

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

NADA HUMANO ME ES AJENO

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Seguimiento a pacientes ostomizados con enfermedades
diversas, problemas, retos y oportunidades para el cuidado,
desde la Promoción de la Salud**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

Patricia Joaquina Castro Sánchez

Director de la Tesis

Mtro. Jaime Molina Correa

Ciudad de México diciembre, 2024.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS

DEDICATORIA

.INTRODUCCIÓN

I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

III.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

IV. JUSTIFICACIÓN

V. MARCO TEÓRICO

VI. DESDE LA MIRADA CRÍTICA DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

6.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

6.2 LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

6.3 LA CARTA DE OTTAWA

6.4 ALGUNAS CONFERENCIAS MÁS RELEVANTES DE LA P. DE LA S.

VII. PADECIMIENTOS POR LO CUAL SE UTILIZA LA COLOSTOMÍA

VIII. LOS TRASTORNOS DE PÓLIPOS HEREDITARIOS QUE CAUSAN PÓLIPOS EN EL COLON, DESTACAN

IX. GUÍA PARA EL PACIENTE OSTOMIZADO

X. ESQUEMAS

XI. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

XII. CONSEJOS PRÁCTICOS Y RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA ESTOMA

XIII. CONSEJOS DIETÉTICOS

XIV. RECOMENDACIONES FUNDAMENTALES

14.1 RECOMENDACIONES QUE EL PACIENTE OSTOMIZADO DEBE SABER RESPECTO A
LOS DISPOSITIVOS Y SUS APLICACIONES

XV. ACCESORIOS PARA PERSONAS OSTOMIZADAS

XVI. MEDICAMENTOS DE CURACIÓN DE LA ESTOMA

XVII. ENTREVISTAS Y TESTIMONIOS

17.1 METODOLOGÍA UTILIZADA

XVIII. LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA METODOLOGÍA CUANTITATIVA DICE QUE

XIX. MI PRESENTACIÓN

XX ENTREVISTAS

XXI. TESTIMONIOS

XXII. ALGUNAS ENFERMEDADES POR LAS CUALES SE LES REALIZA UNA ILEOSTOMÍA O
COLOSTOMÍA, YA SEA PERMANENTE O TEMPORAL

XXIII. METODOLOGÍA PARA LAS ENTREVISTAS

XXIV. RESULTADOS

XXV. DISCUSIÓN

XXVI. CONCLUSIÓN

REFERENCIAS

ANEXOS

CARTA DE CONSENTIMIENTO

FORMULARIO

DOSSIER

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a “DIOS”, por haberme permitido terminar mi carrera, aunque no fue nada fácil, ya que en algunas ocasiones tuve que parar para poder ayudar a mi familia, habiendo que pasar por diferentes situaciones nada gratas y que de alguna forma fueron frenando mi camino. Sin embargo, he podido alcanzar la cima, que en muchas ocasiones pensé imposible

“Agradezco infinitamente a mi familia, quien ha sido mi roca y mi motivación durante este proceso de titulación. A mi esposo, hijos, nietos, yerno, hermanos y hermanas, les expreso mi más sincero agradecimiento por el amor incondicional, apoyo y confianza en mí. Su presencia y aliento han sido fundamentales para mi éxito y me siento afortunada de tenerlos en mi vida.

Agradezco a la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM-CH) por brindarme la oportunidad de formar parte de esta gran institución. Esta experiencia me ha enriquecido con vastos conocimientos y me ha permitido adoptar una visión de la vida más humanista. Hoy puedo afirmar que la UACM ha transformado por completo mi vida y mi perspectiva.

Quiero expresar mi gratitud a los catedráticos que, con su sabiduría y correcciones, me formaron a lo largo de estos años. Ahora entiendo que cada corrección y lección fue fundamental para mi desarrollo, ayudándome a convertirme en una mejor persona día a día.

Agradezco profundamente al Mtro. Jaime Molina Correa, por su incansable apoyo y motivación durante mi investigación. Su insistencia en que no me detuviera y su confianza en mi capacidad para terminar mi tesis de la mejor manera posible fueron fundamentales para mi éxito. Su dirección y experiencia como maestro fueron un ejemplo a seguir y una fuente de inspiración para mí.

A la Dra. Patricia Bustamante Camilo, por alentarme y empezar hacer mi tesis.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a mis lectores: Mtro. Enrique Cruz Villagrán, Dr. Miguel Ángel Godínez Gutiérrez y Víctor Manuel Mosquera Peralta, por tomarse el tiempo de revisar mi tesis y brindarme sus valiosas observaciones. Mi respeto y admiración hacia todos ustedes es inmenso.

Quisiera expresar mi agradecimiento a mis primeros maestros. Recuerdo con cariño que, al llegar a esta gran institución, me recibieron con los brazos abiertos, sin cuestionarme nada. Me vieron como una persona deseosa de aprender y superarse, sin importar mi edad.

Especialmente, quiero mencionar al Dr. Pablo Gaete. Un día, mientras coincidíamos en el comedor de la Universidad de Centro Histórico, me dijo: “Ya viste cómo hablas”. En ese momento, no entendí qué quería decir. Luego, agregó: “Ya no hablas como cuando llegaste”, lo que elevó mi autoestima enormemente. Esas palabras me hicieron dar cuenta de que estaba cambiando y mejorando cada día. Gracias, Dr. Gaete, por esas palabras que siempre llevaré conmigo.

Dra. Gloria C. Chávez, por enseñarme a buscar información y llevar en orden mis tareas. También tuve la oportunidad de coincidir con ella en el Consejo del Plantel, donde aprendí como se lleva la organización.

Al maestro Juan Hernández, por todo el apoyo que me brindó dándome asesorías y así poder pasar matemáticas que tanto se me dificultaba, recuerdo sus clases que eran muy amenas y no importaba cuantas veces nos tenía que explicar. Un gran agradecimiento por el gran ser humano que siempre fue conmigo.

A la Dra. Denise Martínez Ascensión, porque cuando más necesitaba un abrazo ahí estuvo sosteniéndome. Aparte de sus clases que eran muy divertidas y amenas le agradezco el gran ser humano que es. Y sé que si en un futuro por cualquier razón, la tenga que buscar para conversar, sé que va estar para mí porque así es ella.

Al Mtro. Jaime Molina Correa. otro ser extraordinario, le agradezco que cuando mi esposo estuvo muy enfermo, no dudó en venir a verlo, y ayudarlo con todos sus problemas que tenía en su mente y su corazón, y le ayudo a asimilar mejor su situación.

Una de sus clases que más me gustó fue cuando nos contó sobre Diógenes el Cínico, y su encuentro con Alejandro Magno cuando le dice: que se aparte porque le está tapando el sol. Y en lugar de enfadarse Alejandro Magno, pensaba: de no ser Alejandro, yo hubiera deseado ser Diógenes. Gracias maestro. Por todas sus enseñanzas.

Al Dr. Pablo Rojas, una bellísima persona en toda la extensión de la palabra, un ser humano con un corazón tan grande que pienso que no le cabe en el pecho, aunque no fue tan fácil pasar sus materias siempre nos decía que no desistiéramos.

A la Dra. Gorethy Rosas, por esas clases que parecía que solo tenía una materia, porque teníamos que hacer mucha tarea, pero a la vez aprendí mucho, no quedaba de otra. Muchas gracias por que la recuerdo con mucho cariño.

A la Dra. Mireia Viladevall, por enseñarme hacer entrevistas, recuerdo que unos días antes de terminar su materia estuve a punto de tirar la toalla y que me tuve que aguantar. Sin embargo, después nos hicimos buenas amigas. A ella la recuerdo mucho cuando leí el libro de Platón y la Caverna. Muchas gracias por todo el apoyo recibido.

A la Dra. Melita Morales porque siempre nos tendió su mano para que pasáramos su materia incluso tuvo que sacrificar un sábado y nos brindó su casa para poder terminar el trabajo de certificación, gracias por su paciencia y tolerancia.

A la Dra. Ana Prado, que me brindó su apoyo incondicional cuando falleció mi hija Mely, y nos alentó a terminar la carrera.

Al Dr. Ernesto Rangel, por su empeño porque aprendiéramos su materia, aunque no era tan fácil de pasarla, pienso que, a final de cuentas, aprendí mucho. Y cuando lo vuelvo a ver, lo saludo con mucho cariño.

A la Dra. Sara Dolores Aguilar, le agradezco su apoyo y paciencia que me tuvo cada vez que iba a las asesorías. Mi cariño y admiración para usted.

Al Dr. Miguel A. Godínez, una persona extraordinaria, y mucho que aprender de sus materias que imparte. Mi cariño y agradecimiento.

A la maestra Patricia Arroyo, por esas prácticas que tuvimos, y en especial la que hicimos al pueblo “Mágico de Cuetzalan”, sin duda marco un antes y un después que nunca podré olvidar. Muchas gracias.

También quiero agradecer infinitamente a los Doctores y Maestros de quienes recibí los conocimientos necesarios para convertirme en lo que ahora soy. Muchas gracias: Dra. Juanita Ochoa, Dra. Frida Quintino, Maestro Enrique Camargo, Dra. Carmen Lozada+, Dr. Alberto García Q. Teacher Joselyn. Del mismo modo, agradezco a los profesores de asignatura.

Y, por último, quiero agradecer a las personas ostomizadas por la confianza que me tuvieron al compartir sus experiencias, muchas de ellas nada gratas, Sin embargo, desde aquí les hago un gran reconocimiento por la valentía que tienen para superar sus vidas día tras día. Sin importar traer su bolsita. Dios los llene de bendiciones siempre.

DEDICATORIA

A mis padres el Sr. Alfonso Castro González + y a mi madre la Sra. Joaquina Sánchez Velázquez + que si me estuviera viendo en el momento de mi titulación seguramente me estuviera diciendo: ¡LO HIZO!, ¡LO HIZO! Y, aunque ya no están presentes físicamente sé que se sentirían orgullosos de saber que me pude titular.

A mi familia, por el apoyo incondicional, en especial a mi esposo José Luis E. Flores Sáenz por enseñarme a descubrir parte del universo y por estarme diciendo constantemente ¡YA TITULATE!

A mis Hijos Eduardo Rodrigo, Luis Fernando y José Alfonso Flores Castro, por enseñarme a manejar la tecnología y saberla aplicar en mis estudios, a ellos todo mi amor por ser pacientes conmigo y sobre todo para que se sientan orgullosos de mí.

A mi hija Melissa I. Carmona Castro + por insistirme para que terminará mi carrera, aunque ya no me pudo ver, sé que desde el cielo me mandaba su energía para que terminara. Un beso y todo mi amor para ti hija. También están mis nietos Joaquín y Santiago Blanco Carmona y mi yerno Gerardo Blanco Castellanos, como testigos que si lo pude lograr. Quiero que sepan que siempre están en mí pensamiento y los amo mucho, ya que son la extensión de mi hija.

A mi hermana María Elena Castro Sánchez, + por ser un ejemplo a seguir, y porque siempre nos motivaba a mí y a mis hermanos a continuar estudiando. Un beso hasta el cielo. Te extraño mucho querida hermana.

A mi sobrina Alicia M. Cárdenas Castro, pasante de la carrera de Arte y Patrimonio Cultural de la UACM-CH., por invitarme a estudiar a esta gran Institución que forma a personas humanistas. Te quiero mucho.

A mis amigas y amigos, pero sobre todo a Gabriela Dávila González, que en el último tramo de la tesis me ayudo aterrizarla ya que se me había complicado un poco, muchas gracias Gaby por todo tu apoyo.

A Sunny Lopez Ávila, por toda su paciencia y amor que siempre me tuvo, sin duda una amiga incondicional a la cual extraño mucho.

A Karla Romero Torres, quien también me motivó y ayudó en las materias y siempre estuvo cuando la necesité, sin duda alguna una gran amiga.

A Diana Guerrero, una amiga muy leal, a la cual quiero mucho.

A Ulises Merlos Reynoso, un amigo muy querido, gracias por todo tu apoyo.

A Diego Álvarez Mora, por ayudarme a estudiar y ser perseverante.

A Daniel Yáñez, un amigo incondicional que siempre me apoyo cuando más lo necesitaba, supo escucharme y darme un buen consejo. Gracias Dany.

Y a todos mis ami@s que se fueron incorporando poco a poco a mi vida como son: Marilyn Sánchez, Adriana Lemus, Alicia Mendoza, Marisol Álvarez España, Sergio Lemus, Rosalinda Jiménez, Fabiola Jiménez, Dulce, Vanessa y Itzel González, Viridiana Bosques, Cecilia Tovar, Enrique Arroyo, Angélica Ramírez, Rosendo Robledo, Héctor Alejandro Cruz, Estefani Méndez, Stephania G. Nadia Salinas, Ilse Maldonado, Manuel Lara, Karen y Alejandro Reyes, Monserrat Soto, Clarabel Salinas, Rosa Pelcastre, Gaby Araujo, Norma Romero, Elizabeth Lopez, Claudia Daniela, Silvia Róbelo, Joscua Adrei, Minerva Pluma, Laura, Carlos J. Ortiz, Madai, Fernanda, Santiago García, Silvia Jim. Guadalupe Islas. Gracias por ser parte de mi vida.

También se la dedico a mis compañeros que no pudieron lograr el sueño de poderse titular, ya que partieron antes de tiempo, a ellos les dedico con mucho cariño esta tesis, pero quiero que se sientan como si ustedes se hubieran titulado. A: Susana Sánchez, Karina Amparo Enríquez Galindo y a Fernando Fermín Hernández.

NUNCA TE RINDAS

A pesar de la adversidad.

Nunca desistas, siempre sigue adelante,

aunque el valle parezca lejano,

y el camino sea sinuoso he inconstante.

Reflexiona, pero no mires atrás,

pues el tiempo es relativo para cada alma.

Mantén tu objetivo trazado,

y cuando menos lo esperes,
la recompensa anhelada llegará.
Lo imposible se tornará posible,
en su tiempo y forma,
como un sueño que se hace tangible.

Patricia J. Castro Sánchez

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de colon es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células en cualquiera de las cuatro porciones del colon o en el recto, en su mayoría se desarrollan durante años de forma lenta. El 95% de los tipos de cáncer colorrectal comienzan en las glándulas productoras del moco que protege interior del colon y recto que conforman la última porción, la cual inicia en la boca, el colon está constituido por cuatro segmentos: ascendente, transverso, descendente y sigmoides, es casi la totalidad del intestino grueso que puede llegar a presentar este tipo de cáncer llamado adenocarcinoma (Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la OMS, 2020).

Esta última es una enfermedad que se caracteriza por el crecimiento descontrolado de células en cualquiera de las porciones del colon o en el recto, su desarrollo es lento y puede ser durante años (IARC/OMS, 2020).

Por otro lado, la cirugía puede ser el principal tratamiento para personas con cáncer de colon que no se ha extendido a otras partes, la quimioterapia también es recomendada después de la cirugía, así como el tratamiento adyuvante con duración aproximada de tres a seis meses (American Cancer Society, 2024).

Sobre el tratamiento que debe llevar un paciente ostomizado para mejorar su calidad de vida, es necesario observar los cambios en el cuidado de la estoma que incluye cuidados de la piel alrededor de la estoma, manejo de la bolsa de ostomía, educación y orientación sobre la dieta, nutrición adecuada, apoyo psicológico y emocional al paciente, así como para los cuidadores y cuidadoras, seguimiento médico para la prevención (infecciones), rehabilitación y cuidados integrales. El seguimiento, así como el acompañamiento del paciente para adaptarse a los nuevos escenarios del estilo de vida. Finalmente, un dossier detallado puede ser de gran ayuda para quien está atravesando por ese tratamiento.

Los promotores de la salud se deben anticipar a la enfermedad, en las comunidades o en el lugar donde se desarrollan, proporcionando entornos saludables, canalizarlos y orientarlos sobre los servicios de salud gratuitos a los que puede acudir cualquier persona que no cuente con un sistema de salud. Se buscó información en revistas científicas, repositorios, artículos etc., para dar soporte a este proyecto. Después de investigar y hablar con personas ostomizadas, existe

información sobre el proceso de ostomización, pero no es proporcionada adecuadamente al paciente cuando sale del hospital. Por ello, muchas personas enfrentan desafíos y luchan al manejar su estoma digestiva.

En la actualidad, diferentes tipos de dispositivos están disponibles en el mercado para personas con estoma digestiva, que incluye bolsa recolectora, barrera cutánea y accesorios para facilitar el manejo y cuidado de la estoma. La higiene y cuidado de la piel periestomal previene complicaciones y mantiene su salud. El paciente al pasar por diferentes escenarios, requiere apoyo psicoemocional y redes de apoyo para personas ostomizadas. Asimismo, los grupos de apoyo brindan un espacio para compartir experiencias, obtener consejos prácticos y emocionales para conectarse con otras personas que estén pasando por situaciones parecidas.

El cáncer de colon y enfermedades relacionadas con el aparato digestivo pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas cuando requieren una ostomía. Es importante brindar información y apoyo adecuados ya sea psicológico o psiquiátrico a las personas ostomizadas para ayudarles a manejar y adaptarse a su nueva vida. El tratamiento para un paciente ostomizado es multidisciplinario y personalizado, centrándose en mantener la salud de la estoma, mejorar la calidad de vida y proporcionar apoyo integral.

Dieta Foodmaps, baja en fermentables, para evitar el colon irritable. Una dieta baja en Foodmaps se ha convertido en un pilar importante en el tratamiento del síndrome del intestino irritable. Los Foodmaps son carbohidratos de cadena corta que se encuentran en varios alimentos y que pueden provocar síntomas en personas sensibles. Puede mejorar los síntomas sin afectar la dieta (Murillo, et al., 2016).

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas que han tenido una ostomía deben contar con conocimientos sobre el correcto uso de la bolsa recolectora, para evitar laceraciones en la piel y para ello, se busca elaborar un dossier detallado que permita al paciente mejorar su calidad de vida. Por otro lado, es común encontrar pacientes con cáncer de colon y recto ostomizados ya que ocupa el 3° lugar en México (Secretaría de Salud, 2015) y cuarto a nivel mundial (Tapia et al., 2010).

El gasto en salud que el gobierno designa ha sido un determinante de recursos y de prevención. Sin embargo, el paciente recurre al hospital ya avanzada la enfermedad, al realizar su diagnóstico tardío se incrementa la prevalencia de pacientes con cáncer de colon (Roque, 2020). México figura dentro de los diez primeros lugares, por lo que la prevención mantiene en alerta a la población sobre el cuidado oportuno de su salud (Rizo et al., 2015).

Desde la Promoción de la Salud, es necesario informar a la población sobre el cáncer de colon, realizar campañas de prevención y diagnóstico oportuno en salud, sobre las causas y factores de riesgo que pueden favorecer su desarrollo, destacando: el consumo de dietas hipocalóricas y grasas de origen animal, afecciones intestinales e inflamatorias, tabaquismo, genética, sedentarismo, diabetes, obesidad y alcoholismo (Romero, 2015).

Existen algunos factores de riesgo por lo que las personas pueden enfermar de cáncer de colon y se cuenta con medidas preventivas destacando: sangre oculta en heces, colonoscopia, marcadores tumorales, tomografía, estudios de genética, parientes con pólipos (PAF) entre otros.

Es posible sensibilizar a la población de los peligros que conlleva el consumo de una dieta inadecuada, no realizar actividad física. Para contrarrestar es necesario realizar campañas de difusión en redes sociales para sensibilizar a la población y hacer que las personas tomen mejores decisiones. La alimentación se ha modificado al paso del tiempo conforme los tiempos cambian y en consecuencia ha tenido un impacto en los estilos de vida. En la actualidad, la sobrepoblación y las grandes industrias alimentarias se encargan de la producción masiva de alimentos con poca calidad y baja concentración de nutrientes esenciales para la salud aunado a una vida sedentaria que trae como consecuencia enfermedades diversas destacando el cáncer. Este último es asintomático, por lo que el paciente en ocasiones no lo detecta a tiempo y tarda

en recibir atención médica y cuando lo logra en muchas ocasiones es demasiado tarde el diagnóstico.

La falta de conocimiento sobre el correcto uso de la bolsa recolectora en personas que han tenido una estoma, puede llevar a laceraciones de piel y afectar la calidad de vida de los pacientes. Una estoma es un procedimiento quirúrgico que crea una abertura en la cavidad abdominal para permitir que los desechos salgan del cuerpo cuando los sistemas digestivo o urinario no funcionan correctamente. Luego de la cirugía, use una bolsa recolectora para congrega los desechos y evitar que entren en contacto con la piel.

Sin embargo, muchas personas que han tenido una ostomía no reciben la información adecuada sobre cómo utilizar la bolsa recolectora de manera correcta. Lo cual puede resultar en laceraciones de piel por la fricción o el mal ajuste de la bolsa, ocasionando dolor, infección, afectando de manera negativa la calidad de vida del paciente. Un dossier breve que brinde instrucciones claras y concisas sobre el uso adecuado de la bolsa recolectora puede ayudar a prevenir laceraciones en la piel y mejorar la calidad de vida de las personas que han tenido una ostomía. Este dossier debe incluir información sobre cómo limpiar y cuidar la piel alrededor de la estoma, cómo ajustar correctamente la bolsa recolectora, cómo cambiarla de manera adecuada y cuándo buscar atención médica si se presentan problemas. En resumen, el problema planteado es la falta de conocimiento sobre el correcto uso de la bolsa recolectora en personas que han tenido una estoma, lo que puede llevar a laceraciones en la piel y afectar negativamente su calidad de vida. La solución propuesta es elaborar un dossier que brinde instrucciones sobre el uso adecuado de la bolsa recolectora, con el objetivo de prevenir laceraciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La falta de conocimiento sobre el cuidado y manejo del paciente con una estoma digestiva representa un peligro latente en la calidad de vida del paciente?

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Elaborar un dossier de cuidados para pacientes ostomizados, desde la Promoción de la Salud.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Identificar las problemáticas y complicaciones que sufren los pacientes ostomizados a partir de una encuesta.

3.2.2 Rescatar la información sobre la alimentación adecuada para los pacientes ostomizados.

3.2.3 Desarrollar recomendaciones y consejos prácticos para el manejo adecuado de la ostomía.

3.2.4 Elaborar Dossier sobre el cuidado de pacientes ostomizados.

IV. JUSTIFICACIÓN

La esperanza de vida de un paciente con una estoma puede variar mucho dependiendo de varios factores diferentes, como el motivo de la cirugía de la estoma, la salud general del paciente, la presencia de enfermedades subyacentes y la calidad del tratamiento y la atención recibida. Generalmente, con el tratamiento adecuado y un seguimiento médico regular, muchos pacientes con estoma pueden vivir una vida larga y saludable. Sin embargo, es importante recordar que cada caso es único y muchos factores individuales pueden afectar la esperanza de vida. Es importante que los pacientes con estoma trabajen en estrecha colaboración con su equipo de atención médica para optimizar su salud y calidad de vida a largo plazo.

Si una persona con estoma no lleva bien su tratamiento, puede experimentar una serie de complicaciones y problemas de salud, entre ellos:

1. Irritación de la piel: La piel alrededor de la estoma puede irritarse por la exposición prolongada al producto, la fricción de una bolsa de estoma mal ajustada o la falta de cuidado adecuado.
2. Fugas en la bolsa de ostomía: Si la bolsa de ostomía no se cambia regularmente o no se coloca correctamente, puede filtrarse por la salida y causar irritación, mal olor y malestar en la piel.
3. Obstrucción de la estoma: La mala alimentación o el consumo de alimentos difíciles de digerir pueden provocar obstrucción de la estoma, provocando dolor abdominal, náuseas y vómitos.
4. Infección de la estoma: La falta de higiene adecuada alrededor de la estoma o el uso de productos inadecuados puede aumentar el riesgo de infección bacteriana o fúngica en el sitio de la estoma.
5. Desnutrición: Si los pacientes no siguen las recomendaciones dietéticas o no obtienen suficientes nutrientes, pueden desarrollar desnutrición, lo que puede afectar su salud general y la infección de la estoma.
6. Problemas psicológicos: La falta de apoyo emocional y psicológico puede provocar problemas como depresión, ansiedad o aislamiento social por la dificultad de adaptación a los cambios físicos y de estilo de vida.

7. Complicaciones médicas graves: En casos extremos, el cuidado inadecuado de la estoma puede provocar complicaciones médicas graves como peritonitis (infección del revestimiento del estómago), sepsis o perforación intestinal, que pueden requerir una cirugía de emergencia, así como complicaciones médicas graves que van amenazando la vida.

Por lo tanto, es vital que los pacientes con estoma sigan cuidadosamente las recomendaciones de tratamiento y mantengan una comunicación abierta con su equipo médico para prevenir y controlar cualquier problema potencial.

Comprender y abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y educativas de los pacientes ostomizados es fundamental para ayudarlos a vivir una vida plena y satisfactoria después de la cirugía de la ostomía. Los aspectos médicos y de tratamiento, hay varios otros aspectos importantes para comprender sobre los pacientes ostomizados; adaptarse a la vida con una estoma puede ser un desafío emocional y psicológico importante para muchos pacientes. La calidad de vida se ve afectada por la imagen corporal, la autoestima, las relaciones íntimas y la vida social. El apoyo emocional y psicológico y la participación en grupos de apoyo son esenciales para ayudar a los pacientes a afrontar los cambios y desafíos emocionales.

Una estoma puede afectar la vida social y laboral de un individuo, independientemente de si está relacionado con preocupaciones sobre la aceptación social, la accesibilidad en lugares públicos o la capacidad para realizar determinadas tareas laborales. Es importante informar a los pacientes sobre sus derechos laborales y sociales y brindarles recursos para resolver los problemas que puedan enfrentar en el trabajo o en su vida diaria.

Muchas personas con estoma pueden seguir practicando deportes y actividades de ocio, aunque pueden requerir algunos ajustes. Los pacientes deben consultar a sus profesionales de atención médica para determinar qué actividades son seguras y apropiadas para ellos y para aprender cómo cuidar su estoma durante las actividades deportivas y físicas.

La educación continua sobre el cuidado de la estoma, la dieta y la nutrición, y otros aspectos relacionados con la salud, es esencial para garantizar que los pacientes puedan controlar eficazmente su afección a lo largo del tiempo. Los pacientes y sus cuidadores deben tener acceso a la información y los recursos más recientes para mantenerlos al tanto de los últimos avances en el cuidado de la estoma.

Empoderar a los pacientes para que participen activamente en su atención y defiendan sus necesidades es importante para mejorar su calidad de vida y su bienestar general. Proporcionar educación y recursos para defenderse a sí mismos en contextos médicos, sociales y legales puede ayudar a los pacientes a obtener el apoyo y la atención que necesitan.

Además, el uso adecuado de la barrera y bolsa de colostomía es esencial para evitar infecciones y laceraciones en los pacientes que han sido sometidos a cirugía para eliminar tumores cancerosos en el colon y recto. Estas barreras y bolsas son dispositivos médicos que se utilizan para recolectar y desechar los desechos del cuerpo en pacientes ostomizados. Si no se utilizan correctamente, pueden causar irritación en la piel, infecciones y otros problemas de salud.

Por lo tanto, contar con un dossier sobre el uso adecuado de la barrera y bolsa de desechos es fundamental para garantizar la seguridad y comodidad de los pacientes con una estoma. Este dossier proporcionará información detallada sobre cómo limpiar, colocar y cambiar la barrera y bolsa recolectora, así como consejos para prevenir complicaciones y mantener una buena higiene. Además, se brindarán recomendaciones sobre cómo manejar adecuadamente los desechos, así como información sobre los recursos y servicios disponibles para apoyar a los pacientes ostomizados.

En resumen, la justificación para desarrollar un dossier sobre el uso adecuado de la barrera y la bolsa recolectora radica en la necesidad de prevenir infecciones, laceraciones y otros problemas de salud en los pacientes con una estoma, así como en promover una mejor calidad de vida para estos pacientes. Además, el consumo de dietas foodmaps, ayudan a evitar el intestino irritable.

V. MARCO TEÓRICO

5.1 Composición del intestino grueso

Contiene cuatro tunicas: mucosa, submucosa, muscular y serosa. En la mucosa se encuentra epitelio cilíndrico, este contiene células absortivas que participan en la absorción del agua, y contiene células caliciformes que se encargan de secretar moco que lubrica el paso del contenido colónico. No contiene vellosidades, aunque contienen unas microvellosidades de las células absortivas. La túnica muscular está formada por capas más gruesas del músculo liso formando así tenías. La capa serosa es parte del peritoneo visceral (Boca et al., 1991).

5.1.2 Anatomía Fisiológica

El colon, órgano tubular de 1.5 m de longitud que comienza al finalizar el intestino delgado y se extiende hasta el conducto anal. Desde el punto de vista anatómico se distingue el ciego, el colon ascendente, el colon transverso, el colon descendente, el colon sigmoide y el recto. Sin embargo, desde el punto de vista funcional se divide en dos partes: el colon derecho y el colon izquierdo. El primero está constituido por el ciego y el colon ascendente; funcionalmente es donde se desarrollan los procesos de fermentación y digestión por la flora bacteriana, así como la mayor parte de los procesos de absorción y secreción. El colon izquierdo está constituido por el colon descendente, el colon sigmoide y el recto, su función es almacenar las heces, absorción de agua, transporte y evacuación (Díaz-Rubio & Sánchez, 2020).

5.2 Qué es el Cáncer

Es el crecimiento descontrolado de células anormales en cualquier parte del cuerpo, llamadas también: células tumorales, células malignas o células cancerosas.

El cáncer de colon es el resultado de una progresión y acumulación de mutaciones de oncogenes (reguladores positivos del ciclo celular). Gen PAF Es un gen supresor tumoral, está ubicado en el cromosoma 5q, codifica para una proteína citoplasmática de 2843 aminoácidos que se localiza en los tejidos adultos y tiene diferentes dominios con distintas funciones donde la región C-terminal puede unirse a los microtúbulos y la región N-terminal está involucrada con la unión a las catenina a y b1. Gen DCC Se localiza en el cromosoma 18q21 que codifica una proteína de membrana de la superfamilia de las inmunoglobulinas.

El valor pronóstico de p53 varía según los autores, pero las mutaciones y sobreexpresión de la proteína se relaciona con menor supervivencia. El ATP, la proteína SSB y los productos de los genes involucrados son indispensables para que haya una corrección eficiente (Maldonado, 2005).

5.2.1 Diferentes tipos de Cáncer

Datos y cifras

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo: en 2020 se atribuyeron a esta enfermedad casi 10 millones de defunciones, es decir, casi una de cada seis de las que se registran (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

En cuanto a los casos nuevos, los casos de cáncer más frecuentes en 2020 fueron:

1. Cáncer de mama;
2. Pulmón;
3. Colorrectal;
4. Próstata;
5. Piel.
6. Gástrico (OMS, 2020).

Tabla 1**Prevalencia de cánceres: los 6 más frecuentes (en millones de casos)**

Cáncer más frecuente	2020
Mama	2,26 millones de casos
Pulmón	2,21 millones de casos
Colorectal	1,93 millones de casos
Próstata	1,41 millones de casos
De piel (distinto del melanoma)	1,20 millones de casos
Gástrico	1,09 millones de casos

Nota: Retomado de la OMS, (2020).

5.2.2 Factores de riesgo de cáncer colorrectal

Este tipo de cáncer (CCR) puede afectar a cualquier tipo de persona; sin embargo, existen factores de riesgo que deben tomarse en cuenta, entre los que destacan:

Sobrepeso, obesidad, sedentarismo, dieta rica en carnes rojas y procesadas, tabaquismo y alcoholismo. Así como los adultos jóvenes pueden llegar a desarrollarlo, pero se presenta con mayor frecuencia después de los 50 años de edad. Las carnes rojas, carnes procesadas y algunos embutidos, carnes cocinadas a altas temperaturas liberan químicos que pueden aumentar el riesgo de cáncer colorrectal. Antecedentes de pólipos adenomatosos si son grandes, enfermedad inflamatoria del intestino, colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn (Morgan et al., 2008).

5.2.3 Cáncer de Colon y Recto

El cáncer colorrectal (CCR) son todos los tumores localizados en el colon. En el mundo, cada año se registran aproximadamente un millón de nuevos casos de cáncer colorrectal y medio millón de muertes, con una tasa cruda mundial de mortalidad de 8,1/100.000 hab.

La incidencia y la mortalidad del cáncer de colon han aumentado en Chile en los últimos años y ahora es la cuarta causa de muerte relacionada con el cáncer con una mortalidad total de 6,4 x 105 habitantes (Tapia et al., 2010).

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la Organización Mundial de la Salud estima que el cáncer de colon y recto es el tercer cáncer más común en México, con 14,900 casos nuevos al año. Y a nivel mundial ocupa 4° lugar (Tirado & Mohar, 2008).

Si el paciente es diagnosticado de manera adecuada y tratado a tiempo, el cáncer de colon y recto es curable. El cáncer colorrectal corresponde a todos aquellos tumores ubicados en el intestino grueso, pudiendo estos tumores localizarse por lo tanto desde la valva ileocecal hasta el recto. En el mundo, cada año se registran aproximadamente un millón de nuevos casos de cáncer colorrectal y medio millón de muertes, con una tasa cruda mundial de mortalidad de 8,1/100.000 hab. (Tapia et al., 2010).

Como cada año el 31 de marzo, se conmemora en México el Día Mundial contra el Cáncer de Colon y Recto, es un buen momento para reflexionar sobre la enfermedad, y su prevención, detección oportuna y tratamientos eficaces. Si su detección es en la primera etapa es casi curable, sin embargo, si es detectado en etapa cuatro, empieza a emigrar a otras partes del cuerpo y se convierte en metástasis, por eso es importante la prevención (Globocan, 2018).

5.2.4 ¿Qué son los pólipos del colon?

El colon o intestino grueso forma parte del sistema digestivo en el que se producen y almacenan las heces; en esta parte del organismo es posible que se presenten algunos trastornos como es el caso de la presencia de pólipos. Estos pólipos afectan a un 15 y 20% de la población adulta. Un pólipo es un tejido extraño que crece en el cuerpo y puede aparecer en el colon. Pueden ser

elevados o planos y suelen no presentar síntomas. En ocasiones, sin embargo, pueden provocar hemorragias, estreñimiento o diarrea que dura más de una semana además de secreciones. Las personas mayores de 50 años, las personas con antecedentes familiares de esta afección y las personas que fuman, consumen alcohol y consumen alimentos ricos en grasas tienen mayor riesgo de desarrollar esta afección. Existen diferentes exámenes que se pueden llevar a cabo para diagnosticar la presencia de pólipos, la más común, es la colonoscopia que permite la inspección de todo el colon. Es importante tener en cuenta que la mayoría de los pólipos son benignos, pero generalmente se extraen para evaluarlos (Secretaría de Salud [SS], 2015).

5.2.5 Predisposición genética

Los factores genéticos ocasionan la predisposición hereditaria, los antecedentes familiares de cáncer colorrectal confieren un aumento en el riesgo a lo largo de la vida para CCR. La afección de un familiar de primer grado, duplica el riesgo de CCR y aumenta de manera significativa si el familiar es menor de 60 años. También, los antecedentes de CCR incrementan el riesgo de pólipos adenomatosos en familiares directos. Los factores de predisposición hereditaria se relacionan con la presencia de polimorfismos proteicos, como la enzima metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR), cuyo polimorfismo (677C-T) se manifiesta en estadios tardíos de la carcinogénesis (Morganet al., 2008).

5.2.6 Cáncer colorrectal y la dieta basada en plantas. (Argentina)

En 2018, el Cáncer significó la segunda causa de muerte en Argentina, y según el informe de Perfiles de países de Enfermedades No Transmisibles emitido por la Organización Mundial de la Salud, con un 20% del total de defunciones se ubicó sólo por detrás de las muertes por problemas cardiovasculares.

El Plan Nacional de Control del Cáncer 2018-2022, estima que para 2040 ocupe el primer lugar de mortalidad en Argentina. El (INCAN-Argentina) Instituto Nacional del Cáncer, mostró que dentro de los factores causales y modificables de la enfermedad se encuentra la dieta, por lo que la intención de este trabajo es indagar a través de entrevistas personales qué tipo de abordaje se le da a la enfermedad y cuál es el nivel de importancia asignado a la relación con una dieta basada en plantas.

Un consumo adecuado de plantas, "Se presentó una correlación positiva entre el consumo de dietas adecuadas en frutas y verduras con menor riesgo de enfermedades crónicas, como

enfermedad cardiovascular o algunas formas de cáncer”. La mejor dieta es la oriental por su alto consumo de frutas, vegetales, granos integrales y legumbres (Tres, 2020).

5.2.7 Epidemiología

El diagnóstico a nivel mundial fue de 1,849,518 nuevos casos de Cáncer colorrectal, lo que representa en frecuencia el tercer tipo de cáncer y la segunda causa de muerte con 880,792 defunciones. En México, el CCR es el tercer tipo de cáncer más frecuente, con 14,900 casos nuevos cada año, lo que representa el 7.8% de todas las neoplasias, siendo con 5,700 muertes la sexta causa de mortalidad, lo que representa el 7.41% de muertes por cáncer en México. La tasa de mortalidad ha aumentado con los años, de 2.6 muertes por cada 100,000 habitantes (2000) a 4.8 muertes por 100,000 habitantes en el (2015). La edad promedio de diagnóstico es de 68 años en hombres y 72 años en mujeres, sin embargo, en los últimos años se ha observado un aumento en la incidencia en personas menores de 50 años. El diagnóstico temprano es fundamental, el estadio del cáncer al ser diagnosticado permite la supervivencia a cinco años que alcanza el 91% cuando se detecta en un estadio localizado, el 71% cuando se detecta afección regional baja y el 17% cuando existe enfermedad a distancia (Torrecillas, 2019).

5.2.8 INEGI

A propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero), las estadísticas en México en 2019, se registraron 747,784 defunciones (INEGI, 2020), de las cuales 12% fue por tumores malignos (88,683), para el 2020, se registraron 683 823 defunciones y 9% por tumores malignos (60 421). En la población masculina de 30 a 59 años que falleció por tumores malignos, 12% se debió a tumor maligno del colon, recto y ano, seguido por los tumores malignos del estómago (10%) y los de tráquea, bronquios y pulmón (8 por ciento). En las mujeres, el tumor maligno de la mama ocupa el primer lugar (23%) y le sigue el tumor del cuello de útero (13%) y el tumor maligno de ovario 9% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019).



Distribución porcentual de defunciones de los principales tumores malignos por grupos de edad (30 a 59 años y 60 años y más) y sexo 2019

Principales causas de muerte en hombres		Principales causas de muerte en mujeres	
De 30 a 59 años	100	De 30 a 59 años	100
Tumor maligno del colon, del recto y del ano	12	Tumor maligno de la mama	23
Tumor maligno del estómago	10	Tumor maligno del cuello del útero	13
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	8	Tumor maligno del ovario	9
Leucemia	7	Tumor maligno del colon, del recto y del ano	6
Otras causas de tumores malignos	63	Otras causas de tumores malignos	49
De 60 años y más	100	De 60 años y más	100
Tumor maligno de la próstata	22	Tumor maligno de la mama	13
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	11	Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	10
Tumor maligno del hígado y de las vías biliares intrahepáticas	9	Tumor maligno del colon, del recto y del ano	8
Tumor maligno del colon, del recto y del ano	8	Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	7
Otras causas de tumores malignos	50	Otras causas de tumores malignos	62

Nota: La causa de accidentes de transporte corresponde a la clasificación de la lista especial de tabulados (tabulación 1 para la mortalidad), CIE-10.

Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2019. Consulta interactiva de datos. SNIEG. Información de Interés Nacional.

A nivel nacional, la tasa de mortalidad por tumores malignos para el año 2019 es de 70 defunciones por cada 100 mil habitantes. Las entidades federativas donde se ubican las tasas de defunciones por tumores malignos más altas (73.48 a 97.10) son: la Ciudad de México, Sonora, Chihuahua, Veracruz, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit. En contraste, las entidades que registran las tasas más bajas (50.93 a 62.44) son: Quintana Roo, Guerrero, Tlaxcala, México, Guanajuato, Chiapas, Tabasco, Aguascalientes y Puebla.

Nota: imagen retomada del Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], (2023).

5.2.9 Mortalidad

Globocan, 2002, informa sobre incidencia y mortalidad a nivel mundial, el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, que contiene información sobre nuevos casos y la tasa de mortalidad, de acuerdo con la edad, el género, el diagnóstico topográfico e histológico y el lugar de residencia. Cerca de la mitad de los casos nuevos se presentaron en edades de 60 años y más, en ambos tipos de cáncer la mortalidad fue entre el 9% y 13%. Del total de defunciones registradas en el 2002, para este año, el 4.48% corresponden a cáncer de colon y cáncer de recto, con tasas de 2.1% y 0.4% por 100,000 habitantes, respectivamente, donde la Ciudad de

México y Chihuahua, fueron las entidades federativas con mayores tasas de mortalidad. En el 2002, se registraron 12´ 684,189 defunciones por cáncer, de las cuales el 4.17% fue de CCR, ubicándose dentro de las primeras diez causas de mortalidad por neoplasias malignas (Tirado & Mohar, 2008).

5.2.10 Tratamiento Quirúrgico

Los tipos de manejo quirúrgico van a depender de la ubicación del tumor primario, para ello se requieren estudios preoperatorios entre los que destacan: colonoscopia con biopsia y revisión de patología, estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea completa, incluyendo antígeno carcinoembrionario (ACE), radiografías de tórax AP y lateral, TAC abdominopélvica, PET-scan sólo en caso de considerar metástasis hepáticas resecables durante el procedimiento quirúrgico inicial). Para considerarse un procedimiento adecuado, debe incluir la resección de al menos doce ganglios linfáticos por pieza y la ligadura alta del vaso principal del segmento, ya que los ganglios son el factor que pronostican la decisión del tratamiento adyuvante más importante (Tirado & Mohar, 2008).

El manejo quirúrgico de cáncer de colon juega un papel importante en las modalidades del tratamiento actual; de hecho, los avances de manejo adyuvante en enfermedad avanzada han aumentado la sobrevida. El cirujano tiene un papel preponderante en el pronóstico final; una resección de excrecencia con márgenes adecuados y ganglios resecados en su totalidad, proporcionará un factor pronóstico adecuado para tomar la decisión de manejo de adyuvante en los casos necesarios; un procedimiento quirúrgico inadecuado con márgenes insuficientes, o con resección incompleta de ganglios produce mayor número de recaídas a distancia o locales, sin respuesta adecuada a manejos posteriores (Tirado & Mohar, 2008).

5.2.11 Quimioterapia (sin anticuerpos monoclonales)

El tratamiento del cáncer metastásico (sin anticuerpos monoclonales) de colon y recto se basa en el uso de esquemas de quimioterapia con fluoropirimidina más oxaliplatina o irinotecan. El 5-fluorouracilo, capecitabina y UFT incrementan el tiempo de vida y han demostrado eficacia similar; sin embargo, son menos efectivos que los dobletes y sólo están indicados cuando hay contraindicación a oxaliplatino o irinotecan. Los esquemas combinados con irinotecan y oxaliplatino han demostrado ser la mejor opción terapéutica; su eficacia es similar y su principal diferencia radica en el perfil de toxicidad de cada uno de los esquemas. En la actualidad no existe un esquema estándar y verás de primera línea por lo que se considera válido el uso de esquemas

con dobletes (FOLFOX, FOLFIRI, XELIRI, XELOX, IFL, etc.). Por lo tanto, se debe realizar cruce de esquema o fármacos ante falla al tratamiento (Aldaco, 2008).

5.3 Historia de la estoma.

Información histórica, en el antiguo Egipto ya se hace mención a la patología anorrectal y el cáncer de recto se cita en algunos papiros (1500a.C.). Protágoras de Kos (350a.C.), relevante médico griego, efectuaba estomas en caso de traumatismo intestinal. (1658- 1742) siglo XVIII. Alexis Littre, al ver a un infante con una malformación rectal, propone una enterostomía. Se debe hacer una incisión en el abdomen y se deben abrir ambos extremos del intestino cerrado y conectar suturas, o al menos se debe abrir el extremo superior del intestino hasta la incisión abdominal para que el intestino nunca se cierre y actúe como ano. En 1776, el cirujano de Rouen Henri Pirolle adoptó la idea de Littre de crear una estoma para solucionar el ano imperforado. La primera inguinocolostomía fue realizada por Duret en 1793 en un bebé con ano imperforado. En 1795, Dagsault utilizó con éxito el método de Littre para crear una colostomía para un paciente que padecía una perforación intestinal traumática. En 1923, Hartmann (1860-1952) realizó una resección anterior o sigmoidectomía con estoma abdominal, dejando un muñón rectal y una colostomía para permitir la recuperación intestinal en una segunda etapa. Rupert B. Turnbull manifiesta accidentalmente, la capacidad de adherencia de la goma de karaya, capaz de proteger eficazmente la piel de las personas ileostomizados. Es cuando los pacientes ostomizados comienzan a tener un cierto procedimiento y, con ello, se desarrolla la labor de la enfermera en sus cuidados y en la educación para la salud. En 1970 surgen los productos para este tipo de pacientes afectos de una derivación urinaria o fecal (García & Prats, 2015).

5.3.1 Definición de estoma

Una estoma se define como una abertura quirúrgica creada entre una víscera hueca y la superficie de la pared abdominal. El tratamiento quirúrgico de la enfermedad colorrectal a menudo puede requerir la creación de una ostomía, que puede ser una colostomía o una ileostomía. Las estomas pueden ser temporales o permanentes, pero el propósito básico de cada uno es redirigir el contenido intestinal. Realizar una ostomía no es un procedimiento exento de riesgos y realizarla tiene un alto índice de complicaciones, afectando tanto a la calidad de vida como aumentando los costes al sistema sanitario, además de tener un gran impacto psicológico en los pacientes (Ruiz et al., (2019).

5.3.2 Los pacientes ostomizados

Presentan cambios importantes como la pérdida del control esfinteriano, ruidos intestinales, forma de canalizar gases, incomodidad a causa del olor y de estar pendiente del llenado de la bolsa, irritación de la piel periestomal, cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, falta de seguridad en sí mismo, pérdida de la autoestima, temor, depresión, estrés y aislamiento social que influyen decisivamente en su calidad de vida (Charúa-Guindic et al., (2011).

5.3.3 Principales complicaciones de las ostomías

Aunque realizar una colostomía se considera un procedimiento técnico simple, todavía se asocia con muchas complicaciones y uno de cada tres pacientes muere. Generalmente se dividen en complicaciones tempranas, que pueden poner en peligro la vida del paciente, y complicaciones tardías, que pueden dificultar el manejo del dispositivo de recogida. Las complicaciones tempranas (que ocurren dentro de los primeros 30 días después de la cirugía y que resultan de errores técnicos en la construcción de la estoma) van desde obstrucción, sangrado, supuración, necrosis y retracción de la estoma, y a menudo requieren una nueva operación. Las complicaciones tardías (principalmente prolapso, estenosis y eventración) son muy comunes, pero los pacientes suelen tolerarse bien. Debido a los resultados contradictorios en las publicaciones médicas, se deben considerar cuidadosamente las indicaciones quirúrgicas y la elección de la técnica de reparación (Bouillot & Aouad, 2002).

5.3.4 Cuales la complicación más temida de una estoma

(FA, fuga anastomótica)

La fuga anastomótica en operaciones de cáncer colorrectal no solo resulta en morbilidad y mortalidad, sino que también aumenta el riesgo de recurrencia local y empeora el pronóstico. Por lo tanto, es importante para los cirujanos una mejor comprensión de los factores de riesgo para desarrollar una fuga anastomótica en la cirugía de cáncer colorrectal. El objetivo de este estudio fue determinar la incidencia y los factores de riesgo de la fuga anastomótica clínica después de la cirugía electiva por cáncer colorrectal.

El uso preoperatorio de esteroides, la mayor duración de la operación y la contaminación del campo operatorio fueron factores de riesgo independientes para desarrollar fuga anastomótica clínica después de la resección electiva por cáncer colorrectal. Los cirujanos deben ser

conscientes de estos pacientes de alto riesgo, lo que les ayudaría a decidir si crear una estoma de derivación durante la cirugía (Konishi et al., 2006).

5.3.5 Historia de la Colostomía

La primera colostomía del lado izquierdo se atribuye a Duret en 1793. Uno de sus primeros conceptos fue colocar suturas en el ligamento meso cólico para sostener el intestino y evitar que se retraiga. El 14 de noviembre de 1990, Joseph realizó un cierre de colostomía asistido por laparoscopia y creó una anastomosis con una grapadora circular. El principio básico es dirigir el flujo de heces lejos del área enferma insertando un extremo del intestino o un asa a través de la pared abdominal. Pueden ser temporales o permanentes y están destinados a reducir la morbilidad y la mortalidad asociadas con una variedad de enfermedades gastrointestinales como la perforación del colon, la enfermedad inflamatoria intestinal, la obstrucción intestinal y el cáncer (Charúa, 2006).

5.3.6 Qué es la colostomía

Una colostomía es la creación quirúrgica de una abertura desde el colon hasta la piel de la pared abdominal. Su finalidad es cambiar la dirección del tránsito intestinal y reducir la presión sobre los intestinos abdominales. Esta es una cirugía necesaria cuando el colon ha perdido su función, y este tipo de poro permite que los productos de desecho normales del cuerpo sean excretados a través de aberturas en la pared abdominal (Villajuan, 2006). Si bien la colostomía es el tratamiento más adecuado desde el punto de vista quirúrgico, la remoción de la estoma también requiere cambios postoperatorios, y los pacientes corren el riesgo de sufrir complicaciones postoperatorias y un impacto directo en su calidad de vida, experimentamos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Así como la imagen corporal y la pérdida del control voluntario de la defecación, requiriendo el uso de una bolsa para almacenar las heces excretadas de los intestinos (García et al., 2014).

5.3.7 Tipos de colostomía

Una colostomía puede ser temporal o permanente, y su introducción en el colon depende de su ubicación y puede realizarse en la parte ascendente, transversal o descendente del colon, pudiendo las heces tener una consistencia más líquida.

- Ileostomía: se refiere a la última parte del intestino delgado (íleon) que pasa por alto el intestino grueso, el recto y el ano y está conectado a la estoma.
- Colostomía: el colon se une a la estoma, evitando el recto y el ano.
- Urostomía: Aquí, el tubo que transporta la orina a la vejiga (uréter) se conecta a la estoma, sin pasar por la vejiga (Da Silva et al., 2015).

5.3.8 Padecimientos en donde se usa la colostomía

Primero: factores relacionados con la propia enfermedad, como presentar formas clínicas más graves o lesiones más extensas. La ineficacia del tratamiento médico debido a lesiones extensas imposibilita sacar el transductor fuera del área patológica, imposibilitando una limpieza mecánica adecuada. Puede ser una elección o una necesidad. Peritonitis por perforación al tacto rectal, o por catéter o sonda al realizar cuidados de enfermería inadecuados (Cuidados), o por perforación diastólica, fuera del ciego. Estos procedimientos resuelven las complicaciones, permiten mejorar la condición del paciente y dan tiempo para realizar estudios que determinen la causa de la perforación. Impacto de bala, hemorragias internas. diverticulitis etc. (Sbárbaro & Benedictti 1984).

5.3.9 La piel

Algunos problemas de la piel.

Como es común con las colostomías horizontales, las heces blandas pueden causar irritación de la piel.

Evite problemas en la piel: Usar correctamente las aberturas de las bolsas y las aberturas de la barrera.

- Reemplace la bolsa periódicamente para evitar fugas e irritación de la piel.
- Si siente ardor o picazón, le recomendamos reemplazar la bolsa.
- Retire con cuidado la brida presionando la piel del dispositivo en lugar de despegar el dispositivo de la piel.
- Utilice un hisopo de algodón antes de colocar la bolsa o la cubierta de la estoma.
- Monitorea sensibilidades o alergias a adhesivos, barreras cutáneas, cintas o materiales de bolsas (Lenneberg et al., 2004).

5.3.10 Métodos de cuidado de la colostomía

- La consistencia y frecuencia de las deposiciones son impredecibles al principio.
- Su médico y su enfermera de estoma trabajarán juntos para decidir cómo recolectar sus heces para que usted no se sorprenda ni se avergüence.
- Cuidado de una colostomía transversa De hecho, con práctica, los materiales adecuados y una actitud positiva, cuidar una colostomía no es tan difícil.
- Las cosas a tener en cuenta son:
- Si tienes una colostomía, tus heces saldrán sin importar lo que hagas, pero la consistencia de tus heces se verá afectada hasta cierto punto por lo que comas. marcado para evitar vergüenza.
- Vacíe la bolsa varias veces al día para reducir el riesgo de goteo y grumos.
- La bolsa debe ser reemplazada (y reemplazada por una nueva) antes de la fecha de vencimiento.
- Preferiblemente limpiar la bolsa, al menos 3 veces al día.
- La irritación de la piel se puede prevenir usando una bolsa del tamaño adecuado, durante su uso.
- Utilizamos materiales especiales para el cuidado de las ostomías (Lenneberg et al., 2004).

5.3.11 Dieta Foodmaps

Una dieta baja en Foodmaps se ha convertido en un pilar importante en el tratamiento del síndrome del intestino irritable. Se ha demostrado que este enfoque nutricional, desarrollado por un equipo multidisciplinario de la Universidad Monash de Melbourne, es útil para controlar los síntomas en alrededor del 70% de las personas con síndrome del intestino irritable.

Los Foodmaps son carbohidratos de cadena corta que se encuentran en varios alimentos como: trigo, cebada, avena, leche entera, queso crema, yogurt con lactosa, legumbres, soja, alimentos procesados, bebidas azucaradas, cebolla, ajo, coliflor, brócoli, repollo, ciruelas, manzanas, mango, peras, etc., y que pueden provocar síntomas en personas sensibles.

La dieta baja en Foodmaps se realiza en dos fases: en primer lugar, la eliminación completa de los alimentos ricos en Foodmaps durante 6-8 semanas, tras lo cual se reintroducen estos

alimentos de forma paulatina para determinar los desencadenantes específicos de cada paciente. Puede mejorar los síntomas sin comprometer la nutrición (Murillo et al., 2016).

VI. Desde la mirada crítica del Promotor de la Salud

La Promoción de la Salud es un enfoque que busca mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas a través de la prevención de enfermedades y la promoción de estilos de vida saludables. Algunas acciones clave para promover la salud en las comunidades incluyen:

- **1.Fomentar la actividad física:** Promover la importancia de mantenerse activo y evitar el sedentarismo. Esto puede incluir la organización de actividades deportivas, caminatas grupales, clases de ejercicio, entre otros.
- **2.Educación nutricional:** Inculcar hábitos alimenticios saludables, como consumir una dieta equilibrada que incluya los cinco grupos de alimentos recomendados en el "plato del bien comer". Esto implica promover el consumo de frutas y verduras, cereales, tubérculos, leguminosas y proteínas en proporciones adecuadas.
- **3.Empoderamiento de la comunidad:** Capacitar a los miembros de la comunidad para que tomen decisiones informadas sobre su salud y bienestar. Esto puede incluir talleres educativos, sesiones de asesoramiento y la creación de redes de apoyo comunitario. Al promover estas acciones y empoderar a las comunidades para que adopten estilos de vida saludables, se puede contribuir significativamente a la prevención de enfermedades y la promoción de la salud a largo plazo (Castro, 2023).

En la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA con la intención de que vaya dirigida al objetivo principal "Salud para Todos" en el año 2000 (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Por lo tanto, esta conferencia fue una respuesta a la alta demanda de una nueva visión de la salud pública alrededor del mundo.

La salud se percibe pues no como el objetivo, no como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, se trata, por lo tanto, de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las amplitudes físicas, por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende de las de formas de vida sanas.

El proporcionar ambientes saludables también requiere que las personas vivan alejadas de lugares libres de contaminación como las fábricas, agua contaminada con minerales pesados, evitar alimentos contaminados con herbicidas o compuestos químicos (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

6.1 Promoción de la Salud.

La salud y sus determinantes

El concepto de salud ha evolucionado a lo largo del tiempo, especialmente desde la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. La OMS definió la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición ampliada destaca la importancia de considerar no sólo los aspectos físicos de la salud, sino también los aspectos mentales y sociales. Se reconoce que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y otros factores. Mejorar la salud de la población requiere estrategias que aborden las desigualdades sociales y económicas, es decir, un enfoque que considere los determinantes sociales de la salud. Esto implica un enfoque multidisciplinario que tenga en cuenta aspectos biológicos, sociales, estilos de vida y el entorno ambiental. Al adoptar un enfoque integral que aborde los determinantes sociales de la salud, se pueden lograr resultados positivos en la salud de la población. Esto significa no solo tratar las enfermedades una vez que se presentan, sino también trabajar para prevenirlas abordando las causas subyacentes que influyen en la salud de las personas (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

6.2 La Promoción de la Salud

El Modelo Operativo de Promoción de la Salud destaca que los determinantes positivos de la salud son aquellos que mejoran la calidad de vida y el bienestar funcional de las personas. La Promoción de la Salud se considera un proceso político y social integral que no solo se centra en fortalecer las habilidades y capacidades individuales, sino también en cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas para reducir su impacto en la salud pública e individual (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).

6.3 La carta de Ottawa

Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud.

La Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, fue una respuesta a la creciente demanda de un nuevo movimiento para la salud pública a nivel mundial. En esta conferencia se discutieron las acciones necesarias para lograr la Salud Para Todos en el año 2000 y más allá, centrándose en las necesidades tanto de los países industrializados como de otras regiones.

Principios Fundamentales:

1. Promoción de la Salud:

- La promoción de la salud va más allá de los estilos de vida saludables y es responsabilidad de todos los sectores, no solo del sector salud. Su objetivo es el bienestar integral.

2. Abogar:

- La buena salud es crucial para el desarrollo personal, económico y social, y es un componente esencial de la calidad de vida. Todos los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos pueden influir en la salud de manera positiva o negativa. Las acciones de promoción de la salud buscan crear condiciones favorables para la salud.

3. Capacitar:

- La promoción de la salud busca reducir las disparidades en el estado de salud actual y garantizar que todos tengan acceso a recursos y oportunidades para alcanzar su máximo potencial de salud. Esto incluye un entorno de apoyo sólido, acceso a información, habilidades para la vida y toma de decisiones saludables. Se debe garantizar que tanto mujeres como hombres alcancen su máximo potencial de salud.

4. Mediar:

- El sector sanitario no puede asegurar por sí solo los requisitos previos ni las perspectivas futuras para la salud. Las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades y posibilidades locales de cada país y región, considerando los diferentes sistemas sociales, culturales y económicos.

Esta carta de Ottawa establece los principios fundamentales para la promoción de la salud a nivel global, reconociendo la importancia de abordar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud para lograr el bienestar de todos. (OMS, 1986).

Tabla 2

6.4 Algunas conferencias más relevantes de la Promoción de la Salud

Nombre	Año	País sede	Acciones
Declaración de Alma-Ata	1978	Kazajistán	<p>Primeros auxilios.</p> <p>La Declaración de Alma Ata dijo sobre la creencia de que las soluciones técnicas no son suficientes y que el desarrollo económico y social está inextricablemente unido a la salud.</p>
Carta de Ottawa.	1986	Canadá	<p>La conferencia hizo un documento titulado «Carta de Ottawa» con cinco puntos importantes para definir la Promoción de la Salud: La capacitación de la sociedad para el autocuidado de su salud y promover la ayuda mutua.</p>
Recomendaciones de Adelaide	1988	Australia	<p>Respecto a políticas públicas promotoras de la salud.</p> <p>Su tema fue “política de salud pública”, enfatizando las similitudes y defendiendo la necesidad de poner en práctica las estrategias propuestas en la Carta de Ottawa.</p>
Declaración de Sundsvall	1991	Suecia	<p>En tanto, el medio ambiente para la salud.</p> <p>Crear entornos saludables. Como sugiere el título, lo que se menciona en el documento final de la reunión relacionado a las circunstancias en las que se desarrolla la vida de las personas no tiene nada que ver con la responsabilidad personal sino con la colectiva. Menciona sobre las condiciones de vida.</p>

Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Santa Fe de Bogotá.	1992	Colombia	En Bogotá se mencionó abiertamente que el poder sería transferido al pueblo, condición sin la cual el pueblo no sería libre y por tanto no gozaría de buena salud. Este ofrecimiento se aleja cada vez más del ámbito médico o clínico, ya que demuestran que la salud se trata de quienes determinan sus vidas y sus medios, no del hecho de que se beneficien de apoyo, asistencia médica o no.
Declaración de Yakarta	1997	Indonesia	De la promoción de la salud en el siglo XXI. Se ha consolidado una intuición de la promoción de la salud que sitúa al sujeto individual y colectivo como “controlador” de sus procesos.
Declaración ministerial de México.	2000	México	De la idea a la acción. Se caracteriza por sus propiedades excepcionalmente selectivas y elitistas. Se redefinió el concepto de alianzas (como el establecimiento de vínculos estrechos con empresarios) y se desaparece el debate sobre “devolver el poder al pueblo”. Se hizo hincapié en las estrategias de propagación de información destinadas a la prevención de enfermedades más que a otras prioridades. En la conferencia de México la presencia más fuerte fue la de los mercados.

Carta de Bangkok.	2005.	Tailandia	<p>Promover la salud en un mundo globalizado.</p> <p>Se vio que la principal oposición a una lucha eficaz contra la malaria está representada por los responsables del control de la enfermedad, no por el aspecto cultural sino por la forma en que se organizan los servicios médicos, esto ha ocasionado resistencia al tratamiento y la eficacia.</p>
a 20 años de Ottawa, Vancouver.	2007	Canadá	<p>Más de 20 años después de que fuera firmado por representantes de algunos países, sigue siendo un documento que manifiesta los principios e intenciones reconocidos por varios gobiernos para la promoción de la salud.</p> <p>Esta Carta busca conducir la promoción de la salud al ámbito de los gobiernos del mundo.</p>
Llamado a la acción, Nairobi.	2009	Kenya	<p>El Llamado a la Acción de Nairobi identifica estrategias y compromisos clave necesarios para cerrar la brecha en la prestación de servicios de salud y desarrollo por medio de la promoción de la salud.</p> <p>La promoción de la salud es una estrategia esencial para renovar la salud y el bienestar y reducir las desigualdades en salud y, al hacerlo, contribuirá a alcanzar objetivos de salud nacionales e internacionales, por poner un ejemplo, los Objetivos de Desarrollo del Milenio.</p>

Declaración del consenso de Galway.	2008	Irlanda	Del 16 al 18 de junio de 2008, algunas personalidades académicas y organizaciones cívicas se reunieron en la Universidad Nacional de Irlanda, con sede en la ciudad de Galway. La reunión fue organizada en colaboración por la (UIPES), la Sociedad para la Educación en Salud Pública (SOPHE) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.
-------------------------------------	------	---------	--

Nota: información retomada de Angulo et al., (2016).

En la ciudad de México, la Dra. Consuelo Chapela junto con otros académicos del campo de la salud y sociólogos crean la licenciatura de Promoción de la Salud, en la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM), en el año del 2001. Por eso la importancia de mencionarla, ya que fue clave para la creación de esta licenciatura. En noviembre del 2005, la licenciatura de Promoción de la Salud fue inscrita en el registro de profesiones de la Secretaría de Educación Pública. La Promoción de la Salud tiene dos vertientes tanto en el campo social como en las capacidades individuales y colectivas dentro del ámbito de la salud (Angulo et al., 2016).

Fragmentos de la conferencia de la Dra. Consuelo Chapela en el 2006:

•**Ejemplos internacionales de enfoque de Promoción de la Salud:**

- Ottawa, Yakarta y Santa Fe
- **Características del enfoque:**
- Posiciona al sujeto individual y colectivo como responsable de sus procesos de salud
- Alejamiento del enfoque médico o clínico tradicional
- Énfasis en la autonomía de las decisiones de los individuos sobre su vida y medios•
- **Crítica al enfoque anterior:**
- Se menciona que las alianzas debían ser con la población, no con empresas o el mercado
- **Regreso al enfoque de:**
- Educación para la salud
- Prevención de enfermedades y factores de riesgo
- Evitar la medicalización.

Esta información destaca la importancia de la Dra. Consuelo Chapela y su contribución a la creación y desarrollo de la licenciatura de Promoción de la Salud en la UACM, así como los principios y enfoques clave de esta disciplina según su visión (Chapela, 2006).

VII. PADECIMIENTOS POR LO CUAL SE UTILIZA LA COLOSTOMÍA

La colostomía es la construcción de una abertura para la exteriorización del intestino grueso a través de la pared abdominal para la eliminación de la materia fecal, la indicación para una cirugía está relacionada con la imposibilidad de evacuar de manera normal a través del ano. Por lo tanto, los productos de desecho se almacenan en un dispositivo en forma de una bolsa adherida a la piel (Brasil, 2018).

La colostomía puede ser temporal o definitiva, su inserción en el intestino grueso varía de localidad, se puede realizar en la parte ascendente, transversal o descendente del colon, las heces pueden tener una consistencia más líquida dependiendo de la parte del intestino involucrado (Da Silva et al., 2020).

Existen diferentes padecimientos por los cuales se utiliza la colostomía en un paciente, la presencia de pólipos puede ser heredado y estar asociado a cáncer de colon. La diverticulitis también ocasiona el uso de la colostomía debido a que se requiere extirpar el segmento del intestino necrosado, por impacto de arma de fuego, presencia de tumores en el recto, colitis, entre otros. La afección de un familiar de primer grado, duplica el riesgo de CCR y aumenta de manera significativa si el familiar es menor de 60 años (Morgan et al., 2008).

Cuando un paciente con obstrucción intestinal, en el caso del cáncer de colon, es la causa del 50 % de las obstrucciones colónicas. La mayor parte son de colon izquierdo; principalmente de sigmoides por ser más escirro. En el colon izquierdo el cirujano evaluará la posibilidad de colostomía derivativa o resección, y realizará la limpieza del colon durante la operación. Los enfermos operados de urgencia por obstrucción intestinal tienen peor pronóstico que los operados en forma electiva (Domínguez, 2016).

Edad: Los adultos jóvenes pueden llegar a desarrollar cáncer de colon, pero se presenta con mayor frecuencia después de los 50 años de edad. Por otro lado, en pacientes jóvenes se ha incrementado la incidencia en los últimos años.

- **Las afecciones intestinales inflamatorias.** La colitis ulcerosa, amibiasis o la enfermedad de Crohn del colon aumentan el riesgo general de tener cáncer de colon
- **Antecedentes familiares.** Si se tiene un padre, un hermano o un hijo con antecedentes de cáncer de colon, la probabilidad es de 50% ya que puede ser hereditario.
- **Consumo de alcohol en exceso y fumar.** Las personas que toman tres o más bebidas alcohólicas al día aumentan el riesgo de desarrollar pólipos en el colon. Asimismo, consumir alcohol y fumar en conjunto aumentan el riesgo.
- **Sobrepeso y Obesidad.** Falta de ejercicio y consumo de grasas por alimentación obesogénica.
- **Raza.** Las personas afroamericanas presentan mayor riesgo.
- **Genética.** Cuando 2 familiares consanguíneos presentan la enfermedad existe el 50% de probabilidad de que otro miembro de la familia lo presente (Morgan et al., 2008).
- **VIII. Los Trastornos de pólipos hereditarios que causan pólipos en el colon destacan:**
 - **Síndrome de Lynch:** También llamado cáncer colorrectal hereditario no polipósico. Las personas que tienen síndrome de Lynch tienden a desarrollar relativamente pocos pólipos en el colon, pero estos pueden volverse cancerosos rápidamente. El síndrome de Lynch es el tipo más común de cáncer de colon hereditario y también se asocia a tumores en otras partes del abdomen.
 - **Poliposis adenomatosa familiar:** Un trastorno raro que causa el desarrollo de cientos o incluso miles de pólipos en el revestimiento del colon durante la adolescencia. Si los pólipos no se tratan, el riesgo de padecer cáncer de colon es de casi el 100 %, generalmente antes de los 40 años. Las pruebas genéticas pueden ayudar a determinar su riesgo de desarrollar poliposis adenomatosa familiar.
 - **El Síndrome de Gardner:** Es una variante de la poliposis adenomatosa familiar en la que se desarrollan pólipos en todo el colon y el intestino delgado. Los tumores benignos también pueden desarrollarse en otras partes del cuerpo, como la piel, los huesos o el abdomen.
 - **MUTYH Poliposis asociada al gen:** Una enfermedad similar a la poliposis adenomatosa familiar causada por cambios en el gen MYH. Las personas con poliposis relacionada con el gen MUTYH suelen desarrollar múltiples pólipos adenomatosos y

cáncer de colon a edad temprana, las pruebas genéticas pueden ayudar a determinar su riesgo de desarrollar poliposis asociados a este gen.

- **Síndrome de Peutz-Jeghers:** La enfermedad puede comenzar con pecas en toda la piel, incluidos las encías, los labios, y los pies. Luego se forman pólipos benignos en los intestinos. Es por eso que estos pólipos pueden volverse cancerosos, por lo que las personas con esta afección tienen un gran riesgo de desarrollar cáncer de colon.
- **Síndrome de poliposis serrada:** Enfermedad en la que se desarrollan múltiples pólipos atrésicos en la parte superior del colon. Estos pólipos pueden volverse cancerosos. Es necesario vigilarlos.
- **Algunos pólipos en el colon pueden volverse cancerosos.** Cuanto antes se extirpe un pólipo, es menos probable que se vuelva canceroso.
- **Prevención:** Puedes reducir mucho tu riesgo de pólipos en el colon y cáncer colorrectal al hacerte exámenes de detección de sangre oculta en las heces fecales cada año; esto ayuda mucho para detectar el cáncer de colon. Varios cambios en el estilo de vida también pueden ser útiles:
- **Adoptar hábitos saludables que incluye** frutas, verduras y granos o cereales integrales en tu dieta, y reduce el consumo de grasas. Una dieta mediterránea es una buena opción. Restringe el consumo de alcohol y deja de consumir tabaco. Haz actividad física y conserva un peso saludable.
- **Es recomendable hablar con tu proveedor de atención médica acerca del calcio y la vitamina D:** Las investigaciones muestran que aumentar la ingesta de calcio puede ayudar a prevenir la recurrencia del adenoma de colon. Sin embargo, no está claro si el calcio tiene un efecto protector contra el cáncer colorrectal. Otros estudios han demostrado que la vitamina D puede proteger contra el cáncer de colon.
- **Considera las opciones si tienes un riesgo alto.** Si tienes antecedentes familiares de pólipos en el colon, considera obtener consejería genética. Si has sido diagnosticado con un trastorno hereditario que causa pólipos en el colon, necesitarás hacerte colonoscopías regulares desde la adultez. También es importante saber que si tienes dos familiares consanguíneos hay un 50% de probabilidad que tú lo tengas, pero si te haces

estudios frecuentemente después de los 40 años hay mucha probabilidad de que se detecte a tiempo, y se pueda curar (Pruthi et al., 2019).

IX. GUÍA PARA EL PACIENTE OSTOMIZADO

1). Control de peso: Es importante evitar el sobrepeso y la obesidad, ya que el exceso de peso puede causar pliegues en la piel y por lo tanto que no pegue bien la barrera de la estoma, lo que podría provocar fugas de heces fecales.

2). El ejercicio físico es fundamental: la caminata, la meditación, el yoga, así como los ejercicios al aire libre benefician la salud, el kárate o el boxeo o ejercicio extremo son deportes que se deben evitar en todo momento por el riesgo de dañar la estoma.

3). Ducha y baño: Cuando el paciente se ducha puede hacerlo con o sin bolsa, si desea conservar por más tiempo su dispositivo (barrera) se recomienda ducharse con bolsa para no estarla cambiando a cada rato ya que puede dañar la piel, del mismo modo, ahorrará en el gasto, cuando se bañe en el mar o la piscina deberá utilizar la bolsa. Es importante que las personas ostomizadas sepan que prácticamente pueden hacer de todo, siempre y cuando tomen sus precauciones pertinentes.

4). Prendas de vestir: Se aconseja evitar prendas ajustadas que puedan dificultar la salida de las heces fecales y tapar la estoma. En caso de obstrucción, se recomienda caminar, beber agua tibia y estimular la estoma con un guante. Si la obstrucción persiste, es importante acudir al servicio de salud para recibir atención adecuada y mantener una estoma saludable.

5). Abordar el tema sexual es muy importante: porque muchas personas creen que tener una estoma les impedirá tener relaciones sexuales y esto no es cierto, las personas deben ser conscientes de que son necesidades fisiológicas y naturales. También, las mujeres ostomizadas pueden tener hijos, siempre y cuando estén en condiciones óptimas. Es recomendable consultar a un cirujano, urólogo o ginecólogo en caso de problemas.

6). Recomendación para una vida normal: Es aconsejable continuar con una vida normal que incluya trabajo, entretenimiento y viajes. Es importante llevar el equipo necesario para cambiar la bolsa recolectora en caso de fuga cada vez que salgas de casa. Esto te ayudará a mantener la calma en cualquier situación.

7). Hablar con un médico de confianza: Es fundamental discutir las complicaciones comunes de la ostomía y del área periestomal con un médico de confianza. Esto ayudará a los pacientes a mantenerse bien informados sobre cómo manejar su ostomía de manera efectiva.

8). Informar al médico: Si experimentas cualquier cambio repentino en el tamaño, color o apariencia de la estoma, así como problemas en la piel o la estoma misma, es crucial informar a tu médico de inmediato. Dejar pasar el tiempo sin consultar a un médico puede tener consecuencias graves.

9). Importancia de la educación: Los pacientes y sus familias deben recordar lo que han aprendido en el hospital y seguir las instrucciones proporcionadas por enfermeras o personal hospitalario sobre cómo manejar el equipo necesario para la ostomía. Es esencial tener acceso al equipo desde el primer día para evitar confusiones y garantizar un cuidado adecuado (Vázquez & Poca Prats, 2015).

X. ESQUEMAS

Figura: 1 Maniquí con estomas



Nota: Fotografía tomada en la oficina de la enfermera Margarita Mendiola, en la CDMX., ubicación de la colostomía e ileostomía y urostomía. fuente propia, (2023).

Colostomía

Colostomía: el intestino grueso se redirige de manera tal que los desechos del cuerpo se eliminen a través de la estoma sobre la pared abdominal.

Urostomía

Urostomía: un segmento pequeño del intestino delgado se utiliza para redirigir la orina a través de la estoma sobre la pared abdominal.

Ileostomía

Ileostomía: se quita el intestino grueso y se redirige el intestino delgado para que los desechos del cuerpo se eliminen a través de la estoma sobre la pared abdominal.

Figura: 2 Maniquí con bolsa recolectora



Nota: Fotografía tomada en la oficina de la enfermera Margarita Mendiola en la CDMX. Colocación adecuada de la bolsa recolectora. Fuente propia, (2023).

1. Colocación de la bolsa recolectora

Saber la técnica y el manejo adecuado de una colostomía previene y mantiene una piel saludable, ayuda a no presentar irritación y ulceraciones. Por otro lado, se mostrará de forma sencilla y eficiente, el cuidado de la estoma para que se conserve sana. En primer lugar, deberá observarse el color de la estoma, el color negro indica que se encuentra necrosada y que no funciona adecuadamente, requiere acudir al hospital de urgencia; Si el color de la estoma es rojo, se realizará el siguiente procedimiento:

Los materiales requeridos son: guantes de látex, gasas, pañal de adulto o toalla pequeña, una bolsa de plástico para ponerla debajo de la persona donde tiene la estoma, un recipiente para poder recolectar los desechos de materia fecal que el paciente esté evacuando, tijeras de mayo

curvas, hidrocoloide y papel higiénico. Kit (OSTOVAC) Fig. 3 (contiene 4 unidades), barreras, ajuste de tamaño y bolsa recolectora (OSTOVAC), cinturón para ajuste de bolsa. La caja con el kit, se puede conseguir en las farmacias de alta especialidad.

Figura: 3 Kit OSTOVAC



Nota: Fotografía de Kit OSTOVAC conteniendo 4 piezas de cada una: barreras con ajuste de tamaño, bolsas recolectoras, cinturón para el ajuste de la bolsa. fuente propia, (2023).

1.1 Preparación:

El primer paso es revisar que la piel esté limpia, colocarse los guantes y utilizar agua corriente de la llave de preferencia tibia, el área deberá estar libre de aceites o residuos de jabón o humedad, debe estar completamente seca para que los adhesivos de la barrera peguen. Asimismo, la medición del tamaño de la estoma se realiza con guía o con acetato (Fig. 4). Se toma la medida de la estoma, dejando una pestaña de medio centímetro más. También, se debe revisar que sea de la forma de la estoma, ya que al colocar la barrera puede lastimar la estoma por lo ajustado que está.

Figura 4. Guía de medición para calcular el tamaño de la estoma



	
<p>Figura A: Guía de medición. Fuente propia. (2023).</p>	<p>Figura 2B: Acetato para trazar el tamaño de la estoma. Fuente propia. (2023).</p> <p>Hobbees, (2024). Acetate Pad / Hojas de Acetato Transparente [Fotografía].</p> <p>https://www.hobbees.com.mx/products/acetate-pack-paquete-de-acetato-transparente</p>

Figura: 5 La guía de medición para calcular el tamaño de la estoma.

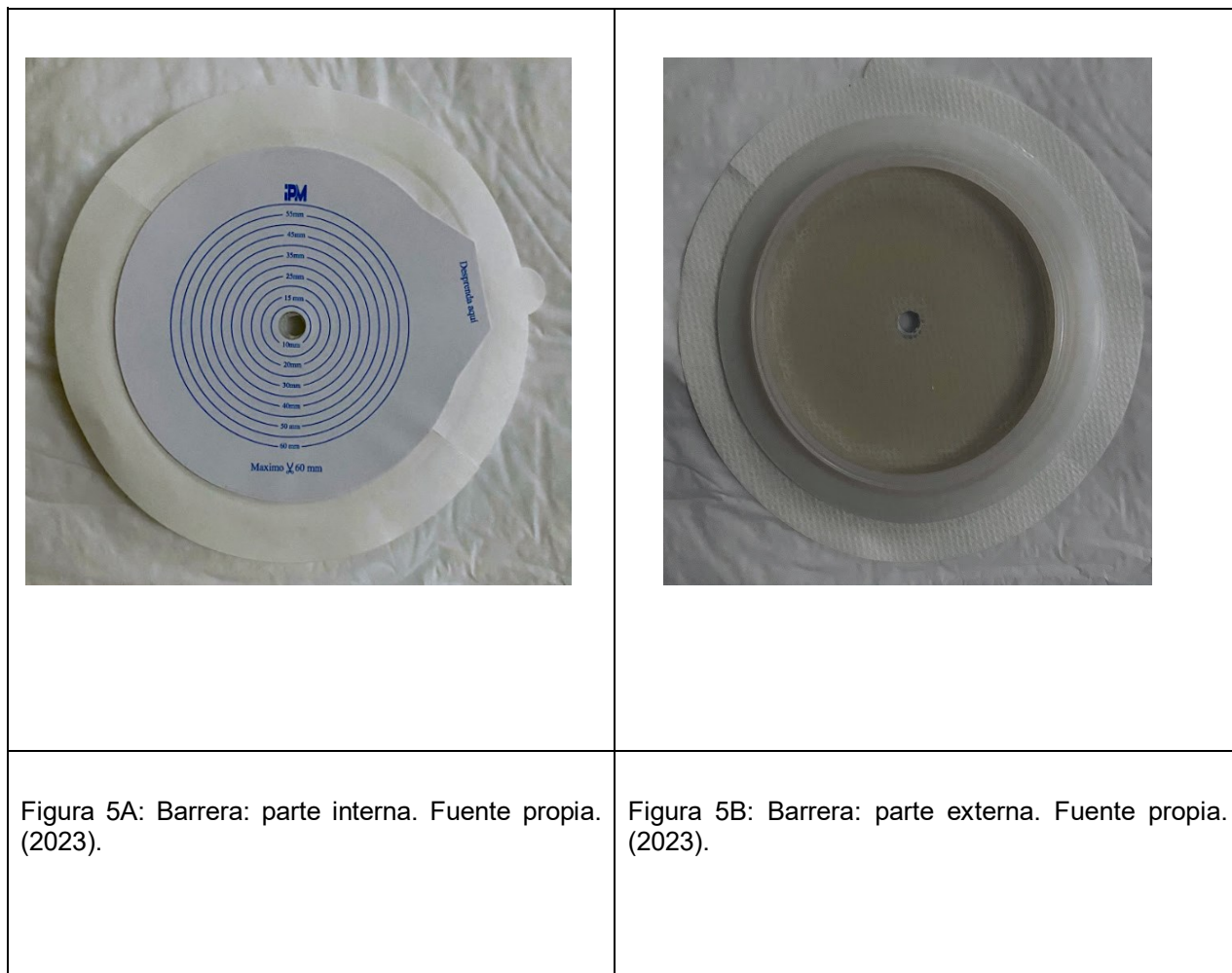


Figura: 5 Barrera parte interna (A) y parte externa (B) de la estoma.

Barrera: Se debe dibujar la forma de la estoma sobre un acetato para después trazarlo sobre la barrera que tiene la medición y recortar sobre la guía (Fig. 5A), utilizar las tijeras de mayo curvas para darle forma adecuada al tamaño de la estoma con ayuda del acetato (recordar que hay que dejar medio centímetro alejado de la estoma, esto es para evitar que haya roce entre la barrera y la estoma) (Fig. 5A y Fig. 5B).

Figura: 6 Hidrocoloide


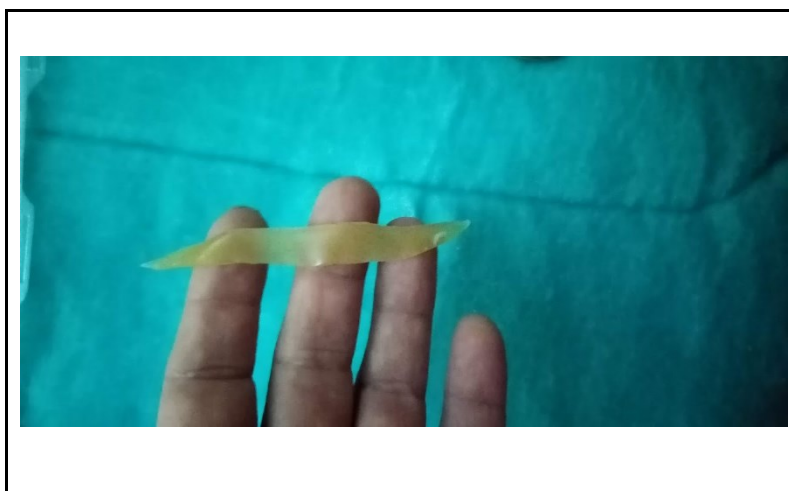
<p>Hidrocoloide: Apósito con tecnología hidrocoloide, que contiene un gel activo que absorbe el exceso de flujo , provocado por la herida que mantiene la piel hidratada, para regenerar y crear un ambiente óptimo de curación y cicatrización.</p>	 <p>Nota: Fotografía de hidrocoloide. Fuente propia. (2023).</p>
---	--

Figura: 6 A tira de hidrocoloide

Cortar una tirita del tamaño de la estoma con un grosor de medio centímetro. Retire los dos protectores que se encuentran de ambos lados, comience por un lado de la estoma y rodéese completamente, el hidrocoloide protegerá la piel ya que la barrera se pondrá medio centímetro afuera de la estoma.



Nota: figura 6A: Tira de hidrocoloide. Fuente propia, (2023).

Figura: 7 Colocación de la bolsa recolectora.

A continuación, la barrera se frotará un poco con ambas manos para que se pueda activar el adhesivo y adherir muy bien a la piel, esto ayudará a tener por más tiempo la barrera en la piel, y en óptimas condiciones.

Retire el papel parche que cubre del adhesivo. Enseguida centre la abertura del parche sobre la estoma y presione contra la piel, después quite el papel adhesivo que se encuentra en la periferia de la barrera y presione el resto de la parte del adhesivo sobre la piel. Alise cuidadosamente para evitar arrugas.

Por otro lado, cierre la bolsa, levante la parte inferior y doble adecuadamente el mecanismo de cierre, haga 3 dobleces hacia el lado donde se encuentra el hoyo de la bolsa, se hace con cuidado para evitar perforar la bolsa.

Enseguida tenga la bolsa entre sus dedos y ensamble el aro de la bolsa sobre el aro del refuerzo, asegúrese que los aros estén bien ensamblados, debes de hacer un clic como cuando se tapa un envase de tupperware, (cierre hermético) es muy importante para que uno esté seguro de que la bolsa esté bien colocada y no tenga fuga.



Figura 7A: Bolsas de colostomía o recolectoras, cinturón y barrera.

Bolsas de colostomía abiertas, se puede abrir en la parte inferior para deshacerse de las evacuaciones. De esta manera deja de ser necesario quitar la bolsa cada vez que se llena, por eso también la llaman "drenable".

IPM (2023). bolsa, cinturón y barrera [Fotografía]. <https://ipm.mx/colostomia-4-barreras-y-4-bolsas>

Figura: 8 Cinturón: Ajustar el cinturón a su medida, coloque los seguros que están a los extremos del cinturón sobre los orificios del aro de la bolsa.



Figura 8A: Cinturón para sujetar la bolsa de la colostomía

Ostovac (2023). Cinturón [Fotografía]. <https://colostomia.tienda/producto/cinturon-para-barrera/>

Nota importante: trate de drenar la bolsa con frecuencia para evitar que los adhesivos se desprendan. Es fundamental tener una bandeja para depositar las heces fecales y luego tirarlas al sanitario.

Para evitar que la barrera y el hidrocloide se mojen por dentro, se recomienda bañarse con la bolsa recolectora. Esto puede durar hasta ocho días sin lacerar la piel y ayudará a evitar cambiar la barrera tan a menudo y ahorrar dinero.

Después de cambiar la barrera, es recomendable que el paciente se bañe con agua a la temperatura que pueda tolerar. Luego, poco a poco se desprenda la barrera.

Para que la piel respire, es necesario que el paciente permanezca unas 2 o 3 horas en reposo, para ventilar la piel.

Ya transcurridas esas horas, el paciente puede ayudar mientras se encuentra en reposo, a recortar la forma de la estoma sobre la barrera, Puede ser, si es su segunda barrera, hacer el orificio con la forma de la anterior barrera o utilizar el acetato.

Ayudar al paciente en sus necesidades es un acto de amor, y si este es acompañado de Reiki o la imposición de manos lo ayudará a sentirse mejor en todo su proceso de recuperación.

XI. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

Las personas que experimentan cambios repentinos en su salud y apariencia deben recibir un trato individualizado. El paciente puede expresar sus emociones y miedos en todo momento fortaleciendo sus mecanismos de defensa al fomentar una actitud de escucha. Es esencial explicar gradualmente los pasos del proceso al paciente para reducir la ansiedad asociada con cualquier intervención. Es común que el paciente o su familia no estén listos para absorber toda la información que se les da. Es crucial que se les explique en qué consistirá la derivación digestiva, cómo funcionará la nueva vía de eliminación de heces y cómo se adaptarán a esta nueva situación. Incluya a la familia si el paciente lo permite.

XII. CONSEJOS PRÁCTICOS Y RECOMENDACIONES PARA EL CUIDADO DE LA ESTOMA

- **Limpieza de la estoma:** Para limpiarla sin frotar, use una esponja suave, agua tibia y jabón neutro. Utiliza papel higiénico para secar la piel, ya que absorbe mejor la humedad. Para facilitar la oxigenación, deja la piel al aire durante unos minutos antes de aplicar el pegamento.
- **Baño:** El paciente puede bañarse con o sin bolsa según su preferencia. Evite el uso de aceites de baño o cremas porque pueden hacer que los dispositivos no se adhieran.
- **Sangrado:** Debido a la vascularización, es normal que salga sangre al limpiar la estoma. Si el sangrado es abundante y constante, es importante que sea llevado de inmediato al hospital.
- **Cambiar el dispositivo:** Evita que la bolsa recolectora se llene hasta el tope, es preferible que la vacíes cuando esté a la mitad de su capacidad. Envuelva el dispositivo en papel antes de colocarlo en una bolsa de plástico.
- **Retirada del dispositivo:** Retira el dispositivo con cuidado de arriba hacia abajo para no dañar la piel. Nunca lo rasgues, ya que esto puede provocar desgarros en la piel. Asegúrate de que el borde inferior del disco o bolsa encaje perfectamente en la estoma.

- **Frecuencia de cambios:** La frecuencia de los cambios de dispositivo depende del tipo de estoma. Evita cambiar la bolsa recolectora después de algún alimento para evitar algunas complicaciones. Estos consejos te ayudarán a tener una buena higiene y cuidado de la estoma. Siempre es recomendable consultar a un especialista para obtener asesoramiento personalizado.

XIII. CONSEJOS DIETÉTICOS

Es importante tener en cuenta cómo ciertos alimentos pueden afectar tu salud, especialmente si tienes una condición médica como una estoma. Es fundamental mantener una dieta equilibrada y adaptarla según las necesidades individuales para garantizar una buena salud y bienestar. Si tienes alguna pregunta específica sobre tu dieta o cómo manejar tu condición, no dudes en consultarlo con un profesional de la salud. ¡Tú bienestar es primordial!

XIV. RECOMENDACIONES FUNDAMENTALES

Es fundamental que los pacientes con una ostomía estén preparados en todo momento para cualquier eventualidad. Llevar consigo el equipo y materiales necesarios, así como un botiquín de emergencia, puede marcar la diferencia en situaciones imprevistas. ¡La prevención y la preparación son clave para mantener la salud y el bienestar en estas circunstancias!

14.1 Recomendaciones que el paciente ostomizado debe saber respecto a los dispositivos y su aplicación

Procedimiento para el cambio de barrera en pacientes con estoma:

1.Preparación para el baño:

- Se recomienda que el paciente se meta a bañar.
- Desprender la barrera con cuidado para no lastimar la piel.
- Limpiar alrededor de la estoma con agua y jabón neutro.
- Ayudarle a tapar la estoma con un pedazo de papel higiénico mientras se seca la parte superior del cuerpo.

2.Durante el cambio:

- Tener listo el pañal y un recipiente de plástico para los desechos.

- Ayudar al paciente a vestirse, tapando la estoma mientras se viste la parte superior.
- Colocar el pañal al lado de la estoma para evitar ensuciar la cama.
- Acercar el rollo de papel higiénico y el recipiente de plástico.

3.Después del cambio:

- Ayudar al paciente a sentarse y acostarse.
- Secar el cuerpo del paciente y ayudarlo a vestirse.
- Permanecer acostado durante 2 a 3 horas para ventilar la piel alrededor de la estoma.

4.Tratamiento en caso de irritación o lesión de la piel:

- Aplicar polvos de Stomahesive o miel pura para regenerar la piel.
- Otros tipos de cremas también pueden ser útiles para regenerar la piel, pero la miel es especialmente eficaz.


5.Procedimiento de cambio de barrera:

- Colaborar con el paciente en cortar la barrera con el molde anterior.
- Limpiar alrededor de la estoma con una gasa empapada en agua tibia para quitar la miel o crema regeneradora de piel.
- Asegurarse de que la piel esté seca y libre de residuos antes de aplicar la nueva barrera.

6. Colocación de la nueva barrera:

- Colocar la tirita de hidrocoloide alrededor de la estoma para mantener la piel sana y prevenir lesiones. En caso de que el paciente solo desee cambiar la barrera, se deben seguir los pasos anteriores para garantizar un procedimiento seguro y efectivo.

Figura: 9 Tira de hidrocoloide y colocación

	
<p>Figura: 9A Tira de hidrocoloide. Fuente propia. (2023).</p>	<p>Figura: 9B Colocación del hidrocoloide alrededor de la estoma. Fuente propia. (2023).</p>

RECOMENDACIONES UTILES

Ya que este limpia la piel se recomienda que la barrera se ponga inmediatamente, ya que puede haber fuga de heces. También se recomienda que el paciente ayude con sus dedos a presionar bien el adhesivo que tiene la barrera, de este modo quedará bien adherido a la piel, de tal forma que la barrera permanecerá por más tiempo, sí la barrera queda muy bien puesta, le puede durar hasta 8 días para volverla a cambiar.

La bolsa recolectora se tiene que poner enseguida por si hay alguna fuga de heces, son procesos que se deben de llevar muy rápido ya que en cualquier momento puede haber una fuga. Hay que asegurarse que el ensamble de la barrera y la bolsa queden bien puestos, una forma de verificar que está bien puesta es escuchar un clip, eso indicará que están bien puestos. Vaciar seguido la bolsa recolectora, conforme a la demanda de cada persona, y cambiarla cada tercer día o lavarla, como mejor lo considere.

Figura:10 Colocación de la barrera.



	
<p>Figura: 10 A Pegar por el centro de la barrera. Fuente propia. (2023).</p>	<p>Figura: 10 B Pegar por fuera de la barrera. Fuente propia. (2023).</p>

Figura: 11 Colocación de la bolsa recolectora

El hidrocoloide, la barrera y la bolsa se deben de poner rápidamente ya que, de no ser así, se puede ensuciar el material a utilizar, de tal manera que; hay que poner otro nuevo.



Figura: 11 Colocación de la bolsa recolectora. Fuente propia. (2023).

Ya terminados estos pasos. El paciente se puede incorporar y ponerse el cinturón que le ayudará a soportar el peso de las heces fecales.

XV. FIGURA: 12 ACCESORIOS PARA PERSONAS OSTOMIZADAS.

	
<p>Figura: 12 A Cinturón de soporte</p> <p>Amazon (2023). Cinturón ligero para colostomía [Fotografía]. https://www.amazon.com.mx/prop%C3%B3sito-ajustable-pacientes-colostom%C3%ADa-parastomal/dp/B08C7J835Y</p>	<p>Figura: 12 B Faja para personas con hernia.</p> <p>Amazon fashion (2023). faja para colostomía [Fotografía]. https://www.amazon.com.mx/Faja-Colostomia-Porta-Bolsa-Negra/dp/B076J66SJT?th=1&psc=1</p>



<p>Figura: 12 C Bolsa funda para caballero, se usa para ocultar la bolsa recolectora.</p> <p>Glicoltaly (2023). funda para bolsa de colostomía [Fotografía]. https://www.glicoltaly.com/es/Funda-de-bolsa-con-cintur%C3%B3n-negro</p>	<p>Figura: 12 D bolsa funda, privacidad como el uso normal, cubierta cosmética del tubo de soporte de bolsa de ostomía.</p> <p>Walmart (2023). bolsa funda para mujer [Fotografía]. https://www.walmart.com.mx/ip/equipo-medico/bolsa-de-col-desechable-productos-para-la-incontinencia-bolsa-abierta-bolsa-para-estoma-cubierta-de-rejilla-shamjiam-funda-para-bolsa-de-colostomia/0007181163967</p>	<p>Figura: 12 E Botella de limpieza de bolsa de colostomía de 230 ml, accesorio de herramienta de lavado de plástico Bolsas de ostomía reutilizables portátiles para viajes. Shopee (2023). Botella de limpieza [Fotografía]. https://shopee.com.mx/-newnorthcast-0323-300-ml-higiene-femenina-limpieza-colostom%C3%ADa-bolsa-de-pl%C3%A1stico-botella-de-lavado-ostomy-bolsas-i.396821419.8230946064</p>
--	---	---


	
<p>Figura: 12 F Ropa interior de estoma, cubierta de bolsa de ostomía, cubierta de bolsa de colostomía, cubierta de bolsa de ileostomía. lencería de ostomía, con soporte oculto para bolsa.</p> <p>Etsy (2023). ropa interior [Fotografía]. https://www.etsy.com/mx/listing/1108926412/ropa-interior-de-estoma-cubierta-de</p>	<p>Figura: 12 G Se recomienda usar ropa holgada para evitar que se obstruya la estoma.</p> <p>Convatec (2023). Usar ropa cómoda [Fotografía]. https://www.convatec.com/es-es/cuidado-ostomia/</p>



Figura: 12 H

La bolsa recolectora puede tener barrera integrada, que tiene un orificio para que, entre la estoma, y esta se adhiere directamente al abdomen.

Hay modelos que tienen un filtro de carbono, lo que evita que la bolsa se extienda por los gases, estos filtros permiten liberar el gas sin aroma.

También hay bolsas cerradas redondas, o tipo botella, esta última se recorta de la parte más angosta para drenar, también hay bolsas abiertas que se cierran con diferentes opciones, las que tienen cierre hecho a base de silicon, algunas con una pinza de plástico reutilizable o un alambre con adhesivo.

Hay bolsas de 2 piezas que ayudan al vaciado.

Surtido médico (2023). Diferentes tipos de bolsas [Fotografía].
<https://surtidomedico.com.mx/blogs/colostomia/tipos-de-bolsas-de-colostomia>

TRAJES DE BAÑO

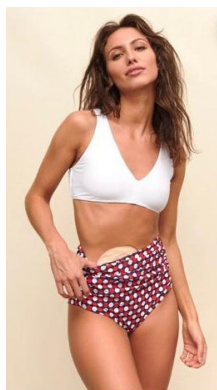


Figura 12 I: Traje de baño de dos piezas para mujer, para ostomía Lunares, (solo para la parte inferior) Ropa para ostomía, aberturas para vaciar la bolsa para ostomía, ostomía SILL, funda para bolsa para ostomía, bolsillo interior.

Siilostomy (2023). Bañadores de ostomía bolsas clip y barrera [Fotografía]. <https://www.siilostomy.com/productos-para-ostomia/>

Figura 12 J: Traje de baño para hombre, El traje de baño está confeccionado con un material suave que se puede adaptar a la zona de la ostomía.

Siilostomy (2023). Traje de baño para caballero [Fotografía]. <https://www.siilostomy.com/cinturon-ostomia/>

XVI. FIGURA 13: MEDICAMENTOS DE CURACIÓN DE LA ESTOMA

		
<p>Figura 13 A: Pasta: se usa para rellenar los contornos irregulares de la piel periestomal, ayuda a prevenir que se filtre por debajo de la barrera y sirve como sellador o adhesivo.</p> <p>Selección médica (2023). Pasta de relleno para Base de Colostomía, [Fotografía]. https://seleccionmedica.catalog.to/s/gallery/seleccion-medica/ostomia-estetoscopiostensiometrosventas-y-miscelaneos/dy8/product/-NEIUPcwDMztix-7m-yG</p>	<p>Figura 13 B: Polvo hidrocoloide, absorbe la humedad de la piel excoriada o irritada, permite la fácil adhesión de la barrera.</p> <p>Medimarket (2023). Polvo hidrocoloide [Fotografía]. https://medimarket.mx/products/polvo-stomahesive</p>	<p>Figura 13 C: La tintura de Benjuí es un extracto de la resina natural Benjuí sus propiedades son antisépticas, antifúngicas y cicatrizantes.</p> <p>Mercado libre (2023). Tintura de benjuí [Fotografía]. https://articulo.mercadolibre.com.mx/MLM-948990360-tintura-de-benjui-pura-calidad-premium-110ml-_JM</p>

		
<p>Figura 13 D: Este lubricante y neutralizador de olores ayuda a proveer un mejor nivel de confianza y seguridad. Facilita el vaciado de las bolsas y ayuda a prevenir la estática o la adherencia entre las paredes internas de la bolsa.</p> <p>Ostetec (2023). Neutralizador de olores [Fotografía]. https://ostotec.com.mx/productos/acesorios-y-cuidado-piel/adapt-lubricante-y-desodorante-en-botella-c-236-ml/</p>	<p>Figura 13 E: Son coadyuvantes en el tratamiento de heridas agudas y crónicas, quemaduras de segundo y tercer grado. Ayuda a controlar la infección en piel y tejidos blandos.</p> <p>Que farmacia (2023). Tratamiento de heridas [Fotografía]. https://quefarmacia.com/productos/estericide/</p>	<p>Figura 13 F: La Karaya es un compuesto natural que actúa como una barrera cutánea natural ante la secreción. La pasta también alarga la efectividad de la barrera cutánea, empareja y rellena los huecos.</p> <p>Medimarket (2023). Pasta cutánea [Fotografía]. https://medimarket.mx/products/pasta-de-karaya</p>


<p>Figura 13 G: Adapt Toallitas con Removedor de Adhesivo sin Alcohol, sirve para remover los residuos de adhesivo. Mundo médico (2023). Removedor de adhesivo [Fotografía]. https://www.mundomedico.com.mx/products/toallitas-removedor-adhesivo-hollister-adapt</p>

XVII. ENTREVISTAS Y TESTIMONIOS

17.1 Metodología utilizada

Para poder hacer las entrevistas, utilice la metodología cualitativa, ya que es con personas con las que vamos a trabajar, es importante recabar los sentimientos y emociones de las personas para tener una amplia información del tema que nos atañe, como lo mencionan Taylor y Bogdan:

“La frase metodología cualitativa se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Como lo señala Ray Rist (1977), la metodología cualitativa, a semejanza de la metodología cuantitativa, consiste más que un conjunto de técnicas para recoger datos.” (Taylor y Bogdan. 1984, pp. 19-20)

XVIII. LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA DICEN QUE:

1. *“La investigación cualitativa es inductiva”* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.20). No trabajamos con hipótesis, ya que es con personas con las que vamos a trabajar y no se busca comprobar algo o hacer suposiciones.

2. *“En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo”* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.20). Los investigadores cualitativos analizan a las personas en su conjunto y las circunstancias que las rodean, tanto físicamente como durante sus interacciones sociales. Va más allá y no sólo se detiene en el presente de las personas, sino que también busca en su pasado aspectos que las han moldeado y lo que son hoy. Porque cada persona ve las situaciones de manera diferente y esto es cierto en la investigación cualitativa.

3.- *“Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio” (Taylor y Bogdan. 1984, pp.20).* Durante las entrevistas escuché los testimonios de los entrevistados con atención, en silencio y sobre todo con respeto. Nunca intenté influir o cambiar las respuestas que me dieron.

4. *“Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas” (Taylor y Bogdan. 1984, pp.20-21).* Siempre debemos mostrar empatía y ponernos en el lugar de las personas para comprenderlas. Esa persona, su testimonio u opinión nunca será juzgada.

5. *“El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones”.* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.21). No debemos dar nada por sentado ni para que lo entiendan. Nuestra atención debe estar centrada en escuchar activamente sin interrumpir al interlocutor en ningún momento. Es importante recalcar que mi opinión en este momento carece de fundamento. Me dedicaré a escucharlos. No interrumpirlos, para no interrumpir sus ideas y lo que quieren decirnos.

6. *“Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas” (Taylor y Bogdan. 1984, pp.21).* La opinión de todos es escuchada y respetada, independientemente de su estatus social, color de piel, clase social, estilo de vida o creencias religiosas. Lo que realmente nos interesa son las opiniones de la gente, porque todas son valiosas.

7. *“Los métodos cualitativos son humanistas” (Taylor y Bogdan. 1984, pp.21).* Nos preocupamos por las personas porque son personas, no como máquinas sin emociones que sólo pueden proporcionarnos información.

8. *“Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación” (Taylor y Bogdan. 1984, pp.21-22).* No buscamos hechos comprobables, ya que cada uno tiene sus propios testimonios y cómo los ha superado a lo largo de los años. Sin embargo, las personas actúan a partir de sus propias experiencias.

9. *“Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio”* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.22-23). Nos preocupamos por cada aspecto de cada persona. Cada escenario es muy importante y valioso. Es muy importante que consigamos la entrevista.

10. *“La investigación cualitativa es un arte”* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.23). Así como un artista tiene su propia técnica y estilo para plasmar su obra, los investigadores cualitativos tienen técnicas para realizar sus investigaciones. No están obligados a seguir las mismas reglas o procedimientos para realizar su trabajo. Todo fluye.

XIX. MI PRESENTACIÓN

Hola, mi nombre es: Patricia J. Castro Sánchez, soy pasante de la licenciatura de Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Centro Histórico (UACM-CH). Muchas gracias por permitirme realizar esta entrevista, por su tiempo y brindarme la confianza para realizarles algunas preguntas. Es importante decirle que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que les agradezco sea muy sincero al responder.

Entrevista a la enfermera Margarita Mendiola Hernández. (Técnicas y conocimientos sobre la colostomía) Las entrevistas se realizaron en su oficina en la Alcaldía Coyoacán. Sus características físicas son las siguientes: complexión delgada, mide aproximadamente 1.50 cms., es de tez morena clara, su cabello es castaño claro y lo usa corto a la altura de sus orejas.

XX. ENTREVISTAS

Entrevista 1

(PC) ¿Cuál es su nombre?

(MM) Margarita Mendiola Hernández

(PC) ¿Qué edad tiene?

(MM) 65

(PC) En donde nació?

(MM) En Puebla

(PC) ¿Cuál es su residencia actual?

(MM) Mirador 3 Manzana 3 Lote 17 Colonia Divisadero Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

(PC) ¿Cuál es su profesión?

(MM) Licenciada en Enfermería y especialidad en terapia enterostomal. La terapia enterostomal estudia las estomas de eliminación y heridas en continencia.

(PC) ¿A qué se dedica actualmente?

(MM) Estoy en el Centro de atención dando asesorías a las personas Ostromizadas, personas portadoras de una estoma que requieren de la orientación para el manejo de sus estomas.

(PC) ¿Por qué le interesó ayudar a las personas a utilizar las bolsas recolectoras?

(MM) Yo como enfermera, me tocó atender pacientes con estomas y es algo que no se tiene la habilidad aun siendo enfermera; porque como es una especialidad entonces, tenemos que estudiar, en sí, lo que es una estoma, y cómo manejarlo; y a mí me despertó el interés en aprender porque en primera yo como enfermera no sabía dar un manejo adecuado a los pacientes, se lastimaban mucho de la piel y no sabíamos orientarlos cuando se iban de alta a su casa, entonces... ya teniendo la especialidad; pues, se les da una buena asesoría en el manejo de su estoma, se les fomenta lo que es el autocuidado, porque pues, ellos tienen que aprender para manejarlo en casa, entonces, eso no lo sabía yo; siendo enfermera y viendo que en el hospital nadie sabíamos dar un manejo adecuado. Bueno, no sabíamos ni colocar bien una bolsa; entonces pues, de ahí me despertó el interés. Yo investigué dónde podía hacer esa especialidad y lo hice.

¡A mí, me encanta! ¡Me encanta! poder ayudar a las personas, porque me doy cuenta que cuando se les da la orientación adecuada ellos se reintegran a su vida laboral, social y eso hace que ellos acepten su situación a una nueva vida

(PC) ¿Por qué cree que es importante que las enfermeras de los hospitales sepan poner bien la bolsa recolectora?

(MM) Porqué cuando ingresa una persona con una estoma en el hospital; muchas veces se lastiman la piel por no saber colocar bien la bolsa y se filtra la materia fecal, y se quema la piel. Es importante también saber porque el paciente confía en la enfermera y espera que la enfermera le dé una orientación posterior a su egreso del hospital para hacer su vida casi normal. Entonces, es importante que las enfermeras sepamos poder ayudar a los pacientes colostomizados.

(PC) ¿Considera que debe de haber un acompañamiento a los pacientes y familiares ostomizados para que sepan la técnica correcta para usar la bolsa recolectora?

(MM) ¡Sí... claro!, es indispensable; si, la enfermera tiene la capacitación cuando el paciente está hospitalizado, es importante capacitar a la familia de primera instancia y dar seguimiento, es importante porque, cuando ya se van del hospital es cuando resurgen las dudas; tienen el problema de que no encuentran el material, no saben dónde conseguirlo, no saben cómo se llaman los productos que van a utilizar, no saben qué medida es la que tienen que pedir, entonces, batallan mucho, sufren mucho, las consecuencias son: que compren material que no es funcional; que hacen un gasto inútil. Por no tener el conocimiento qué material deben pedir, y dónde lo pueden conseguir. Entonces, no nada más hay que capacitarlos en el momento que están en el hospital, sino hay que darle seguimiento posterior. Hay que orientarlos, dónde pueden recibir sus asesorías en cuanto a los equipos. En cuanto al nombre, en cuanto a la medida, cuál es el ideal para ellos: es importante porque con esto; ellos no se deprimen, se reintegran a sus actividades y aceptan su situación.

(PC) ¿Dónde se pueden capacitar las personas que deseen aprender la técnica de colocación de la barrera y la bolsa recolectora?

(MM) Existen cursos para familiares y para los mismos pacientes en algunos hospitales, en algunas casas comerciales donde hay un centro de atención que les brindan la asesoría para que aprendan. Donde se les brinda la enseñanza para que aprendan a colocar la bolsa y a cómo lavarla, eso es importante también, porque luego no saben si la pueden lavar; ¿Cuando una bolsa es reutilizable? ¿Cuándo es desechable? Existen varias empresas que cuentan con centros de atención donde les dan la asesoría a las personas ostomizadas y a los familiares principalmente.

(PC) ¿Hay algo más que quisiera agregar?

(MM) Sí, la persona Ostomizada recibe un impacto emocional muy importante, que afecta su imagen corporal cuando se tiene una estoma, y es difícil que la persona lo acepte, es importante que aparte de toda la información en el manejo de su estoma, también reciban apoyo de forma

psicológica, no es fácil aceptar una nueva vida donde van a tener que cambiar de actividad; van a tener que tener otro estilo de vida, y entonces, el apoyo psicológico de una persona especializada los ayuda a aceptar su situación, y lo más importante es que con esto logren reintegrarse a sus actividades, que sepan que sí, pueden trabajar, que sí, pueden hacer actividades como: nadar, manejar, viajar, porque si no tienen esa información, ellos piensan que ya no van a poder hacer nada, y se quedan aislados en su casa, y eso pues; los deprime. Entonces, es muy importante que reciban apoyo psicológico.

(PC) ¿Nos hablaba de las tres “As”, nos puede explicar un poquito, ¿qué es eso?

(MM) Le damos la asesoría a una persona ostomizada y siempre les manejamos las tres As, de la rehabilitación que son fundamentales para lograrlo, y la primera “A” es: “ACEPTARSE”, tenemos que lograr que la persona acepte que va a ser portadora de un estoma, una vez que la persona acepta, tiene que vivir la segunda “A”, que es: “APRENDER”, tiene que aprender el manejo, tiene que aprender el nombre de su estoma, tiene que aprender cómo se llama su bolsa, qué medida tiene, dónde la puede conseguir, qué complicaciones se pueden presentar, ¿Qué tipo de alimentación? ¿Qué tipo de ejercicio puede realizar? Y después de que aprende todo lo relacionado al manejo, es la tercera “A”, que es la última, y esa consiste en” ADAPTARSE” a una nueva vida, porque va a haber cosas que ya no van a poder realizar; como es: cargar cosas pesadas, hacer ejercicio de tipo rudo que ponga en riesgo su estoma, entonces, la tercera “A”, es adaptarse a una nueva vida, pero, si no vive la primera “A” que es aceptar; no hay un avance, porque, aunque uno les explique y les dé la asesoría no captan. Tenemos que ir en orden, no podemos avanzar a la segunda sino superaron la primera que es aceptar, la segunda es aprender, y finalmente la tercera es adaptarse, y es cuando se logra en la persona optimizada el autocuidado, el que se reintegren a su vida laboral, que se reintegren a su rol familiar. Sí es el hombre el que sustenta lo económico principalmente en el hogar. Sí es la mujer, también tiene que integrarse a sus labores domésticas. En fin... Eso es adaptarse a una nueva vida.

(PC) Muchas gracias por la entrevista.

(MM) Con mucho gusto Paty, estoy a sus órdenes.

Entrevista 2

Entrevista a José Luis Flores Sáenz. La entrevista se realizó en su casa en la Alcaldía Iztapalapa. Sus características físicas son las siguientes: complexión regular, mide aproximadamente 1.90 cms., es de tez morena clara, su cabello es castaño oscuro con muy pocas canas y lo usa corto a la altura de sus orejas, usa lentes de forma rectangular.

(PC) ¡Hola, buenas tardes! ¿Cuál es su nombre?

(JLF) José Luis Eduardo Flores Sáenz

(PC) ¿Qué edad tiene?

(JLF) 64 años

(PC) ¿Cuál es su estado civil?

(JLF) Casado.

(PC) ¿Cuál es su lugar de nacimiento?

(JLF) Ciudad Juárez, Chihuahua.

(PC) ¿Cuál es su domicilio actual?

(JLF) Avenida año de Juárez 222, número interior 307, Col. Granjas San Antonio, C.P. 09070, Alcaldía Iztapalapa, CDMX.

(PC) ¿Cuál es su profesión?

(JLF) Soy Médico Partero, egresado del IPN., hice mi especialidad en Pediatría y tengo mi Doctorado en diabetología, también soy profesor de la UAM-I tiempo completo, estuve de sabático, pero ya entré a trabajar el 8 de septiembre del 2023.

(PC) ¿Cuál es su lugar de trabajo?

(JLF) Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa.

(PC) ¿Qué fue lo más doloroso que sintió al enterarse que tenía un adenocarcinoma?

(JLF) El mayor dolor que me provocó fue el impacto emocional que me llevó a la tristeza, a la desesperación, y a la ansiedad; por tener una enfermedad con un alto riesgo de perder la vida, de dejar a mis hijos; y a mi esposa, dejar mi trabajo, y por las repercusiones económicas a las que nos enfrentaremos, debido a la hospitalización; a los medicamentos, a los estudios de laboratorio, y a los honorarios médicos.

(PC) ¿Cómo fue su operación?

(JLF) Fue una intervención quirúrgica inmediata, después de confirmar el diagnóstico clínico por tomografía y que permitió observar un tumor grande adherido al colon transversal y al colon descendente. Fue una intervención prolongada, de un poco más de seis horas, solo recuerdo que entré al quirófano en camilla y observé al personal médico uniformado de cabeza a los pies, mostrando solo sus ojos y con sus manos enguantadas elevadas a la altura de su pecho y sintiéndome sumamente nervioso, tratando de cooperar en todo lo que me pedían, acuéstese, póngase de lado, estiré el brazo, colóquese de lado, encoja sus extremidades inferiores, respire profundo y pausado y quedé profundamente dormido.

(PC) ¿Cuál fue el tiempo de recuperación?

(JLF) Más o menos como 3 meses me tardó en cerrar la herida

(PC) ¿Cuándo le hicieron la colostomía que pensó?

(JLF) Pues, pensé... en una decepción, en una frustración. Sin embargo, después de reflexionar... Pues, fue una acción que me salvó la vida.

(PC) ¿Se le ha hecho difícil colocarse la bolsa recolectora?

(JLF) Al inicio sí, por falta de experiencia, falta de información, por las molestias que me causaba, pero gradualmente fui aprendiendo; consultando otros puntos de vista, consultando a gente preparada en el manejo, especialista en el manejo de la bolsa, OSTOVAC, (Nombre de la empresa que vende material para estomas), y yo y mi esposa fuimos aprendiendo y resolviendo nuestras dudas; nuestras imprecisiones, y ahora pues... Ahora vemos que es fácil, pero al principio se carecen de una información especializada, ni los mismos cirujanos, y enfermeras, nos dan o nos proporcionan una información adecuada, nos da una información simple, muy simple, y, a veces errónea, pero cuando recibimos la información ya de personas expertas especialistas en eso, vemos que realmente es sencillo el manejo de la barrera y de la bolsa de la colostomía: o de la ileostomía, en su caso o de la urostomía. Es fácil; pero hay que saber, y hay que preparar a la gente, al personal especializado en el manejo, para que se los enseñen a sus pacientes, o a los pacientes que tengan una operación de este tipo.

(PC) ¿Ha tenido llagas o problemas severos en la piel que rodea su estoma?

(JLF) Los problemas más graves que he tenido son: la irritación de mi piel, alrededor de la estoma, la irritación de la piel, como si fuera una rozadura; una irritación la dermatitis de contacto, producida por la presencia del pegamento, porque inicialmente me ponía Benjuí (es un bálsamo antiséptico que se usa para cicatrizar) y también me ponía, la crema Adapt (Se usa para rellenar los contornos irregulares de la piel periestomal) y también otra cosa, la presencia de heces fecales, pero yo pienso; que fue principalmente ocasionada por el benjuí, y la crema Adapt, que eran extremadamente irritantes a mi piel. Y eso me lo recomendaron el cirujano y la enfermera del hospital donde me operaron. No era necesario poner esas cosas, porque la barrera y la bolsa tienen un pegamento especial, impermeable al agua, especial que no irrita la piel; hay que aprenderla a colocar adecuadamente, a mí lo único que me dijeron, va a ponerse el benjuí y después ponga la crema Adapt y después corte el sello de la bolsa, haga un círculo, y corte el círculo de forma circular. No es así, como se debe de poner, tienes que cortar con base a la forma que tenga tu estoma, librando unos dos o tres milímetros, por arriba de su límite, para que coloque uno la barrera y después la bolsa, porque hay dos combinaciones, una aplicación de solamente bolsa; que sella alrededor de la estoma, y la otra opción que hay, que existe la barrera,

que sella alrededor de la estoma, y sobre la barrera se ajusta la bolsa. Entonces, por qué fallamos, o por qué falló, en mi piel, porque no me dieron las recomendaciones adecuadas, hasta que, busqué una enfermera especialista en colocación de la estoma, la enfermera Margarita Mendiola, que nos enseñó a mi esposa y a mí, a realizar esa acción, el cambio de Barrera, y bolsa.

(PC) ¿Y antes de la barrera se pone otra cosa para proteger?

(JLF) Me tenía que lavar bien con agua y jabón, y secar muy bien la piel, poner el benjuí, y después poner la crema Adapt. Ahora yo no hago nada de eso, no necesito el benjuí ni la crema Adapt, solamente seco bien mi piel y me ponen el hidrocoloide y me ponen adecuadamente la barrera; y sobre la barrera, se sella la bolsa, y es una maniobra muy sencilla, que todavía necesito ayuda, porque, uno a veces... Yo no podría hacerlo solo, pero se necesita a veces el apoyo moral, el que esté uno junto a esa situación; y qué mejor, que lo haga mi esposa, o un familiar, o una persona allegada a mí, porque uno necesita el apoyo moral, eso es muy importante.

(PC) ¿Cuándo le aplicaron la quimioterapia, que molestias tuvo?

(JLF) ¡Uy! muchísimas molestias... La principal, Es que, saliendo de la quimioterapia, salía muy muy débil, sin fuerza, arrastrando los pies, veía totalmente borroso; incluso a veces me quedaba ciego, muy débil, con muchos dolores en mi brazo, donde me habían hecho la infiltración, por intravenosa del medicamento, posteriormente llegaba débil a la casa; sin deseos de comer, seguía viendo borroso, me quedaba ciego. Eso me daba mucho miedo, me daba náusea y me provocaba vómito y diarrea, trastornos de la sensibilidad; en mis manos, en mi lengua, en mis labios, en mi laringe, unos toques eléctricos muy grandes, que iban desde la boca, hasta la faringe, la laringe, unos toques eléctricos en mis manos, y mis pies, qué, aún persisten los trastornos de sensibilidad en manos y en pies; tengo la sensación de que se me hinchan mis pies, como si tuviera patas verdes, o como patas verdes. Es muy fea esa sensación, ya lo de la boca ya no lo tengo; ni tengo la vista borrosa, pero sí la quimioterapia es muy agresiva, muy muy agresiva.

(PC) ¿Cuánto gasta en promedio al mes, con respecto al material quirúrgico y transporte?

(JLF) Yo calculo que gastó al mes, una caja de OSTOVAC, que incluye cuatro bolsas y cuatro barreras que tiene un costo de alrededor de \$500 y, a lo mejor \$100 de transporte, \$600 al mes, pienso yo, que no es mucho; pero por qué lo puedo pagar, pero a veces hay pacientes que necesitan el apoyo, de recibirlo de manera, más económica, o más barata; porque muchos pacientes que están ostomizados, no tiene para comprarlo, o compra material de baja calidad, o

muchas veces, no compran; están desorientados, no compran el material que debe ser, porque, las enfermeras y los médicos especialistas; no, nos dicen, ¿cómo? ¿y no dicen, dónde? Nada más, lo sacan a uno del hospital, y a ver cómo le va, y en el ISSSTE del 20 de noviembre; hay una clínica de estomatología, de estomas, pero las enfermeras son también muy poco sensibles; y no transmiten adecuadamente la información, hay mucha desinformación, no hay una información real, homogénea; de gente preparada que le diga, a los pacientes, hagan esto; hagan aquello; entonces, eso se carece, lo que yo he padecido, entonces, hay personas que se pegan la bolsa a la piel, alrededor del abdomen, o estoma; con tela adhesiva, se hacen un pegote, de fragmentos de tela adhesiva, para sujetar la bolsa. Y eso no; eso está mal, las bolsas traen pegamento especial contra el agua; se adhieren perfectamente a la piel, y no necesitan eso, pero hay que comprar las bolsas adecuadas, y de la calidad adecuada; yo uso la marca OSTOVAC, muy buena calidad, la caja cuesta alrededor de 500 con cuatro bolsas, cuatro Barreras y un cinturón.

(PC) ¿Cree que su economía se modificó a partir de este acontecimiento?

(JLF) Sí, se modificó, porque..., a mí, me operaron de urgencia médica, por síndrome de abdomen agudo, y me fui a atender a un hospital privado; y es muy costoso, pero ya viendo las cosas más claramente, pudimos haber ido a un Hospital Público como el ISSSTE, o al Hospital General, o al Hospital de Nutrición que son más económicos. Pero uno por la emergencia corre a donde uno cree que lo pueden atender bien, y uno gasta más; poco a poco se va dando cuenta que, es la misma atención que se recibe en cualquier hospital, de La Secretaría de Salud o cualquier Institución de Salud Pública, igual que un privado. Entonces, si al principio sí, actualmente ya me recuperé, ya pagamos las deudas; y el costo mensual es muy barato.

(PC) ¿Qué cree que fue lo que ocasionó su tumor en el colon?

(JLF) Yo pienso que fueron dos factores, la dieta rica en carne. Carnes rojas, la dieta, malos hábitos alimenticios; por mi propio trabajo, que es un trabajo, que me exige muchas horas, dentro de la Universidad Autónoma Metropolitana, mucho estrés, malos hábitos alimenticios; exceso de carne, y también otra cosa, soy una persona que siempre se duerme muy tarde, por estar preparando la clase, por estar preparando un artículo, preparando mi material para el siguiente día, y me dormía, siempre me he dormido, 12 una o 2 de la mañana; para irme a trabajar a las 8:00 ó 9:00 de la mañana. Entonces, esos horarios son malos para la salud, la dieta rica en proteínas, de procedencia animal son malas en exceso. Yo, como mucha carne, mucha leche, y, no sé si sean malas en sí, esas proteínas; sino que, a los animales actualmente, están llenos de antibióticos, y de hormonas, ¿cómo los sacrifican? secretan mucha adrenalina; muchos

neurotransmisores que tienen que ver, con el desarrollo de células neoplásicas, y también, incluso los vegetales, y las frutas están llenos de aditivos, fertilizantes, e insecticidas, y es que también, no lo sabe uno, pero a lo mejor viene en la cáscara del fruto; o impregnados en las hojas de las espinacas, y eso está afectando nuestra salud, mermando nuestra salud, sobre todo, el tubo digestivo. Yo pienso que esa es la razón. El estrés, y estar constantemente desvelado todos los días.

(PC) ¿Cree que la genética tuvo que ver en su caso?

(JLF) Si, yo pienso que es algo básico la alteración genética, el desarrollo de una célula, con displasia, es alteración, de los genes; donde se llega a forzar a la célula a nivel del ADN, del ARN, Para que, dejen de expresarse, unos genes protectores, y se activan otros genes promotores de la displasia; de la alteración de la mitosis, de la célula, que se empiezan a reproducir, sin control, muy seguramente están relacionados sus factores genéticos. También factores genéticos, y también de segundos mensajeros; como el ATP, como el GTP, como ciertos factores de transferencia, que hacen que, algunos genes se activan, unos genes que se llaman en oncogenes; eso puede ser muy seguramente.

(PC) ¿Usted me dice que es de Ciudad Juárez Chihuahua, ahí se consume mucha carne, ¿verdad?

(JLF) En Chihuahua es un lugar donde se consume mucha carne, y que también hay mucha incidencia de cáncer de colon. El cáncer de colon se está incrementando muchísimo, en todo el mundo, y yo pienso que, ese es un factor; el tipo de alimentación que estamos recibiendo, los fármacos que se aplican en algunos ganados para engordar como: hormonas, antibióticos; el pasto y la alfalfa que se cultiva con insecticidas, con fertilizantes con químicos, todo eso influye, a que se esté presentando el cáncer; cada vez de manera más frecuente. Yo pienso, que el cáncer de colon ocupa el segundo, o tercer lugar, en los adultos. Y, por otro lado, la genética, hay más susceptibilidad en un grupo de personas que en otras, sí... Entonces, el factor genético, la herencia, son factores también importantes; pero no definitivos, se pueden prevenir. Si corregimos hábitos alimenticios, el tipo de alimentación; con alimentos orgánicos, y uno, tiene una vida más tranquila, y respeta uno las horas de sueño, eso creo que puede influir para corregirse; pero la realidad de cada persona es muy grande. En mi caso, me desvelo, y me estreso, y para trabajar, hay que, exigirse mucho; exigirse mucho al cuerpo; y la otra cosa es que, uno tiene malos hábitos alimenticios también, que uno cree que son buenos, como comer carne todos los días, o comer fruta variada todos los días; pero no sabemos, si esa carne, o esa

fruta viene contaminada con insecticidas, con fertilizantes, con hormonas o con antibióticos etc., etc.

(PC) ¿Sí pudiera regresar el tiempo atrás qué haría?

(JLF) Si pudiera regresar el tiempo atrás para corregir el cáncer, hubiera querido no haber sufrido esta enfermedad; pero, para evitarla, pues, hubiera pensado en tener una vida más tranquila, comer sanamente comida orgánica, tener más vacaciones, poder disfrutar de otra manera la vida; para des estresarme más, pero eso a veces no se puede, estamos en una situación de competencia económica, que, estamos luchando constantemente; día con día, por el cuidado de nuestras familias; y a veces no pensamos, de manera detenida, que nos estamos ocasionando una enfermedad; o un mal. Yo no fumo, yo no soy alcohólico, pero yo pienso que me afectó, esas tres circunstancias, más los hábitos alimenticios; exceso de carne, a lo mejor verduras y frutas contaminadas, no orgánicas, y el estrés, y no respetar mis horas de sueño.

(PC) ¿Tuvo la oportunidad de que le reconectaran?

(JLF) Sí, tuve la oportunidad, pero presenté fuga, y es que, cuando hay un proceso inflamatorio agudo en el intestino, el tejido del colon, sí, como órgano, está con tejidos muy débiles, muy fiables; muy delicados, que... no aguantan la suturas o no aguanta la reconexión. Y entonces, hay una alta probabilidad de obtener fugas, fuga de líquido intestinal, en heces; hacia cavidad peritoneal y uno desarrolla peritonitis, y cuando uno tiene una peritonitis la indicación es, hacer una ostomía, hacer una ileostomía, o hacer una colostomía; es la indicación. No se puede reconectar porque el tejido está sumamente inflamado, y no se puede suturar.

(PC) ¿Y después de su colostomía tuvo la oportunidad de que lo reconectaran?

(JLF) No, he tenido la oportunidad; porque me comenta el jefe de departamento de oncología quirúrgica, que el colon tiene memoria, y que, hay una alta posibilidad de que nuevamente vuelva a desarrollar fuga; y que, pase a terapia intensiva, y que me vuelven a hacer otra colostomía. Entonces, yo aconsejo tres cosas; con esta enfermedad y así como en todas hay que aprender, hay que aceptarlo, y la tercera, es aprender; a aprender aceptarlo, y adaptarse, hay que adaptarse, es la tercera, la adaptación. Y en eso estoy... Yo quisiera estar bien, como normal; pero ya no soy una persona normal, y a lo mejor nunca he sido una persona normal, pero yo quiero estar mejor; pero, ya valoro, cada segundo de vida, que yo tengo, para mí un segundo de vida vale mucho; mucho, mucho, mucho, mucho, muchos millones de pesos, un segundo de vida; si son 2 segundos, son dos veces eso, si son 3 segundos, son tres veces eso, y así sucesivamente, si es un minuto, si es una hora, si es un día; si es un mes, un año, yo lo

estoy valorando. O sea, ya no me urge que me puedan reconectar, he aprendido, lo he aceptado, y me he adaptado.

(PC) ¿Hay algo más que quiera agregar?

(JLF) No, solo terminar diciendo que esta enfermedad de cáncer de colon, cada vez se incrementa más su frecuencia en la población, debido al estrés laboral; al estrés académico, a los malos hábitos alimenticios, que tenemos toda la población mexicana; la gran mayoría; tenemos muy malos hábitos dietéticos, comemos, tacos, pizzas, Pollo Kentucky, quesadillas, garnachas con mucha grasa; son alimentos a veces de dudosa procedencia. Por ejemplo, el que vende elotes, no le pone mantequilla, o queso, o mayonesa de buena calidad; usa lo más corriente, para sacar el máximo provecho económico, así sucede con las hamburguesas, con las pizzas, con el pollo Kentucky; con todo. Entonces, preparar los alimentos en casa es muy importante; tratar de comprar alimentos no tan industrializados, lo más orgánicos posible; y no estresarse, disfrutar de la vida, sin estrés; dormir adecuadamente, no fumar en exceso o no fumar, no tomar alcohol en exceso, o mejor dicho no tomar alcohol; porque todos esos son factores que, incrementan la incidencia de cáncer. No solamente el cáncer de colon, sino de otros tipos de enfermedades a nivel de otros órganos; y también la otra cosa, no consumir Coca-Cola, no consumir refresco; hagan su agua de frutas en casa; y compren agua potable, porque está contaminada también. O sea, tantos factores que hay, y que tenemos en contra, que ¡Estamos vivos de milagro! Disfruten su vida muchachos y muchachas.

(PC) Muchas gracias por la entrevista.

(JLF) De nada.

Entrevista 3

Sr. Edgar Arellanes Mijares, Trabajador del almacén de la UACM-Casa Libertad. La entrevista se realizó en el laboratorio de la UACM-Casa Libertad. Sus características físicas son las siguientes: complexión delgada, mide aproximadamente 1.75 cms., es de tez morena clara, su cabello es castaño claro y un poco canoso y lo usa corto (casquete corto).

(PC) ¡Hola, buenas tardes!

(EA) ¡Qué tal, buenas tardes!

(PC) ¿Cuál es su nombre?

(EA) Edgar Arellanes Mijares

(PC) ¿Qué edad tiene?

(EA) 51 años

(PC) ¿Cuál es su estado civil?

(EA) Casado

(PC) ¿Cuál es su lugar de nacimiento?

(EA) Ciudad de México

(PC) ¿Cuál es su domicilio actual?

(EA) Calle: Cayetano Andrade Número 131 Colonia Santa Martha Acatitla Sur, Código Postal 09510

(PC) ¿Cuál es su lugar de trabajo?

(EA) UACM-Casa Libertad

(PC) ¿Cuál es su profesión?

(EA) Yo, solo terminé hasta la preparatoria y ahorita estoy trabajando en la bodega general de obras y conservación, de la UACM-Casa Libertad.

(PC) ¿Qué fue lo más doloroso que sintió al enterarse que tenía una enfermedad?

(EA) ¡Ay! pues, lo más doloroso yo creo, fue llegar a pensar que me iba a morir y dejar a mis hijos, porque mis hijos son chiquitos, uno tiene ahorita siete y mi hija 10 y obviamente que mi esposa y la familia principalmente.

(PC) ¿Cómo fue su operación?

(EA) ¿Con respecto a lo de la colostomía? fue: una laparoscópica según me comentó el médico en aquel tiempo. Me dijo que hicieron dos pequeñas incisiones, una donde entra el instrumental y otra en donde entra la cámara para estar viendo todo en la pantalla, el asunto fue que me dice él que me inyectaron gas para inflar esa parte, no sé qué tipo de gas sea; después rasparon y aspiraron esa parte que yo tenía dañada, suturaron y ya.

Esa fue la primer cirugía, esa enfermedad se llama diverticulitis complicada, y le comentaba que dicen ellos los médicos y los libros que toda la gente tenemos eso, entre un término medio de 3 mm los pequeños y 12 mm los más grandes, yo tenía uno de 6 centímetros; que estaba entre el colon, el sigmoide y la vejiga urinaria, tan estrecho estaba que se hizo una fístula, una fístula es que se perforó el intestino entre la vejiga y el divertículo, entonces pues yo sacaba todas mis necesidades por el pene.

(PC) ¿Cuál fue su tiempo de recuperación de su primera cirugía?

(EA) Pues, nunca me recuperé, porque cuando me la hicieron, como a los 4 ó 6 días, no recuerdo muy bien pero no fue ni una semana y volví con los mismos dolores y las mismas complicaciones.

Y fue cuando me hicieron la abierta, (colostomía) cuando me hicieron el corte de la colostomía del lado izquierdo; que es el colon descendente.

(PC) ¿Cuándo le hicieron la colostomía que pensaba?

(EA) Bueno, antes de yo saber que era una colostomía, porque estaba vendado y tenía unas vendas muy grandes en mi abdomen, esas grandes de 30 centímetros; me explicaron todo lo que me habían hecho los médicos, y que el que encabezó la cirugía fue el Dr. Vargas el jefe de todos ellos y, me decían: ¡De verdad! “El Doctor Vargas te salvó la vida”, entonces yo dije: no me importa la condición en la que yo esté, yo tengo mi vida; para estar junto con mis hijos. La condición en la que esté; dije: pues, ¡gracias a Dios tengo mi vida! cuando me enteré de que era la colostomía yo dije: ¡jijoles! va a ser vergonzoso para mí, va a ser a veces frustrante en muchas cosas, pensaba yo y decía: no voy a poder ir a X lugar o andar en bici o en moto ya que me encantan las motos o andar en la playa o en una alberca, pero yo dije: bueno, eso es lo de menos; con que vea yo a mis hijos, me conformaba. Yo no tenía las fuerzas suficientes para hacer lo pertinente en el aseo de la bolsa y yo sí llegaba a llorar... Porque yo decía: ¡Yo ya soy un inútil! ¡Yo ya no sirvo para nada! Tengo que depender de mi esposa y de mi hijo que tiene entre 7 y 8 años para ayudarme a sentarme en la cama y a levantarme.

Entonces es cuando empecé a agarrar fuerzas en mi recuperación y yo dije: esto es lo de menos, ya no me interesaba cómo estaba. “Gracias a Dios estoy”. y aprendí a estar con la bolsa y adaptarme.

(PC) ¿Se le ha hecho difícil colocar la bolsa recolectora?

(EA) Al principio si se me hizo difícil, porque era muy doloroso, me irritó mucho la piel; y eso era lo que hacía que se me complicara, que se me hiciera más difícil; porque a mí me decían al principio tienes que dejarla entre 7 días, y había veces que en el segundo día se me empezaba a salir de un lado y empezaba a salir todo; entonces, por obvias razones pues, yo iba y me la despegaba para cambiarla, pero me dolía; cuando ya empecé yo a decirle a los médicos y a las enfermeras que me explicaran bien cómo ponérmela y cómo colocarla, pues, yo creo y considero que lo aprendí muy bien; porque hasta fuimos a un curso de cómo colocarla, un curso tanto en campo de hacerlo físicamente como un curso creo que hasta psicológico nos daban, el de la preparación porque es muy importante.

(PC) ¿Tuvo problemas severos en la piel que rodea su estoma?

(EA) Si... muy irritantes, al grado de tocarme con una gasa o tocarlo al colocar la bolsa me dolía, me dolía y me ardía como si me estuvieran echando alcohol en una herida,” así duele”.

(PC) ¿Cuánto gastaba en promedio al mes, con respecto al material quirúrgico y transporte para ir al hospital?

(EA) Pues mire, lo único que le puedo decir es que es un gastito. Porque mucha gente me decía: todo te lo da el ISSSTE, y no es cierto, el ISSSTE nada más me daba las puras bolsas y me decían: es que hoy no hubo y solo le tocan nada más tres, y eso era cada mes, entonces, yo tenía que comprarme el Estericide (solución antiséptica) frasco costaba 485 pesos más o menos que me duraba como 6 meses, también, compraba una caja de gasas de 100 piezas que me costaban como 180 pesos; esas si las compraba cada mes, más o menos porque cada que me lavaba tenía que usar entre cuatro y seis gasas, otra cosas que compraba eran los polvitos, esos que son como un talco, ese me costaba 430 pesos, compraba también la pomadita que es un adhesivo y costaba unos \$500 más o menos, y luego los pasajes; pues, había veces que me iba en el coche con mi esposa y bueno pues ahí está la gasolina, pero yo creo que si íbamos cada mes, me gastaba un promedio de 110 pesos a 120 pesos de gasolina en pasajes o un taxi.

(PC) ¿Cree que su economía se modificó a partir de este acontecimiento?

(EA) Sí... sí se modifica, porque son gastos que, obviamente son imprevistos; y uno, ya no los tenía contemplados y tiene que volver a haber un reacomodo para todo esto.

(PC) Sí pudiera regresar el tiempo atrás ¿qué haría?

(EA) En primer lugar, yo hace muchos años tomaba mucho alcohol, y comía muchos irritantes y muchas grasas. Ósea, una mala alimentación, y otra de las cosas es que, me decían que también si yo me aguantaba de hacer de mis necesidades de ir al baño, específicamente de defecar.

Eso fue lo que hizo que se hiciera esa estenosis, la estenosis ya le expliqué y por eso creo que si yo pudiera regresar el tiempo ahora ya sabiendo todo esto, pues, no haría muchas cosas como no tomar el alcohol que tomaba; porque uno cuando esta chavo quiere acabarse las cosas como si de a deberás fuéramos a poder, pero ya ahorita con 51 años y más de 51 creo que, pues; ya con esa experiencia ya ni poder resarcirse, porque ya están hechas; yo ahora llevo cerca de 3 años sin comer cosas que me hagan daño. Bueno, ahora hasta el catsup me enchila la boca, tengo 3 años o más que no tomo nada de refresco, de gaseosas, chile, grasas, y todo eso lo he modificado completamente.

(PC) ¿Tuvo la oportunidad de que le reconectarán?

(EA) Si, ya estoy reconectado

(PC) ¿Hace cuánto tiempo?

(EA) Me hicieron esa resección el 11 de abril de este año del 2023

(PC) ¿Y cuánto tiempo estuvo con la colostomía?

(EA) Estuve como un año y 10 meses, cerca de 2 años.

(PC) ¿Tuvo alguna complicación con la cirugía?

(EA) Pues mire, yo iba solamente por la reconexión ¿y qué cree? que salí con tres cirugías, fueron tres porque una fue la reconexión, otra fue la fístula que tenía, después entró el equipo de urología también para arreglarme esa fístula; me pusieron una sonda de foley, y la tuve cerca de un mes y medio o dos meses, esa sonda la traje puesta, y la tercer cirugía fue que en la primera que me hicieron yo creo que ya le enseñé las fotos en la parte de arriba de mi ombligo hasta por aquí me hicieron como cuatro puntadas, y mire ahorita cuántas me hicieron como 11; tan abiertas dejaron esas suturas que se me hizo una hernia, entonces, también esta vez me arreglaron la hernia. Sí, fue la reconexión, fue la hernia y la vejiga urinaria, y me arreglaron la fístula.

(PC) ¿Recuerda cuánto tiempo tardó su cirugía?

(EA) Pues Mire, no tengo el dato preciso, pero yo entré... Más bien, me bajaron de la cama desde las 5:00 ó como a las 5:25 de la mañana y a las 6:30 aproximadamente yo desperté, volví en sí, ya en la sala de recuperación; fueron como 12 horas. Dicen que como a las 8:00 am y que me sacaron como a las 16:30 pm o 17:00 pm., más o menos, sí fueron como 7 horas u 8 horas, ¿y qué crees? lo más peor y lo más duro fue que salí con 34° de temperatura, a los 35° empieza la hipotermia, yo recuerdo que estaba acostado en mi cama con un cobertor encima; y me empecé a mover y vi que tenía botellas de las aguas destiladas y estaban calientes "Todas pegadas a mi cuerpo" y por debajo de mi cobertor, y una manguera de 3 pulgadas aventando aire caliente. Entonces los médicos decían. ¿Qué hiciste tú Edgar? Yo les dije: ¡Yo, creo en Dios!, ¡Yo, me encomendé a Dios! Y me dijeron, pues sí te hizo caso. Es para que tú no estuvieras aquí. Cuando salí, lo primero que le dije a mi esposa fue: ¡"Ay qué bonito"!

(PC) ¿Estuvo en la sala de urgencias después de la cirugía o le pasaron a la sala de recuperación y después a su cuarto?

(EA) Después de la cirugía fui a recuperación y después al cuarto.

(PC) Pero en urgencias no estuvo nunca?

(EA) Al principio cuando llegué, duraba más adentro que afuera, estuve durante los 8 meses, ya ve que le digo que casi estuve 8 meses internado, salí cuatro veces; la primera duré de un día para otro, o sea, salí y en la noche volví, la segunda vez salí y estuve como cuatro o seis días afuera; y volví a regresar, y la tercera otros tres cuatro días; y esos 4 o 5 días que yo me la pasaba adentro me pasaba entre 5 y 7 días en el área de urgencias, ¡Es un horror estar ahí en urgencias! ¡Es un horror! Eso fue antes de las cirugías.

(PC) ¿Cómo se ha sentido después de la operación?

(EA) ¿Ya como reconectado? Pues, muy bien. Fíjese que muy bien, yo considero que quedé muy bien, lo creo, porque el martes pasado que fue 8 de agosto tuve la visita con el médico otra vez para precisamente ellos previeron: dale una cita en 3 meses para ya darlo de alta, como diciendo: si de aquí a tres meses llega, es que ya está bien, entonces obviamente pues llegué a los tres meses, llego a la cita y me dicen: ya puedes comer de todo; nada más no abuses, entonces, decir comer de todo; es todo, pero no lo quiero hacer, yo quiero seguirme cuidando para no subir de peso, para no jugarle al vivo.

Porque yo le decía al doctor, siento unos piquetes en el ascendente y en la parte donde tenía la colostomía siento piquetes, Y el doctor me decía: que eso era normal que porque se van haciendo cicatrizaciones por todo lo que se manipuló; no te preocupes, tú ya estás bien. Pero como uno no sabe, le da a uno miedito de repente.

(PC) ¿Y le recomendaron ir seguido al baño?

(EA) Me recomendaron que no me aguante por la estenosis, para que en esa parte que le digo que, en vez de conectarse, así lo conectaron, y no se vaya a ir colando algo poco a poco ahí, porque puedes tener problemas con eso. Por eso hay que vaciar el colon seguido.

Le digo me dejaron mes y medio con la sonda de Foley, y no puedo aguantarme de hacer del uno, porque como hubo un hoyo, la despegaron, la cortaron y saturaron entonces, obviamente usted sabe cómo trabaja la vejiga, que se llena se vacía y se infla, o se dilata se contrae; entonces me dijo el doctor el urólogo que no tengo que aguantarme de hacer del uno, para que no se fuerce tampoco; entonces, a la primera que yo sienta ganas de hacer mis necesidades, vámonos luego, luego al baño, con más razón del dos porque es más peligroso.

(PC) ¿Y no ha tenido diarreas?

(EA) Sí llegué a tener, pero yo sé por qué, llegué a una casa un día de visita y me invitaron pollo rostizado y pues quien sabe desde cuando lo tenían, tenía mucha grasa y todo eso, y me comí un pedacito y en la noche ya no me la acababa, medio diarrea, ya después de dos o tres días ya se me quitó, y ya he estado evacuando normal.

(PC) ¿Su vida ha sido normal después de la reconexión?

(EA) Yo considero que sí que me ha afectado, es que de repente salgo y voy manejando y si me dan ganas de ir al baño tengo que buscar inmediatamente dónde hacer mis necesidades.

Tengo una camioneta que, pues tiene la cajuela atrás, ahí yo llevaba una cubeta grande y un asiento de baño, llevaba mi rollo de papel y otros garrafones con agua porque dije: si no encuentro dónde hacer del baño me voy a meter a la camioneta y ahí voy a tener que hacer del

baño, pero no me tengo que aguantar; “gracias a Dios nunca tuve la necesidad de usarlo”, “realmente nunca lo usé”. Pero siempre estaba prevenido, eso sí me afectó un poquito; al principio, porque hay veces que he ido manejando y si tengo la necesidad de ir al baño, y tengo que buscar una gasolinera; o un centro comercial; o alguna tienda; o algún arbolito. Eso es con lo único que siento que me ha afectado.

(PC) ¿Ya puede andar en su moto o en la bicicleta?

(EA) De hecho, he estado viniendo en bici, por salud. Yo vivo de aquí, como a 2 km y medio más o menos, entonces, voy buscando las calles más planas, porque hay partes donde están de subidita, y más que nada para no hacer tanta fuerza. Pero me he sentido muy; muy; bien, de usar la bicicleta.

(PC) ¿Hay algo más que quiera agregar?

(EA) Pues, lo único que nunca va a estar de más para mí. Yo... de verdad le agradezco mucho a Dios por esta oportunidad que me dio nuevamente de estar con mis hijos, mi familia y mi esposa; esta oportunidad que también me da la vida de que, aunque sea poquitito que sirva mi experiencia como con usted, yo soy materia dispuesta y el día que usted necesite cualquier cosa con respecto a eso y demás, y si está en mis manos con todo gusto.

(PC) Muchas gracias por la entrevista.

Entrevista 4

Sra. Nancy Paola Palma, la entrevista se realizó en la tortillería que se encuentra en la calle de Geranios, en el Municipio de San Mateo Tezoquipan (Miraflores), en Valle de Chalco, Estado de México. Sus características físicas de ella son las siguientes: complexión delgada, mide aproximadamente 1.55 cms., es de tez morena clara, su cabello es castaño claro, un poco ondulado y lo usa amarrado de una cola de caballo.

(PC) ¡Buenas tardes! ¿cómo está?

(NP) ¡Hola, buenas tardes! ¡Bien, gracias!

(PC) ¿Cuál es su nombre?

(NP) Nancy Paola Palma

(PC) ¿Qué edad tiene?

(NP) 44 año

(PC) ¿Estado civil?

(NP) Viuda

(PC) ¿Lugar de nacimiento?

(NP) Yecapixtla, Estado de Morelos.

(PC) ¿Lugar de trabajo?

(NP) San Mateo Tezoquipan (Miraflores) Municipio de Chalco de Covarrubias, Estado de México.

(PC) ¿Profesión?

(NP) Técnica en Servicio Social

(PC) ¿Qué fue lo más doloroso cuando se enteró que tenía su enfermedad?

(NP) Mis hijas, debido a que soy madre soltera y mis hijas solo las cuidaba yo.

(PC) ¿Qué sintió al enterarse que tenía una colostomía?

(NP) Fueron 2 factores, me sentí con alivio porque afortunadamente mi colon iba a ser reconectable, porque no estaba tan dañado la parte afectada, tenía varios beneficios y de ahí me explicó el oncólogo el procedimiento. A mí me detectó el cáncer de colon el gastroenterólogo, por medio de una colonoscopia; de ahí me da mi cita a oncología con laminillas y con las biopsias dando positivo a un cáncer de colon. Fueron dos estudios muy distintos, pero con el mismo enfoque.

(PC) ¿Cómo le fue en su operación?

(NP) Mi cirugía tardó 12 horas.

(PC) ¿Y en donde la operaron?

(NP) Mi Hospital es de Alta Especialización de Ixtapaluca en el Estado de México.

(PC) ¿Y Usted era derechohabiente?

(NP) Cuando uno ingresa al hospital tienes que llevar una hoja de referencia del Centro de Salud con los estudios que, si salen positivos a alguna enfermedad, de ahí te envían a un lugar que se llama el kiosco, y es donde está el servicio social y te hacen un estudio socioeconómico para ver si eres candidata a cobrarte o solo cobrarte una cantidad significativa.

(PC) ¿Cuál fue el tiempo de su recuperación?

(NP) Yo estuve en el hospital 4 días, y en mi casa 4 meses, con la espalda plana; porque se me botaron los puntos. Del 16 de febrero al 9 de junio.

(PC) ¿Cuándo le hicieron la colostomía que pensó?

(NP) Pensé que ya mi vida ya no iba a ser igual, me cambio totalmente, de un modo muy drástico, todo cambia; tu cuerpo; tu alimentación; tu ropa, y hasta la fecha me cuesta trabajo. Por decir algo, físicamente yo era muy sexi, ahora es todo lo contrario tengo que estar fajada, con la faja especial de la colostomía, las bolsas; tú aroma cambia; como que hueles a popó y muchas otras circunstancias.

(PC) ¿Se le ha hecho difícil colocar la bolsa recolectora?

(NP) Si, al principio recibí ayuda de 2 enfermeros que para mí significaron mucho en mi vida, me ayudaron a hacer la curación, hacer el lavado a la colostomía y el cuidado del gel.

(PC) ¿Fueron a su casa a hacerle la curación?

(NP) Si.

(PC) ¿Esos 4 meses fueron?

(NP) Si.

(PC) ¿Y le cobraban?

(NP) No, la enfermera es familiar mío, y el enfermero fue él que me canalizó al hospital de alta especialidad de Ixtapaluca, Estado de México, fue él que me ayudó a entrar rápido al Hospital. Ellos me enseñaron hacerme el lavado de la colostomía, a secar la piel, a ponerme el Redacid (ranitidina) yo no utilice barrera afortunadamente, el disco que yo utilicé, en el hospital fue el más apegado a mi abdomen, la bolsa recolectora que yo utilicé es pegada al abdomen, no era necesario el cemento. Solo el disco y la bolsa.

(PC) ¿Y usó algún cinturón?

(NP) No, solo la faja, esa siempre.

(PC) ¿Has tenido llagas o problemas severos en la piel que rodea tu estoma?

(NP) Si, fue mucho tiempo que la ocupé y se hizo una fisura en la última curación, haga de cuenta que esa fisura no permitía sanar al 100 % y se hizo como un ámpula que supuraba, hasta que

sanó, pero afortunadamente cuando nosotros padecemos cáncer buscamos todas las alternativas médicas físicas y hasta animales. Entonces yo acudí al médico naturista para que sanara más rápido.

(PC) ¿Y, si se acuerda que le dio el yerbero naturista para curarse?

(NP) Me tomaba un té de la planta de la víbora y hasta la fecha lo tomo, porque yo tengo otra herida en la entepierna y me hicieron una cirugía en el 2022, esa fue como otro pequeño tumor en la ingle como que quiso caminar, algo así, entonces ahí también yo acudí con un yerbero y me dio un compuesto de la planta de la víbora, es un té que tomo todos los días en ayunas; y no he presentado infecciones ni malos olores, ni flujos o malos olores.

(PC) ¿Cuándo le aplicaron la quimioterapia, que molestias tuvo?

(NP) Mucho cansancio y diarreas.

(PC) ¿Y cuántos ciclos de quimioterapia le dieron?

(NP) 28 ciclos de pura pastilla Xeloda (Capecitabina) de 500 mg. durante 7 días y 14 de descanso y volvía a empezar.

(PC) ¿Cuánto gastaba en promedio al mes, con respecto a material quirúrgico y transporte?

(NP) En cuanto al material quirúrgico si gasté algo, el Hospital me proporcionaba bolsas cuando había donaciones; sino, las tenía que comprar yo. Cuando me dieron la primera quimioterapia yo la tuve que comprar, y después entre al nivel económico; y desafortunadamente mi primera quimioterapia me costó 23,700 y los taxis. Entre pasajes y comida como unos 3,500 mensuales. También mi familia me apoyó mucho, incluso él enfermero me llevaba al equipo de curación.

(PC) ¿Cree que su economía se modificó a partir de este acontecimiento?

(NP) ¡Si...! ¡joles! porque no trabajé, y porque mis gastos eran muchos, porque yo podría gastar 50 pesos en cualquier comida y ahora con la cirugía y con el tratamiento eran como unos 500 ó 600 pesos semanales, porque las personas con cáncer no pueden consumir muchas cosas y las que consumen son muy caras.

(PC) ¿Tuvo que comprar ropa nueva?

(NP) Pues ahora, tengo que usar esta falda que ya parezco retrato. pero es la que me queda mejor, y ahora uso puro pans; pantaletas de algodón; el brasier de algodón. También ocupó el Eucerin (Crema corporal para piel seca y sensible) y jabón Zote.

(PC) ¿Qué cree que fue lo que ocasionó el tumor en el colon?

(NP) En primer lugar, mi genética, es un 95% cáncer, tanto por parte de mi papá, como de mi mamá. Mi papá padeció cáncer de próstata y de un genital, y por parte de mi mamá, ella afortunadamente no tiene cáncer. Pero mi línea directa por parte de mi mamá, tuvieron cáncer tanto su mamá como sus tías. De hecho, No me espanto por mí; porque pues yo sabía que, si me cuidaba, y hacía las cosas correctas no iba a tener muchas consecuencias. Sin embargo, no todo resulta de la misma manera.

(PC) ¿Se ha puesto a pensar que pudo haber algunos factores que le haya ocasionado el cáncer?

(NP) En la casa consumimos mucha carne y debido a que es muy fibrosa me fue afectando el colon, y se me fueron distendiendo mis intestinos, y yo creo que eso los laceró. Incluso en la actualidad no puedo comer tortilla ni pan; porque son muy pesados y tardan mucho tiempo en ser procesados.

(PC) ¿Tuvo la oportunidad de que la reconectaran?

(NP) Sí fui candidata, porque en la mayoría de las colostomías no se pueden reconectar y por lo regular casi siempre viven con sus bolsas recolectoras. Desde el principio mi tumor no lastimó tanto el colon, entonces me dieron 8 meses de lapso para que se pudiera regenerar. Así que, yo cada mes iba a la resonancia magnética para ver que tanto avanzaba mi recuperación y fui muy afortunada y una candidata muy pronta a la reconexión de colon.

Mi tumor pesó 960 kilogramos y me quitaron 19 cm., me dijeron que era muy específico y que no había metástasis, que estaba en la etapa uno, afortunadamente; a pesar de lo grande que estaba.

Yo ya no busqué más alternativas de ir con otro gastroenterólogo.

A mí me detectaron el cáncer de colon el 6 de febrero, y me dicen: lo único que va a pagar aquí, son sus donadores.

En ese tiempo yo tenía mi propio negocio. Y me hicieron el electrocardiograma de un día para otro; y mis estudios preoperatorios igualmente todo fue muy rápido.

Como yo era comerciante fui con mis amigos de la Central de Abastos y les dije: padezco de esto, me lo acaban de detectar, pero mi cirugía me la están programando para el 17 de febrero. Y me sentí muy contenta porque fueron como 15 personas que me apoyaron y afortunadamente eso fue muy rápido.

Mire, yo tengo a este chico que para mí ha sido un ángel, él movió toda mi documentación en el Hospital.

(PC) ¿Tuvo algún problema con la cirugía de reconexión?

(NP) No, fue todo muy bien. Aunque me distiendo mucho, y no puedo tomar lácteos, ni Coca Cola. porque la padezco mucho. La verdad; es mucho lo que se sufre. Consumo un Ensure (suplemento alimenticio) todos los días, y me hicieron la prueba de hierro y ahora consumo el “Fer In Sol” (tratamiento para prevenir la deficiencia de hierro).

(PC) ¿Recuerda cuánto duró la cirugía? Sí, duró como 4 horas, y me paré como en un mes, de hecho, estoy muy limitada en muchas cosas, en la sexualidad es algo que no se vive, el ejercicio, y si cargo algo pesado me tienen que ayudar.

En la alimentación, yo no tengo que comer muchas tortillas, de hecho, solamente una al día, porque el estómago no la procesa, se supone que debo de comer muchas frutas y verduras.

(PC) ¿Después de su reconexión ha tenido diarreas?

(NP) Hasta la fecha yo padezco de diarreas, y fue después de la reconexión, y me dicen que todo esto es un proceso.

(PC) ¿Ha sentido piquetes u otra molestia en el colon?

(NP) No se sienten piquetes, más bien se sienten como una opresión.

(PC) ¿Cómo se ha sentido con su reconexión?

(NP) Mi reconexión ha sido todo un éxito, en primera porque estoy con vida.

(PC) ¿Su vida ha sido normal después de la reconexión?

(NP) Mi vida ha sido muy difícil después de la reconexión, ha sido difícil porque fue revivir lo que le pasó a mi esposo, ya que él falleció de cáncer de colon.

Porque yo bailaba mucho; hacía mucho ejercicio; me gusta mucho el baile; me gustan mucho los toros, y todo tipo de actividades, ahora; puedo ir, pero no todo el tiempo, porque con la mezcilla me tallo la herida y me duele, no puedo estar sentada por mucho tiempo, o el simple hecho de ir a un sanitario público, uno no puede; porque a mí me da miedo de tener alguna infección por alguna bacteria. Pero busco la manera de hacer mis necesidades.

(PC) ¿Sí pudiera regresar el tiempo atrás qué harías?

(NP) Es que, es algo bien raro, porque yo siempre he sido muy deportista y muy atlética, de hecho, hasta el día de hoy me levanto de la cama, me pongo mi pants; y mis tenis; y salgo a correr, porque otro tipo de ejercicio no lo puedo hacer todavía.

Yo creo que me volvería más humana, porque antes era bien mula, soy muy enojona hasta la fecha, y es un factor que no puedo controlar.

(PC) ¿Hay algo más que quiera agregar?

(NP) Pues yo quiero agregar que nos cuidemos mucho, que nos queramos mucho, que estuviéramos al pendiente de cualquier síntoma diferente que nuestro cuerpo presente, porque afortunadamente estamos en la batalla, no la hemos ganado, porque puede aparecer en cualquier parte de nuestro cuerpo, mama, ojos, nariz, o ser cánceres tan malos que nunca sabes cómo vas a estar. Que nos chequeemos, porque yo lo confundía cuando me dolían los ovarios y decía: no; es mi periodo, o tal vez, puedes tener algún quiste.

En una ocasión mi suegra me dijo: ¡que te soben! Yo nunca lo acepte, pero era porque el oncólogo me explicó que ese es un síntoma de que el colon está dando de qué saber, y que muchas veces nosotros confundimos un cáncer de colon con un dolor de ovario; o con un sangrado vaginal; o muchas otras cosas. A mí me alarmó porque tuve sangrado rectal, haga de cuenta que por el recto quise obrar y no llegué al sanitario y me salieron unos coágulos.

Y por qué lo menciono, porque es muy importante; no todos los cánceres de colon presentan la misma sintomatología.

(PC) Muchas gracias por la entrevista.

(NP) De nada.

XXI. Testimonios

Testimonio de cáncer de colon 1

Nombre: Jesús Ruíz Morales

edad:42

Lugar de nacimiento: Santa Catarina Ayotzingo, Chalco, Estado de México

Oficio: barrendero

Narrativa de la Sra. Nancy Paola: mi esposo se enfermó de cáncer de colon, a los 38 años de edad él trabajaba para el departamento de la basura. Pero como nunca se atendió murió a los 42 años.

(NP) Mi esposo se estreñía demasiado, y empezó a perder mucho peso, él medía 1.82 y pesaba 105 kilos y cuando a él le detectaron el cáncer, empezó a bajar mucho de peso, primero 8 kilos luego 10 kilos y así, fue bajando poco a poco.

(PC) ¿Su esposo se negó la primera vez a ser operado?

(NP) Sí, era candidato para la operación, pero no quiso...

(PC) ¿De qué, le detectaron el cáncer a su esposo?

(NP) Primero fuimos al Hospital de Cancerología en Tlalpan, cuando estaba la pandemia, y en el mes de febrero fuimos al Hospital General; y los gastroenterólogos le dicen que le van a poner 2 bolsitas, una del lado derecho; y otra del lado izquierdo.

Su cáncer era de colon y recto, y su cáncer no era reconectable; pero por su machismo o ignorancia, no sé yo, pero él nunca quiso operarse, y se empezó adelgazar y a sentirse mal. Luego, un familiar de él nos da la opción de ir al Hospital de Cancerología y le hacen su protocolo; él entra a gastroenterología y le dicen que lo tienen que operar de emergencia, y no acepta; por otro lado, él sí fue candidato a radioterapia y a la quimioterapia, y le empiezan a dar el tratamiento porque su tumor estaba muy cerca del ano; y era muy doloroso; y empezó a bajar mucho de peso; y a deprimirse mucho; y nunca quiso operarse, con decirle que, él seguía haciendo sus cosas como siempre, seguía tomando y fumando como si estuviera sano.

Y un día me dice: ¿Qué crees? que tengo una bolita en la nalga; ¡Cuando yo la veo esa bolita en la nalga izquierda cabía en mi mano y fuimos de emergencia al hospital! y le dijeron, que se tenía que operar de emergencia; y él no quiso, y saliendo del hospital me dijo, que él así se muere.

Él empezó con fiebre, porque el tumor ya había crecido; y estaba infectado, porque el excremento se acumuló y buscó alternativas por donde salir y tuvo una infección muy grande de los intestinos.

Él empieza con fiebre y se desmaya, ¡Afortunadamente se desmaya! y yo lo llevo al Hospital de Cancerología y me dicen que él está en metástasis total.

¡A él le sale un tumor en el cuello y fue algo terrible! y cuando lo operan se dan cuenta que, en la pierna izquierda, el cáncer ya se le había extendido. Entonces fue una pérdida de su miembro en un 80%.

De ahí él cayó en coma, ¡" y fue muy" !, ¡" muy doloroso"! Dentro del coma le hacían lavados quirúrgicos.

Él utilizó un aparato que se llama Baxter. El Baxter es: (un aparato que drena toda la suciedad del organismo y está constantemente succionando todo lo malo) y pues no; él ya no la libró... Porque cuando le detectaron el cáncer por primera vez él dejó pasar aproximadamente entre 4 y 5 años para que se atendiera, y con los cuidados que nunca tuvo era obvia que estuviera así. Ya tenía metástasis en todo el cuerpo. Haga de cuenta que, era una persona grandota, ¡nombre... terminó así!

(PC) Nancy extiende sus brazos para que vea lo grande que se hinchó.

(NP) Y no cabía en la cama del hospital, se hinchó de toda el agua; y todo lo podrido que tenía en su organismo.

Era muchísimo el medicamento que le ponían, “Morfina” (es una potente droga opiácea usada en medicina como analgésico). “El fentanilo” (es un opioide utilizado como analgésico superior a la morfina). “El Haloperidol” (es antagonista de los receptores dopaminérgicos, bloquea los receptores de hipersensibilidad). Ósea, estaba prácticamente muerto en vida.

Entonces, como estaba en coma, de alguna forma, no sentía todos esos dolores. Cuando me despierta del coma... Un 28 de abril, y lo pasan a piso, él estaba aislado, y nada más estaba yo con él. Su aroma era fétido. Después el doctor me dice que ya me lo llevé a mi casa, que no le daba más de 2 a 3 semanas de vida, y nos vamos a la casa ¡y no... ¡Señora! ¡duró un año! ¡Un año de vida prácticamente!, haga de cuenta que él estaba sentado todo el tiempo.

Aquí lo más difícil para nosotros fue, que fue perdiendo el conocimiento, él ya no reconocía a las personas.

Él tuvo un retroceso en su niñez: en una totalidad.

(PC) ¿Entonces él ya era un niño?

(NP) Sí, nunca me dieron una explicación porque él estaba así, sí había sido afectado por “el Fentanilo”, o' qué, porque nunca me dieron una explicación.

Pero él tuvo un retroceso en su infancia.

(PC) ¿Y él se quejaba mucho?

(NP) No se quejaba, y yo creo que él ya se quería morir de un infarto, y se aguantaba el dolor.

Le pusieron aquí en el brazo un catéter subcutáneo donde yo le administraba todo el medicamento. Ajá, dentro de ese medicamento, era: “Morfina”, “Fentanilo” o “Haloperidol” para el estómago, eran otros. Y ya nada más se la llevaba con suplementos alimenticios, puro suplementos que me daban en el hospital.

(PC) ¿Alguna vez tuvo llagas?

(NP) ¡Nunca tuvo llagas! lo cuidé tanto; y lo quise tanto; como un niño; ¡que nunca tuvo una llaga! ¡Él murió sin ninguna llaga! Y le salió un tumor en la parte de la tiroides, ese fue su siguiente tumor, el canceroso, fue en la tiroides. De ahí se hizo gordo; y luego se hizo flaco; porque ya no le podían suministrar medicamentos para la tiroides, o sea, como él ya estaba en una etapa terminal; ya no había

cómo jugar con su salud, aún más, entonces era algo difícil para mí, porque ya están cansados y uno también se cansa también mucho.

Pero ahí hubo otro factor, porque me di cuenta de que mi esposo despertó del coma en la noche, Entonces, tuvo una inversión del sueño tremenda, porque en el día dormía y en la noche, quería seguir platicando, y viendo tele y que le leyera; y que le platicara.

(PC) ¿Si hubo un tiempo de lucidez de él?

(NP) Pues imagínese, o sea, si hubo un tiempo de lucidez de él. Eso comenzó a los 7 meses, y hasta cumplir el año, ¡él era un niño!,

(PC) ¿Todo el tiempo estuvo acostado?

(NP) Todo el año, en silla de ruedas o en la cama. Sí, porque la herida de la nalga le nació aquí exactamente a la altura del ano y abarcó todo, el cáncer, el nervio ciático, imagínese; me acababa yo, un tarro de “Furacin” (es una pomada derivada de nitrofurano con actividad antiséptica y desinfectante. Con acción antibacteriana para la mayor parte de los gérmenes patógenos que causan infecciones en la superficie de la piel). Le hacía 3 curaciones diarias. A él le habían dado iones de plata, pero mi lana ya no me alcanzaba, con el “Furacin”, lo lavaba yo, con jabón quirúrgico, lo dejaba que se secara. ¡Su curación!, ¡la más pequeña! Se llevaba 50 gasas. A él, todo lo abarcaba yo.

(PC) ¿Y cuánto gastaba al mes?

(NP) fue un dineral tremendo.

(PC) ¿Y había más personas que le ayudarán?

(NP) Solo era yo, mi esposo no tuvo hijos, a mi esposo le da cáncer a los 38 años y muere a los 42. Murió el 30 de abril de 2022. Yo tuve muchos problemas con su familia, ja jajá, casi me querían meter a la cárcel.

(PC) ¿Él pudo salvarse desde la primera vez?

(NP) Totalmente, yo pienso que sí.

(PC) ¿Y él no se arrepentía de no haberse curado?

(NP) Él lo veía como un castigo; porque en vida fue un desgraciado, él tomaba bastante y nos maltrató mucho, yo siempre lo he dicho de esa manera, él murió por el karma, fue malo, y por algo tuvo ese final.

(PC) ¿Y él comía mucha carne?

(NP) Si, él era de mucha carne y manteca, también era muy enojón; fue muy malo, de todo se enojaba.

(PC) Muchas gracias por su testimonio.

(NP) De nada.

Testimonio de cáncer de colon 2

Mi hija se llamaba Melissa Ingrid Carmona Castro, tenía 33 años, y vivía con sus 2 hijos y su esposo en Morelos, cuando se empezó a sentir mal, el 29 de agosto del 2015, empezó con inflamación abdominal y fuertes dolores, vómito y diarreas, su esposo Gerardo Blanco, la llevó al Hospital del ISSSTE de Morelos, donde solo le dieron Ketorolaco (Es un antiinflamatorio no esteroideo de la familia de los derivados heterocíclicos del ácido acético con frecuencia usado como antipirético, antiinflamatorio y analgésico) para el dolor, y la enviaron a su casa, pasado el efecto del fármaco aproximadamente una semana, vuelve al hospital donde se queda internada, pero sin hacerle estudios.

Entonces, su esposo la trajo al Hospital Regional Adolfo López Mateos, en la CDMX., donde la mantienen en la sala de urgencia por más de 8 horas antes de que la pasaran a un reposet reclinable de color negro (sillón de descanso) con suero. Ella tenía un umbral de dolor muy grande y se quejaba poco, aunque el dolor era muy constante.

Recuerdo que me dijo: ¡mamá siento que me falta el aire! y ¡si no me atienden me voy a morir! Por favor, necesitas ir con el director del hospital que se encuentra aquí mismo y hacerle un escándalo para que me atiendan, te voy a llamar en 15 minutos, diciendo que me anda del baño y cuando pases ya no pasas conmigo, sino que vas directamente con el director y le haces un escándalo para que me atienda. Pasados los 15 minutos me llama mi hija y se me ocurrió asomarme en donde estaba y da la casualidad de que ya no estaba ahí, y le pregunté a una enfermera que donde estaba mi hija, y me señaló que ya la estaban atendiendo varios doctores en el pasillo de urgencias. Así que no fue necesario ir con el director del hospital.

Cuando me acerqué a los doctores me explicaron que la van abrir para ver qué es lo que tiene, cuando se la llevan a operar, me quedé con uno de los doctores que la estaba examinando y me dijo que lo esperara un momento para que le firme la responsiva, también me dijo: su hija está entrando a la cirugía en muy malas condiciones, todos sus signos vitales están muy mal y no le podemos garantizar nada. Aun así, yo se la encargue mucho al Dr.

Mi hija por el tiempo que la tuvieron en urgencias y el tiempo transcurrido por varios días se fue deteriorando mucho.

Yo pensé que a lo mejor no salía de la operación por el estado físico que se encontraba, a no poder hacer nada, solo me dediqué a llorar y orar todo el tiempo. pasadas como 6 horas mi yerno y mi hermana se habían ido a comer y yo me quede para recibir los resultados, todo era una incertidumbre, cada hora preguntaba que, si ya había salido del quirófano, y solo me decían que debería de esperar ya que esas cirugías se tardan mucho tiempo, por otro lado, yo no quería recibir alguna mala noticia porque sentía que me iba a desmayar de la impresión. Por fin, salió el

Dr. Santiago y solicitó hablar con algún familiar de la paciente Melissa Carmona, y como un resorte me paré de la silla y voy a su encuentro, yo tenía mucho miedo de lo que me pudiera decir, pero luego me dijo, ya está Melissa en la sala de recuperación, en ese momento me volvió el alma al cuerpo, y en mi mente pensé ¡está viva! y di gracias a Dios por el milagro. El Dr. Santiago me comentó que se le había perforado el colon transverso y por la peritonitis que presentaba se le tuvo que cortar como 30 cms. del intestino y que le habían hecho una colostomía y que ocuparon como 14 litros de agua para poder lavar todo el colon, pero que en una hora podía pasar a verla mientras se le pasaba el efecto de la anestesia; cuando pasé a verla todavía estaba un poco mareada y tenía algún efecto de la anestesia y poco a poco se fue recuperando y yo estaba muy pero muy feliz de tenerla de nuevo, que todo lo que sufrí se compensaba con verla viva.

Después la pasaron a verla mi yerno y mi hermana Bertha, y mi yerno nos dijo que él se quedaba a cuidarla durante la noche, que mejor nos organizáramos para cubrir los turnos del día siguiente. Durante la noche nos estaba notificando todo lo que estaba sucediendo y nos mandaba fotos para estar al tanto de todo. Recuerdo que al otro día que fui por la mañana mi hija tenía temperatura y sudaba muchísimo y las enfermeras le iban a curar su estoma y le hacían una curación en su abdomen donde le sacaban "Pus" (una sustancia blanca de mal olor). Y cuando se bañaba ella misma se exprimía su estómago y le salían unos chisquetes (chorros de esa sustancia) A ella la operaron el día 7 de septiembre del 2015, y la volvieron a operar dos días después el día 9 de septiembre pero en esta ocasión le hicieron la ileostomía porque la colostomía se le necrosó y estuvo en el hospital como 8 días y en ese transcurso como no había enfermeras enterostomales le laceraron la piel que está cerca de la estoma y le ardía mucho, el problema fue que en el hospital no sabían cómo hacerle la curación de la estoma ni los médicos ni las enfermeras, así que, como pudieron le pusieron la bolsa recolectora pero como no sabían, le hicieron el hoyo de la bolsa muy grande y poco a poco se le fue quemando la piel que se encuentra alrededor de la estoma, cuando salió del hospital le dolía mucho.

Después se encontró a un Dr. Con la especialidad en nutrición y entre las pláticas salió que nadie le podía curar la irritación que tenía alrededor de la estoma, entonces el Dr. Le dijo a mi hija que le llevará polvos de karaya (resina natural, es un hidrocoloide con propiedades para el cuidado de la piel. Forma una barrera protectora alrededor de estomas, fístulas y región perianal), aceite de ricino y una bolsa recolectora y que él la iba a curar.

Mi hija me pidió que fuera a la Farmacia Paris y le consiguiera las cosas, esa misma tarde fui a comprarlas, y al día siguiente nos quedamos de ver en el Restaurante de los "Bísquets Obregón"

que se encuentran enfrente del Hospital y cuando llegó al lugar me encuentro a mi hija y a su suegro el Sr. Domingo. Los saludé y les comenté que llevaba el encargo, para esto, me dice mi hija, ¿Sabes qué, Mamá? “no voy a ir, si los otros doctores que me operaron no saben curarme menos este que es nutriólogo” ...Y yo le dije: pues hay que intentarlo, que tal y si te ayuda, el chiste fue que entre su suegro y yo la convencimos de que fuéramos. Ya estando con el Dr. Le dijo, que él la iba a curar, y la verdad pues no le creímos muy bien. Pero después le dijo que se acostara y le empezó a limpiar alrededor de la estoma y ya seca la piel le puso el aceite de ricino y encima los polvos de karaya, y luego la bolsa recolectora nada más que le dijo, que se la sostuviera ella ya que se le podría caer ya que no había pegado bien, nos despedimos del Dr. Oscar no sin antes darle las gracias.

Y cuál fue nuestra sorpresa que como en 3 horas la herida ya estaba sana, mi hija no lo podía creer, tantos que la vieron y nadie la pudo curar.

Pasaron aproximadamente 6 meses cuando la citaron para revisarla y vieron que era candidata para la reconexión, pasó aproximadamente como un año y le mandaron hacer sus estudios preoperatorios y ya reunidos todos los estudios la conectaron, ya ella se sentía muy contenta. Una cosa que me comentó tiempo después fue que, al reconectarla, todos los días tenía diarreas, que todo esto que había vivido le cambió la vida en muchos aspectos porque ya no podía hacer muchas cosas que antes hacía. En fin, fue muy duro para ella y para toda la familia.

Recuerdo que el 21 de marzo del año 2017, estábamos festejando su cumpleaños en un restaurante que se llama el “Morrall”, allá en Coyoacán, y me comentó, ¡oye mamá! siento como un bultito aquí, y me señaló arriba del ombligo, y le dije pues hay que ir al doctor haber de que se trata, y me hizo una cara, como diciendo ya no quiero que me operen, pobrecita pues ya estaba harta de ir al Hospital a cada rato.

Después fue al doctor a que la revisaran y le mandaron hacer una tomografía en donde salió que tenía un tumor y que la tenían que operar, pero en 3 meses, porque no había quirófano, Gracias a Dios Mely, se encontró a una amiga de la secundaria y que ahora era la Dra. Mónica Paz, esta doctora fue de gran ayuda para mi hija siempre le ayudaba en lo que más podía, por eso estamos muy agradecidas con ella. Entonces, esta doctora la ayudó a que no fuera en 3 meses sino en mes y medio, y cuando la operaron le sacaron un tumor del colon de 11 cm. el Dr. Jacobo me dijo es bastante grande, lo mandaron a estudiar a patología y vieron que era cancerígeno y que por el tamaño que estaba era etapa 4, y que en cuanto le cerrara la herida, le podían dar la quimioterapia, cuando por fin le cerró la herida después de 2 meses más o menos le empezaron

a dar la quimioterapia, pero no le fue muy bien ya que le empezaron a salir unas llagas en su lengua y boca y no podía comer bien.

Me acuerdo que, fuimos a verla a su otra casa que la tenía en el Ajusco, y ya desesperada me decía que ya no quería vivir, que era un verdadero calvario lo que estaba viviendo, pero uno como madre, no los quiere dejar ir, y les insiste que sigan luchando aun en contra de su propia voluntad, ahora me doy cuenta que hay que dejarlos ir, por muy doloroso que sea, porque debemos de ser empáticos y ponernos en sus zapatos, para poder ver el dolor que ellos sienten.

Después de la operación tuvo problemas con los riñones ya que se le hicieron unos cálculos en el riñón y le hicieron otra intervención para poderlos sacar, mi hija se la pasaba siempre en el hospital.

Pasadas unas semanas regresó a Morelos y siempre que le llamaba para preguntar cómo estaba me decía qué mal, le dije pues que te lleven al doctor y me decía ¡Ay mamá! para que solo me den Ketorolaco mejor me quedo en mi casa, entonces a principios del mes de noviembre le llamé para preguntarle cómo estaba y me dijo con una voz aburrida, ¡cómo quieres que esté! ¡Pues mal!, viendo su desesperación dejé lo que estaba haciendo prepare una maleta y me fui a Morelos. Cuando la vi, la vi muy delgada y demacrada de su cara, entonces nos abrazamos y nos dimos un beso en la mejilla, yo pienso que sintió un gran alivio al verme.

Mi hija vivía en Morelos, con su esposo y sus dos hijos Joaquín y Santiago. Al siguiente día estando sentada en la sala, vi que se metió al baño con mucho dolor y puso a calentar un poco de agua en una tina, se metía ahí para relajarse y es que solo así podía estar un tiempo tranquila, después supe que eso le calmaba el dolor. Al ver que se quejaba, me dio un sentimiento muy profundo y no pude evitar llorar, en ese momento se me acerca mi nieto Joaquín y me dice: ¡No te preocupes abuelita, mi mamá siempre está así! A lo que yo le contesté, estás de acuerdo que no está bien que esté así tu mamá, y ya no me contestó nada, en ese momento pensé, ya lo está normalizando, ya no veía el dolor, ya se acostumbró a ver a su mamá a sí.

Después de platicar con mi hija y mi yerno les propuse llevarla a la CDMX., con el Dr. Mi yerno me dijo que por él no había problema, así que, arreglamos las cosas para venimos a la CDMX., y todavía la llevamos con una Dra. Acupunturista que nos sugirió que mejor la lleváramos al Hospital, y así lo hicimos al otro día, cuando entra a urgencias le hacen una tomografía y ven que el cáncer se ha extendido al hígado y al páncreas, y cuando me pregunta mi hija que como

había salido de sus estudios no tuve el coraje para decirle lo que tenía, sabía que me iba a poner a llorar en ese instante, solo le dije que aún no lo habían checado.

Y cuando le doy la noticia a mi yerno se puso a llorar, nunca pensó que era tan grave la situación. Al otro día el Dr. Se encargó de decirle la situación en la que se encontraba. Me lamento mucho no haber estado en ese momento con mi hija para poderla abrazar y llorar juntas tan en tan grande desgracia. Mi hermana, la más chica de nosotros Sandy, fue la que recibió la mala noticia. El Dr. Le dijo que el cáncer ya había hecho metástasis, a lo que mi hija le dijo: ¡cuánto me queda!... Lo que el doctor le contestó: por lo mucho 3 meses, pero la verdad solo vivió 1 mes, en sus estudios decía que era un cáncer muy agresivo e invasivo.

Mi hija, trató de aprovechar todo el tiempo posible para poder arreglar sus papeles para poder dejar bien a sus hijos y a su esposo y no tener problemas respecto a lo que les iba a dejar. De hecho, todavía le dio tiempo de casarse el sábado 2 de diciembre ahora sí que el padre le dio los Santos óleos y la bendijo, nos pudimos despedir muy bien de ella todos.

Y el día 4 de diciembre de 2017, falleció a las 9.00 am. Unos minutos antes de que falleciera, mi yerno me dijo que ya se estaba yendo mi hija, así que, corrí hacia donde estaba ella y le dije: ¡hola mamita!, pero como ya no podía hablar solo hizo un sonido como aclarándose la voz, y enseguida supe que ya no podía hablar, sin embargo, trató de decirme ¡Aquí estoy! Entonces, me acosté con ella, la abracé y no dejaba de darle besos y también decirle que la amaba mucho, que no se preocupara, que se fuera tranquila, que nosotros íbamos a ver por sus hijos, que ya se fuera en paz, yo le tuve que cerrar sus ojos. Todo ese tiempo me la pase llorando. Después llegó mi hermana Bertha y la empezamos a limpiar y la arreglamos, y quedó muy bonita, parecía que estaba dormida, todos estuvimos alrededor de ella, hasta que a las 13:00 p.m., llegó el servicio funerario y se la llevó. Todo fue muy triste, y no parábamos de llorar, pero era más triste verla sufrir.

Contexto de lo que le pasó.

Una de las hipótesis que siempre he manejado es que mi hija por seguir ciertos estereotipos de cómo debe de ser una mujer (delgada, guapa, alta etc.) ella empieza a tomar unas pastillas que se llamaban "Figura Vit" (pastillas para bajar de peso), estas pastillas se las empieza a tomar y en cuatro meses ella baja 25 kilos, por lo tanto, ella se empieza a sentir muy contenta y feliz de verse delgada de conseguir por fin el cuerpo que; de alguna forma, las normas nos dictan.

Ella comenzó a tener diarrea todo el tiempo que estuvo tomando las pastillas, pero ella no se sentía mal yo creo que ella era muy tolerante al dolor porque incluso yo me las llegué a tomar

esas pastillas, pero a mí sí me hicieron sentir mal desde los dos o tres primeros días y las suspendí.

Después me comentó que algunas compañeras del trabajo se las estaban tomando y que se sintieron mal y las dejaron de tomar porque incluso una de ellas la llegaron a internar en el hospital por lo mal que se sentía.

Esa es la primera hipótesis que yo manejo, pero también hubo otras circunstancias que le pudieron haber dañado su colon, ella tuvo una dieta muy pobre en fibra y alta en azúcares y grasas.

Respecto a las pastillas "Figuravit" acabo de checar en la "COFEPRIS" (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios) y Alertó a la población sobre el riesgo de tomar las pastillas con terminación Vit. Las pastillas que tomaba mi hija ya no las encontré en internet, me imagino que ya las quitaron. Sin embargo, hablando con mi cuñado que es médico cirujano me dijo que no, porque las pastillas se disuelven en el estómago y que no afectan en el tubo digestivo.

Esa son las hipótesis que yo supongo que le ocasionaron que se le perforara el colon transversal, pero creo que habría que buscar más información para sustentar las hipótesis.

La pérdida de mi hija ha sido devastadora para nuestra familia. Nos sentimos frustrados y enojados por la falta de atención médica adecuada que recibió en los hospitales. Creemos que, si se le hubieran realizado los estudios necesarios desde un principio, su cáncer podría haber sido detectado y tratado a tiempo, lo que podría haberle dado una mejor oportunidad de sobrevivir.

Creemos que se cometieron negligencias médicas que contribuyeron a su deterioro y eventual fallecimiento.

Mientras tanto, estamos tratando de encontrar consuelo y apoyo en nuestro duelo. Extrañamos mucho a Melissa y siempre la recordaremos como una hija cariñosa, sonriente, amable y llena de vida. Esperamos que su historia pueda servir para crear conciencia sobre la importancia de recibir una atención médica adecuada y oportuna, y para evitar que otras familias pasen por lo que hemos pasado "Narrativa propia. Castro, (2023)".

Tabla 3

XXII. ALGUNAS ENFERMEDADES POR LAS CUALES SE LES REALIZA UNA ILEOSTOMÍA O COLOSTOMÍA YA SEA PERMANENTE O TEMPORAL

Núm .	ENFERMEDADES	ILEOSTOMÍA	COLOSTOMÍA	MOTIVO POR EL CUAL LES REALIZARON UNA ESTOMA	TIPO DE ESTOMA
1	Cáncer de colon		*	El colon no estaba tan dañado	Temporal
2	Cáncer de colon y recto		*	El carcinoma está ubicado entre el recto y ano	Permanente
3	Hernia	*		Hernia interna por estrangulamiento de intestino	Temporal
4	Enfermedad en el recto		*	Entrada de cuerpo extraño por el recto	Temporal
5	Tumor de ovario		*	Operación ginecológica para extirpar el tumor, después de cerrar hubo una peritonitis.	Permanente
6	Síndrome Hirschsprung	*		Megacolon ganglionar	Permanente

7	CUCI	*		Colitis ulcerativa crónica le quitaron el colon.	permanente
8	Perforación del colon transverso	*	*	Distensión abdominal, dolor muy intenso, fiebre.	Temporal
9	Adherencias intestinales, e intestinos congelado	*		Adherencias e intestino congelado.	Permanente
10	Diverticulitis complicada		*	Problema entre el colon sigmoide y vejiga, y perforación del intestino	Temporal
11	Apendicitis		*	Se le reventó la apéndice y se dieron cuenta del tumor cancerígeno	Permanente
12	Cáncer de recto		*	Distensión abdominal, diarrea, vómito y cansancio	Permanente
13	Infección abdominal		*	Dolor en el estómago	temporal
14	Fisura y divertículos		*		permanente

15	Tumor en el ano		*	Problemas al defecar	temporal
16	Ano imperforado	*		Bebé prematuro	Temporal
17	Tumor en el recto		*	tumor y el recto,	permanente
18	Enterocolitis necrotizante	*		Recién nacida	temporal
19	Cáncer colorrectal		*	Fisura anal	Permanente
20	Choque múltiple con varios vehículos	*		Debido al choque, es que le realizan la íleo	Permanente
21	Megacolon tóxico	*		Sepsis, porque se reventó el colon	Permanente
22	Cáncer colorrectal		*	Pólipos y sangrado en heces.	permanente
23	Enfermedad de Lynch		*	Histerectomía cáncer de ovario	Pendiente, si es reconectable
24	Enfermedad de CUCI	*		Le retiraron el recto	Reconectado
25	Tumor en ovario y	*		Dolor intenso en vientre	No quiso reconectarse por tantas adherencias

	perforación intestino				
--	--------------------------	--	--	--	--

Nota: Retomado de testimonios de un grupo de WhatsApp. (Elaboración propia de personas ostomizadas en 2023).

XXIII. METODOLOGÍA PARA LAS ENTREVISTA

Recursos Materiales

Computadora, laptop, Smartphone, formulario Google, libreta y pluma.

Se realizó un estudio de carácter cualitativo y cuantitativo, en una muestra poblacional de 50 participantes que se les habían realizado una estoma digestiva, principalmente en personas con una (colostomía e ileostomía) y personas que ya fueron reconectadas, como consecuencia de diferentes enfermedades relacionadas con el íleo o el colon. Los participantes fueron contactados a través de enfermeras enterostomales, también por medio de grupos de personas ostomizadas en el Facebook, personas cercanas, así como por WhatsApp y Messenger.

Las investigaciones se realizaron principalmente con pacientes portadores de una estoma, así como con cáncer de colon.

Se hicieron 4 entrevistas utilizando el método de Taylor y Bogdan, en donde es con personas directamente con las que vamos a tratar, 2 fueron a personas con cáncer de colon, otra fue por diverticulitis y la última fue a una enfermera enterostomal especialista en estomas y heridas. Donde se recabo información muy relevante acerca del cuidado de sus estomas. Que más adelante abordaré.

Se realizó un formulario con preguntas relacionadas a la situación que tienen por lo general los pacientes en esa condición. Donde se les envió el formulario a más de 100 personas ostomizadas por medio del WhatsApp y Messenger, pero solo contestaron 50 personas. Más adelante abordaré cómo fue el procedimiento.

También elabore un manual con consejos útiles de como colocar la bolsa recolectora y el cuidado de la estoma en pacientes ostomizados.

A continuación, abordaré con más detalle el tema de cómo fue la realización de las entrevistas, el primero fue mi esposo el Dr. José Luis Flores Sáenz, por ser la persona que estaba a mi lado le pedí permiso de poderle hacer una entrevista y él me dijo que sí, así que, prendí mi laptop con las preguntas y encendí mi celular para poder grabar las respuestas para posteriormente hacer la transcripción. La siguiente persona fue la Sra. Nancy Paola Palma Rodríguez, a ella le pregunté que, si le podía hacer una entrevista relacionada con su cáncer de colon, y me dijo que fuera al otro día a las 17:00 pm., y así lo hice, tuve que esperar un poco porque aún tenía cosas por hacer, a ella la entrevisté en su tortillería y también me dio el testimonio de su esposo el Sr. Jesús Ruíz Moran en el Municipio de San Mateo Tezoquipan (Miraflores) en Chalco, Estado de México. Al señor, Edgar Arrellanes Mijares, me lo recomendó la Dra. Patricia Bustamante, y fui a buscarlo al almacén de la UACM. Casa Libertad, (Iztapalapa). Le comenté que si le podía hacer una

entrevista y me dijo que de una vez se la hiciera, así que, aproveché y le pedí que fuéramos al laboratorio y utilicé la misma técnica de grabar la entrevista.

La última entrevista que hice fue a la enfermera Margarita Mendiola, a ella la entrevisté en su oficina en la alcaldía de Coyoacán, un día antes le había dicho que, si le podía hacer la entrevista y me dijo que si, lleve mi laptop y mi celular para poderla entrevistar.

Los datos recogidos fueron como ya lo mencioné por medio de entrevistas que tuvieron una duración entre 25 a 30 minutos en el lugar que ellos me fueron indicando. El guion utilizado en la entrevista fue conforme las principales preguntas que a uno como cuidadora le surgen, son sencillas pero que tienen relevancia para las personas que en un futuro las puedan ver.

Después de las entrevistas hice la transcripción con la información precisa y por último realicé mi testimonio de mi hija Melissa Ingrid Carmona Castro. Estas entrevistas, fueron muy importante ya que en ellas cada quien plasmó sus vivencias y cómo es que han ido superando cada día las diferentes dificultades que se les han presentado respecto al cuidado de su estoma.

Conforme a los 50 participantes cibernéticos, fue muy diversa según sus puntos de vista, ya que las enfermedades por las cuales les realizaron la estoma fue muy diferente. La temporalidad o la permanencia de sus estomas, así como la edad, género, lugar de nacimiento incluso personas de varias partes del mundo como: Argentina, Colombia, Chile, Costa Rica, Guatemala y España, fueron enriqueciendo este proyecto. Gracias a sus aportaciones es como me doy cuenta de la diversidad de opiniones.

Se realizó un análisis basado en la propuesta de Taylor y Bogdan como dicen: *“En la metodología cualitativa el investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo”* (Taylor y Bogdan. 1984, pp.20). Los investigadores cualitativos analizan a las personas en su conjunto y las circunstancias que las rodean, tanto físicamente como durante sus interacciones sociales. Van más allá y no sólo se detiene en el presente de las personas, sino que también busca en su pasado aspectos que las han moldeado y lo que son hoy. Porque cada persona ve las situaciones de manera diferente y esto es cierto en la investigación cualitativa.

Con respecto a los participantes “Cibernéticos” (La cibernética es un campo multidisciplinar que combina conceptos de la biología, la ingeniería, las matemáticas y la informática). Se les envió un formulario Google, para poder recabar datos que pudieran sustentar mi proyecto, la técnica fue muy diferente ya que tuve que estar buscando a personas “ostomizadas”, sin duda un gran reto, porque no es fácil saber dónde las puedes localizar, por tal motivo me fue más difícil.

Lo primero que hice fue pensar en donde puedo contactar a las personas que portaban una estoma digestiva. Entonces, me acordé que la enfermera Margarita Mendiola me mencionó que la empresa a la que ella representa (OSTOVAC), les enseñan a los pacientes y a familiares el manejo adecuado de los dispositivos, para aprender a colocarse la bolsa recolectora, después me metí algunas empresas que venden los dispositivos para el cuidado de la estoma como fue: "OSTOVAC" y "Hollister", En la primera trabaja la enfermera Margarita, a ella le pude mandar el formulario para que lo compartiera al grupo de ostomizados, pero solo contestaron alrededor de 6 personas en un grupo de más de 100 aproximadamente. También se lo mande a mi esposo, aunque es el mismo grupo solo contestaron 4 personas, yo me imagino que no me contestaron muchos ya que la población de ostomizados principalmente les da a personas mayores de 50 años, y como yo lo analizo, muchas de esas personas no saben manejar bien sus correos electrónicos o no saben mucho sobre la tecnología, esa es mi observación, porque no tuve respuesta de ellos.

En Hollister, me dijeron que no contaban con enfermeras o personal que enseñara el manejo adecuado del dispositivo de la bolsa, y en su página solo encontré información sobre videos e infografías, de los productos que venden sobre el cuidado de la estoma.

Otra metodología, que utilicé y fue la que me dio mejores resultados fue entrar a la página de Facebook, y buscar a grupos de ostomizados, así que, mande una solicitud al administrador del grupo, y pasados unos días; fui aceptada, pero al grupo de ostomizados de WhatsApp y pues, ahí fue mucho más fácil, me dijeron que me presentara y el motivo por el cual quería entrar. Me presente así: Hola mi nombre es Patricia J. Castro Sánchez, soy pasante de la carrera de Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM-CH), mi esposo es portador de una estoma por cáncer de colon desde hace 2 años y medio, y como veo que hay muy poca información sobre el cuidado de la estoma, quise hacer mi tesis sobre este tema. Me gustaría que me ayudaran a contestar un formulario para poder hacer mis gráficas, y así poder titularme. De antemano muchas gracias. Y lo mandé al grupo, enseguida recibí varias respuestas, y eso me dio mucho gusto, poco a poco, fueron entrando más personas al grupo y yo le mandaba personalmente a cada una de ellas el formulario, y así fue como pude lograr una muestra de 50 participantes.

XXIV. RESULTADOS

Se observó que las personas ostomizadas portadoras de una estoma han sido operadas por diferentes enfermedades relacionadas con el sistema digestivo. Algunas estomas son temporales y otras son con tiempo indeterminado, por lo regular las estomas temporales se usan para tratar ciertos problemas en la parte inferior del colon, es necesario mantener esta zona en reposo. Esto se consigue evitando que las heces lleguen hasta él. Para ello, se crea una colostomía temporal (de corta duración) para permitir que el intestino sane. El proceso de curación suele tardar semanas o meses, pero en algunos casos puede tardar años. Con el tiempo, la colostomía se revierte (retira) y los intestinos comenzarán a funcionar como antes (las heces pasarán por el ano).

Las estomas definitivas o permanentes se deben cuando parte del colon o del recto se enferma, se acostumbra hacer una colostomía (permanente) o de largo plazo. La parte que se encuentra enferma del intestino debe ser extirpada o dejarse sin utilizar permanentemente. De tal manera que, la colostomía se considera permanente y por tal razón, no se espera cerrar más adelante (American Cancer Society, 2019).

Los resultados de la muestra de personas portadoras de una ostomía digestiva de un total de 50 participantes en el formulario Google, fue de 60,4 % son mujeres y 39,6 % son hombres. La media poblacional de edad de los pacientes dio como resultado 48 años, siendo un paciente de 13 años el más bajo de edad y el más alto fue de 82 años. Referente al estado civil de las personas. El 64,4 % dijo: son casados. Respecto a los servicios médicos. El 43,4% mencionó que ocupan el IMSS. El procedimiento por el cual les hicieron una estoma. El 39.6% comunicó que: cáncer de colon.

Después de la cirugía el médico o la enfermera tratante le proporcionó indicaciones de como colocar la bolsa recolectora, así como los accesorios requeridos. El 67.9% expresó que: si le proporcionaron la información. Se les preguntó si habían sentido algún problema en el manejo de la estoma respecto a: Ardor, dolor, irritación, laceración, sangrado o ningún problema. La mayoría de las personas respondió: irritación con un 52,8%. De las siguientes opciones cuál ha utilizado para disminuir las molestias o síntomas respecto a la pregunta anterior. El 41,5% dijo: Adapt pasta para ostomía y el 41,5% dijo Stomahesive polvo protector. En esta ocasión hubo dos respuestas con las cuales los pacientes aliviaron sus molestias alrededor de la estoma.

Se les preguntó si han utilizado algún medicamento para contrarrestar las molestias de la estoma como: dolor, ardor, irritación, ulceración, sangrado o ningún problema. La mayoría de las personas reveló que: No he utilizado medicamentos. Con un 69,8%. En relación con la

alimentación se les preguntó si mantienen dentro de su alimentación alguna dieta o restricción que se asocie con la tolerancia de las molestias como: ardor, dolor, irritación, laceración, sangrado o ningún problema. El 41,5% expresó: No llevo dieta, como de todo. Para sostener la bolsa recolectora, les han recomendado alguna alternativa como: cinturón, faja para ostomía, otros, o ninguna. El 37,7% aclaró que: cinturón. Para no presentar problemas relacionados con la colocación de la barrera por el incremento de peso, realiza ejercicio como: caminar, correr, nadar, andar en bicicleta, ir al gimnasio, no realizo ejercicio, y otros. El 56,6% agregó: no realizo ejercicio, Sin embargo, el 45,3% dijo: que camina.

En cuestión económica se les preguntó, cuánto gastan al mes en la compra de la barrera, la bolsa, pomadas, hidrocoloide, gasas, guantes, y medicamentos para el cuidado de su estoma. En esta pregunta hubo dos respuestas: 35,8% dijo que entre 1000 y 2000 y el otro 35,8% apuntó: entre 2000 o más. En lo que concierne a lo económico se les preguntó sobre los artículos o medicamentos en los que más gastan al mes. El 84,9% expuso que: bolsas recolectoras. Respecto a la situación económica sobre el costo mensual, se les preguntó que cada vez que requieren ayuda o consulta para atender sus molestias relacionados con el cuidado de la estoma incluyendo transporte, alojamiento y alimentos etc., cuánto gastan. El 34% informó que: entre 500 y 1000. Respecto al periodo de tiempo para cambiar la bolsa recolectora. El 30,2% anunció: de una a dos veces por semana. En cuanto al periodo de tiempo para cambiar la barrera. El 30,2% aclaró que: usó la bolsa que va integrada la barrera.

Durante el cambio de la bolsa recolectora y barrera, cuál de las siguientes opciones requiere: me ayudan en todo, solo me ayudan a cambiar la barrera, yo realizo todo el procedimiento, otro. El 50,9% estableció que: yo realizó todo el procedimiento. En relación con el tiempo, cuánto tiempo lleva con su estoma. El 45,3% comunicó que: menos de un año. En cuanto a su situación actual, respecto al procedimiento quirúrgico, como: No he sido reconectado, sí, ya me reconectaron, yo no quise que me reconectaron, mi estoma no es re conectable y otro. El 54,7% mencionó: no he sido reconectado. Se les preguntó si han requerido apoyo psicológico o psiquiátrico durante el proceso de recuperación. El 75,5%, indicó: que no.

Se les envió a los participantes una carta donde se les solicitaba la autorización para poner su nombre en el proyecto y el 100% de las personas dijo que sí se pusiera su nombre.

XXV. DISCUSIÓN

Se realizó la entrevista a dos personas con cáncer de colon y diverticulitis, mostraron que la limpieza en el cuidado de la piel periestomal es muy importante para evitar problemas tales como laceración e irritación; Conforme fueron orientadas por el personal especializado en estomas, se pudo mantener un control en la disipación de dolor. Las personas que se someten a cirugía de estoma, ya sea por cáncer de colon o diverticulitis pueden enfrentar dificultades en la primera etapa del cuidado de la piel periestomal, la falta de conocimiento sobre la limpieza adecuada puede llevar a laceraciones e irritación de la piel circundante a la estoma. Sin embargo, a medida que estas personas reciben orientación y apoyo de especialistas en estomas, sus vidas pueden experimentar un cambio radical.

Estos especialistas están capacitados para brindar información sobre el manejo de la piel periestomal y ofrecer consejos prácticos sobre cómo mantenerla sana.

Al recibir esta orientación, las personas afectadas pueden aprender técnicas adecuadas de limpieza y cuidado de la piel periestomal, lo que les permite evitar complicaciones y reducir el dolor o las molestias asociadas con su condición. Además, el apoyo emocional proporcionado por los especialistas en estomas puede ser un gran alivio para aquellos que se enfrentan a esta nueva realidad en sus vidas. Es importante destacar que cada persona es única y puede tener diferentes necesidades en cuanto al cuidado de la piel periestomal. Por eso, es fundamental buscar el apoyo de profesionales especializados que puedan brindar una atención personalizada y adaptada a cada situación.

Siempre es recomendable seguir las indicaciones y consejo de los profesionales de la salud en el cuidado de la piel periestomal y buscar ayuda adicional si es necesario. Con respecto a su estado civil, dos revelan que están casados y la Sra. Nancy es viuda. Por lo que concierne a lo económico, mencionan que sí, es fuerte el gasto, con relación a la compra las bolsas recolectoras, hidrocoloide, gasas, las barreras, así como, ir al hospital y gastar en pasajes y comidas.

En cuanto, a la edad de los participantes están entre 44 y 64 años. En relación a la cirugía dos fueron operados del colon, y uno con diverticulitis, 2 de ellos ya fueron reconectaron y uno está en espera. Las personas sometidas a cirugía de cáncer de colon, informaron que pasaron por

quimioterapia dolorosa, ya que el medicamento ya fuera por medio de pastillas o intravenoso les provocaba náuseas, diarrea, vómito, les daba toques al tocar cosas como los cubiertos de metal o el refrigerador, y que había momentos que los dejaba ciegos, ya pasando los efectos de la quimioterapia se empezaron a sentir mucho mejor y aumentaron de peso debido a que les empezó a dar más hambre, la persona que la operaron de diverticulitis afortunadamente no tuvo que pasar por ese proceso de la quimioterapia, pero tuvo que estar atento a hacer del baño sin que lo pudiera posponer porque le iba a traer graves consecuencias. Los participantes asumen que sus vidas cambiaron radicalmente ya que dejaron de hacer cosas como: karate, boxeo, correr, así como algún deporte extremo. Agradeciendo el estar vivos y sobrellevar su nueva vida. Han aprendido las 3 "A", "ACEPTACIÓN", "ADAPTACIÓN" y "APRENDIZAJE".

En la entrevista, la enfermera Margarita reveló sus conocimientos sobre el cuidado de la estoma, así como la ubicación, estos los pueden comprar en alguna farmacia de alta especialidad como la farmacia (Alma) o directamente con ella. Así como los dispositivos necesarios que se utilizan para el cuidado de la piel enterostomal y como colocar la bolsa recolectora de forma adecuada, haciendo hincapié en las 3A., ya que si no se lleva ese orden difícilmente las personas pueden aceptar su nueva vida. Y, por último, nos dijo que las personas se deben de incorporar a sus labores cotidianas, ya sea en el hogar o en su lugar de trabajo. Fue una entrevista muy nutritiva y de mucho aprendizaje.

Sin embargo, yo quise realizar este proyecto, porque me parecía que no había suficiente información respecto como colocar la bolsa recolectora, ya que a mi hija y a mi esposo no les proporcionaron suficiente información; de hecho, ni los médicos tratantes ni la enfermera sabían cómo colocar la bolsa recolectora ya que le dejaban un hoyo muy grande en la bolsa recolectora y eso ocasionaba que se les lacerará la piel enterostomal.

En cuanto a los dos testimonios pude observar, que las dos personas presentaron una colostomía por cáncer de colon. El Sr. Jesús fue demasiado tarde al hospital y, por lo tanto, cuando le detectaron el tumor, él se niega a operarse y sigue haciendo su vida normal, tiempo después los médicos le realizan una colostomía, así dura un tiempo, pero lo que refiere su esposa es que dejó pasar demasiado tiempo para tratarse y se le hizo metástasis en varias partes del cuerpo, así que, desafortunadamente solo duró 2 años. En eso coinciden también los dos casos ya que Melissa Ingrid., también duró dos años y cuatro meses. En fin, pues en los dos casos se les realizaron colostomía y desafortunadamente sólo duraron con su enfermedad 2 años y 2 años cuatro meses.

En este proyecto de investigación los participantes de WhatsApp, las prevalencias respecto a una ostomía refirieron que les realizaron una colostomía e ileostomía por diversas enfermedades como: Cuci, enfermedad de Lynch, adherencias, megacolon, diverticulitis, peritonitis, cáncer colorrectal, ano imperforado, cáncer de ovario y vejiga, intestino congelado, Crohn etc., también refirieron algunos que sus estomas son temporales o definitivas.

Las personas que por algún motivo fueron operadas de alguna enfermedad relacionada con el sistema digestivo, y se les tuvo que realizar alguna ostomía, no cuentan con un dossier de cuidados de la piel enterostomal ni tampoco cuentan con una persona especialista en estomas, deben de andar investigando por su parte. En los servicios médicos, ni las enfermeras ni los médicos saben a dónde referirlos, ya que no cuentan con esa información. Por tal motivo, me di a la tarea de hacer un dossier del cuidado de la estoma para poder ayudar a las personas que se encuentran en esta condición. Debería de haber más información en los hospitales que realizan este tipo de operaciones, así como personal de salud que les enseñe al paciente y a sus familiares a conocer los dispositivos y el cuidado de la estoma.

La Secretaría de Salud debería de poner más atención a estos pacientes que son portadores de una ostomía, ya que la mayoría en sus primeros días que son operados tienen problemas en la piel periestomal, debido a que les hacen muy grande el hoyo de la bolsa recolectora y terminan con la piel quemada por los ácidos de las heces, y no saben qué dispositivos deben de comprar. Por otro lado, los hospitales además de darles las bolsas recolectoras, también deberían de darles el hidrocoloide y la pasta Adapt o el polvo de karaya, ya que muchos pacientes por esta condición dejan de trabajar y a la vez dejan de percibir un salario, y el gasto es cada vez más grande. Hay pacientes que se ponen una bolsa de plástico con algún adhesivo como puede ser cinta adhesiva o micrópore porque no tienen los recursos necesarios para costear sus dispositivos.

Por tal motivo, en los hospitales y centros de salud deberían de tener folletos informativos o contactos con enfermeras enterostomales.

XXVI. CONCLUSIÓN

En México, los pacientes con estoma enfrentan desafíos de adaptación física, emocional y social después de su cirugía, algunos hallazgos en pacientes mexicanos ostomizados incluyen: la atención, garantizar a los pacientes con estoma que tengan acceso a servicios de atención médica especializadas, incluido un equipo de atención capacitado y suministros adecuados para el manejo del estoma, mayor educación y concientización pública sobre las ostomías, en México se requiere reducir el estigma asociado y promover una mejor comprensión y aceptación de las necesidades de los pacientes ostomizados.

Muchos pacientes pueden enfrentar estigmas sociales, barreras culturales y dificultades emocionales para adaptarse a la vida con una estoma. Es necesario brindar apoyo emocional y psicológico para ayudar a los pacientes a afrontar sus problemas emocionales y mejorar su calidad de vida, abogar por sí mismos y defender sus derechos ayudará a mejorar su atención médica y su calidad de vida. Promover el acceso a recursos educativos, grupos de apoyo y redes para pacientes con estoma, puede ayudar a sentirse apoyados y conectados con otras personas con casos parecidos. En España, las organizaciones de ostomizados han abogado con éxito por la provisión de baños especiales para ostomizados, lo que les permite la necesidad sin esconderse. En México, aunque aún no se han organizado formalmente para solicitar este derecho, es alentador ver que a través de las redes sociales se están informando y planean lanzar una iniciativa a la Secretaría de Salud. Es importante que se promueva la conciencia sobre las necesidades de las personas ostomizadas y se abogue por su inclusión y comodidad en la sociedad.

La reconstrucción de una estoma se debe a varios factores, generalmente por diversas enfermedades inflamatorias que afectan el colon, recto o ano. Así como pérdida del control voluntario de la disposición. También hay pacientes con diversos problemas como: impacto de bala, diverticulitis, cáncer de colon y recto etc. Dependiendo del motivo de su realización, puede ser temporal o definitiva

Una persona portadora de una estoma digestiva experimenta un gran impacto en su cuerpo, ya que les cambia su vida por completo, de un momento a otro, la mayoría de las personas desean reconectarse para llevar la vida que antes tenían. Sin embargo, ya nada es igual; muchas veces las personas reconectadas experimentan muchos cambios en su cuerpo principalmente en su aparato digestivo, ya que dicen que el colon o el íleo tienen memoria del trauma que sufrió al ser extirpado un segmento del intestino y pueden desarrollar incluso fugas por lo que pueden tener

peritonitis y poner en riesgo su vida, o nuevamente realizarles otra estoma para nuevamente salvarles la vida. Muchos por quererse operar nuevamente pueden quedar en terapia intensiva y morir, o que les vaya bien y hacer su vida casi normal porque en algunas ocasiones tienen heces fecales ácidas que les laceran el ano de por vida, principalmente los pacientes que tienen una ileostomía, estos pacientes sus heces son más líquidas por lo tanto laceran más la piel.

Si una persona con ileostomía o colostomía aprende a manejar cómo cambiar su barrera y su bolsa por lo menos una vez a la semana, cambio de barrera cada 8 días y la bolsa cada 4 días reduce al mínimo el riesgo de desarrollar complicación y su vida va a ser casi normal, porque ha aprendido cómo adaptarse a esas nuevas circunstancias, no necesariamente tiene que buscar la reconexión para volver a su estado normal, pero si la persona intenta reconectarse, corre mucho riesgo, porque el intestino operado el cual se le practicó una ostomía queda con muchas adherencias, hernias abdominales y debilidad de la pared abdominal anterior. Existen situaciones donde el intestino al ser un tejido lábil, fácilmente puede desarrollar complicaciones, destacando las fugas lo que requerirá una nueva intervención y podrá llevar al paciente a un estado de peligro e incluso la muerte.

Es necesario que el paciente aprenda a **“Acepta”** su situación actual y que vea que nada va a volver hacer igual, en segundo lugar. **“Adaptarse”** a su nueva vida y que vea que tienen una segunda oportunidad; y, por último, tienen que **“Aprender”** a asearse por sí solo. Por lo tanto, si toma en cuenta las tres “A” podrá hacer su vida de manera casi normal.

- Y, por último, quiero mencionar referente a lo social, que una persona ostomizada puede realizar actividad física, siempre y cuando no realice deportes extremos que puedan dañar su estoma.
- Realizar actividades como: nadar en piscina y en el mar ya que actualmente las bolsas cuentan con un material mucho más resistente y lo más importante es que no se despegan.
- Pueden mantener relaciones sexuales e incluso, se pueden embarazar normalmente, el tener una estoma no es un impedimento.
- También, pueden realizar viajes llevando consigo sus dispositivos para cualquier emergencia
- Respecto a la ropa solo se les sugiere que no la usen apretada en donde se encuentra la estoma, para evitar comprimirla.
- Tener en cuenta toda la gama de dispositivos que hay disponible en el mercado para poder llevar una vida más llevadera.

- Contar siempre con la ayuda de una enfermera estoma terapeuta, para que les enseñe las técnicas y manejo de como limpiar la piel enterostomal y la colocación correcta de la barrera y bolsa recolectora.

Abordar las necesidades físicas, emocionales, sociales y educativas de los pacientes mexicanos con estoma es fundamental para brindarles el apoyo y la atención integral que necesitan para llevar una vida plena después de la cirugía de la ostmía.

REFERENCIAS

- Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la OMS. (25 de marzo de 2020). *Estimación de casos nuevos de cáncer de colon y recto en México*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.jnjmedtech.com/es-419/news-events/el-cancer-de-colon-y-recto-es-el-tercer-tipo-de-cancer-mas-frecuente-en-mexico>
- Aldaco, S. (2008) *Quimioterapia (sin anticuerpos monoclonales) en cáncer metastásico de colon y recto*. Preclínica. GAMO. 7(4) 40-41 <https://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLEMENTO%20V7%20No%204%202008%20CANCER%20DE%20COLON.pdf>
- American Cancer Society. (2024) *Tratamiento contra el cáncer de colon según la etapa*. <https://www.cancer.org/es/cancer/tipos/cancer-de-colon-y-recto/tratamiento/por-etapas-colon.html>
- Angulo Menassé, A., García Cárdenas, D. y Gómez Panana, M. (2016). *Introducción a la promoción de la salud*. Benito Juárez, México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México. ISBN: 978-607-9465-21-6. Biblioteca del estudiante. [Detalles de: Introducción a la promoción de la salud / > Biblioteca de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México Koha \(bibliotecauacm.mx\)](#)
- Boca, L., Delgado, I., & Grueso, I. (1991). *EL APARATO DIGESTIVO*. aparato_digestivo-completo-libre.pdf. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/49557891/aparato_digestivo-completo-libre.pdf?1476318389=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAparato_digestivo_completo.pdf&Expires=1684731137&Signature=EeHA4~NqGYcexWWRGt4E1lcMK0qn4A5voTlSdQZ9dsdpGyz7PYF1Vx2I~TsFPdv-CB06nkrq5dxmqJhafXBKNfYgkBjeH0o9r531nFPuRC3F-An2-
- Castillo, K. & Rodríguez, A. (2021). *La salud ¿es un gasto o una inversión? (Ensayo, V. 27 N. 1 y 2*. <https://tabasco.gob.mx/sites/default/files/users/ssaludtabasco/57.pdf>
- Castro-Mujica, M. & Barletta-Carrillo, C. (2018). *Síndrome de Lynch: aspectos genéticos, clínicos y diagnósticos*. Revista de Gastroenterología del Perú, 38(3), 265-279.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292018000300008&lng=es&tling=es.

Chapela C. *Primer encuentro de Promoción de la Salud, (2006) Conferencia*, uacm Casa Libertad, Iztapalapa, Cd. de México. Transcripción parcialmente editada. Tomado del libro *Introducción a la Promoción de la Salud*. [Detalles de: Introducción a la promoción de la salud / > Biblioteca de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México Koha \(bibliotecauacm.mx\)](#)

Charúa, G. L. (2006). *Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías*. *Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México*. *Rev. Med. Hosp. Gen. Mex.* 2006; 69 (2): 113-118. <chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>. <https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gral/hg-2006/hg062j.pdf>

Charúa-Guindic, et al., (2011). *Calidad de vida del paciente ostomizado*. *Cirugía y cirujanos*. 150 79(2). [Chrome extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf](chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/662/66221099008.pdf)

Chuquillanqui, et al., (2016). *Tipos de colostomía según su localización y la calidad de vida en los pacientes colostomizados que asisten al Consultorio Externo de Cirugía General del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen, Lima*. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. 9(1), 44-50. ISSN 2411-0094(en línea). DOI: <https://doi.org/10.17162/rccs.v9i1.546>
https://rccs.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/view/240

Da Silva, K. A., Azevedo, P. F. Olímpio, R. D. J. J., de Oliveira, S. T. S., & Figueiredo, S. N. (2020). *Colostomia: a construção da autonomia para o autocuidado*. *Research, Society and Development*, 9(11), e54391110377-e54391110377. PDF. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/10377/9086/140198>

De La Guardia, M. A., Ruvalcaba, J. C. (2020). *La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria*. *Journal of Negative and No Positive Results*, 5(1). 81-90. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

- Díaz-Rubio, E., Sánchez, Á. Rubio M. (2020). Intestino grueso. Fernández-Trasgueras, J. A., Cachofeiro, V., Cardinali, Delpón, E., Díaz-Rubio, E., Escriche, E., Juliá, V., Teruel, F., M. (Eds.), *Fisiología humana, Capítulo 65. 5e.* McGraw Hill. digestivas. Revista de gastroenterología del Perú, 39(3), 215-221. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci_arttext&tlng=pt
- Domínguez, E. J. (2016). *Predictores de mortalidad en la oclusión intestinal mecánica por cáncer de colon.* Revista Cubana de Cirugía, 55(4), 287-295. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000400003&lng=es&tlng=es.
- Mendelssohn A., Gross L. (2004) Guía de Colostomía. "United Ostomy Associations of America" (UOAA), la nueva organización nacional de ostomía. Revisado por: Lois Petrie, MS, RN, CETN. Published 2004. United Ostomy Association, Inc. 1962-2005. Indicaciones útiles de la piel. 11. UOAA se contacta en: www.ostomy.org • info@ostomy.org • 800-826-0826. https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_colostomy_esguide.pdf
- Instituto de Nación de Estadística y Geografía. [INEGI]. Estadísticas de mortalidad (2019). *Consulta interactiva de datos. SNIEG. Información de Interés Nacional.* Comunicado de prensa Núm.105/21. 10. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/cancer2021_Nal.pdf
- J.L. Bouillot, K. Aouad, (2002). *Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de las colostomías,* EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo. Volume 18, Issue 3, ISSN 1282-9129, [https://doi.org/10.1016/S1282-9129\(02\)72072-2](https://doi.org/10.1016/S1282-9129(02)72072-2).
- Konishi, T., Watanabe, T., Kishimoto, J., & Nagawa, H. (2006). Risk factors for anastomotic leakage after surgery for colorectal cancer: results of prospective surveillance. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(3), 439–444. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2005.10.019>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16500248/>
- Le vay, D. (2015). *Anatomía y fisiología humana.* (2° ed., 4°reimp.). trads. Dieguez-Vide, f. & Casal, N. ed. Paidotribo. ISBN: 978-84-8019-413-6 ISBN:Epub:978-84-9910-857-5 https://www.google.com.mx/books/edition/Anatom%C3%ADa_y_fisiolog%C3%ADa_humana/R

[OqdDwAAQBAJ?hl=es&gbpv=1&dq=FISIOLOGIA+HUMANA+DEL+COLON&pg=PT243&prints=frontcover](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448441/)

Maldonado, A. C. (2005). *Características clínicas, histopatológicas e Inestabilidad de Secuencias Microsatélites (MSI) en Cáncer Colon (CC)*. 5-8. PDF. https://bibliotecadigital.exactas.uba.ar/download/tesis/tesis_n4209_Maldonado.pdf

Morgan V.G., Silva U, & Sat M, D. (2008). *Factores de Riesgo para Cáncer Colorrectal*, Preclínica. Gamo. 7 (4): 8-12. <https://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLEMENTO%20V7%20No%204%202008%20CANCER%20DE%20COLO%20N.pdf>

Murillo, A. Z., Arévalo, F. E., & Jáuregui, E. P. (2016). *Dieta pobre en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en el síndrome de intestino irritable: indicación y forma de elaboración*. *Endocrinología y Nutrición*, 63(3). 132-138. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173509316000337>

Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa. Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud*. OMS/OPS. Canadá, Ottawa. Recuperado en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Cáncer, datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Pruthi, S.M., Allen, N., & Arora, A. (2023). *Pólipos en colon. Enfermedades y afecciones*. © 1998-2024 Fundación Mayo para la Educación y la Investigación Médicas Todos los derechos reservados. Publicación en línea. <https://medlineplus.gov/spanish/colonicpolyps.html#:~:text=Los%20p%C3%B3lipos%20de%20colon%20crecen,los%20p%C3%B3lipos%20y%20los%20examinan.>

- Rizo, P., González, A., Sánchez, F., & Murguía, P. (2015). *Tendencia de la mortalidad por cáncer en México: 1990-2012*. *Evid Med Invest Salud*, 8(1):12. <https://biblat.unam.mx/hevila/Evidenciamedicaeinvestigacionensalud/2015/vol8/no1/1.pdf>
- Romero Rojas, A. E. (2015). Cáncer de colon y dieta. *Revista Colombiana de Cancerología*, 19(4): 191-192. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cancerologia-361-articulo-cancer-colon-dieta-S0123901515000931>
- Ruiz de la Hermosa, A., Rodríguez, Y., Martínez, E., Gómez, R., Allo, G., Garcia, F. J., & Seoane, J. B. (2019). *Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos*. *Revista de Gastroenterología Del Peru: Organó Oficial de La Sociedad de Gastroenterología Del Peru*, 39(3), 215–221. <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/975/937>
- Sbábaro, O., & Benedicetti, J., (1984) *Colostomía en la enfermedad de Hirschsprung*, *Clínica Quirúrgica Infantil* (Director Prof. Dr. W. Taibo). Hospital Pereira Rosse/1. Fac. de Medicina. Montevideo. V. 54, N ° 6. 436-440. file:///C:/Users/paty/OneDrive/Documentos/admin,+98_Colostom%C3%ADa+en+la+enfermedad+de+Hirschsprung_5.pdf
- Secretaría de Salud (2015). *¿Qué son los pólipos del colon? México*. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. <https://www.gob.mx/salud/articulos/que-son-los-polipos-del-colon>
- Tapia, E., Roa, J., Manterola, C., & Bellolio, J., (2010). Cáncer de Colon y Recto: Descripción Morfológica y Clínica de 322 Casos. *International Journal of Morphology*, 28(2), 393-398. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022010000200010>
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022010000200010
- Taylor, S., & Bogdan, R., (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Editorial Paidós. Barcelona, España. <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://pics.unison.mx/maestria/wp-content/uploads/2020/05/Introduccion-a-Los-Metodos-Cualitativos-de-Investigacion-Taylor-S-J-Bogdan-R.pdf>
- Tirado, L., & Mohar, A. (2008). *Epidemiología del cáncer de colon y recto. Tratamiento quirúrgico en colon*. *Gaceta Mexicana de Oncología*. GAMO 7(4). ISSN: 00349437 <chrome->

[extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLEMENTO%20V7%20No%204%202008%20CANCER%20DE%20COLON.pdf](https://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gamo-smeo.com/temp/SUPLEMENTO%20V7%20No%204%202008%20CANCER%20DE%20COLON.pdf)

Torrecillas, T. L. (2019). *Recomendaciones para diagnóstico y tratamiento del cáncer de colon y recto en México. Gaceta mexicana de oncología*, 18(4). Epub 08 de agosto de 2022. 2. Epidemiología, diagnóstico temprano y factores de riesgo. https://www.gamo-smeo.com/files/es/gamo_19_18_4_265-332.pdf

Tres, M. A., (2020). *Cáncer colorrectal y la dieta basada en plantas. Análisis de situación sobre protocolos nutricionales aplicados en pacientes de alto riesgo de CC2 en Argentina año 2020. MPP_Tres_2020. Pdf.* <https://repositorio.utdf.edu/handle/20.500.13098/11336>.
<https://repositorio.utdt.edu/handle/20.500.13098/11336>

Vázquez García, M. & Poca Prats, T. (Eds.). (2015). *Manual de cuidados en ostomías: Difusión Avances de Enfermería* (DAE). ISBN: 978-84-95626-8.
https://www.academia.edu/44352125/MANUAL_DE_CUIDADOS_EN_OSTOM%C3%8DAS

REFERENCIAS DE IMÁGENES

Amazon (2023). Cinturón ligero para colostomía. [Fotografía]. <https://www.amazon.com.mx/prop%C3%B3sito-ajustable-pacientes-colostom%C3%ADa-parastomal/dp/B08C7J835Y>

Amazon fashion (2023). faja para colostomia [Fotografía]. <https://www.amazon.com.mx/Faja-Colostomia-Porta-Bolsa-Negra/dp/B076J66SJT?th=1&psc=1>

Convatec (2023). Usar ropa cómoda [Fotografía]. <https://www.convatec.com/es-es/cuidado-ostomia/>

Etsy (2023). ropa interior [Fotografía]. <https://www.etsy.com/mx/listing/1108926412/ropa-interior-de-estoma-cubierta-de>

Glicotaly (2023). funda para bolsa de colostomía [Fotografía]. <https://www.glicotaly.com/es/Funda-de-bolsa-con-cintur%C3%B3n-negr>

- Hobbees, (2024). Acetate Pad/Hojas de Acetato Transparente [Fotografía]. <https://www.hobbees.com.mx/products/acetate-pack-paquete-de-acetato-transparente>
- IPM (2023). bolsa, cinturón y barrera [Fotografía]. Medimarket (2023). Pasta cutánea. [Fotografía]. <https://ipm.mx/colostomia-4-barreras-y-4-bolsas>
- Medimarket (2023). Polvo hidrocoloide [Fotografía]. <https://medimarket.mx/products/polvo-stomahesive>
- Mercado libre (2023). Tintura de benjuí [Fotografía]. <https://articulo.mercadolibre.com.mx/MLM-948990360-tintura-de-benjuí-pura-calidad-premium-110ml- JM>
- Mundo médico (2023). Removedor de adhesivo [Fotografía]. <https://www.mundomedico.com.mx/products/toallitas-removedor-adhesivo-hollister-adapt>
- Ostotec (2023). Neutralizador de olores [Fotografía]. <https://ostotec.com.mx/productos/accesorios-y-cuidado-piel/adapt-lubricante-y-desodorante-en-botella-c-236-ml/>
- Ostovac (2023). Cinturón [Fotografía]. <https://colostomia.tienda/producto/cinturon-para-barrera/>
- Que farmacia (2023). Tratamiento de heridas [Fotografía]. <https://quefarmacia.com/productos/estericide/>
- Selección médica (2023). Pasta de relleno para Base de Colostomia, [Fotografía]. <https://seleccionmedica.catalog.to/s/gallery/seleccion-medica/ostomia-estetoscopiostensiometrosvendas-y-miscelaneos/dy8/product/-NEIUPcwDMztix-7m-yG>
- Shopee (2023). Botella de limpieza [Fotografía]. <https://shopee.com.mx/-newnorthcast-0323-300-ml-higiene-femenina-limpieza-colostom%C3%ADa-bolsa-de-pl%C3%A1stico-botella-de-lavado-ostomy-bolsas-i.396821419.8230946064>
- Siilostomy (2023). Bañadores de ostomía bolsas clip y barrera [Fotografía]. <https://www.siilostomy.com/productos-para-ostomia/>
- Siilostomy (2023). Traje de baño para caballero [Fotografía]. <https://www.siilostomy.com/cinturon-ostomia/>

Surtido médico (2023). Diferentes tipos de bolsas [Fotografía].
<https://surtidomedico.com.mx/blogs/colostomia/tipos-de-bolsas-de-colostomia>

Walmart (2023). bolsa funda para mujer [Fotografía]. <https://www.walmart.com.mx/ip/equipo-medico/bolsa-de-col-desechable-productos-para-la-incontinencia-bolsa-abierta-bolsa-para-estoma-cubierta-de-rejilla-shamjiam-funda-para-bolsa-de-colostomia/0007181163967>

ANEXOS**Carta de Consentimiento**

Ciudad de México a 28 de septiembre de 2023

Yo, _____ en pleno goce de mis capacidades, manifiesto que autorizo a la C. Patricia J. Castro Sánchez, estudiante de la Licenciatura en Promoción de la Salud, de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM-CH).

El objetivo de este proyecto es identificar los problemas de mayor frecuencia en el manejo de la estoma, como parte del proyecto de titulación “Manual del cuidado de la estoma en pacientes ostomizados “

El uso de los datos proporcionados por su servidor (a), apoyará el desarrollo del proyecto, por lo que su participación será estrictamente confidencial y los datos obtenidos se emplearán únicamente con fines académicos.

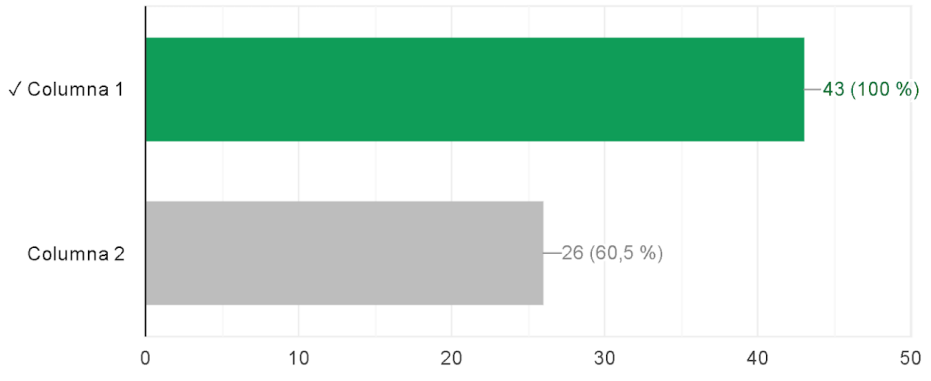
Atentamente.

C. Patricia J. Castro Sánchez.

Estudiante Lic. Promoción de la Salud.

FORMULARIO GOOGLE, A PACIENTES OSTOMIZADOS

Carta consentimiento
17 de 43 respuestas correctas

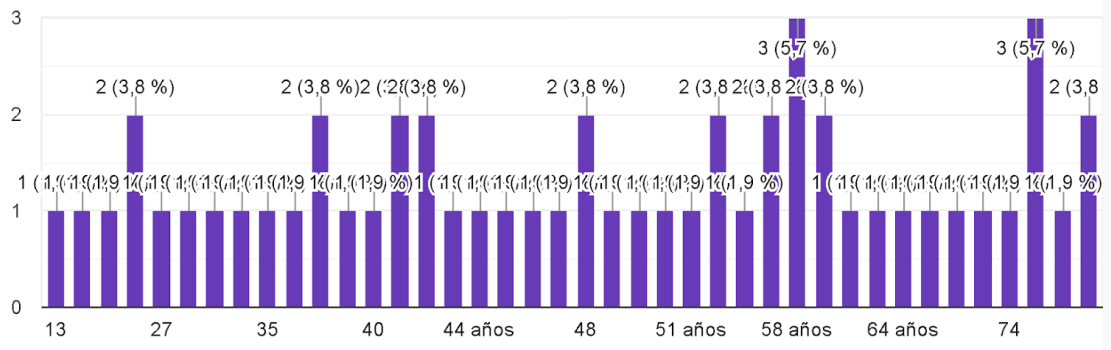


Se observó una muestra de análisis de 50 sujetos de los cuales 29 fueron mujeres y 21 hombres.

En cuanto al género se reveló que la participación de mujeres con una estoma fue mayor (60.4%) con respecto a los hombres (39.6%) son hombres.

La media promedio de edad fue de 48 años, siendo el más joven de 13 años y el mayor de 82 años, ambos portadores de estoma digestiva.

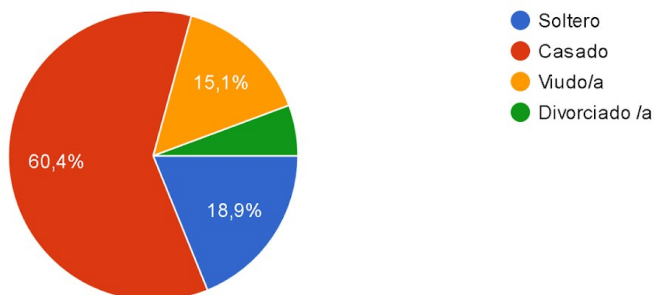
3.- Edad
53 respuestas



El estado civil del paciente (Figura 1) mostró que el 60.4% están casados, solteros (18.9%), viudos (15.1%) y divorciados (5.6%).

4.- Estado civil

53 respuestas

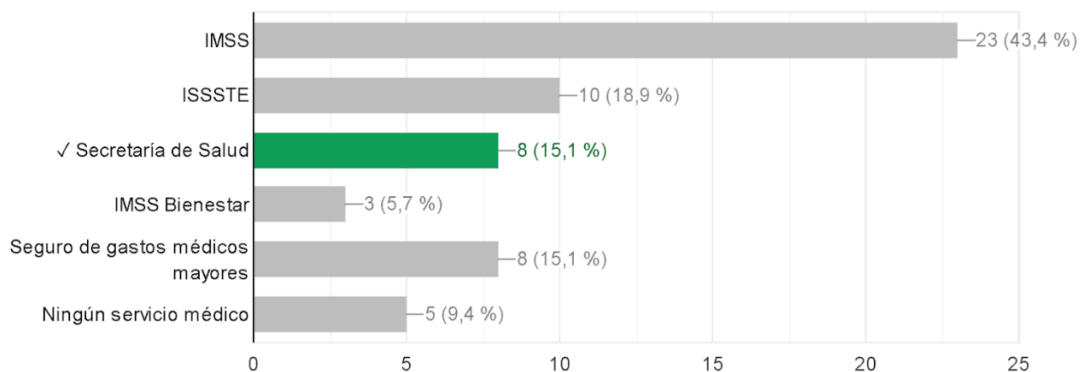


Los pacientes refirieron que viven con su familia (90.6%) y el 9.4% vive solo.

Con respecto al sistema de seguridad social para el servicio médico y de salud, la población monitoreada comentó que utilizan de mayor a menor el IMSS seguido del ISSSTE, Secretaría de Salud, Seguro de Gastos Médicos Mayores y IMSS bienestar, a la fecha existe una población que no utiliza los servicios médicos (Figura 2).

6.- ¿De los siguientes servicios médicos indique con cual cuenta?

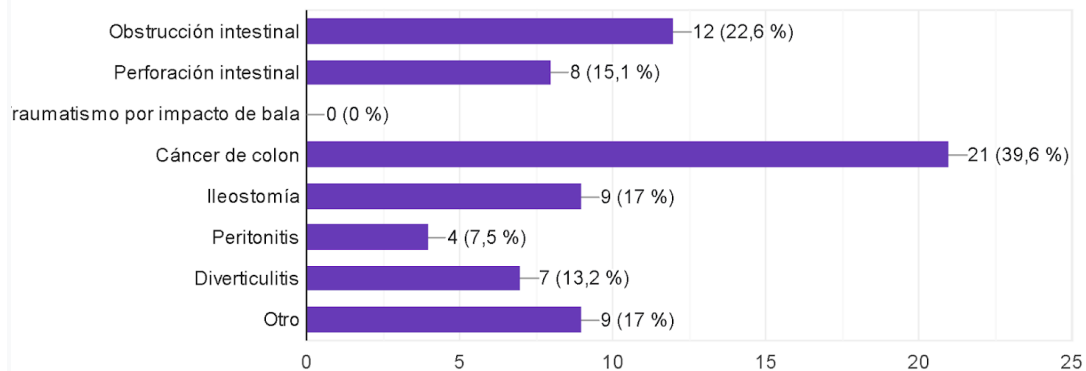
8 de 53 respuestas correctas



En la población de estudio la mayoría respondieron a la pregunta de qué se realizó una estoma digestiva por cáncer de colon. El 39.6% seguido por obstrucción intestinal con un 22.6%. (Figura 3).

7.- ¿Cuál es el padecimiento por el cual le realizaron una estoma?

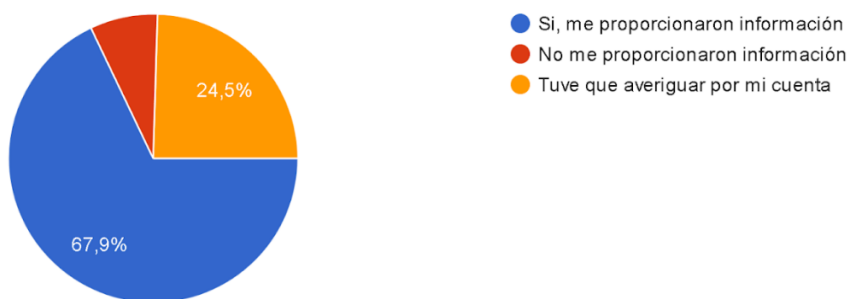
53 respuestas



Referente a que, si les habían proporcionado información acerca de la colocación de la bolsa recolectora, así como utilizar los dispositivos relacionados con el cuidado de la piel periestomal. El 67.9% informó que sí, le proporcionaron información, seguido por: tuve que averiguar por mi cuenta. (Figura 4).

8.- ¿Después de la cirugía, el medico tratante o personal de enfermería le proporcionaron indicaciones relacionadas con la colocación y camb...recolectora, así como los accesorios requeridos?

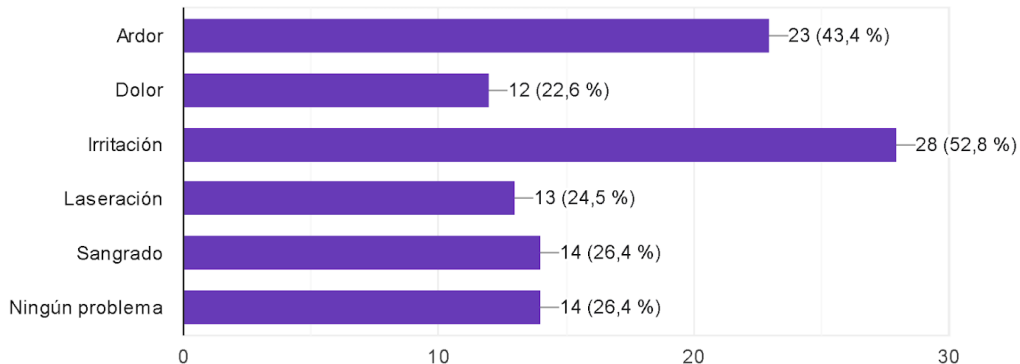
53 respuestas



Se les cuestionó sobre si presentaron algún problema con el manejo de la estoma y los participantes comentaron que: irritación con un 52.8% seguido por el ardor con un 43.4% (Figura 5).

9.- ¿De las siguientes opciones, indique cuales ha presentado o si presentó algún problema con el manejo de la estoma?

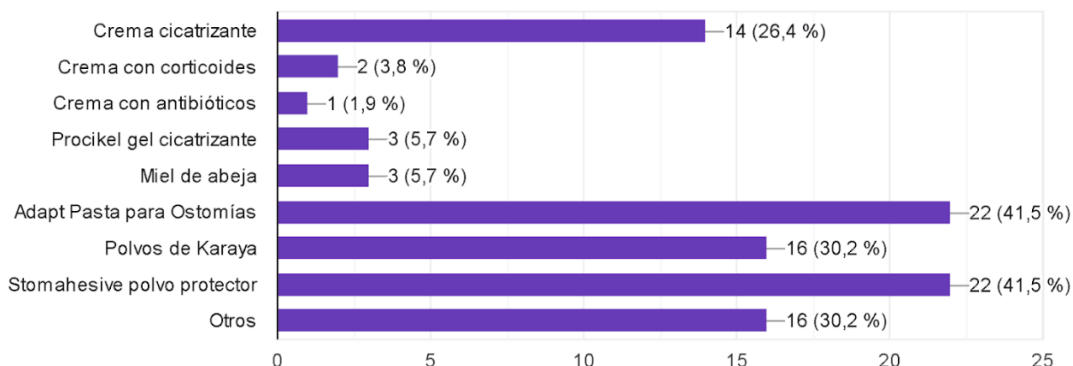
53 respuestas



Al preguntarles respecto con que habían disminuido sus molestias respecto a la pregunta anterior, los participantes manifestaron que el medicamento que más usan es el Adapt Pasta para Ostomía y el Stomahesive polvo protector, con un 41.5% (Figura 6).

10.- ¿De las siguientes opciones, indique cual (es) ha utilizado para disminuir las molestias o síntomas de la pregunta 9.

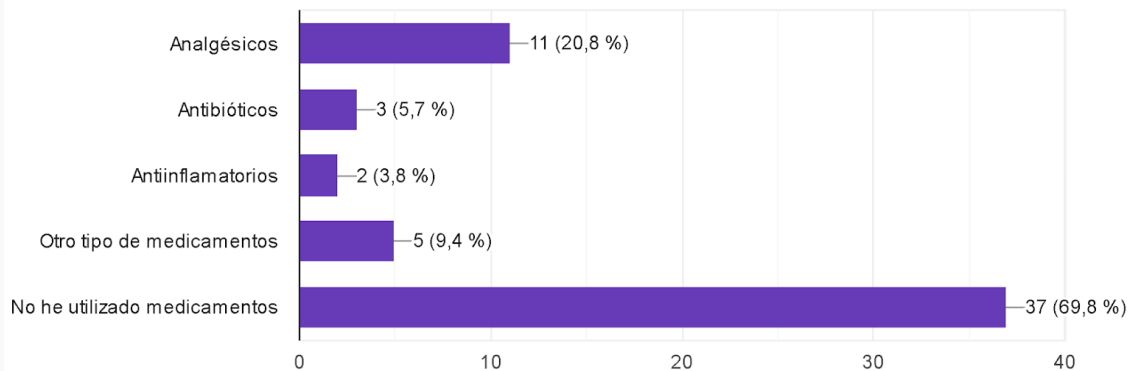
53 respuestas



Por lo que concierne a contrarrestar las molestias de la estoma, los participantes refieren que: no han utilizado ningún medicamento, con un 69.8%. (Figura 7).

11.- ¿Ha utilizado medicamentos para contrarrestar las molestias de la estoma?

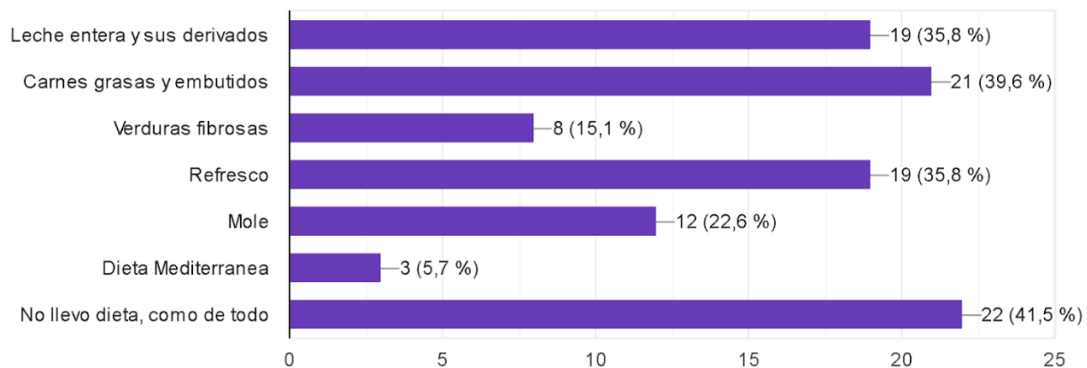
53 respuestas



Cabe mencionar que entre las preguntas que se les hicieron fue sobre su alimentación. el 41.5% de los participantes manifestaron que no llevan ningún tipo de dieta y que comen de todo. (Figura 8).

12.- ¿Mantiene dentro de su alimentación alguna dieta o restricción que se asocie con la tolerancia de las molestias señaladas en la pregunta 9? Indique cuál.

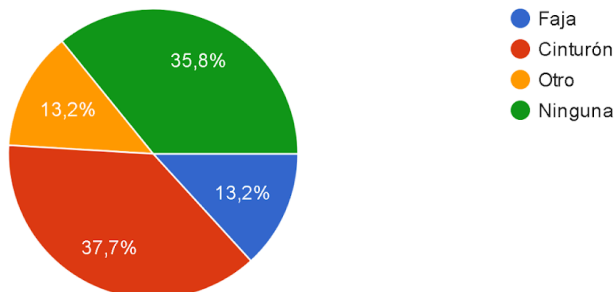
53 respuestas



En relación, con los dispositivos que sostienen la bolsa recolectora como: cinturón, faja u otro dispositivo, los participantes dijeron que: el cinturón con un porcentaje de 37.7%. (Figura 9).

13.- ¿Para sostener la bolsa recolectora, le han recomendado alguna alternativa?.

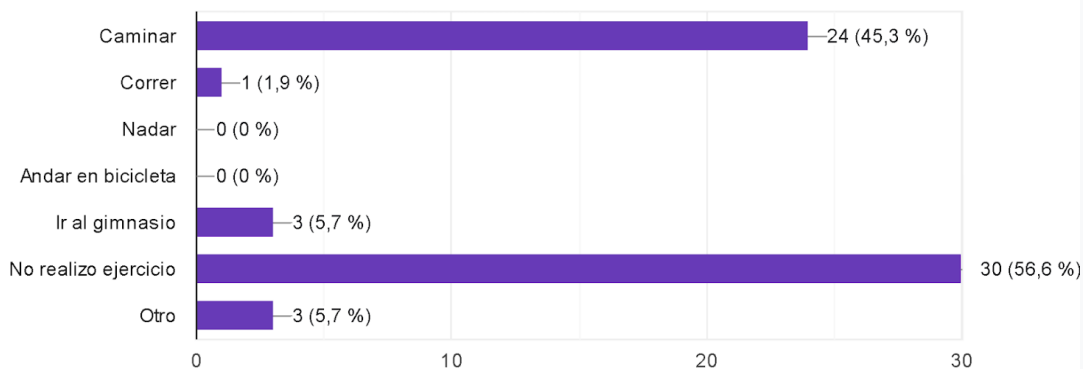
53 respuestas



Debido al incremento de peso y que a veces hay problema de poner la barrera por los pliegues que puedan presentar los participantes, se les cuestionó que, si hacen algún tipo de ejercicio, a lo que la mayoría respondió: que no hacen ejercicio, con un 56.6% seguido de caminar con un 43.3%. (Figura 10).

14.- ¿Para no presentar problemas relacionados con la colocación de la barrera por un incremento de peso, realiza ejercicio? Indique cual.

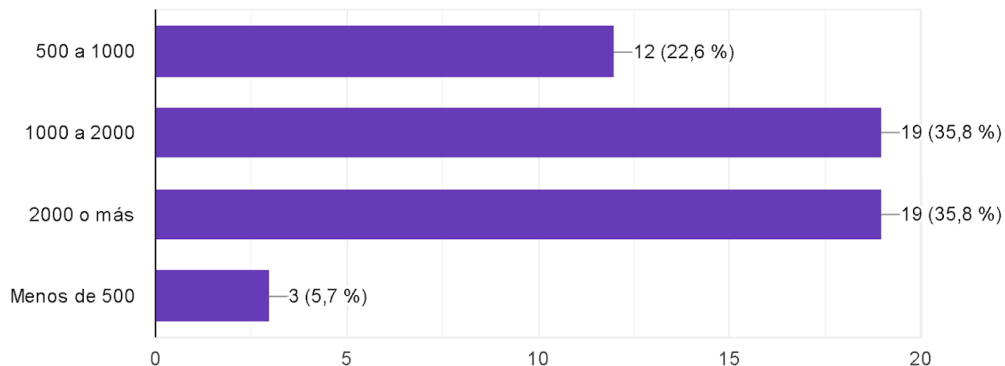
53 respuestas



En relación a cuánto gastan al mes respecto al material de curación que utilizan para el cuidado de su estoma, la mayoría de los participantes coincidió que entre 1000 a 2000 y otro tanto dijo que más de 2000 pesos al mes. Empatadas estas cifras con un 35.8%. (Figura 11).

15.- ¿Cuánto gasta al mes en la compra de barreras, bolsas, pomadas, hidrocoloide, gasas, guantes, y medicamentos para el cuidado de la estoma?

53 respuestas

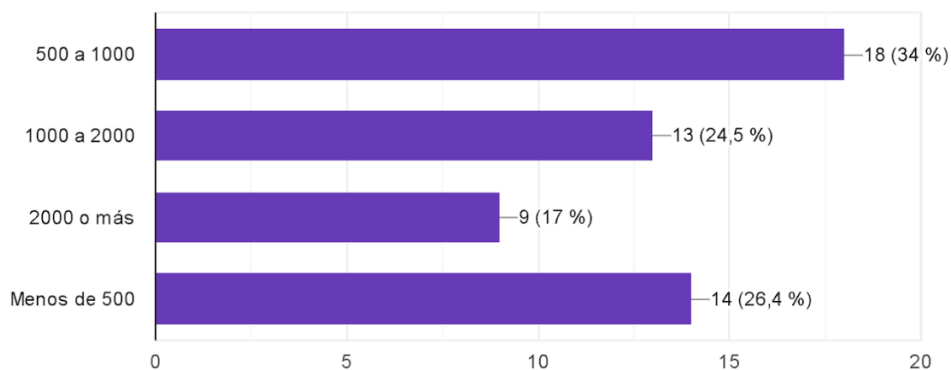


Con respecto a los artículos o medicamentos que utiliza con más frecuencia ¿Cuáles son los que más gasta al mes? la mayoría de los participantes manifestaron que: la bolsa recolectora con un 84.9% seguida por la barrera con un 47.2% siendo las dos cosas que más utilizan los participantes. (Figura 12).

Tomando en cuenta sobre los costos mensuales relacionados con la consulta, transporte, alimentos, consulta, hospedaje etc., los participantes comentaron que: entre 500 y 1000 pesos mensuales es lo que gastan con un 34%. (Figura 13).

17.- ¿Indique cuál es el costo, cada vez que requiere ayuda o consulta para atender las molestia relacionadas con el cuidado de la estoma, incluyendo transporte, alojamiento y alimentos, etc.?.

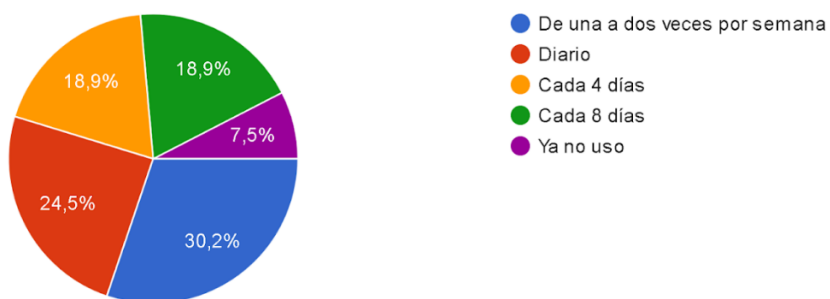
53 respuestas



En cuanto al periodo que tienen para cambiar la bolsa recolectora los participantes indicaron que: de una a dos veces por semana. Con un 30.2%, seguida por un 24.5% que dijeron que la cambian a diario. (Figura 14).

18.- ¿Indique el periodo de tiempo para cambiar la bolsa recolectora?

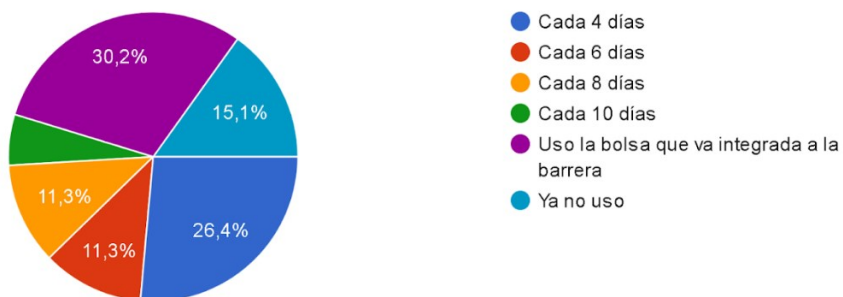
53 respuestas



Por lo que concierne al cambio de la barrera cada cuando la cambian manifestaron los participantes que usan la bolsa que va integrada a la barrera. Con un 30.2%. (Figura 15)

19.- ¿Indique el periodo de tiempo para cambiar la barrera?

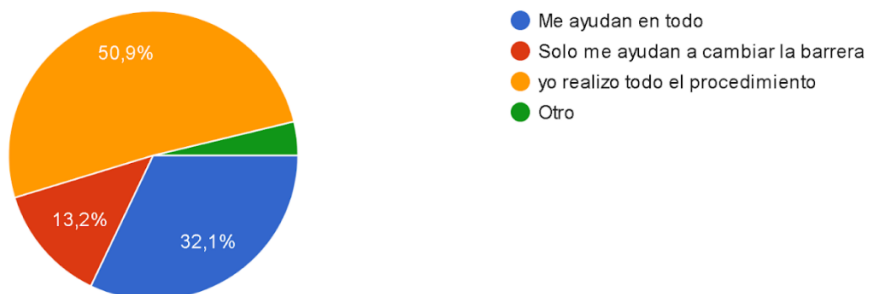
53 respuestas



Mediante al cambio de la bolsa y la barrera los participantes indicaron que: ellos realizan todo el proceso con un 50.9%. (Figura 16).

20.- ¿Durante el cambio de la bolsa recolectora y la barrera, indique cual de las siguientes opciones requiere?

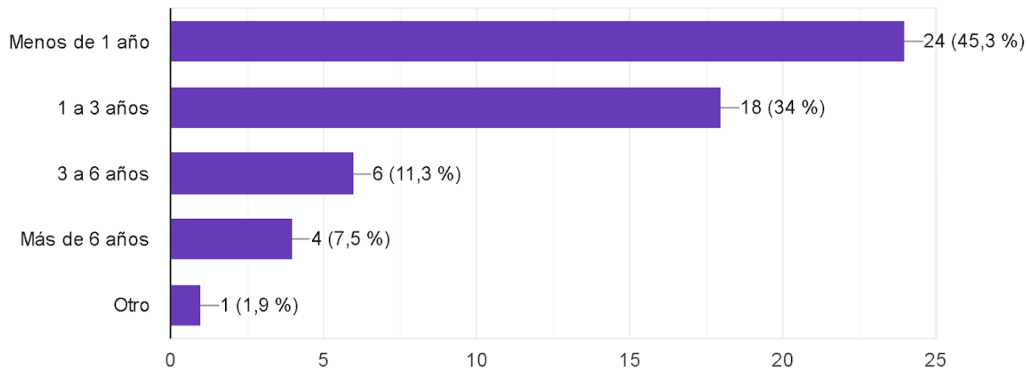
53 respuestas



Referente al tiempo, se les cuestionó a los participantes que cuánto llevan con su estoma, a lo que los participantes comentaron que: menos de un año. con un 45.3%. (Figura 17).

21.- ¿Cuánto tiempo lleva con su estoma?

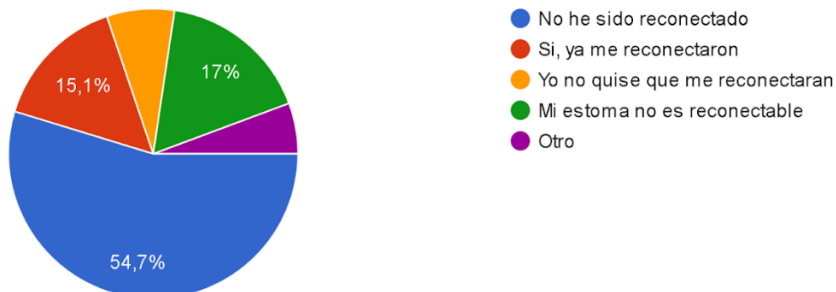
53 respuestas



Sobre cuál es su situación reciente acerca de su procedimiento quirúrgico la mayoría de los participantes comentaron que: no han sido reconectados. Con un 54.7%. (Figura 18).

22.- ¿Señale cual es su situación actual respecto al procedimiento quirúrgico?

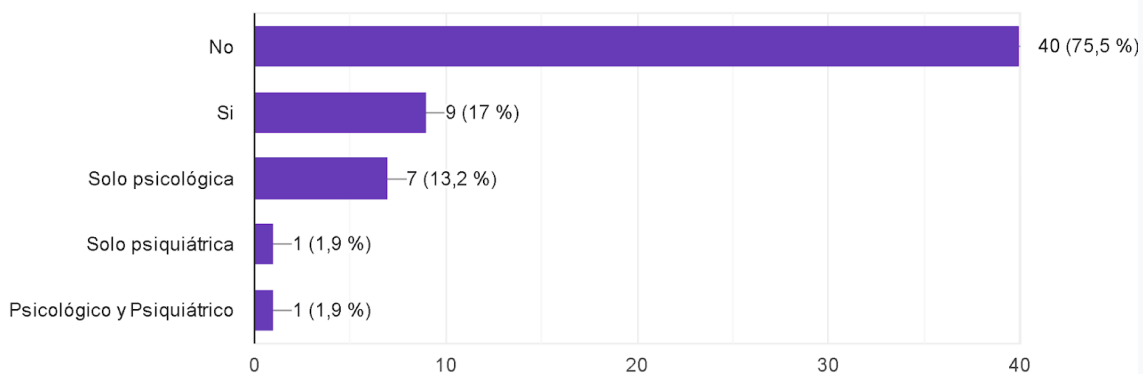
53 respuestas



Y, por último, cuando se les preguntó si han necesitado algún apoyo psicológico o psiquiátrico, la mayoría de los participantes indicaron que: no. con un 75.5%. (Figura 19).

23.- ¿Ha requerido apoyo Psicológico o Psiquiátrico durante el proceso de recuperación?

53 respuestas



DOSSIER PARA PACIENTES OSTOMIZADOS

DOSSIER SOBRE EL CUIDADO DE LA ESTOMA

OBJETIVO GENERAL

Elaborar el dossier de cuidados para pacientes ostomizados, desde la Promoción de la Salud.

x

01

Identificar las problemáticas complicaciones que sufren los pacientes ostomizados a partir de una encuesta.

02

Rescatar la información sobre la alimentación adecuada para los pacientes ostomizados.

03

Desarrollar recomendaciones y consejos prácticos para el manejo adecuado de la ostomía.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La falta de conocimiento sobre el cuidado y manejo del paciente con una estoma digestiva representa un peligro latente en la calidad de vida del paciente?



CONSEJOS

01

Después de la cirugía buscar a personas especialistas en el cuidado de la estoma, ellos te orientarán sobre los dispositivos que debes comprar, así de como los debes de usar.

02

Debes de poner mucha atención en el color de tu estoma, debe de estar rojita y si notas que se pone de color oscuro debes de ir de inmediato al hospital para que te revisen.

03

Mantener tu estoma en optimas condiciones te ayudará a llevar una vida lo más plena posible.



DISPOSITIVOS

Colocación del hidrocloide alrededor de la estoma.



Colocación de la barrera



Colocación de la bolsa



Guía de medición y acetato, para medir el tamaño de la estoma sobre la barrera.



Barrera de frente y de atrás.



Hidrocloide



Pasta para evitar fugas.



Polvos y sprites para la piel dañada



Bolsa, cinturón y barrera

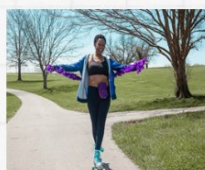
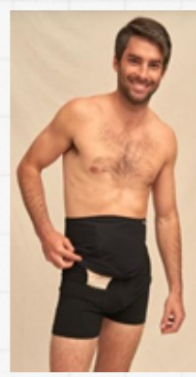
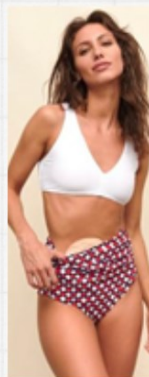
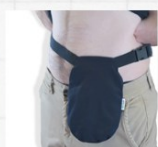


Toallas removedoras de adhesivo





ACCESORIOS



DIETA Y EJERCICIO

Orientación sobre la dieta y la nutrición adecuadas, debe de ser personalizada, ya que la ileostomía requiere una dieta más seca, al contrario de la colostomía que puede comer casi de todo.

Fomentar la actividad física: Promover la importancia de mantenerse activo y evitar el sedentarismo. Esto puede incluir la organización de actividades deportivas, caminatas grupales, clases de ejercicio. Solo no esta permitido actividades que puedan poner en riesgo la salud del paciente, como: karate, box, taekwondo, etc.

CONCLUSIONES

Es esencial que el paciente ostomizado aprenda las “3 As”

Si una persona con ileostomía o colostomía aprende a manejar cómo cambiar su barrera por lo menos una vez a la semana, y la bolsa cada 4 días, reduce al mínimo el riesgo de desarrollar complicación y su vida va a ser casi normal, porque ha aprendido cómo adaptarse a esas nuevas circunstancias, no necesariamente tiene que buscar la reconexión para volver a su estado normal, pero si la persona intenta reconectarse, corre mucho riesgo, porque el intestino operado el cual se le practicó una ostomía queda con muchas adherencias, hernias abdominales y debilidad de la pared abdominal anterior, puede desarrollar complicaciones, destacando las fugas lo que requerirá una nueva intervención y podrá llevar al paciente a un estado de peligro e incluso la muerte. Es necesario que el paciente aprenda a “Aceptar” su situación actual y que vea que nada va a volver hacer igual, en segundo “Adaptarse” a su nueva vida y que vea que tienen una segunda oportunidad; por último tienen que “Aprender” a asearse por sí solo. Por lo tanto si toma en cuenta las tres “A” podrá hacer su vida de manera casi normal.

REFERENCIAS

- Cherúa, G. L. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. Unidad de Coloproctología del Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México. *Rev. Med. Hosp. Gen. Mex.*, 2006, 69 (2).
- Murillo, A. Z., Arévalo, F. E., Jáuregui, E. P. (2016). Dieta pobre en FODMAPs (fermentable oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides and polyols) en el síndrome de intestino irritable: indicación y forma de elaboración. *Endocrinología y Nutrición*, 63(3).
- Organización Mundial de la Salud. (2022, 3 febrero). Cáncer, datos y cifras.
- Tirado, L., & Mañal, A. (2008). Epidemiología del cáncer de colon y recto. Tratamiento quirúrgico en colon. *Gaceta Mexicana de Oncología* (Vol. 7). ISSN: 00349437
- Gilcalaly (2023). funda para boba de colostomía [Fotografía].
- Habitbees. (2024). Aceite Pad/Hojas de Aceite Transparente [Fotografía].
- IPM (2023). boba, cinurón y barrera [Fotografía].
- Medimarte (2023). Pasa cutánea. [Fotografía].
- Medimarte (2023). Pava hidroalcohólica [Fotografía].
- Mercado libre (2023). Tintura de Benjuí [Fotografía].
- Mundo médico (2023). Removedor de adhesivo [Fotografía].
- Obetes (2023). Neumalizador de alares [Fotografía].
- Obetes (2023). Cinurón [Fotografía].
- Que farmacia (2023). Tratamiento de heridas [Fotografía].
- Selección médica (2023). Pasa de relleno para Base de Colostomía. [Fotografía].
- Shopee (2023). Botella de limpieza [Fotografía].
- Sillasomy (2023). Bañadores de ostomía boba clip barrera [Fotografía].
- Sillasomy (2023). Traje de baño para colostomía [Fotografía].
- Surrida médica (2023). Diferentes tipos de bobas [Fotografía].
- Walmart (2023). boba funda para mujer [Fotografía].

