 |
| Mediana | 15.0 | 18.0 | 19.0 | 18.0 |
| Moda | 11 | 17 | 19 | 17 |
| Desviación típica | 3.404 | 1.382 | 1.363 | 1.405 |
| Mínimos | 9 | 16 | 15 | 16 |
| Máximos | 19 | 20 | 20 | 20 |

Fuente: Base de datos encuesta “Conocimientos sobre prácticas de autocuidado”

y miedo a que esta se derramara.¹² Otro problema fueron las evacuaciones líquidas que causaban irritación de la piel periostomal y dermatitis como parte de las complicaciones tardías en este grupo de pacientes.¹⁶

En términos generales los conocimientos previos acerca del manejo y cuidado de la ostomía para el autocuidado fueron proporcionados por el médico y la enfermera. Y según refirieron los pacientes la información fue superficial. Los temas fueron la bolsa y su manejo, así como la limpieza de la ostomía. Más de la mitad refirió que no llevaba a cabo su autocuidado y que este lo hacía un familiar. Esto indica que al igual que en otros países no hay un plan de alta como tal y la atención de enfermería no es especializada en varias de las instituciones de salud, puesto que la educación que debe proporcionarse en el preoperatorio se pospone al momento del alta, sin tomar en cuenta que los insumos que en su momento eran costeados o al menos proporcionados por la institución durante la estancia hospitalaria deberán ser costeados por el paciente en su domicilio.²

La falta de iniciativa para que los pacientes no lleven a cabo su autocuidado de forma independiente y responsable se debe principalmente a la falta de información,¹⁴ lo cual hace que vean afectada su calidad de vida y la adaptación a su ostomía. Esto sin tomar en cuenta otros factores como el género, ya que en las mujeres

afecta su dimensión emocional y afectiva, la edad, el tipo de ostomía, el tiempo que haya transcurrido después de la cirugía, la preparación preoperatoria que hayan tenido, la promoción recibida con relación al autocuidado, la educación recibida por el personal sanitario y el apoyo familiar.^{16,19,20,26}

Generalmente en este grupo de pacientes tienden a presentarse algunas dificultades para el alcance de prácticas adecuadas de autocuidado. Una de ellas es la aceptación de su nueva condición como enterostomizados y la otra la falta de conocimientos para el manejo y cuidado de su ostomía, los cuales son los principales obstáculos a los que se enfrentan.²⁷ Es por eso que algunos estudios comparten la idea de que el empleo de la teoría del autocuidado de Orem suele ser efectiva, ya que favorece la comunicación enfermera-paciente, contribuyendo de forma efectiva en el estado de salud del paciente y fomentando su autocuidado.¹⁸

Tomando en cuenta lo anterior, cabe mencionar que las prácticas de autocuidado realizadas por el grupo de estudio eran inadecuadas antes del proceso de intervención educativa, debido a que la condición de enterostomizado implica cambios en el estilo de vida del paciente y de sus cuidadores, aunado a la falta de información, motivo por el cual mejorar la educación sanitaria a cuidadores y pacientes servirá en el fomento del autocuidado en los hospitales, lo cual servirá para establecer una mejor planificación, coordinación e información del personal participante y hará que la calidad asistencial mejore.⁷

Por lo tanto es importante mencionar que hubo mejoría en el conocimiento sobre autocuidado que tuvieron los pacientes enterostomizados antes y después de la intervención educativa en aspectos como las necesidades de alimentación, los cuidados de la ostomía, las características normales del estoma, la realización de prácticas y

Cuadro III. Prueba de t de Student, comparación de medias

| Medición | Valor t | p |
|---------------|---------|-------|
| Pre-Inmediata | -3.570 | 0.004 |
| Pre-15 Días | -6.390 | 0.000 |
| Pre-30 Días | -3.695 | 0.003 |

Fuente: Base de datos encuesta “Conocimientos sobre prácticas de autocuidado”

hábitos preventivos en su ostomía. Con esto lograron un aprendizaje significativo que les permitió el desarrollo de prácticas de autocuidado adecuadas para mejorar su calidad de vida. Esto demuestra que resulta efectiva la intervención educativa de enfermería dirigida al paciente (y a su familia) en relación con el cuidado que debe tener con la ostomía, tanto en la aceptación de su nueva condición como enterostomizado, como al facilitar su autocuidado de una manera responsable.^{14,15,21,26,28,29,30}

El impacto que ejerce tener una ostomía en el paciente adulto puede verse afectado de acuerdo con la edad, tal como lo demuestra un estudio en el cual se concluye que los mayores de 70 años tienen un mayor problema físico, mientras que en los menores de 69 años la función sexual es la más comprometida.³¹ Los resultados obtenidos en nuestro grupo de estudio difieren de lo anterior; pese a que predominó el sexo masculino, no se observó en este grupo de edad mayor problema en estos ámbitos, o al menos no lo externaron. Nuestros pacientes centraron sus objetivos en el aprendizaje, partiendo de sus experiencias, necesidades y aspiraciones y siendo partícipes activos en el proceso de intervención educativa, tal como lo marcan los principios de la Andragogía.³²

En un estudio de naturaleza cualitativa³³ se le preguntó a los pacientes que tenían un estoma definitivo el motivo o razón para reunirse en grupo. La finalidad que más señalaron fue la de obtener mayores conocimientos, sobre todo al estar en contacto con pacientes con sus mismas condiciones; además, resaltaron que el estar en grupo disminuía su sensación de soledad y con ello podían tener mayor motivo para su adaptación. Respecto a esto se observa en

este estudio que la información es un recurso valioso para los pacientes con estomas y fomenta su autocuidado y su deseo de continuar con sus actividades diarias.

En general en la enseñanza al paciente la práctica de enfermería resulta importante y tiene una perspectiva a futuro para el cuidado de los pacientes que son sometidos a este procedimiento; el profesional de enfermería debe estar constantemente capacitado para ofrecer intervenciones educativas a este grupo de pacientes.

Conclusiones

Independientemente de sus características sociodemográficas, el paciente es un ser humano que debido a su nueva condición de enterostomizado se encuentra vulnerable y se enfrenta a una serie de problemas para adaptarse a su nueva condición, entre las que se encuentra la falta o déficit de conocimientos para el manejo de su ostomía y de sus nuevos hábitos. Este estudio permitió demostrar que el nivel de conocimientos sobre prácticas de autocuidado se incrementó en los pacientes enterostomizados después de la intervención educativa de enfermería.

Un aspecto importante en el logro de los objetivos fue que el grupo de pacientes tuvo interés en la temática presentada en la intervención educativa, sobre todo porque fueron conocimientos de aplicación inmediata y significativa para la resolución de sus problemas. Como sucede con otros estudios, en este se muestra que las intervenciones educativas son recursos indispensables que puede utilizar el personal de enfermería para lograr la adherencia al autocuidado.

Referencias

1. Martí-Ragué J. Ileostomías y colostomías. En Tamames Escobar S, Martínez Ramos C, editores. Cirugía Aparato digestivo. Aparato circulatorio. Aparato respiratorio. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2000. p. 264.
2. Hevia H. Impacto de la Enfermera Enterostomal en el Autocuidado del Paciente Ostomizado. Medwave. 2009, Abr;9(04): e 3852 doi: 10.5867/medwave.2009.04.3852. [En línea] [Consultado 16/08/2008] Disponible en: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Enfermeria/3852>
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Article first published online: 17 JUN 2010 DOI: 10.1002/ijc.25516 [En línea] [Consultado 16/09/12] Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.25516/pdf>
4. Hablemos de salud. México. [En línea] [Consultado 16/01/12]. Disponible en: <http://hablemosdesalud.mx/cancer-de-colon-se-triplica-en-mexico.aspx>
5. Secretaría de Salud (México). Guía de Práctica Clínica, Detección Oportuna y Diagnóstico de Cáncer de Colon y Recto no Hereditario en Adultos en Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención. México: Secretaría de Salud; 2008. [En línea] [Consultado 18/05/12] Disponible en: http://www.cvsp.cucs.udg.mx/guias/TODAS/IMSS_145_08_CANCER_DE_COLON_Y_RECTO_NO_HEREDITARIO/IMSS_145_08_EyR.pdf
6. Cruz C. Epidemiología de Ostomías de Eliminación en diferentes unidades de Salud del Distrito Federal. Revista CONAMED. 2009;14:15-19. [En línea] [Consultado 13/01/12] Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_OCT-DIC_2009_supl1.pdf
7. Bodega U, Marrero G, Muñiz T, Pérez P, Rojas G, Vongsavath R. Cuidados holísticos y atención domiciliaria al paciente ostomizado. ENE. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3). [En línea] [Consultado 11/06/13] Disponible: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/262>
8. Universidad del Valle de México. Modelo Andragógico. Fundamentos. Serie: Diálogos y Perspectivas del Desarrollo

- Curricular. [En línea] [Consultado 11/12/2013] Disponible en: <https://my.laureate.net/faculty/docs/Faculty%20Documents/Andragogia.Fundamentos.pdf>
9. Mínguez Vela A. El formador en la empresa. En Knowles Andragogía. Aprendizaje del adulto. Editorial ESIC; 2003. p. 30-32.
 10. Knowles M. Andragogía: El Aprendizaje de los Adultos. México: Oxford University; 2001.
 11. Asociación Mexicana de Cirugía General, Colegio de Postgraduados en Cirugía General, Federación Nacional de Colegios Especialistas en Cirugía General, Asociación Mexicana para el Cuidado Integral y Cicatrización de Heridas AC. Guía Práctica Clínica Basada en Evidencia Científica para el Marcaje y Manejo Integral de Estomas. [En línea] [Consultado 22/07/2012] Disponible en: http://dos45.com/imagenes/trabajos/editorial/06_editorial_coloplast3.pdf
 12. Charúa-Guindic, Benavides-León J, Villanueva-Herrero J, Jiménez-Bobadilla B, Abdo-Francis J, Hernández-Labra E. Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir.* 2011;79:149-55. [En línea] [Consultado 06/01/2012] Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2011/cc112h.pdf>
 13. Guindano GL, Soteras RM, Beortegui UE, Canga AN y Fuentes RC. Programa de educación para la salud en pacientes con ostomías urinarias y digestivas. V Congreso Nacional de Enfermería en Ostomías. [En línea] [Consultado 26/10/2012] Disponible en: http://www.estomatерапия.es/Congresos/Sede/congreso2004/documentos/Comunicaciones/9_Programa%20de%20educacion.pdf
 14. Espinoza H. Conocimientos y prácticas sobre el autocuidado que tienen los pacientes colostomizados que asisten a la consulta de enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliiti Martins. [En Línea] [Consultado 11/11/12] Disponible en: http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2003/espinoza_hm/pdf/espinoza_hm.pdf
 15. Pat C, Espinosa E, Sánchez B, Cruz C, Cano G, et al. Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Revista ENEO UNAM.* 2009;12-16. [En línea] [Consultado 10/05/2012] Disponible en: <http://ojs.unam.mx/index.php/reu/article/view/26649>
 16. Alonso G. Análisis de las complicaciones médico-quirúrgicas en las ileostomías cutáneas. [En línea] [Consultado 15/07/2012] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/aye/v28n6/original1.pdf>
 17. Iustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Nace la fundación Te cuidamos para ayudar a médicos y pacientes sobre ostomías. [En línea] [Consultado 9/05/2012] Disponible en: <http://www.tecuidamos.org/pdf/ICOMEM.pdf>
 18. Arrais Sampaio F, Souza Aquino P, Leite de Araujo Giménez Galvao M. Asistencia de enfermería a paciente colostomizada: Aplicación de la teoría de Orem. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):94-100. [Consultado 06/11/2011]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002008000100015&script=sci_abstract&tlang=es
 19. Rodríguez J, López S, García J et al. Problemática psicosocial del paciente ostomizado. *Rev Rol Enf.* 1988;114:21-3.
 20. Pérez S, Campo J, Barbero MA. Atención integral al ostomizado. Evaluación de un programa. *Rev Rol Enf.* 1993;183:20-24.
 21. Cerezo B, Rayón B. Respuestas humanas de la persona con colostomía. PARANINFO DIGITAL. Monográficos de Investigación en Salud. ISSN: 1988-3439- Año V- N. 12-2011. [En línea] [Consultado 11/11/13] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/154d.php>
 22. Secretaría de Salud (México). Plan Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. p. 81-91. [En línea]. [Consultado 09/09/2011] Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf
 23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [En línea] [Consultado 09/09/11] Disponible en: <http://www.censisda.salud.gob.mx/descargas/etica/reglamento.pdf>
 24. Gómez del Río N, Mesa CN, Caraballo CC, Fariña RA, Huertas CM, Gutiérrez FY. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE. Revista de Enfermería.* 7(3) 2013. [En línea]. [Consultado 11/11/12] Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/279>
 25. Pereira APS, Cesarino CB, Martins MRI, Pinto MH, Netinho JG. Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Rev Latino-Am Enfermagem* [En línea]. ene.feb. 2011; 20(1). [Consultado 13/01/13] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/es_13.pdf
 26. Nicolussi AC, Sawada NO. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(2):155-61. [En línea] [Consultado 01/01/14] Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/en_a07v22n2.pdf
 27. Blanco M. Práctica de autocuidado en pacientes colostomizados tratados en la consulta externa de cirugía. Caracas, Venezuela. Marzo 2006. [En línea] [Consultado 26/07/13] Disponible en: <http://saber.ucv.ve/xmlui/bitstream/123456789/2027/1/TESIS%20BLANCOMIRIAN.pdf>
 28. Anaraki F, Vafaei M, Behboo R, Maghsoudi N, Esmaeilpour S, Safaei A. Quality of Life Outcomes in Patients Living with Stoma. *Indian J Palliat Care.* 2012 Sep-Dec; 18(3): 176-80. doi: 10.4103/0973-1075.105687 PMCID: PMC3573471. [En línea] [Consultado 15/04/14] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23439841>
 29. Bechara RN, Bechara MS, Bechara CS, Queiroz HC, Oliveira RB, Mota RS, Secchin, et al. Abordagem Multidisciplinar do Ostomizado. *Em bras Coloproct,* 2005; 25(2):146-149. [En línea] [Consultado 13/06/13] Disponible en: http://www.sbcp.org.br/revista/nbr252/P146_149.htm
 30. Silva B, Póvoas Da S, Lustosa Da A. Ostomía em difícil adaptación. Em. SBPH. V. 11. N. 2. Rio de Janeiro dez. 2008. [En línea] [Consultado 23/07/12] Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582008000200004&script=sci_arttext
 31. Schmidt CE, Bestmann B, Küchler T, Longo WE, Rohde V, Kremer B. Impact of age on quality of life in patients with rectal cancer. *World J Surg.* 2005 Feb; 29(2):190-7. [En línea] [Consultado 12/12/12] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15654662>
 32. Ferrer M, Ramos B. Fundamentos Andragógicos para la preparación del equipo básico de salud. *Revista electrónica Educación y Sociedad.* ISSN: 1811-9034. RNPS: 2073. [En línea] [Consultado 11/12/13] Disponible en: http://www.revistaedusoc.rimed.cu/index.php/64-articulos/fundamentos-andragogicos?tm_pl=component&format=pdf
 33. Pereira APS, Rotter P. Atividades grupais de portadores de estoma intestinal definitivo: a busca da aceitação. *Rev Enferm UERJ.* 2006;14(4):574-9. [En línea] [Consultado: 03/03/13] Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a13.pdf>
-
- Cómo citar este artículo:**
- Almedárez-Saavedra JA, Landeros-López M, Hernández-Castañón MA, Galarza-Maya Y, Guerrero-Hernández MT. Prácticas de autocuidado de pacientes enterostomizados antes y después de intervención educativa de enfermería. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.* 2015;23(2):91-8