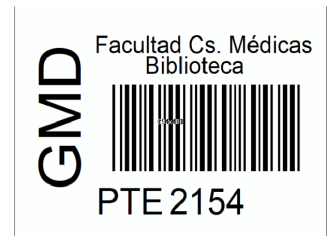


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA



Proyecto de Tesina

Relación que existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta, según edad, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021

Autor: Alfaro Macarena

Director de Tesina: Lic. Reboledo Carolina

Docente Asesor: Lic. Córdoba Natali

Rosario, 24 de noviembre de 2020

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

INDICE GENERAL

RESUMEN	3
PALABRAS CLAVES	3

INTRODUCCIÓN	4
Estado Actual de Conocimiento o Estado del Arte	4
Formulación del Problema	7
Objetivo General	7
MARCO TEÓRICO	9
MATERIAL y MÉTODOS	24
Tipo de Estudio	24
Sitio y Contexto de la Investigación	24
Población y Muestra	25
Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos	26
Personal a Cargo de la Recolección de Datos	30
Plan de Análisis	30
Plan de Trabajo y Cronograma de Actividades	31
Anexos	33
Anexo I Guía de Relevamiento de Datos	34
Anexo II Instrumento de Recolección de Datos	36
Anexo III Resultado de Estudio Exploratorio	39
Anexo IV Resultado de la Prueba Piloto	41
Anexo V Imágenes	42
Bibliografía	47

RESUMEN

En las ostomías digestivas se avoca el intestino a la pared abdominal con fines excretores. Esto presume un gran cambio que afecta a la persona en todas sus dimensiones (física, psíquica y social). La convivencia con la bolsa de ostomía genera sentimientos conflictivos, preocupaciones y dificultades para afrontar la situación que se produce con la instalación quirúrgica de una ostomía.

El personal de enfermería debe estar calificado para ofrecer una atención integral al paciente colostomizado, para adquirir una mejor adaptación y aceptación de los cambios causados por la ostomía y mejorar la autoestima y calidad de vida de esta población.

En relación a ello, el Objetivo General que persigue la presente investigación es describir que relación existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta, según edad, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

El siguiente estudio se llevará a cabo con un abordaje metodológico cuantitativo. El tipo de estudio a realizar será observacional, transversal y prospectivo.

El estudio cuenta con dos poblaciones: una primera población conformada por todos los enfermeros que realizan tareas asistenciales en la sala de clínica-quirúrgica, y la población número dos queda constituida por todos los pacientes con colostomía permanente.

Para realizar la recolección de datos se utilizará la técnica de encuesta, y como instrumento, un cuestionario, que fue validado con la prueba piloto de manera estable y confiable.

Se aplicará estadística descriptiva para el análisis de los datos, elaborando cuadros y gráficos de los resultados obtenidos.

PALABRAS CLAVES:

Colostomía, educación para el alta, adherencia al tratamiento, pacientes, enfermeros.

INTRODUCCIÓN

Estado Actual de Conocimiento o Estado del Arte

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en los cuidados brindados permanentes al paciente colostomizado.

La convivencia con la bolsa de ostomía crea sentimientos conflictivos, preocupaciones y dificultades para afrontar la situación que se produce con la instalación quirúrgica de una ostomía.(Bartle C, Darbyshire M, Gaynor P, Hassan C, Whitfield J, Gardiner A, 2015)

Surgen etapas de rechazo de sí mismo, soledad, dificultad para relacionarse, ansiedad, depresión. Se incluye también en este escenario la sensación de alteración de la imagen corporal asociada a inferioridad, vergüenza y estigma por juzgarse diferente, sentimientos de repugnancia de sí mismo, desprestigio social y miedo de no ser capaces de afrontar tal situación.(Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG, 2011)

Se resalta la importancia de la orientación del equipo de salud al paciente con ostomía para el desarrollo del autocuidado, promoviendo de esta forma independencia y adaptación del paciente, ya que él mismo debe realizar sus cuidados a través de técnicas adecuadas y simplificadas.

Con relación a diferentes estrategias como la adaptación al uso de la bolsa de colostomía y retomar las actividades de la vida diaria, son utilizadas para ayudar en el desarrollo de habilidades para el autocuidado, así como suministrar los materiales necesarios. Por eso, es importante que el personal de enfermería conozca las características socioculturales y clínicas de estos pacientes para que, así pueda planificar adecuadamente la asistencia y la implementación de estrategias efectivas para ese abordaje.

En una investigación realizada en China, se evaluó el impacto del conocimiento sobre la ostomía y de la capacidad de autocuidado en el ajuste psicosocial de 54 colostomizado permanentes. Los resultados evidenciaron que la colostomía puede afectar negativamente la vida social del paciente, siendo que el ajuste psicosocial está correlacionado a la calidad de vida y al conocimiento del paciente sobre la ostomía. Los pacientes con niveles más elevados de conocimiento sobre los cuidados alcanzaron mejor adaptación a la colostomía, comparados a las personas con menos conocimiento y mayor dependencia de otras personas, para ejecutar los cuidados. (Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang YN, 2016)

También se evaluaron pacientes chinos con colostomía y se describieron las relaciones entre adaptación, capacidad de autocuidado y apoyo social. Los resultados indicaron

correlación positiva entre la capacidad de autocuidado y el apoyo social, vinculados a la adaptación de la ostomía. Por otro lado, las preocupaciones con el olor y el posible rechazo que la ostomía podría causar en las otras personas de la convivencia del paciente contribuyeron, significativamente, para menor ajuste a la ostomía. (Hu A, Pan Y, Zhang M, Zhang J, Zheng M, Huang M, 2014)

Un estudio realizado en Cuba arrojó resultados como fue comparada la adaptación entre pacientes de dos grupos: pacientes con ileostomía y otros con sigmoidostomía. Se observó que aquellos con ileostomía presentaron retorno más rápido a la vida social, con menos prejuicios psicológicos, diferentemente de aquellos con colostomía, que fueron más afectados emocionalmente, por sentir rechazo de su familia o del compañero sexual. Así, los profesionales, durante la planificación quirúrgica, deben incluir las alternativas técnicas que favorezcan la adaptación del paciente. (Ferro JV, Díaz JDD, Hernández JCL, Espinosa JFB, Morejón LS, 2016)

Así mismo en una investigación realizada en España, se describieron las estrategias desarrolladas por los pacientes para lidiar con la estomía. El análisis de contenido de las entrevistas reveló tres categorías, en torno de las cuales fueron desarrolladas las diferentes estrategias: autocuidado, adaptación al cambio corporal y autoayuda. Los investigadores concluyeron que descubrir las estrategias utilizadas puede ser fundamental para que los profesionales de enfermería puedan ofrecer atendimento de alta calidad, centrado en las reales necesidades de los pacientes, en el recorrer de su proceso de adaptación a la estomía. (Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Hueso Montoro C, Morales Asencio JM, Riva Marín C, Fernández Gallego MC., 2014)

Del mismo modo, en otro estudio, se investigó la calidad de vida, el acceso al conocimiento y las necesidades de autocuidado con colostomía en 142 pacientes con cáncer colorrectal y se concluyó que la enseñanza del autocuidado, con lenguaje y métodos vehiculados de manera clara y objetiva, favorece el aprendizaje y, consecuentemente, la calidad de vida. (Ran L, Jiang X, Qian E, Kong H, Kong X, Liu Q, 2016)

Asimismo, el objetivo del estudio, realizado en Suecia, fue describir la experiencia de las mujeres de vivir con colostomía después de la cirugía de cáncer rectal. Los resultados de la investigación señalaron que el diagnóstico de cáncer remite a las pacientes a pensamientos recurrentes de vida y muerte, sin embargo, el vivir con la colostomía, para esas mujeres, significó "victoria" y "alivio", por haber sobrevivido a la enfermedad estigmatizada y con sentencia de muerte. De esa forma, la cirugía para la resección del

tumor fue resignificada como recurso salvador. Tal sentimiento favoreció mejor adaptación a la bolsa de colostomía, con mayor consideración y adhesión a las orientaciones proporcionadas por el equipo de enfermería. (Gun A, Asa E, Siv S, 2010) Para el alcance de la rehabilitación por el paciente, la asistencia especializada deberá ser interdisciplinaria, incluyéndose la enseñanza peri operatoria, acogida con soporte profesional y terapéutico individualizado, para favorecer más satisfactoriamente la aceptación de la nueva condición.(Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C, 2016)

La utilización de estrategias de afrontamiento por el paciente, atenúa el impacto de estar enfermo y la mejoría de su bienestar psicológico.

En la etapa del postoperatorio, las intervenciones de enfermería deben estar direccionadas hacia la práctica del autocuidado y se resalta la necesidad de la inclusión de los aspectos emocionales, sociales y espirituales, contribuyendo al hecho de convivir con la ostomía y el proceso de adaptación y enfrentamiento de la osteomización por el paciente. (LeMone, P., & Burke, K, 2009)

Diversas dificultades en lo que respecta al autocuidado, culminan con la baja autoestima y autoeficacia, asociadas a la manipulación y adaptación de los equipos colectores, debido a complicaciones en la ostomía y en el área periestomal.

La finalidad de la educación del personal de enfermería es estimular la independencia de la persona, sobre la base del intercambio de conocimientos, con el objetivo de incentivar el autocuidado, y la adhesión al tratamiento.(Canaval, Gladys Eugenia; Londoño, María Esperanza; Milena Herrera, Ana. , 2015)

También es necesario reflexionar sobre la organización del sistema de salud para cubrir la asistencia adecuada a los pacientes ostomizados, de forma de integrarlos a la sociedad como ciudadanos e incluir nuevas demandas de cuidados. Para que eso ocurra, no es suficiente reconocer apenas los cambios relacionados a la dimensión física y corporal, es preciso que los profesionales de salud ofrezcan el soporte para la inclusión de ellos en la sociedad. La adaptación después del alta puede ser favorecida mediante el enfrentamiento efectivo de situaciones de vergüenza, angustias, miedos y dudas, durante el tratamiento quirúrgico, desde la preparación física y psicoemocional hasta el alcance de adaptación a la ostomía y a los cambios en su vida.

La atención de los profesionales de la salud debe ir mucho más allá de enseñanza del autocuidado con la colostomía y equipamientos colectores, con ampliación de las posibilidades de ellos para tener vida social activa, a pesar de la necesidad de

adaptaciones.(Canaval, Gladys Eugenia; Londoño, María Esperanza; Milena Herrera, Ana. , 2015)

En función de los antecedentes relevados en este proyecto de investigación, se plantea el siguiente problema de investigación:

Formulación del Problema

¿Qué relación existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta, según edad, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021?

Las **Hipótesis** planteadas son:

- A mayor nivel de información de los enfermeros sobre la educación para el alta, mayor es la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizado.
- Las mujeres con mayor antigüedad en la profesión presentan mayor nivel de información sobre la educación para el alta.
- A menor edad menor nivel de información sobre la educación para el alta.

Objetivo General

Describir que relación existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta, según edad, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021.

Así mismo se establecen los siguientes **Objetivos Específicos**

- Determinar edad, sexo y antigüedad en la profesión del personal de enfermería.
- Establecer la relación existente entre la antigüedad profesional, sexo y el nivel de información de los enfermeros sobre la educación para el alta.
- Establecer cuál es la adherencia al tratamiento de acuerdo a los autocuidados de los pacientes colostomizados permanentes.

Por ello el presente estudio tiene el **Propósito** de recabar datos y analizar los resultados obtenidos, para luego elevarlos a los directivos de la Institución, aplicando diversas estrategias como por ejemplo, establecer protocolos de atención, que

respondan a las necesidades de formación y preparación del personal de enfermería. Es decir, que se incorporen los hallazgos de investigaciones como la presente, en la toma de decisiones, en la planeación y evaluación de la formación de recursos humanos en salud y la capacitación continua. Y a su vez, implementar un programa de educación para el alta para los pacientes colostomizado permanente, para satisfacer, no solo las necesidades específicas de rehabilitación, sino también mejorar la calidad de vida de esa población y brindar elementos de ayuda, como la utilización de un lenguaje y material de información claro y sencillo a los pacientes a enfrentar esta nueva situación (el estar ostomizado).

MARCO TEÓRICO

La palabra estoma es de origen griego y significa “boca” o “apertura”. Un estoma es una abertura formada quirúrgicamente para el desvío de las heces o la orina del cuerpo. Hay varios tipos de estoma, quirúrgicamente formados a partir de secciones del intestino, tal como ileostomía, colostomía y yeyunostomía, o a partir de los uréteres, tal como urostomía. (López, A., & Juárez, J., 2014).

Una ostomía se construye por una serie de etiologías, entre las que destacan: cáncer colorrectal, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer de vejiga, diverticulitis. Las ostomías digestivas, constituyen una agresión a la funcionalidad y a la imagen corporal, con repercusiones sobre las distintas facetas del ser humano como los hábitos higiénicos, la alimentación, la conducta alimentaria, el modo de vestir, el ocio, la sexualidad, o la vida social y laboral. (Martín, B., Panduro, R., Cresspilio, Y., Rojas, L., & Gonzales, S, 2010).

El cáncer colorrectal (CCR) es la afección maligna más frecuente del tubo digestivo pudiendo localizarse desde la válvula ileocecal hasta el recto. En el mundo el CCR es la segunda causa de muerte por cáncer siendo superado únicamente por el cáncer de pulmón en el hombre y el cáncer de mama en la mujer.(Conde T, Rodriguez Pino MY, Barrio PJ, Garcia BA, Suz J, Diaz NM., 2010)

En general, el riesgo de cáncer colorrectal durante la vida es aproximadamente de 1 en 20 (5%),el cual es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres. Para el desarrollo de esta neoplasia influyen múltiples factores de riesgo, tales como la edad, obesidad, estilo de vida sedentario, antecedentes patológicos, factores ambientales y dietéticos. A pesar que el cáncer de colon y recto a nivel mundial es una de las neoplasias más mortales, se puede tratar exitosamente cuando se diagnostica en sus etapas tempranas.En lo que respecta al género, los hombres presentan una mayor tendencia a presentar pólipos adenomatosos y cáncer colorrectal que las mujeres, aunque la diferencia entre ambos sexos es escasa.

Síntomas y signos: dolor abdominal, pérdida de peso, anemia, anorexia, constipación, náuseas, diarrea crónica, vómitos, astenia, obstrucción intestinal baja, fiebre.

La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es una inflamación crónica y recidivante del tubo digestivo, que presenta manifestaciones gastrointestinales y extraintestinales. Dentro de la EII se pueden distinguir tres entidades: la enfermedad de Crohn (EC), que consiste en una afectación transmural y parcheada de cualquier parte del tubo digestivo y en la que se encuentran granulomas no caseificantes. La sintomatología principal es

el dolor abdominal, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Las deposiciones diarreicas son abundantes cuando se encuentra afectado el íleon distal y escasas cuando el compromiso es del colon sigmoide. El dolor abdominal tipo cólico es otro síntoma frecuente.

La colitis ulcerosa (CU), en la que se produce afectación mucosa del colon retrógrada y continua, sin objetivarse granulomas; y la EII no clasificada, que comparte características de las dos anteriores.

(Guariso G, Gasparetto M, Visonà Dalla Pozza L, D'Inca R, Zancan L, Sturniolo G., 2010)

La sintomatología principal es el dolor abdominal, diarrea, fiebre y pérdida de peso. Las deposiciones diarreicas son abundantes cuando se encuentra afectado el íleon distal y escasas cuando el compromiso es del colon sigmoide. El dolor abdominal tipo cólico es otro síntoma frecuente en estos pacientes.

El ser portador de una ostomía digestiva, colostomía o ileostomía, produce un cambio radical en la vida diaria de la persona, constituyendo uno de los momentos más críticos de su vida. Además, esta crisis no va a afectar exclusivamente a la persona que la padece sino también a las personas significativas que acompañen en el proceso, especialmente del entorno familiar.(Petuco VM, Martins CL., 2006).

Para las personas ostomizadas es fundamental contar con el apoyo del entorno familiar más cercano. El apoyo tiene un efecto directo sobre el bienestar, fomentando la salud y la mejoría de los aspectos emocionales, promoviendo los procesos de adaptación frente a las situaciones difíciles impuestas por la enfermedad. (Violim MR, Bertól Bringmann P, Marcon SS, Pagliarini Waidman MA, Sales CA., 2011)

La paciencia y comprensión familiar son fundamentales de cara a fomentar que la persona ostomizada acepte su nueva realidad corporal y el autocuidado que conlleva su proceso.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía, son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. El temor a la recidiva y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía. (Smith LE, Heneghan GM., 1993).

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período posoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal, la inadaptación y depresión resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada, impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

Clasificación

Por el tiempo de duración:

- Temporales: Si una vez resuelta la causa que las ha originado se puede restablecer la función normal del aparato afectado. (Melendez, 2012)
- Definitivas: Si no existe solución de continuidad, ya sea por amputación total del órgano afectado o cierre del mismo. (Melendez, 2012)

Por la función que remplazan:

- Estomas de oxigenación:

*Traqueotomía: Situaciones de riesgo de obstrucción de las vías respiratorias altas. (Melendez, 2012)

- Estomas de nutrición

*Gastrostomía: Es la exteriorización del estómago a la pared abdominal. *Yeyunostomía: Es la exteriorización a nivel del intestino delgado. Puede ser de dos tipos: exteriorización bajo sonda, con función de alimentación (situación similar a una gastrostomía de alimentación) o salida directamente a la piel, en situaciones debidas a dehiscencias de anastomosis. (Melendez, 2012)

- Estomas de eliminación

*Ileostomía: Es la exteriorización del último tramo del íleon a la piel. El estoma se sitúa en la parte derecha del abdomen. (Melendez, 2012)

*Colostomía: Es la exteriorización de un tramo del colon a la piel. (Melendez, 2012)

- Ostomías urológicas:

*Nefrostomía: Es la comunicación directa del riñón con la piel.

*Ureterostomía: Es la exteriorización de los uréteres a la piel. Puede ser unilateral, si se aboca solo un uréter o bilateral si se abocan los dos. (Melendez, 2012)

*Vejiga ileal: Es un tipo de urostomía que se realiza con una técnica que elimina la vejiga y conecta los uréteres al íleon, el cual se aboca al exterior formando un estoma. (Melendez, 2012)

Colostomía

La colostomía es una intervención quirúrgica cuyo objetivo es establecer una comunicación artificial entre el colon y la pared abdominal a fin de conducir al exterior la materia fecal y/o descomprimir el intestino grueso a través de una vía alternativa. Por lo tanto, no es una enfermedad, sino que es un cambio en la anatomía. (López, A., & Juárez, J., 2014). Esta abertura sirve de sustituto al ano y de esta manera los intestinos pueden eliminar los productos de desecho a una bolsa de recolección hasta que sane el colon o se pueda hacer otra cirugía correctiva. Se realiza cuando la parte distal del intestino grueso, el recto o el ano no pueden funcionar con normalidad.

¿Cuál es la función de una colostomía?

Una colostomía cambia la forma en que funciona el cuerpo para permitir que pueda eliminar las heces fecales. Después de hacer una colostomía, los intestinos funcionarán tal y como lo hacían antes, con la excepción de: la porción del colon y del recto que se encuentran más allá de la colostomía. Esta porción habrá sido desconectada o extirpada, y el ano deja de ser el punto de salida de las heces fecales, aunque aún seguirá siendo un punto de salida de mucosidad de vez en cuando. Esto es normal.

Clasificación

- Por su permanencia

*Colostomías Temporales: El tratamiento de ciertos problemas de la parte inferior del intestino grueso requiere que esa porción esté en reposo. Esto se logra evitando que la materia fecal llegue hasta allí. Para ello se crea una colostomía temporal (de corto plazo), que permitirá que sane el intestino. Por lo general, el proceso de sanación toma varias semanas o meses, aunque puede tomar años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y el intestino comienza a funcionar como lo hacía antes (la materia fecal vuelve a salir a través del ano).

*Colostomías Permanentes: Cuando parte del colon o del recto enferma, se tiene que hacer una colostomía de largo plazo (permanente). La parte enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin función permanentemente. En este caso, la colostomía se considera permanente y no se espera cerrar en el futuro.

- Por su localización

*Colostomías Transversas: Una colostomía transversal es uno de los tipos más comunes. Hay dos tipos de colostomías transversas: la colostomía transversa en asa y la colostomía transversa de doble boca. La colostomía transversa se realiza en la parte superior del abdomen, ya sea en medio o hacia el costado derecho del cuerpo. Este tipo

de colostomía permite que la materia fecal salga del cuerpo antes de que alcance el colon descendente. Algunos de los problemas que pueden surgir en el colon debido a una colostomía transversa incluyen: diverticulitis (una inflamación de los divertículos que son pequeños sacos a lo largo del colon). Puede causar abscesos, cicatrización con constricciones (estrechamiento anormal) o ruptura del colon e infecciones en casos graves, enfermedad inflamatoria intestinal, cáncer, obstrucción (bloqueo), lesiones, defectos congénitos (de nacimiento).

Si hay problemas en la parte inferior del intestino grueso, ésta puede requerir reposo para su sanación. Puede realizarse una colostomía transversa para mantener la materia fecal fuera del área inflamada, infectada, enferma o recién operada del colon, permitiendo así su sanación. Este tipo de colostomía generalmente es temporal. Dependiendo del proceso de sanación, la colostomía se requerirá por un lapso de varias semanas o meses, aunque tal vez hasta varios años. Si el colon sana con el pasar del tiempo, es probable que la colostomía se revierta quirúrgicamente (se cierra). Después de que la colostomía se revierte, la función intestinal es normal. La colostomía transversa permanente se hace cuando la parte inferior del colon tiene que ser extirpada o puesta en reposo permanente; o si otros problemas de salud impiden que el paciente se someta a una cirugía mayor. Entonces la colostomía será la salida permanente de la materia fecal y no se cerrará en el futuro.

Colostomía transversa en asa: esta colostomía puede parecer un estoma muy grande, pero cuenta con dos aberturas. Una abertura expulsa la materia fecal, mientras que la otra expulsa mucosidad solamente. El colon normalmente produce pequeñas cantidades de mucosidad para protegerse del contenido de los intestinos. Esta mucosidad pasa con las evacuaciones y generalmente no se nota. A pesar de la colostomía, la parte del colon que está en reposo seguirá produciendo mucosidad que continuará saliendo ya sea a través del estoma o del recto y el ano, lo cual es normal y esperado.

Colostomía transversa de doble boca: al crear una colostomía de doble boca, cada abertura es llevada a la superficie hacia un estoma separado. Puede o no que haya piel entre los dos estomas. También en este caso, una abertura expulsa la materia fecal y la otra solamente la mucosidad (a este estoma más pequeño se le conoce como fístula mucosa). Algunas veces, el extremo de la parte inactiva del intestino se clausura mediante una costura y se deja dentro del abdomen. Entonces, queda solo un estoma. La mucosidad producida en la porción inactiva pasa a través del ano.(Anexo V Imagen N° 1)

*Colostomía Ascendente: La colostomía ascendente se coloca en el lado derecho del abdomen. En este caso, sólo una sección corta del colon permanece activa, lo cual implica que el producto será de una consistencia líquida y tendrá muchas enzimas digestivas. Será necesario usar una bolsa con drenaje a toda hora, y se tendrá que proteger la piel de los desechos. Este tipo de colostomía es poco común puesto que, si la evacuación es líquida, con frecuencia resulta mejor realizar una ileostomía.

(Anexo V Imagen N° 1)

*Colostomías descendentes y sigmoideas: Localizada en el colon descendente, la colostomía descendente se realiza en la parte inferior del lado izquierdo del abdomen. La mayoría de las veces la materia fecal es de consistencia firme y se puede tener control voluntario de su evacuación. La colostomía sigmoidea es el tipo más común de colostomía. La colostomía sigmoidea se realiza en el colon sigmoide más abajo que la colostomía descendente. Debido a que la mayor parte del colon queda activa, éste puede expulsar materia fecal sólida con más regularidad.

Ambos tipos de colostomía, descendente y sigmoidea, pueden tener una o dos aberturas (de boca única o de doble boca). La colostomía de boca única, o colostomía terminal, es la más común. En el caso de la colostomía terminal, el estoma puede ser cosido al ras de la piel o bien puede hacerse un dobléz invirtiendo la piel de adentro hacia afuera.

Con la colostomía descendente o sigmoidea se notará que las heces fecales son más firmes o pastosas, no contiene tantas enzimas digestivas irritantes, la evacuación ocurrirá después de que cierta cantidad de materia fecal se haya acumulado en el intestino, más arriba del punto de la colostomía, puede ocurrir derramamiento de materia fecal entre evacuaciones debido a que no hay un músculo que retenga la materia fecal.

(Anexo V Imagen N° 1)

- Por su finalidad

*Descompresivas: Eliminación parcial de gases, líquidos y sólidos. Se efectúa de preferencia en el ciego.

*Derivativa: Las colostomías pueden ser sólo parcialmente derivantes del tránsito en cuyo caso se denominan laterales, ya que asientan exclusivamente en la pared del ano, o pueden derivar totalmente el tránsito. Para que esto ocurra, todo el lumen intestinal debe estar exteriorizado. Estas colostomías se denominan circunferenciales y pueden ser terminales o en asa según se seccione o no toda la pared intestinal.

Indicaciones para colostomía

Una enfermedad, lesión o un defecto congénito puede alterar o deteriorar la función gastrointestinal, obstrucción intestinal, adherencia o bridas, neoplasias de colon, enfermedad inflamatoria complicada, hemorragia masiva, diverticulitis cólicas.

Selección de un sistema de bolsa recolectora

Para encontrar un adecuado sistema de bolsas, se debe tener en cuenta muchos factores, como: la longitud del estoma, la firmeza y forma del abdomen, la ubicación del estoma, las cicatrices y pliegues cerca del estoma, estatura y el peso.

Un buen sistema de bolsa deberá

Permanecer seguro, tener un sellado bueno contra fugas que dure hasta 3 días, ser a prueba de olores, proteger la piel alrededor del estoma, ser casi imperceptible bajo la ropa, ser fácil de poner y quitar, permitir ducharse o bañarse con la bolsa puesta.

Tipos de sistemas de bolsa recolectora(Anexo V Imagen N° 2 y 3)

Todas las bolsas cuentan con un sistema de recolección y drenado de los desechos que sale del estoma y con una barrera adhesiva (el dobladillo, barrera para la piel u oblea) que protege la piel alrededor. Existen dos tipos principales de sistemas:

*Los sistemas de una pieza tienen una bolsa y una barrera cutánea unidas en la misma unidad. Cuando se retira la bolsa, la barrera también se desprende.

*Los sistemas de dos piezas se componen de una barrera cutánea separada de una bolsa. Cuando se quita la bolsa, la barrera permanece en su lugar.

Cómo vaciar la bolsa (Anexo V Imagen N° 4)

Vacíe la bolsa de la ostomía cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2de su capacidad para evitar que se llene mucho y tenga fugas.

*Sentarse en el inodoro tan atrás como pueda.

*Sujetar la parte inferior de la bolsa hacia arriba y abrir el sujetador en el extremo.

*Lentamente desenrollar el extremo sobre el inodoro.

*Vaciar suavemente el contenido.

*Limpiar tanto el lado externo e interno del extremo de la bolsa.

*Enrollar el extremo de la bolsa.

*Colocar el clip.

Cuándo cambiar la bolsa

*Si la bolsa es cerrada: Cambiar todos los días cuando el contenido supere la mitad de la bolsa.

*Si la bolsa es abierta: Vaciar la bolsa cuando el contenido supere la mitad de la bolsa cada día. Es importante que la materia fecal no esté en contacto con la piel que rodea el estoma para no irritarla, por eso hay que cortar el disco adhesivo con el diámetro que tenga el estoma. (Carballo, 2008)

*Si el dispositivo es de una pieza y cerrada: Se cambiará cuando esté por la mitad cada día. (Balsera, 2010)

*Si el dispositivo es de una pieza y abierta: Se cambiará cada 24/48 horas y se vaciará cuando esté por la mitad. Para vaciar la bolsa, abra la pinza y limpie la parte inferior con papel. (Balsera, 2010)

*Si el dispositivo es de dos piezas y cerrado: Se cambiará la bolsa cuando esté por la mitad y el disco cada 3 o 4 días.

*Si el dispositivo es de dos piezas y abierta: Se vaciará cuando lo precise. Se cambiará la bolsa cada 24 o 48 horas y el disco cada 3 o 4 días. (Balsera, 2010)

Factores que afectan el sello del sistema de bolsa recolectora

El sistema de bolsa recolectora deberá adherirse a la piel y es importante cambiar la bolsa antes de que se afloje o de que surjan fugas. La cantidad de tiempo que una bolsa permanecerá sellada dependerá de muchos factores, como el clima, la condición de la piel, cicatrices, cambios en el peso, alimentación, actividad, cuerpo de la persona y naturaleza de la materia que se excreta a través de la ostomía.

Otros factores que pueden afectar el tiempo que la bolsa se adhiere son: la sudoración reducirá el número de días que podrá portar una misma bolsa del sistema recolector, el calor del cuerpo (ocasionará que las barreras de la piel se aflojen más rápido de lo habitual), la piel grasosa y húmeda reduce el tiempo de uso, cambios en el peso también afectará el tiempo de uso de una bolsa (el peso que aumente o pierda después de la cirugía para la ostomía puede cambiar la forma del abdomen), la alimentación (ciertos alimentos que causan una descarga acuosa son más propensos a desprender el sellado que las evacuaciones de consistencia más sólida), la presencia de mucho vello alrededor del estoma puede ocasionar que la barrera dérmica no se adhiera bien y causarle dolor cuando se la quite. Afeitarse con una rasuradora, o recortar el vello con tijera resulta útil en estos casos.

Cambio de la bolsa (Anexo V Imagen N° 5, 6 y 7)

Lavado de manos.

Retirar con cuidado la bolsa del abdomen, con una mano sujetar la piel y con la otra retirar la bolsa.

Recortar el diámetro exacto del ostoma.

Limpiar bien el ostoma de los restos de heces con papel.

Limpiar el ostoma y la piel de alrededor con agua y jabón neutro.

Secar la piel suavemente.

Colocar la nueva bolsa.

Adherir bien a la piel, si es necesario usar adhesivos para ostomías.

Vigilar que la ostomía quede permeable.

Lavado de manos.

Complicaciones en el postoperatorio inmediato:

*Edema: Normalmente es debido al propio trauma de la intervención. Se produce cuando el diámetro de la piel es menor a la mucosa intestinal. Este edema puede producir obstrucción intestinal. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Utilización de dispositivos transparentes para ver la evolución de la intervención los primeros días, pero sin presionarlo para evitar ulceraciones, observación diaria del tamaño y color. También se pueden colocar compresas de suero salino fisiológico frío o con azúcar granulado para realizar terapia osmótica. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

*Hemorragia: Complicación poco frecuente (2-3%) y aparece tras la intervención por culpa de la lesión de algún vaso subcutáneo o submucoso. Los pólipos también pueden conducir al sangrado del estoma. Suele remitir de forma espontánea haciendo presión sobre el vaso sangrante o suturándolo. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Registrar el momento del sangrado, intensidad y volumen. Si la hemorragia es enterocutánea se realizará hemostasia local o comprensión. Si la hemorragia es de la mucosa, se ha de aplicar frío. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012).

*Infección: Complicación frecuente que aumenta cuando la intervención se realiza de urgencias, ya que las condiciones del paciente suelen ser peores. Con la infección aparece dolor en la zona, inflamación, supuración y en algunas ocasiones fiebre. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Cuando aparecen los primeros síntomas o molestias, hay que controlar la zona afectada y registrar los cambios que se han producido en la colostomía.

Si el absceso es mucocutáneo requiere curas locales, es decir, se han de retirar algunos puntos de sutura para drenar el contenido purulento, se han de hacer lavados con suero fisiológico y antiséptico. Hay que usar dispositivos de dos piezas para mantener las curas. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

*Isquemia o necrosis: Es generalmente causada por desvascularización, o tensión excesiva que causa la retracción. Es fácil de reconocer por el color morado azulado o grisáceo oscuro que adopta el estoma. Si es superficial, con retirar algún punto de sutura suele ser suficiente, pero si se compromete el colon en su porción interior habrá que pasar nuevamente por quirófano. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Observar, controlar y registrar la zona afectada durante las primeras horas, para ello utilizar dispositivos transparentes. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Complicaciones en el postoperatorio tardío:

*Estenosis: Reducción del diámetro de la luz del estoma, de tal forma que impide la salida de las heces, así como la posibilidad de realizar un tacto por él. Si la estenosis es de gran magnitud y produce suboclusión, hay que volver a la cirugía. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012).

Actuación de enfermería: Aconsejar una dieta rica en fibra para que las heces sean más pastosas y fáciles de eliminar.

*Retracción del estoma: En este caso, el estoma es retraído hacia el abdomen en vez de ser mínimamente elevado por encima de la piel. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

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

*Hernia de la pared abdominal: Hinchazón del abdomen alrededor del estoma. Esto es generalmente antiestético e incómodo, ya que impide la correcta colocación de los dispositivos, pero no siempre requiere la intervención quirúrgica. Se produce por hipertensión abdominal, bronquitis, obesidad y estreñimiento. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Utilizar fajas y cinturones especiales que compriman las hernias, pero no el estoma. Si la hernia produce problemas físicos o psicológicos valorar tratamiento quirúrgico.

Otras complicaciones:

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

Actuación de enfermería: Reconocer las alergias a estos dispositivos, ya que habrá un área de la piel inflamada con la forma y el tamaño exactamente igual al dispositivo. Para resolver este problema habrá que dejar de usar el material utilizado que lo ha provocado y sustituirlo por otro.

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

Actuación de enfermería: Se utiliza el nitrato de plata, ya que es muy eficaz para reducir el tamaño del granuloma y eventualmente, para eliminarlo por completo. Sin embargo, el nitrato de plata debe de ser utilizado con precaución. (Sólo dos o tres veces a la semana).

*Separación mucocutánea: Es posible que la unión entre la piel y el intestino se rompa. Ocurre en diversos grados, pero sobretodo de manera superficial. La causa de este problema puede ser una infección o tensión en las suturas.

Actuación de enfermería: Es administrar polvos o pasta protectora en el hueco entre la piel y el estoma.

*Dermatitis de contacto irritante: Inflamación, irritación o incluso ulceración de la piel debido al contacto del contenido que sale a través del estoma. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)

Actuación de enfermería: Volver a medir el estoma y educar al paciente en la creación de una abertura del tamaño adecuado. Vigilar la aparición de los síntomas y cambiar los dispositivos por otros hipoalergénicos. (Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats., 2012)(Anexo V Imagen N° 8)

Importancia de la Nutrición

Las medidas alimentarias en un paciente ostomizado es importante para conseguir un óptimo estado de nutrición y un correcto funcionamiento del estoma. Recomendaciones en la dieta al paciente colostomizado:

*La dieta no es estricta, después de ser ostomizado debe introducir los alimentos poco a poco y en pequeñas cantidades. Por lo general, se inicia con una dieta baja en fibra y baja en residuos, hasta establecer una dieta normal. No introducir alimentos nuevos hasta comprobar cómo se toleran los anteriores.

*Algunos alimentos como la cebolla, ajo, pescado y huevos pueden producir olores fuertes.

*Es importante beber una cantidad suficiente de agua (2-3 litros/día), sobre todo entre las comidas.

*Alimentos que contribuyen a la formación de gas: lentejas, cebolla, brócoli, coliflor, pepino, ciruelas, manzana, pasas, plátano.

*Alimentos aconsejados: frutas y verduras. Pescados y aves. Pastas y arroces. Leche y derivados.

*Alimentos que se deben evitar: carnes de cerdo, grasas, picantes, alcohol y bebidas gaseosas.

*Alimentos astringentes: plátano, manzana, arroz cocido.

Qué ropa usar con una colostomía

Para el uso diario, no se requiere de ropa especial, ya que las bolsas de ostomía (especialmente ciertos tipos) son bastantes planas y es difícil notarlas a través de la mayoría de las prendas de vestir. La presión de las prendas interiores elásticas no dañará al estoma, ni detendrá la función del intestino.

Cuidados de una colostomía(Anexo V Imagen N° 9 y 10)

Protección de la piel alrededor del estoma: La piel que circunda el estoma siempre debe verse como la piel del resto del abdomen. Sin embargo, el desecho que sale de la ostomía puede causar hipersensibilidad o dolor en esta área. Usar el tamaño adecuado de bolsa y de la abertura de la barrera para la piel. Una abertura demasiado pequeña puede cortar o lesionar el estoma. Si la abertura es demasiado grande, la materia fecal podría entrar en contacto con la piel e irritarla. En ambos casos, reemplazar la bolsa o barrera cutánea por una que quede bien. Cambiar el sistema de bolsa recolectora de manera periódica para evitar fugas e irritación de la piel. Tener cuidado al retirar el sistema de bolsa recolectora de la piel y no quitarlo más de una vez por día, salvo que se presente algún problema. Quitar la barrera cutánea separando suavemente la piel de

la barrera adhesiva en lugar de tirar la barrera de la piel. Limpiar con agua la piel que circunda al estoma. Antes de colocar la cubierta, la barrera cutánea o la bolsa, secarla piel por completo.

Estar alerta a las sensibilidades y alergias al material del adhesivo de la barrera cutánea, de la cinta o la bolsa. Éstas pueden surgir semanas, meses o incluso años después del uso de un producto, ya que el cuerpo se puede sensibilizar gradualmente. Si la piel se irrita solamente en el punto donde la bolsa de plástico tiene contacto con la piel, cubrir la bolsa o probar otra marca de bolsa.

Teoría o modelo de enfermería

En el sentido de la fundamentación teórica de esta investigación, está centrada en un modelo conceptual producto del desarrollo teórico de Dorotea Orem.

Teoría el Autocuidado:

Dorothea Orem considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas: (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

*Teoría del autocuidado: Muestra aquello que las personas necesitan saber; qué se requiere y qué deben estar haciendo o haber hecho por ellos mismos, para regular su propio funcionamiento y desarrollo, provee las bases para la recolección de datos. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

*Teoría del déficit de autocuidado: Postula el propósito o enfoque del proceso de diagnóstico. La demanda, las capacidades y limitaciones de cuidado del individuo pueden ser calculadas a fin de proporcionar el cuidado de acuerdo a la demanda establecida y determinada, por lo tanto, la relación entre la demanda y la capacidad puede ser identificada claramente. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

*Teoría de los sistemas de enfermería: Proporciona el contexto dentro del cual la enfermera se relaciona con el individuo, lo diagnostica, prescribe, diseña y ejecuta el cuidado basado en el diagnóstico de los déficit de autocuidado. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

Naturaleza del Autocuidado: El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales, y el concepto cuidado como la totalidad

de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

Metaparadigmas

*Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas, sociales y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para auto conocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen cuidados. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

*Entorno: Aquellos factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

*Salud: Estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

Es una profesión de servicio, que satisface a una necesidad social. Supone planificar, aplicar y evaluar los cuidados enfermeros. (Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K., 2014)

Del mismo modo el pensamiento de Henderson gira alrededor de los conceptos de enfermería, persona, salud, cuidados y entorno. Entiende a la enfermería como una función de ayuda a la persona (tanto en estado de salud como de enfermedad) y a su familia.

Virginia Henderson define el rol esencia, es decir, autónomo, de la enfermera a partir de su experiencia profesional.

Define funcionalmente la enfermería de la siguiente manera: la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación, actividades que la persona realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o el conocimiento necesario; todo esto

debe hacerse de manera que ayude a la persona a ganar independencia lo más rápido posible. Además, el concepto de cuidados enfermos gira alrededor de una visión humanista de la persona, que Henderson concibe como ser biológico, psicológico y social.

MATERIAL y MÉTODOS

Tipo de Estudio

El siguiente estudio se llevará a cabo mediante el abordaje metodológico cuantitativo.

El tipo de estudio a realizar para el presente proyecto de investigación será observacional, dado que las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad sin manipulación.

Será descriptivo porque reflejará la realidad tal como es, describiendo el nivel de información de los enfermeros sobre la educación para el alta en el paciente colostomizado permanente, en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario.

Además, será transversal porque se hará un corte en un periodo determinado de seis meses. Dado que se recolectan datos en un momento único.

En función del tiempo de ocurrencia de los hechos el diseño metodológico es prospectivo porque los datos serán recolectados a medida que transcurran los hechos.

Sitio y Contexto de la Investigación

El estudio se realizará en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario.

El servicio en el que se efectuará el estudio es el sector del primer piso de internación, cuenta con: 23 habitaciones, 23 camas útiles, cada habitación cuenta con un timbre llamador, luces de emergencia y baño propio, posee panel de oxígeno y aspiración y no hay aire comprimido. El office de enfermería se encuentra casi al final del pasillo, tiene enfrente las tres habitaciones que generalmente se utilizan para los pacientes más críticos de la sala, el servicio cuenta con una sala de médicos, baño propio para el personal y un office de camareras y otro de mucamas.

El servicio no cuenta con habitación para aislamiento, pero en el caso que un paciente requiera ser aislado en una habitación individual, son tratados en esta sala.

El sitio fue seleccionado aplicando una guía de convalidación de sitio (Anexo I).

La realización de una ostomía demanda nuevas habilidades para el autocuidado, conocimientos sobre los cambios corporales y una nueva perspectiva de salud, así como también estrategias de enfrentamiento para un mejor proceso adaptativo.

La asistencia para estos pacientes debe ser planeada contemplando los aspectos del cuidado fisiológico juntamente con el psicológico. Para eso, es primordial que todos los

profesionales participen efectivamente del proceso de atención durante la hospitalización.

Al ser una sala de clínica-quirúrgica la mayoría de sus pacientes son post operatorios y tiene un porcentaje elevado (35%) de estas cirugías (fuente de datos servicio de estadística) y su promedio de días de estada es de 7/10 días (fuente de datos servicio de estadística).

En función de los resultados del estudio exploratorio (Anexo III) el sitio fue seleccionado por reunir los criterios de elegibilidad.

Población y Muestra

El estudio cuenta con dos poblaciones: una primera población conformada por todos los enfermeros que realizan tareas asistenciales en la sala de clínica-quirúrgica.

En función de los resultados obtenidos en el estudio de convalidación de sitio, la población número uno total estimada es de aproximadamente 15 enfermeros asistenciales.

Dado que la población en estudio no es un número considerablemente grande no se realizará muestreo y se tomará la totalidad de la población.

Criterios de inclusión:

- Los enfermeros que desarrollen su labor asistencial de manera permanente en el servicio de clínica-quirúrgica.

Criterios de exclusión:

- El personal de gestión de enfermería, dado que no realizan tareas asistenciales.
- Aquellos enfermeros que cuenten con licencia o LAO.

La población número dos queda conformada por todos los pacientes con colostomía permanente, aproximadamente un total de 10 pacientes. Se les comunicará que los datos que aporten serán anonimizados y su derecho de abandonar el estudio, si lo consideran oportuno, en cualquier momento.

Criterios de inclusión:

- Todos los pacientes con colostomía permanente.

Criterios de exclusión:

- Pacientes añosos que no son autoválidos.

En relación a la validez externa, los alcances del estudio estarán generalizados únicamente a la población que formará parte del estudio.

Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

Proceso de Operacionalización de Variables

- Nivel de información de los enfermeros sobre la educación para el alta: Cualitativa, independiente, ordinal.

Definición conceptual: Educación en enfermería es brindar al individuo a través de métodos y técnicas la conservación y el mantenimiento de la vida, como también promover la autonomía. La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico.

Dimensión 1: Higiene del ostoma

Indicadores:

Lavado de manos.

Higiene con agua y jabón neutro, con una esponja o toalla suave.

Secar la piel suavemente, sin frotar.

Lavado las manos después de tener contacto con el ostoma.

Dimensión 2: Cambio de la bolsa

Indicadores:

Lavado de manos.

Retirar con cuidado la bolsa del abdomen, con una mano sujetar la piel y con la otra retirar la bolsa.

Recortar el diámetro exacto del ostoma.

Limpiar bien el ostoma de los restos de heces con papel.

Limpiar el ostoma y la piel de alrededor con agua y jabón neutro.

Secar la piel suavemente.

Colocar la nueva bolsa.

Adherir bien a la piel, si es necesario usar adhesivos para ostomías.

Vigilar que la ostomía quede permeable.

Lavado de manos.

Dimensión 3: Vaciamiento de la bolsa

Indicadores:

Sentarse en el baño.

Colocar la porción inferior de la bolsa hacia arriba.

Retirar la pinza.

Lentamente desenrollar la cola de la bolsa hacia el inodoro.

Vaciar el contenido de la bolsa.

Limpiar la cola de la bolsa por dentro y por fuera con papel.

Recolocar la pinza.

- Adherencia al tratamiento: Cualitativa, dependiente, nominal.

Definición conceptual: Grado en que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario.

Dimensión 1:Autocuidados de actividades de la vida diaria.

Indicadores:

Cambia la bolsa de ostomía.

Vacía la bolsa de colostomía.

Mantiene la higiene corporal.

Mantiene la integridad de la piel.

Dimensión 2: Alteración de la imagen corporal.

Indicadores:

Incapacidad para lavarse el cuerpo.

Incapacidad para vestirse.

Temor.

Inquietud.

Ansiedad.

- Edad: Cuantitativa, simple, razón.

Indicadores:

Cantidad de años según refiere el personal.

- Antigüedad profesional: Cuantitativa, simple, razón.

Indicadores:

Cantidad de años de antigüedad en el servicio.

- Sexo: Cualitativa, simple, nominal.

Indicadores:

Masculino

Femenino

Para realizar la recolección de datos se utilizará la técnica de encuesta, las encuestas además de ser baratas y flexibles, son también una forma práctica de obtener datos.

Y como instrumento de recolección de datos, un cuestionario (Anexo II).

Si bien hay muchos aspectos positivos con los cuestionarios, la falta de sinceridad puede ser un problema. Es posible que los encuestados no sean sinceros al 100% en sus respuestas. Esto puede ocurrir por varias razones, incluyendo el sesgo de deseabilidad social y el deseo de proteger la privacidad. Para evitar la falta de sinceridad se comunicará a los encuestados que se respetará su privacidad y que el proceso no permite la identificación personal.

Con respecto a las ventajas del instrumento el mismo incluye menor costo y mayor cobertura de población; menor tiempo de recolección de datos; menor riesgo de distorsión producida por el investigado; mayor libertad en las respuestas, anonimato; mayor tiempo de reflexión para la respuesta por parte del encuestado. En relación a las desventajas se pueden mencionar, el riesgo de porcentajes de formularios incompletos y la dificultad de verificación de la autenticidad de los datos.

Al entregar el mismo, se hará hincapié que el objetivo de la investigación no tiene como fin cuestionar su nivel de información si no por el contrario, establecer que relación existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta.

De acuerdo a las amenazas que sufre el proyecto de investigación se realizarán Controles de Validez Interna que se aplican en el diseño. Por un lado, se tendrán en cuenta aspectos que puedan afectar al instrumento, uno de ellos es que puede resultar demasiado largo para la lectura y respuesta, por lo que puede generar abandono en su confección. Por otra parte, al momento de la recolección de datos, el personal de enfermería puede no disponer de tiempo para realizar el instrumento, por lo que se solicitara permiso a las autoridades de la institución para poder llevarlos a cabo sin inconvenientes. Se buscará un lugar tranquilo y cómodo para que los enfermeros puedan completar el cuestionario sin influencias del entorno, que puede ser el office de enfermería y ofrecer un periodo de tiempo prudencial que necesiten.

Se aseguró que los profesionales no tuvieron capacitaciones sobre la temática en estudio en el periodo elegido para la investigación.

El instrumento será aplicado durante la jornada laboral de cada enfermero, para lo cual, al inicio de cada guardia, se acordará con el enfermero el momento más oportuno para que pueda cumplimentar el cuestionario.

Se estima que dicho proceso conllevará un tiempo de 20 minutos aproximadamente, según se estableció en la prueba piloto (Anexo IV), llevada a cabo en cuatro enfermeros y dos pacientes dentro de la misma institución, pero en otra sala de internación. Por otro lado, a través de la presencia de un encuestador se asegurará que los sujetos completen el cuestionario y no abandonen.

Principios Éticos

El estudio se realizará en todo momento siguiendo los principios bioéticos recogidos en el informe de Belmont, incluyendo el derecho de confidencialidad, de intimidad y de información. **(Principio de beneficencia)**. En relación con los profesionales de la salud, cabe destacar, que no se pondrá en duda su profesionalidad y no serán juzgados por su desempeño laboral, ni afectará su trabajo.

La beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no sólo curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende como un bien del paciente y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Con respecto a las consideraciones éticas del estudio, todos los participantes serán informados del tipo de estudio y de los objetivos que se esperan cumplir.

Se les comunicará que los datos que aporten serán anonimizados y su derecho de abandonar el estudio, si lo consideran oportuno, en cualquier momento (en el caso de los pacientes con ostomías permanente, si se sienten invadidos o que su privacidad no se está respetando). **(Principio de autonomía)**. La autonomía no es sólo el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado (Anexo II), sino también el deber ético de los profesionales de promover la competencia y de ayudar a que el paciente pueda ejercer una libertad responsable. En los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, buscar al mejor representante de los intereses del paciente.

Los resultados obtenidos se utilizarán únicamente para los fines de la investigación. También se les informará del carácter voluntario de la participación en el estudio y que, debido a ello, no obtendrán remuneración alguna. **(Principio de justicia)**.

Personal a Cargo de la Recolección de Datos

La recolección de datos se llevará a cabo por la autora de la presente investigación, para evitar sesgos en la misma. Dicha recolección se efectuará en el personal de enfermería que cumpla con los criterios de inclusión/exclusión y que desee participar de la investigación, como así también, los pacientes colostomizados permanente. A tal fin, esta actividad se desarrollará durante el horario de trabajo en el momento que no entorpezca con el normal funcionamiento del servicio; realizándose en el office de enfermería para que el personal pueda responder de manera cómoda, y así evitar respuestas apresuradas que puedan arrojar datos erróneos.

Plan de Análisis

Para medir la variable nivel de información de los enfermeros sobre educación para el alta se aplicará estadística descriptiva, utilizando una escala ordinal. Para ello y con el fin de reconstruir la variable en estudio, como primer paso se procedió a codificar cada indicador, y establecer un puntaje para cada respuesta. Si el indicador esta ordenado correctamente se considera un puntaje máximo de 2 y si la respuesta es incorrecta se considera un puntaje mínimo de 1, luego se procederá a la sumatoria total por cada dimensión.

Para reconstruir la variable adherencia al tratamiento, se hará el mismo procedimiento, tomando como puntaje máximo de 2 la respuesta si y puntaje mínimo de 1 la respuesta no, luego se procederá a la sumatoria total de cada dimensión.

Tras haber recolectado los datos, se llevará a cabo el procesamiento de los mismos, en una base de datos incorporando los resultados en tablas y gráficos, utilizando una estadística descriptiva para su análisis.

El procesamiento de datos consistió en tres fases:

La primera fase de tipo descriptivo mediante la elaboración de tablas de frecuencias con sus correspondientes porcentajes.

La segunda fase: las tablas de frecuencia se realizaron por variables y finalmente se estableció un porcentaje total.

La tercera fase: presentación de los datos.

Escala de medición de variables simples

Edad: Razón

Antigüedad: Razón

Sexo: Nominal

Una vez tabulados todos los datos, según cada variable mencionada, se procederá a realizar un análisis correlacional donde se cruzarán las variables nivel de información sobre educación para el alta con edad, sexo, antigüedad profesional.

Para el análisis, lo primero es describir los datos, con los valores y puntuaciones obtenidas para cada indicador. Estos indicadores serán codificados y presentados en tablas y gráficos que reflejarán la distribución de frecuencias y las medidas de tendencia central.

Para las variables cuantitativas simples, de razón como edad y antigüedad profesional, se aplicará estadísticas descriptivas teniendo en cuenta las medidas de tendencia central como: media, mediana y moda.

Para las variables cualitativas simples nominal como sexo se realizará tabla de frecuencia, porcentaje y moda.

Plan de Trabajo y Cronograma de Actividades

La primera actividad que se realizará es pedir la autorización de los niveles gerenciales de la institución para llevar a cabo la investigación, dentro del mismo mes se procederá a realizar el planteamiento y definición del problema, además de la elaboración del marco teórico.

Al mes siguiente se llevará a cabo la selección del tipo de estudio y definición operacional de las variables. La población de estudio se seleccionará en el mes de diciembre, donde se solicitará a las mismas (enfermeros/as y pacientes) el consentimiento informado.

La información será recolectada al asistir en los diferentes turnos en los que el personal de salud laboral, aplicándose la estadística descriptiva para el análisis de los datos.

La recolección propiamente dicha de los datos se realizará durante los meses de enero a junio, por medio de una encuesta, donde los datos se obtendrán a través de un cuestionario.

Posteriormente en el mes de julio se procederá a realizar el procesamiento de datos y el análisis de los datos se realizará en el mes de agosto.

Finalmente se presentará la investigación por escrito a las autoridades correspondientes en el mes de septiembre.

Cronograma de actividades	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	JUNIO 2021	JULIO 2021	AGOSTO 2021	SEP 2021	OCT 2021
Recolección de datos										
Procesamiento de datos										
Análisis de datos										
Presentación de Informe final										
Difusión										

Anexos

Anexo I Guía de Relevamiento de Datos

- 1- ¿La institución permite que se realice la investigación?
- 2- ¿La institución autoriza que se publiquen los resultados de la investigación?
- 3- ¿La institución permite que se nombre en la investigación?
- 4- ¿En qué horario se puede asistir a la institución?
- 5- ¿Cómo se encuentra organizado el Departamento de Enfermería de la Institución?
- 6- ¿Cuántos enfermeros realizan tareas asistenciales en la sala de clínica-quirúrgica?
- 7- ¿Cuál es la antigüedad profesional, de cada uno de los enfermeros?
- 8- ¿Cuál es el promedio de edad del personal de enfermería?
- 9- ¿Cuál es la formación académica de cada enfermero?
- 10- ¿Tienen horarios fijos o rotativos?
- 11- ¿Poseen estadísticas?
- 12- ¿El personal cuenta con los insumos necesarios para educar al paciente colostomizado?
- 13- ¿Se realizan talleres y capacitaciones para el personal?
- 14- ¿Se realizan reuniones interdisciplinarias?
- 15 - ¿Qué características tiene la sala de internación de clínica-quirúrgica? (office de enfermería, cantidad de cama y habitaciones)
- 16- ¿Promedio de pacientes con ostomías permanente?
- 17- ¿Promedio de días de estadas de los pacientes colostomizado?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

—Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que ALFARO TIACARENA es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/ta mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los 09/Octubre/2020

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000tr
Tel. 341 4804518
Fax 341 4804569
www.fmedic.uer.edu.ar

TORRES SPAVIDI, JUAN
SUPERVISOR DE ENFERMERIA
MAT. 7261
SANTONIO AMERICANO S.A.

Anexo II: Instrumento de Recolección de Datos

*Edad: *Antigüedad Profesional: *Sexo:

*Fecha: *Encuesta N°:

De acuerdo a las siguientes afirmaciones, complete el siguiente cuestionario, enumerando las respuestas (en el cuadro correspondiente), según usted considere el orden correcto. Gracias.

- Higiene del ostoma.

Higiene con agua y jabón neutro, con una esponja o toalla suave.	
Lavado de manos.	
Lavado las manos después de tener contacto con el ostoma.	
Secar la piel suavemente, sin frotar.	

- Cambio de la bolsa.

Recortar el diámetro exacto del ostoma.	
Limpiar el ostoma y la piel de alrededor con agua y jabón neutro.	
Limpiar bien el ostoma de los restos de heces con papel.	
Retirar con cuidado la bolsa del abdomen, con una mano sujetar la piel y con la otra retirar la bolsa.	
Lavado de manos.	
Adherir bien a la piel, si es necesario usar adhesivos para ostomías.	
Secar la piel suavemente.	
Colocar la nueva bolsa.	
Lavado de manos.	
Vigilar que la ostomía quede permeable.	

- Vaciamiento de la bolsa.

Retirar la pinza.	
Lentamente desenrollar la cola de la bolsa hacia el inodoro. Sentarse en el baño.	
Colocar la porción inferior de la bolsa hacia arriba.	
Limpiar la cola de la bolsa por dentro y por fuera con papel.	
Vaciar el contenido de la bolsa.	
Recolocar la pinza.	

*Edad:

*Sexo:

*Fecha:

*Encuesta N°:

De acuerdo a las siguientes afirmaciones, marque con una "X" donde considere usted la opción correcta, en función de sus cuidados diarios.

- Autocuidados de actividades de la vida diaria.

Cambia la bolsa de ostomía.	SI	NO
Vacía la bolsa de colostomía.	SI	NO
Mantiene la higiene corporal.	SI	NO
Mantiene la integridad de la piel.	SI	NO

- Alteración de la imagen corporal.

Incapacidad para lavarse el cuerpo.	SI	NO
Incapacidad para vestirse.	SI	NO
Temor.	SI	NO
Inquietud.	SI	NO
Ansiedad.	SI	NO

Acta de Consentimiento Informado

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Médicas

Escuela de Enfermería

Yo:DNI N: °,

doy autorización para que la información que proporciono sea utilizada con fines investigativos en el estudio que tiene como objetivo general describir que relación existe entre la adherencia al tratamiento de los pacientes colostomizados permanentes y el nivel de información sobre la educación para el alta, según edad, sexo y antigüedad en la profesión de los enfermeros que realizan tareas asistenciales en una sala de clínica-quirúrgica de un hospital privado de la ciudad de Rosario durante el primer semestre del año 2021, el cual es desarrollado por la estudiante de la Licenciatura en Enfermería Alfaro Macarena, cuyo propósito es recabar datos y analizar los resultados obtenidos, para luego elevarlos a los directivos de la Institución, para aplicar estrategias como por ejemplo establecer protocolos de atención, que respondan a las necesidades de formación y preparación del personal de enfermería. Es decir, que se incorporen los hallazgos de investigaciones como la presente, en la toma de decisiones, en la planeación y evaluación de la formación de recursos humanos en salud y la capacitación continua. Y a su vez, implementar un programa de educación para el alta para los pacientes colostomizado permanente, para satisfacer, no solo las necesidades específicas de rehabilitación, sino también mejorar la calidad de vida de esa población y brindar elementos de ayuda, como la utilización de un lenguaje y material de información claro y sencillo a los pacientes a enfrentar esta nueva situación (el estar ostomizado).

Se me ha explicado que mi nombre no aparecerá escrito en el instrumento que completaré ni se publicará en ningún lado. Tendré derecho a no continuar en el estudio, si así lo decido. Acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, los resultados del estudio me serán proporcionados si los solicito a los investigadores responsables del proyecto. Dejo constancia que recibo los datos para ubicarlos y resolver cualquier duda.

Firma del participante: Firma del investigador responsable:

Fecha:

Anexo III Resultado de Estudio Exploratorio

Las autoridades de la institución, en donde se llevará a cabo la investigación permiten a la autora de la misma, efectuar la recolección de datos y consienten en la publicación de los resultados, como así también mencionar el nombre de la institución.

Para la recolección de los mismos se puede asistir a la institución sin ningún tipo de impedimento las 24 horas los siete días de la semana a fines de realizar la encuesta correspondiente.

Actualmente existe el Comité de Docencia e Investigación de reciente creación y labor, el cual está conformado por el supervisor de enfermería, los coordinadores de enfermería de las áreas crítica UTI y UCO, coordinadores de enfermería de las salas generales de internación, coordinadores de quirófano, enfermeros asistencias de distintas áreas UTI, UCO, quimioterapia, sala general, guardia, este el que brinda las capacitaciones al personal, y luego de estas se debaten los temas a mejorar por ejemplo: una cuestión importante tratada en reuniones es la higiene hospitalaria, donde se constituyó un manual de procedimiento, el cual especifica el tipo de producto y su manera de utilización según los sectores, debidamente identificado para el sector en cuestión.

Debido a sus recientes actividades, las estadísticas son escasas y hasta el momento no hay normativas ni protocolos de atención a los pacientes colostomizados.

El servicio de enfermería de dicho efector se encuentra constituido por supervisión de enfermería, coordinadores de enfermería de áreas críticas UTI y UCO y le sigue coordinación de enfermería en sala general y guardia una por cada turno. El plantel de enfermería del sector del 1° piso de internación se encuentra compuesto por 15 enfermeros, los cuales todos son enfermeros profesionales, actualmente cinco están cursando la carrera de licenciatura en enfermería (dos en facultad privada y el resto en facultad pública), todo el personal es de sexo femenino, con un rango de edad que ronda entre los 25 y 40 años. En relación a la modalidad horaria el personal de enfermería cumple con turnos fijos de ocho horas; de 06-14, 14-22 y 22-06, con un sistema de franco 4X1.

La antigüedad profesional del personal de enfermería es entre 1 a 5 años en la institución.

Con respecto a los insumos se cuenta con todo lo necesario, en lo que respecta a los distintos tipos de bolsas y materiales adhesivos.

Debido al poco tiempo de inicio de actividades del Comité de Docencia e Investigación, las estadísticas todavía son insuficientes, pero se pudo obtener un porcentaje estimativo

de pacientes con colostomía permanente que es un 35%. Esta cifra se obtuvo a través de las historias clínicas de dichos pacientes, en los meses en que se recabo la información.

No hay normativas establecidas con respecto a programas de educación para el alta por parte del personal de enfermería hacia los pacientes colostomizados, como así tampoco hay constituidos protocolos de atención a dichos pacientes.

No se realizan reuniones interdisciplinarias entre los servicios involucrados en la atención directa a los pacientes colostomizados.

Anexo IV Resultado de la Prueba Piloto

Luego de solicitar autorización institucional, se realizó una prueba piloto en un grupo de cuatro enfermeros, dos del turno mañana, uno del turno tarde y otro en el turno noche y a dos pacientes, con previo consentimiento informado a los participantes elegidos, en otra sala de internación dentro de la misma institución en la cual se desarrollará la presente investigación. Dichos enfermeros y pacientes no pertenecerán a la población en estudio, motivo por el cual se optó por realizar la prueba de los instrumentos en ese grupo poblacional.

Durante el desarrollo de la prueba piloto, se notó que el instrumento pudo ser cumplimentado sin inconvenientes, todos los participantes contestaron el total de las preguntas, no demoraron más de 15 minutos cada uno ya que los enfermeros y pacientes pudieron comprender claramente los ítems que se presentan en el mismo, haciendo que el instrumento sea confiable para poder ser utilizado en el proceso de recolección de datos que se desarrollará durante la investigación. El instrumento fue claro, y preciso. En todo momento no me retire del lugar y ellos podían preguntar lo que quisieran.

Anexo V Imágenes

Imagen N° 1

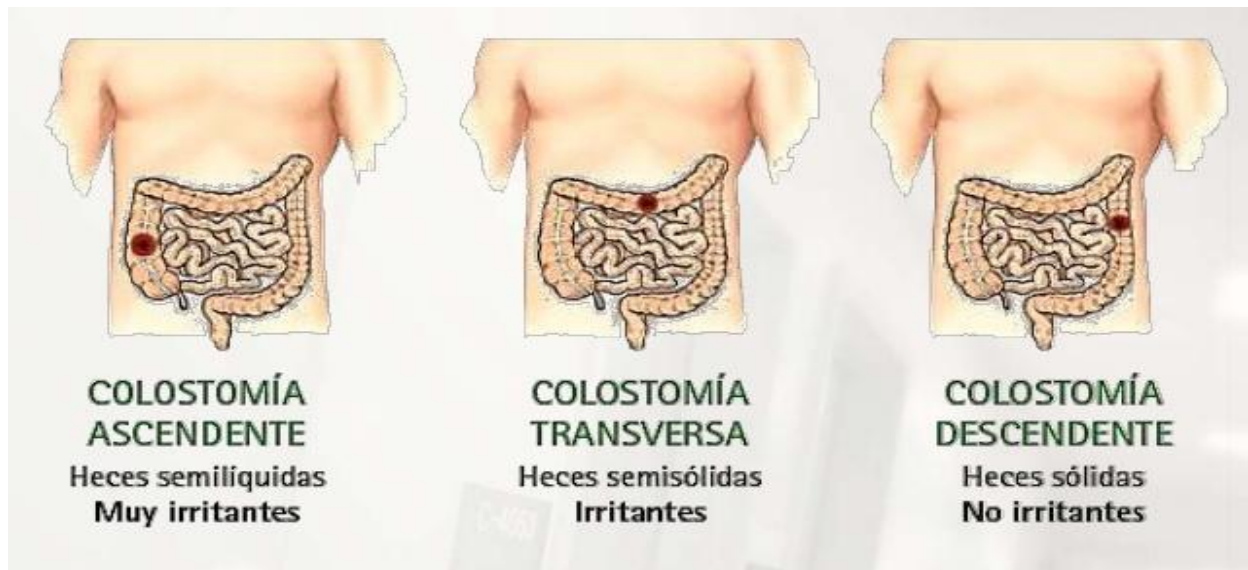


Imagen N° 2



Imagen N° 3

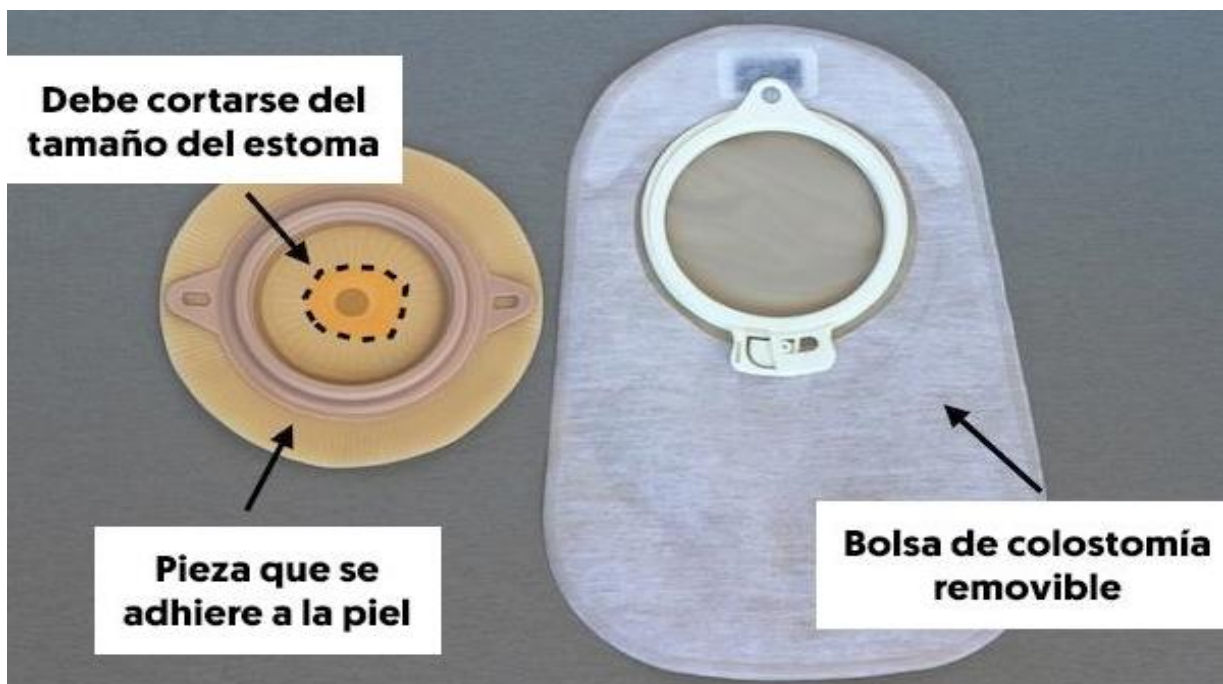


Imagen N° 4



Imagen N° 5



Imagen N° 6



Imagen N° 7

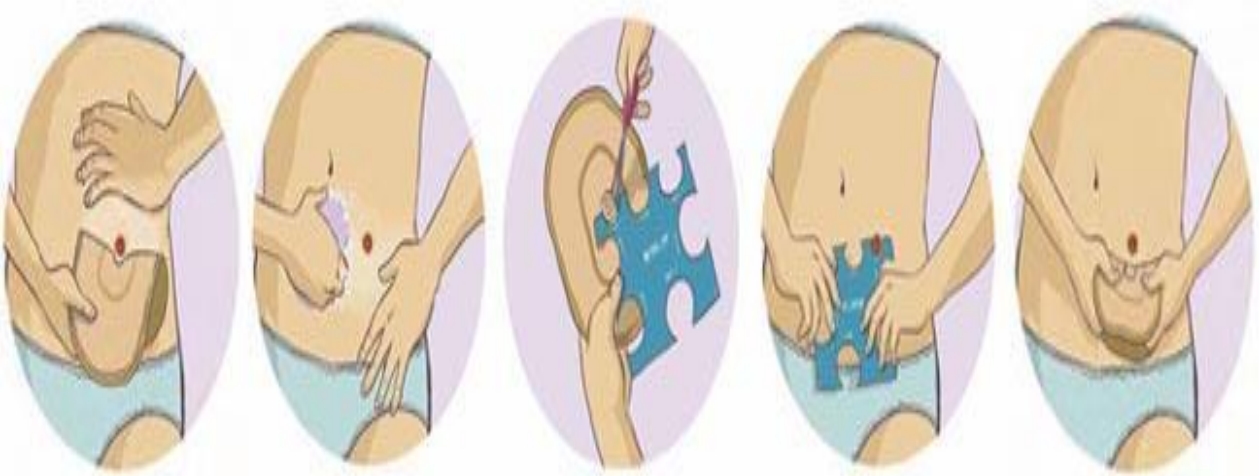


Imagen N° 8



Hernia



Estenosis



Retracción



Prolapso



Iritación cutánea



Granuloma

Imagen N° 9



La piel y el estoma se lavan con una esponja suave, agua tibia y jabón neutro.

A continuación se debe secar con una toalla a toquecitos evitando frotar bruscamente.

Una vez que la piel esté bien limpia y seca, aplicar la bolsa.

Imagen N° 10



Bibliografía

AJ., Z. (2014).

Balsera, N. (2010).

Bartle C, Darbyshire M, Gaynor P, Hassan C, Whitfield J, Gardiner A. (2015).

Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Silva Júnior FJG. (2011).

Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Hueso Montoro C, Morales Asencio JM, Riva Marín C, Fernández Gallego MC. (2014).

Calderon, B. (2012).

Canaval, Gladys Eugenia; Londoño, María Esperanza; Milena Herrera, Ana. . (2015).

Carballo, A. (2008).

Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang YN. (2016).

Conde T, Rodriguez Pino MY, Barrio PJ, Garcia BA, Suz J, Diaz NM. (2010).

Ferro JV, Díaz JDD, Hernández JCL, Espinosa JFB, Morejón LS. (2016).

Guariso G, Gasparetto M, Visonà Dalla Pozza L, D'Inca R, Zancan L, Sturniolo G. (2010).

Gun A, Asa E, Siv S. (2010).

Hu A, Pan Y, Zhang M, Zhang J, Zheng M, Huang M. (2014).

Julio, B. (2004).

LeMone, P., & Burke, K. (2009).

López, A., & Juárez, J. (2014).

Maria del Carmen Vazquez Garcia, Teresa Poca Prats. (2012).

Maria, D. S. (2007). *Revista Brasileira de Enfermeria*.

Maricel, F., & Matus, G. (2014).

Martín, B., Panduro, R., Cresspilio, Y., Rojas, L., & Gonzales, S. (2010).

Melendez, J. (2012).

Petuco VM, Martins CL. (2006).

Prado, L., Gonzalez, M., Paz, N., & Romero, K. (2014).

Proceso de Afrontamiento en Personas Recientemente Ostomizadas.(2010).

Ran L, Jiang X, Qian E, Kong H, Kong X, Liu Q. (2016).

Smith LE, Heneghan GM. (1993).

Vega, O., & Gonzales, D. (2001).

Violim MR, Bertól Bringmann P, Marcon SS, Pagliarini Waidman MA, Sales CA. (2011).

Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, Edeer AD, Ucer C. (2016).