



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/220.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Enfermedad diverticular aguda y el impacto de una colostomía en una persona joven**

Autores Raquel *Arquero Jerónimo*, Jesús *Mateo Segura*, Dionisia *Casquet Román*

Centro/institución Barnet and Chase Farm Hospitals NHS Trust

Ciudad/país High Barnet, Hertfordshire, United Kingdom

Dirección e-mail raquelarquero@hotmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

La enfermedad diverticular se produce por la presencia de divertículos en el colon. La diverticulitis aguda es una complicación de esta enfermedad que suele observarse con mayor frecuencia en adultos mayores de 50 años, la prevalencia de diverticulitis aguda en menores de 40 años se sitúa entre un 2 y un 5%, siendo mayor el número de casos en hombres que en mujeres y teniendo como factores de riesgo asociados: obesidad, hipertensión, colelitiasis y una dieta pobre en fibra, siendo la obesidad la condición comórbida con mayor incidencia según el estudio de Konvolinca y asociados, hasta en un 17% de los casos estudiados. La diverticulitis aguda tiene una alta virulencia en personas jóvenes, no está bien determinado por qué pero unos de los motivos podría ser el retraso del diagnóstico debido a su dificultad y a la baja sospecha en personas menores de 40 años en los que muchas veces se puede confundir con apendicitis. Esta es una de las causas por las que a menudo se necesita realizar cirugía de urgencia para solventar el problema. La cirugía de urgencia más común en estos casos consiste en una resección primaria del tramo afectado y una colostomía temporal, con el impacto que esto conlleva en la vida del paciente.¹

Una colostomía es una abertura creada quirúrgicamente en el intestino grueso (colon), a través de la pared abdominal. Esto resulta en un cambio de la función corporal normal para permitir la eliminación del contenido intestinal después de la enfermedad o lesión.²

Metodología

Realizamos una investigación cualitativa en un joven de 28 años de edad que ingresa en la planta de cirugía general y digestiva de Damson en el Hospital londinense de Barnet and Chase Farm tras haber sido intervenido de urgencia por una diverticulitis aguda. Nuestra investigación se llevó a cabo entre los meses de Mayo y Junio de 2014. Para la obtención de datos usamos una entrevista no estructurada a través de la que conseguimos la información que necesitábamos y a través de la cual el paciente nos fue contando más abiertamente y con confianza sus miedos y preocupaciones sin necesidad de establecer una serie de preguntas predeterminadas.

Resultados

Nuestro sujeto de estudio, un hombre de 28 años, acudió a urgencias con intenso dolor en el cuadrante inferior izquierdo y con fiebre. Tras la realización de análisis, radiografía de abdomen y TAC, se llegó al diagnóstico de diverticulitis aguda y el paciente fue intervenido de urgencia de una resección primaria con colostomía reversible.³

Tras una colostomía, el paciente suele permanecer entre 3 y 7 días ingresado, este tiempo se prolonga si la intervención ha sido de urgencias o si surge alguna complicación postoperatoria.

A los 5 días de llegar a nuestra unidad, cuando el paciente se encontraba con menos dolor, había empezado a tolerar dieta sólida y estaba recuperando su movilidad, comenzamos con nuestra investigación. Nuestra intención fue observar al paciente a diario, así como hablar con él usando la metodología de la entrevista no estructurada para obtener información de los miedos y preocupaciones del paciente. Controlamos el dolor con analgesia pautada, nos pusimos en contacto con la enfermera especialista en colostomías, la cual venía a diario a visitar al paciente y nos dejaba información por escrito de su evolución y aprendizaje. Durante los primeros días, nos encontramos con un paciente joven muy deprimido y asustado por su nueva situación, con gran rechazo hacia el estoma y sin ganas de salir de la cama. Nos verbalizó que sentía que su vida acababa con el estoma, que como iba a poder continuar con normalidad en su trabajo o con su vida social si llevaba una bolsa colgando de su abdomen llena de heces. Le preocupaba el olor, el rechazo de la gente, que su pareja se apartase de él, que le despidieran del trabajo...Estas eran las cuestiones que recogimos con más frecuencia al realizar la entrevista no estructurada. El beneficio de usar este tipo de entrevista, es que te permite ir abordando los temas que se quieren tratar mientras tenemos una conversación con el entrevistado y así éste puede ir desarrollando su versión del asunto, manteniendo siempre la iniciativa de la conversación mientras que nosotros nos limitamos a animarlo o incitarlo para incidir con más profundidad en los temas que nos parezcan más interesantes.

Usaremos el nombre ficticio de “Luis” al hablar del paciente para preservar su anonimato. Luis nos contó que era abogado y que llevaba una vida bastante estresante por la gran carga de trabajo que tenían en su bufete, que él, que siempre había sido una persona sana y deportista, había empezado a llevar una alimentación mala y desordenada, lo que le había llevado a engordar casi 10 kilos en el último año, había dejado de hacer deporte por falta de tiempo y había vuelto a fumar. A consecuencia de todo esto, tenía problemas personales con su pareja y nos verbalizó: “Esto es ya la gota que colma el vaso”.

Después de obtener toda la información necesaria, pudimos acotar las áreas que más necesitábamos trabajar con nuestro paciente a estudio. Los primeros días fueron duros porque no conseguíamos contactar con Luis ni motivarlo de ninguna manera para que empezara con su recuperación. Le explicamos que no se trataba de una colostomía permanente, que era un proceso reversible que se resolvería en unos tres meses si todo iba bien, le remarcamos la importancia de que empezara a aprender a manejarse con el estoma porque de lo contrario tendría que pasar más tiempo ingresado en el hospital con el consiguiente riesgo de contraer una infección respiratoria y tardaría más en recuperar su vida. Le motivamos contándole nuestra experiencia con casos similares al suyo, proporcionándole apoyo psicológico e información sobre colostomías y grupos de apoyo con los que podía contactar a través de redes sociales.

Le aconsejamos que visitara páginas webs como la de la *American Cancer Society* que aporta mucha información práctica a las personas con colostomías y que permite preguntar dudas y encontrar sistemas de apoyo si fuera necesario.⁴

Poco a poco Luis empezó a colaborar con nosotros y con la enfermera de colostomías, la primera vez que cambió la bolsa y limpió el estoma por sí mismo nos comentó que no era tan difícil como él creía y que podría manejarse solo en breve con un poco más de práctica. Sintió el apoyo de su pareja, familiares y amigos con sus visitas diarias al hospital y esto le proporcionó el empuje necesario para continuar con el aprendizaje.

Nuestro paciente tuvo una infección en la herida quirúrgica y eso prolongó su estancia en el hospital ya que tuvo que estar en tratamiento con antibióticos y curas diarias pero tras 22 días de hospitalización, Luis volvió a casa sintiéndose seguro con el manejo de la colostomía y con información suficiente para mejorar sus hábitos de vida.

Discusión/Conclusiones

El aprender a vivir con una colostomía puede parecer un gran reto, pero debe verse como cualquier cambio importante que podamos tener en nuestra vida. Al principio se va a tener que acostumbrar a los nuevos aspectos de su vida e intentar mostrar una actitud abierta ante los cambios que acontecen. Una actitud positiva, paciencia y sentido del humor, son la clave para ajustarse a cualquier cambio en la vida. Todo esto siempre resulta más traumático cuando hablamos de personas jóvenes, que nunca esperan sufrir un revés de este tipo y que viven tan deprisa que no tienen tiempo de pararse a reflexionar ante un cambio de este tipo, es por ello que van a necesitar más apoyo y orientación para poder asumir una situación tan inesperada.

Por nuestra parte, debemos orientar nuestros cuidados de enfermería a las necesidades del paciente y ayudarlo a aceptar su nueva situación utilizando todas las herramientas a nuestro alcance y trabajando como parte de un equipo multidisciplinar. En el caso concreto del hospital inglés en el que trabajamos, el paciente no se va de alta hasta que todo el equipo que le está tratando no lo ve conveniente, esto quiere decir, que puede que medicamente este listo para irse de alta pero si la enfermera de colostomías por ejemplo no le ve preparado para manejarse solo con el estoma en casa, el paciente debe continuar su aprendizaje en el hospital hasta que esté preparado. De este modo, nos aseguramos que en el momento en el que el paciente abandona el hospital lo haga de una forma segura y con toda la información que necesita para continuar con su vida. Igualmente, el paciente volverá a consulta para revisión y se le facilitará un número de contacto directo con nosotros para que pueda resolver las dudas que le vayan surgiendo. El uso de la entrevista no estructurada como metodología de trabajo nos ayudó a conocer de mano del paciente todas sus necesidades y las áreas que más necesitábamos trabajar con él. Escucharle durante nuestras sesiones diarias nos ayudó a promover una

pronta y satisfactoria recuperación, lo encontramos como un método muy útil para ponerlo en práctica en casos próximos y con nuestro paciente fue bastante efectivo.

Bibliografía

1. Chávez-Tapia NC, Lizardi-Cervera J. Diverticulitis en paciente joven. *Medica Sur*. 2002;9(4):161-164.
2. Lenneberg E, Mendelssohn A, Gross L. Guía de Colostomía. Estados Unidos: United Ostomy Association, Inc.; 2004.
3. Murphy T, Hunt RH, Fried M, Krabshuis JH. Diverticular Disease. WGO Practice Guidelines.
4. American Cancer Society. Disponible en:
<<http://www.cancer.org/espanol/servicios/tratamientosyefectossecundarios/efectossecundariosfisicos/fragmentado/colostomia--una-guia>> [Acceso: 02/07/2014].