

## 5. Salud sexual en los pacientes ostomizados

**Vanesa Vallejo Sánchez**

Enfermera en servicio de Endocrinología y Nutrición.

### RESUMEN

Ser portador de una ostomía es una de las consecuencias que puede acarrear un proceso oncológico.

La enfermería es la encargada de realizar la educación sanitaria a dichos pacientes y a enseñarles cómo afrontar este reto.

Desafortunadamente, nuestra profesión se centra en numerosas ocasiones, solamente en la parte biológica del proceso, obviando la necesidad sexual del paciente que ocupa una parte muy importante en su vida.

En este artículo revisaremos toda la información disponible sobre sexualidad en pacientes ostomizados. Intentando encontrar soluciones que eliminen o disminuyan las barreras que en la actualidad limitan nuestro campo de actuación.

**Palabras clave:** Ostomías, sexualidad, factores, tipos, estomatoterapia.

### ABSTRACT

*Being a carrier of an ostomy is one of the consequences that an oncological process can entail.*

*Nursing is responsible for providing health education to these patients and teaching them how to face this challenge.*

*Unfortunately, our profession focuses on numerous occasions, only on the biological part of the process, ignoring the sexual need of the patient who occupies a very important part in his life.*

*In this article we will review all available information on sexuality in ostomized patients. Trying to find solutions that remove or reduce the barriers that currently limit our field of action.*

**Keywords:** Ostomies, sexuality, factors, types, stomaterapia.

### INTRODUCCIÓN

En el trabajo que nos ocupa, el tema central será la sexualidad, sobre todo teniendo en cuenta que es una de las respuestas humanas más perjudicadas en los pacientes portadores de una ostomía tras padecer una enfermedad (cáncer vesical, colorectal, enfermedad de Crohn, diverticulitis, colitis ulcerosa...).

Precisa un enfoque respetuoso y positivo de las relaciones sexuales y de la sexualidad, también la de tener la posibilidad de tener experiencias sexuales libres, seguras y placenteras, sin padecer nunca coacción, violencia o discriminación (2).

El hecho de ser portador/a de una ostomía no suprime la necesidad de recuperar o mantener la vida sexual.

En ocasiones, la enfermería se centra únicamente en la parte biológica del proceso, olvidando que la sexualidad es una necesidad muy importante, debemos tener esto en cuenta si queremos ofrecer a nuestros pacientes unos cuidados holísticos e integrales.

Si a todo lo anterior le añadimos el hecho de el propio personal de enfermería puede sentirse incómodo al tratar este tema o que no posea las herramientas suficientes para afrontar este tema, vemos la esfera sexual está frecuentemente omitida en la planificación de la asistencia enfermera (3).

Los modelos y teorías de enfermería han aspirado siempre a proporcionar a los pacientes cuidados integrales. Virginia Henderson y su modelo de necesidades básicas, no aborda directamente el tema sexual, pero no deja de ser un modelo transversal que valora enormemente la necesidad de comunicarse (4).

En este trabajo, se intentará describir las barreras que nos impiden afrontar adecuadamente el tema de la sexualidad en pacientes ostomizados a los profesionales de la enfermería y también a los pacientes.

Es por eso, que nos centraremos en realizar una revisión bibliográfica de toda la información que haya disponible sobre la sexualidad en pacientes portadores de ostomías. Buscando siempre acciones que eliminen o minimicen las barreras existentes en la actualidad.

### Salud

La concepción de salud ha ido variando a lo largo del tiempo, en la actualidad se considera salud cómo la ausencia de enfermedad, pero si examinamos ésta definición detenidamente, observaremos que es incompleta y limitada.

La salud debe ser considerada como un continuo, donde el sujeto debe ser situado en diferentes momentos y situaciones de su vida, teniendo en cuenta aspectos psíquicos, físicos o relacionados con su entorno.

El cuidado, debe ser un acto mantenido en el tiempo, que instaure hábitos de vida encaminados hacia el bienestar y la supervivencia. (1).

### Evolución del concepto de salud

Tres fueron los enfoques principales sobre el concepto "salud":

### Modelo médico

Fue el modelo que dominó América del Norte durante el siglo XX. En su versión más cruda, el "modelo médico" considera al cuerpo una máquina que tendrá que ser "reparada" cuando se "rompa". Con lo que considera la salud, la ausencia de toda enfermedad.

Este concepto es bastante problemático, y no se adapta a los problemas reales tales como problemas sociales o mentales, reduciendo todo a la prevención.

### Modelo holístico

Este modelo queda ejemplificado en la definición de la Organización Mundial de la Salud "estado de completo bienestar mental, físico y social, no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones".

Amplificó el punto de vista rigurosamente médico, introduciendo el término "salud positiva", y aunque no utilizó originariamente dicho término, dicho concepto estuvo vigente durante varios años en todo el mundo, pero cabe destacar que su terminología no resultaba suficiente, ya que era imposible cuantificar el bienestar mental o físico.

### Modelo de bienestar

En 1984, un documento de la Organización Mundial de la Salud, proponía alejarse del concepto de salud que la consideraba únicamente como un estado y evolucionar hacia un modelo más dinámico, presentando la salud como una fuerza o proceso.

Se amplió gracias a la "Carta de Ottawa" para la Promoción de la Salud en 1986, en la que se sostiene que la salud es "el grado en el que un individuo o grupo es capaz de lograr sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, también de la capacidad de adaptarse al medio ambiente. La salud es un recurso para la vida cotidiana, no un objetivo en la vida, Es un concepto positivo, que acentúa los recursos personales y sociales, así como las capacidades físicas". (2)

### Salud sexual

En 1975 la OMS definió por primera vez este concepto, y comienza a recomendar a todos los gobiernos desarrollar programas informativos, considerándola un aspecto primordial del individuo ligada a la calidad de vida y a la salud.

Dentro de las recomendaciones principales, sugiere que debería existir un perfil mínimo básico que capacite en salud sexual a los profesionales de la salud (enfermería, medicina...).

Estos perfiles mínimos deberían contener:

- Conocimientos básicos respecto a la sexualidad humana.
- Consciencia de las actitudes individuales hacia la propia sexualidad y la de otros, incluyendo evidentemente, una actitud respetuosa y empática hacia las personas con orientaciones y prácticas sexuales diferentes.

- Destreza y habilidad profesional para saber identificar y en caso de ser necesario, referir los problemas relacionados con la salud sexual al profesional adecuado.

Se acordó también, la necesidad de apoyar la formación continua, debido principalmente a la naturaleza en permanente cambio del conocimiento sexual.

A pesar de dichas recomendaciones, el camino que queda por recorrer es muy largo. En los programas de estudios generales aún no se han incluido los suficientes temas relativos a sexualidad, excepto en el ámbito de la salud comunitaria en el que si se están haciendo grandes esfuerzos.

En los pacientes oncológicos intervienen gran cantidad de factores, la preocupación por su propia sexualidad y las alteraciones que todo el proceso comportará deberían ser una necesidad básica dentro de la asistencia integral que los profesionales sanitarios ofrecemos a dichos pacientes.

Las disfunciones sexuales son problemas normalmente infravalorados por el equipo de salud, generalmente por falta de formación respecto al tema. Omitir dicho tema, puede hacer sentir al paciente que su sexualidad ha terminado (2, 3).

### Factores que afectan a la salud sexual

#### Cirugía

En mujeres premenopáusicas la extirpación de los ovarios o de la glándula suprarrenal, suele provocar una disminución del interés sexual. Factores como la lubricación vaginal, la sensación o frecuencia del orgasmo, pueden afectar al deseo. Aunque hay que destacar que en todas las mujeres, no se producen los mismos efectos. (4, 5)

Del mismo modo una histerectomía, puede conllevar problemas derivados de los efectos de la cirugía local, tales como acortamiento vaginal, tejido cicatrizal en la cúpula vaginal o pelvis con dispareunia (coito doloroso) asociada. (6).

Cirugías como la mastectomía o vulvectomía, parciales o totales, pueden modificar órganos que tienen una relación directa con la función sexual. La disección ganglionar, que muy frecuentemente va asociada a una cirugía oncológica, puede provocar un linfedema (hinchazón por acúmulo de líquidos en tejidos blandos del organismo debido a un deficiente funcionamiento del sistema linfático, siendo incapaz de frenar la linfa) en los miembros inferiores, pudiendo restringir la movilidad si llegase a ser severo, o modificar la imagen corporal si fuese leve. (7, 8)

La causa neurológica de disfunción eréctil en los hombres durante el tratamiento oncológico es el daño en el plexo prostático, en la cirugía pélvica radical, o como consecuencia de una cistoprostatectomía (extraer mediante cirugía la vejiga y la próstata, en ocasiones se suelen extraer también los ganglios linfáticos cercanos y las vesículas seminales) total o parcial o por una prostatectomía (extracción de la próstata y algunos tejidos alrededor mediante cirugía abierta o laparoscópica) (9).

Es muy frecuente que estos procedimientos estén asociados a la eyaculación retrógrada o a una disminución de la cantidad de espermatozoides. En ocasiones los pacientes pueden sufrir incontinencia urinaria lo que evidentemente puede incomodar en la intimidad (10, 11).

Al someterse el paciente a una orquidectomía bilateral o unilateral (extirpación de ambos o un testículo), es frecuente la disminución del deseo sexual, puesto que este depende principalmente de la testosterona que es producida principalmente en los testículos. (10, 5).

Las cirugías neoplásicas de cuello o cabeza suelen necesitar reconstrucciones de alguna porción, sufriendo con ello una gran modificación de la imagen corporal, provocando temor en los pacientes a ser rechazados por su pareja (12).

Los pacientes en tratamiento por una laringectomía, traqueotomía o una reconstrucción de la lengua tienen un obstáculo añadido al hacerse más difícil la comunicación con la pareja (13).

En el hombre, los daños causados en los nervios pélvicos pueden producir una disfunción eréctil permanente o temporal. En la mujer, una modificación en la angulación vaginal puede ser muy dolorosa en el momento de la penetración (5).

Cabe mencionar especialmente al ser el tema principal que desarrollaremos más extensamente a lo largo de este trabajo, las cirugías para el cáncer colorectal pueden causar dificultades sexuales en ambos sexos, especialmente si debe procederse a realizar una resección abdomino-peritoneal (14).

Hay que resaltar que esta cirugía precisa habitualmente la colocación de una ostomía, temporal o permanentemente, lo cual, modifica de un modo importante la autopercepción del paciente, el modo de vida y la sexualidad, no solo estéticamente sino por los posibles problemas secundarios asociados (olors, ruidos, escape de heces...) (8).

### *Radioterapia*

En este caso los efectos varían considerablemente según el lugar a tratar. Por ejemplo, en la zona vaginal puede ocasionar fibrosis o estenosis vaginales que pueden llegar a producir fístulas o úlceras (15, 16).

La radioterapia prostática en los hombres puede llegar a causar disfunción eréctil a largo plazo, también dolor al eyacular que suele ser temporal o una disminución de la eyaculación (17).

La insuficiencia vascular es considerada como una causa muy común de disfunción eréctil en pacientes con una edad avanzada, puede estar provocada por el tumor o por la radioterapia específica, especialmente en la radioterapia pélvica. También, la radioterapia abdominal o pélvica puede producir urgencias miccionales o diarreas, favoreciendo poco la intimidad sexual (15, 16).

A nivel cutáneo, la piel puede volverse más sensible al tacto y eritematosa durante el tratamiento (15).

### *Quimioterapia*

La alopecia es sin duda uno de los efectos secundarios que más puede afectar a los pacientes: No sentirse cómodo con su propio aspecto físico, es uno de los factores que más pueden afectar a la hora de mantener relaciones sexuales. (16).

Algunas de las sustancias utilizadas pueden desencadenar una menopausia temporal o permanente.

En algunos casos, puede ocasionar infertilidad (12, 17).

Es un hecho que no debe tratarse a la ligera, ya que hay un número importante de pacientes que tras ser sometidos a este procedimiento y haber sido curados del cáncer, posteriormente desean un embarazo. En el hombre la criopreservación es una buena opción, en la mujer la opción de preservar óvulos es más complicada y requeriría interconsultas con especialistas (12, 17).

No podemos olvidar el hecho de la falta de energía y la fatiga que experimentan los pacientes, pérdida o ganancia de peso, dolor físico o náuseas, son factores asociados al tratamiento con quimioterapia que contribuye enormemente a producir problemas en las relaciones sexuales de los pacientes (18).

### *Medicación*

Los pacientes en tratamiento oncológico habitualmente reciben tratamientos combinados para tratar su enfermedad, y estos pueden favorecer la aparición de efectos secundarios en todos los niveles (1).

### *Analgésicos*

#### *Opioides*

Se encargan de estimular la liberación de prolactina junto a la disminución secundaria de LH y niveles de testosterona, que conjuntamente a la depresión del sistema nervioso central, son los máximos responsables de las alteraciones sexuales en el organismo. Estos efectos revierten cuando cesa el tratamiento. Tienen efectos indirectos sobre la habilidad mental, la capacidad de relación social y el estado de humor. En algunas mujeres incluso pueden ocasionar amenorrea (ausencia de menstruación). (1)

#### *AINES*

No suelen provocar disfunciones, aunque si se han observado casos que relacionan la Indometacina con la con impotencia y disminución de la libido.

El uso de Naproxeno ha sido también relacionado con alteraciones en la eyaculación (19).

### *Antidepresivos*

Hay claras evidencias de que los antidepresivos poseen la capacidad de provocar alteraciones sexuales y pueden afectar a cualquiera de las fases del ciclo sexual.

Un aumento de los niveles de serotonina puede provocar una disminución de la estimulación nerviosa, inhibiendo así la función sexual.

Debido a estos motivos serían los primeros responsables de dicha disfunción los siguientes antidepressivos:

- ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.
- IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa.
- ISRN: inhibidores selectivos de la recaptación de la nora-drenalina.
- Antidepressivos tricíclicos, tetracíclicos...

Las disfunciones más comunes suelen ser: deseo sexual poco activo o inhibido, disfunciones eréctiles, alteraciones del orgasmo, ginecomastia, menor lubricación vaginal, vaginitis, alteraciones de la sensibilidad genital... y también ocurren otros efectos indirectos causantes de alteraciones como boca seca, aumento de peso, alteraciones menstruales, halitosis, retención urinaria y problemas de próstata entre otros.

Sería posible disminuir estos efectos adversos no deseados modificando la dosis, cambiando el medicamento por otro que provoque menos efectos adversos a nivel sexual o variar el horario, tomándolos al finalizar la relación sexual, también en ocasiones se pueden proponer periodos de descanso como el fin de semana (18).

#### Ansiolíticos

Se han observado diversos efectos adversos relacionados con el tema de la sexualidad, como anorgasmia, disminución de la libido o disfunción eréctil.

El mecanismo de acción es desconocido, pero diversas teorías apuntan a la asociación de la sedación con la excesiva relajación muscular (18,19).

#### Recuerdo anatómico

##### Anatomía

El aparato digestivo se extiende desde la cavidad bucal hasta el ano. Es el encargado de recibir los alimentos, digerirlos (fraccionándolos en nutrientes), procurar su absorción por parte del torrente sanguíneo y expulsar del organismo los restos no deseables.

Las partes que lo componen son:

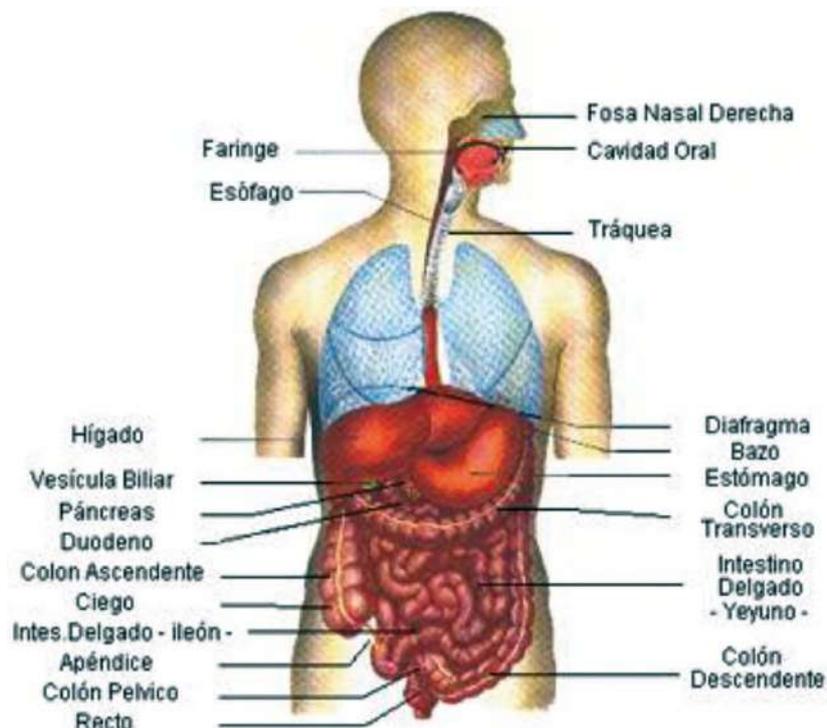
##### Boca.

Cuando una persona come, los alimentos comienzan a moverse a través del tracto gastrointestinal, es decir, al tragar. La lengua es la encargada de empujar los alimentos hacia la garganta y la epiglotis (un pequeño colgajo de tejido), se pliega sobre la tráquea evitando así el atragantamiento y facilitando así el paso de los alimentos hacia el esófago.

##### Esófago

Una vez que ha comenzado a tragar la persona el proceso se torna automático y el cerebro comienza a enviar señales a la musculatura esofágica y el peristaltismo (movimientos musculares que se encargan de transportar los alimentos a las diferentes partes del sistema digestivo) comienza.

*Esfínter esofágico inferior.* Cuando los alimentos llegan al tercio distal del esófago, un aro muscular, denominado



*El cuerpo humano, ejemplo de sistema digestivo. Fuente: sites.google.com*

esfínter esofágico inferior se relaja, permitiendo así que los alimentos pasen al estómago. Este esfínter permanece cerrado habitualmente, evitando que el contenido estomacal refluya al esófago (21, 22).

*Estómago*

Una vez que los alimentos llegan aquí, los músculos estomacales mezclan los alimentos con los jugos digestivos. El producto resultante se denomina “quimo”, y tras convertir los alimentos, comienza a vaciarse lentamente hacia el intestino delgado (21, 22).

*Intestino delgado*

Está compuesto por diferentes segmentos.

El duodeno es el primero de ellos, tiene una longitud de unos 25 cm, y aquí es donde el estómago vierte su contenido. Dicho alimento penetra en el duodeno a través del esfínter pilórico, lo hace poco a poco y lentamente de manera que el intestino delgado pueda digerir el contenido. Cuando se llena envía una señal al estómago para que detenga la evacuación.

El duodeno recibe enzimas de diferentes órganos, enzimas pancreáticas (páncreas) y bilis (hígado y vesícula biliar). Estas llegan al duodeno a través del “esfínter de Oddi” y contribuyen de manera esencial en la absorción y la digestión. El peristaltismo también contribuye a ello.

La primera porción del revestimiento del duodeno es lisa, pero presenta vellosidades y microvellosidades que aumentan el área de la superficie del revestimiento duodenal, permitiendo así un incremento en la absorción de los nutrientes.

El resto del intestino delgado lo forman el yeyuno (2.5 m) y el íleon (3.5 m), se sitúan debajo del duodeno, y sin los máximos responsables de la absorción de la grasa y del resto de nutrientes.

Realizan movimientos de batido que facilitan la absorción, la cual también es incrementada debido a la gran superficie formada por los pliegues, microvellosidades y vellosidades.

La pared que los conforma está muy irrigada por vasos sanguíneos que conducen los nutrientes absorbidos al hígado, a través de la vena porta. La pared del intestino también libera moco, lubricando así el contenido intestinal y ayudando a disolver los fragmentos digeridos. También son liberadas pequeñas cantidades de enzimas que digieren los azúcares, las grasas y las proteínas.

La consistencia del contenido intestinal cambia a medida que va avanzando por las diferentes partes del intestino delgado. En el duodeno el alimento es diluido por las enzimas pancreáticas y la bilis, que disminuyen la acidez del estómago, y el contenido sigue su paso por el intestino delgado, volviéndose cada vez más líquido a medida que se mezcla con el agua, moco, bilis y enzimas pancreáticas.

Finalmente, en el intestino delgado se absorberán la mayor parte de los nutrientes y prácticamente todo el líquido (excepto un litro) antes de continuar su paso hacia el intestino grueso (21, 22).

*Intestino grueso*

Es la parte distal del aparato digestivo, tiene una longitud de 1.5 m aproximadamente, y está compuesto por varias partes.

Órgano	Movimiento	Jugos digestivos que son añadidos	Partículas de alimentos que son descompuestos químicamente
Boca	Masticar	Saliva	Almidones, un tipo de carbohidrato
Esófago	Peristalsis	Ninguno	Ninguno
Estómago	El músculo superior en el estómago se relaja para permitir la entrada de los alimentos y el músculo inferior mezcla los alimentos con el jugo digestivo	Ácido estomacal y enzimas digestivas	Proteínas
Intestino delgado	Peristalsis	Jugo digestivo del intestino delgado	Harinas, proteínas y carbohidratos
Páncreas	Ninguno	Jugo pancreático	Carbohidratos, grasas y proteínas
Hígado	Ninguno	Bilis	Grasas
Intestino grueso	Peristalsis	Ninguno	Las bacterias en el intestino grueso también pueden descomponer químicamente los alimentos.

*El proceso digestivo. Fuente: niddk.nih.gov*

- Ciego y colon ascendente (derecho).
- Colon transverso.
- Colon descendente (izquierdo).
- Colon sigmoide (está conectado al recto).

El ciego se encuentra al principio del colon ascendente, en este punto el intestino delgado y el grueso se unen. Desde el ciego se proyecta el apéndice, que es una estructura tubular que no tiene ninguna función reconocida.

En el intestino grueso se secreta moco y en él es donde se absorbe la mayor parte del agua que conformará las heces.

El contenido intestinal ya es líquido cuando alcanza el intestino grueso, pero habitualmente se solidifica hasta que alcanza al recto y forma las heces. Numerosas bacterias habitan en el intestino grueso, y se encargan de digerir aún más algunas materias y de producir gases. También producen algunas sustancias muy importantes como la vitamina K, que tiene un papel primordial en el proceso de la coagulación sanguínea. Las bacterias son esenciales para una adecuada función intestinal y de algunas enfermedades. Algunos antibióticos tienen la capacidad de alterar la fauna bacteriológica que habita en el intestino grueso (21, 22).

#### *Recto y ano*

Es el extremo inferior del intestino grueso, se encarga de almacenar las heces hasta que son expulsadas al exterior a través del ano durante la defecación.

El aparato digestivo también comprende diversos órganos situados fuera y alrededor del tubo digestivo:

#### *Páncreas*

Es una glándula que mide entre 12-15 cm de longitud, se encuentra en posición transversal en la parte posterior de la pared abdominal, desde el duodeno, hasta el bazo y detrás del estómago.

Debido a su posición, está en contacto con una gran cantidad de vasos linfáticos y sanguíneos, y de estructuras nerviosas propias y de otros órganos que lo rodean.

Está formado por lóbulos de pequeño tamaño que se agrupan y desembocan en otros conductos.

En él también encontramos unas células llamadas "islotos de Langerhans", conforman aproximadamente un 5% de las células pancreáticas y son las encargadas de sintetizar hormonas esenciales para la vida humana como el glucagón, insulina y somatostatina.

Tiene un papel fundamental en los procesos digestivos del organismo segregando enzimas y otras sustancias necesarias para la digestión y absorción de alimentos.

Se compone de 3 partes:

- *Cabeza*: es la parte más gruesa, situada a la derecha y detrás del hígado. Está rodeada parcialmente al duodeno.

- *Cuerpo*: se encuentra detrás del intestino delgado y el hígado.

- *Cola*: es la parte más estrecha y se sitúa a la izquierda, está en estrecho contacto con el bazo y el estómago.

#### *Hígado*

Se encuentra en la parte superior derecha del abdomen, debajo del diafragma y encima del riñón derecho, el estómago y los intestinos. Es de color marrón y tiene diversas funciones.

Regula la gran parte de los niveles químicos sanguíneos y excreta la bilis, que es la encargada de descomponer las grasas y prepararlas para ser posteriormente absorbidas y digeridas. Toda la sangre que sale del estómago y del intestino, atraviesa el hígado, que se encarga de procesarla y separar sus componentes, equilibrarlos y crear los nutrientes necesarios para que el cuerpo los utilice.

#### *Vesícula biliar*

Está situada debajo del hígado y su principal función es la de almacenar la bilis.

Cuando en el estómago y el intestino se comienza a digerir alimentos, la vesícula libera bilis a través del conducto biliar común, que conecta la vesícula y el hígado con el intestino delgado (21, 22).

#### *Fisiología*

El aparato digestivo se denomina en ocasiones, aparato gastrointestinal, aunque ninguna de éstas definiciones lo describe completamente y tampoco todas las funciones del mismo. Los órganos del sistema digestivo también son capaces de producir factores de coagulación sanguínea y hormonas que no tienen ninguna relación con el proceso digestivo. Ayudan a eliminar tóxicos de la sangre y metabolizan los fármacos (los modifican químicamente).

La cavidad abdominal es el espacio donde se encuentran los órganos digestivos. Está limitada por la pared abdominal en su parte anterior, (formada por piel, músculo, grasa y tejido conjuntivo) la columna vertebral en su parte posterior, el diafragma en la parte superior y los órganos pélvicos en la inferior. Al igual que la superficie externa de los órganos digestivos, está cubierta por una membrana denominada peritoneo (22).

#### *Cómo controla el organismo el proceso digestivo*

Los nervios y las hormonas se unen para controlar todo el proceso digestivo. Diferentes señales fluyen dentro del aparato gastrointestinal yendo y viniendo hacia el cerebro.

#### *Hormonas*

Las células que cubren el estómago y el intestino delgado se encargan de producir y liberar hormonas que controlan el funcionamiento del aparato digestivo. Estas le ordenan

al organismo cuándo se deben producir jugos digestivos y envían señales al cerebro indicándole si una persona tiene o no hambre.

En el páncreas también se producen hormonas con un papel importante en el proceso digestivo.

#### *Nervios*

En el cuerpo existen nervios que conectan el sistema nervioso central y el aparato digestivo, y que también controlan diversas funciones digestivas.

En el cuerpo existe el sistema nervioso entérico, se compone de nervios que se sitúan dentro de las paredes gastrointestinales. Cuándo los alimentos tocan dichas paredes, los nervios del sistema nervioso entérico comienzan a liberar diversas sustancias que aceleran o retrasan la movilidad de dichos alimentos y la producción de jugos digestivos,

Los nervios envían señales que controlan las acciones de la musculatura intestinal, haciendo que se contraiga o relaje con el fin de hacer avanzar los alimentos hacia el intestino (22).

## MARCO TEÓRICO

### Ostomías, perspectiva histórica y definición actual

#### *Desarrollo histórico*

La realización de una ostomía probablemente es una de las intervenciones más antiguas realizadas en el aparato digestivo, y aunque la información histórica que disponemos sobre ellas sea difusa, en ocasiones, hubo claras referencias desde épocas antiguas sobre lesiones traumáticas intestinales con salidas de heces al exterior con la consecuente peritonitis que desembocaba en la muerte. Es de suponer dichas lesiones pudieron ser ocasionadas por armas blancas (lanzas, espadas, flechas...) que pudiesen lesionar vísceras huecas y que en determinadas ocasiones desembocasen en muerte por peritonitis fecal, pero en otras, también es posible que se ocasionase una fistula fecal al exterior (estoma) y que incluso pudiese llegar a cicatrizar.

La oclusión intestinal ya era conocida en la antigüedad, ya en el "papiro de Ebers" (3700 a. de C.) en Egipto, los médicos-sacerdotes hacían referencia a ella.

*Homero* (800 a. de C.) hizo numerosas referencias a la medicina de su época, describiendo distintas regiones anatómicas del cuerpo y sobre todo hablando sobre patologías intestinales.

*Hipócrates* (460-377 a. de C.) también se interesó especialmente por los procesos intestinales, de manera, que en su tratado sobre medicina (*Corpus*) dedica gran parte de él al tratamiento de las enfermedades intestinales, hablando entonces del "íleo obstructivo".

Durante la Edad Media, también se hacen numerosas referencias al íleo, *Bernardo de Gordonio*, maestro en la Escuela de medicina de Montpellier, describía muy gráficamente en 1305 "la dificultad de la salida de estiércol por las partes bajas".

No obstante, no hay constancia de ningún documento científico sobre la cirugía de los estomas hasta el S. XVI-II, donde el historiador *Fontanelle* en 1710, describiría la confección de un estoma por primera vez. El estoma del que habla y del que se tiene constancia documentada, fue realizado por *Alexis Littré*, quién para intentar solucionar una malformación rectal, intentó abocar un extremo intestinal a la pared abdominal e intentar así que hiciese la función anal.

Pero debería de transcurrir medio siglo para que volviese a realizarse un nuevo estoma. Es *Pillore* quién lo realizaría a un paciente con cáncer rectal.

*Duret*, en 1793, realizaría la primera colostomía, abocando el sigma a la fosa iliaca izquierda. Al año siguiente, *Des-sault* confeccionará otra colostomía, tres años después, *Dumas* volverá a realizarla. El mismo año que *Dumas*, *Fine*, cirujano suizo, realizaría una colostomía para tratar un cuadro oclusivo por cáncer rectal, efectuando una colostomía transversa.

Ya en 1800, *Callisen*, expresó la dificultad de salvar la vida a los pacientes con un ano imperforado si no accedía al recto a través del periné, y proponía como solución la colostomía en el colon descendente o en el ciego mediante una incisión lumbar, y aunque la probabilidad de tener éxito era escasa, supuso que el intestino sería más fácil de encontrar por vía lumbar que por vía inguinal.

En 1798, *Allan y Marín* realizarán una revisión sobre los procedimientos clásicos de realización de las ostomías, considerados todos ellos clásicos. En todos ellos el criterio médico general coincidía en que era preferible la incisión lumbar era preferible, ya que según ellos, no era posible llegar al intestino grueso sin abrir el peritoneo. *Allan* llegó a referir en sus textos que la vía lumbar debería ser considerada ya que, practicar una ostomía por esta vía de forma segura, sería menos peligroso que por vía iliaca.

Observamos cómo comienza a surgir cierta controversia sobre la manera más óptima de abordar la realización de una ostomía, iliaca o lumbar. La escasa experiencia, los nulos conocimientos anatómicos, la particularidad de la intervención y la poca o nula experiencia y habilidad de los cirujanos, hacía en muchos casos que no fuese posible unificar criterios hacia la realización de esta intervención.

*Freer y Pring* (Inglaterra), a principios del S. XIX, realizaron las primeras colostomías iliacas izquierdas, en pacientes con oclusión de recto e intestino grueso.

*Daniel Pring*, afirmó en sus memorias, que realizar una colostomía en pacientes con cáncer rectal, prolongaba la vida del paciente. Recomendaba una vigilancia rigurosa de la ostomía durante las primeras 24 horas, confirmar que funcionase correctamente y proteger el estoma mediante la colocación de apósitos.

El cirujano que más influyó en el estudio de las colostomías fue *Jean Zulema Amussat*, cirujano francés, que basándose en los estudios de *Callisen*, descubrió vías más efectivas que las existentes. En 1839 realizó una de sus mayores aportaciones a la ciencia médica, dijo que localizar un tumor previamente a la cirugía podía ayudar no-

tablemente tanto al equipo médico como a la recuperación del paciente. Realizaba un minucioso estudio de cada paciente, llegando a practicar en numerosas ocasiones la realización de colostomías. Insistió en que era necesario practicar en cadáveres para poder entrenarse antes de realizar intervenciones en humanos vivos.

En 1841, John Eric *Erichsen*, discípulo de *Amussat*, introdujo el trabajo de éste en Inglaterra.

En 1855, *Thiersch*, sería el primero en realizar una colostomía transversa.

En 1870, la frecuencia y la experiencia cada vez eran mayores, y la vía de abordaje y la ubicación del estoma seguían siendo los puntos más controvertidos. Y sería a finales del S. XIX, cuando la técnica o indicaciones dejaron de ser las principales preocupaciones de los cirujanos, aquí comienzan a inquietarse por los cuidados de la ostomía, aunque no será hasta el S. XX cuándo se cree la figura del estomaterapeuta. A principios de este siglo, comenzaron a surgir nuevas modificaciones y técnicas que mejoraron notablemente la realización de las colostomías. Ward, Leeds, Hartmann y Miles fueron varios de los introductores de dichos cambios al realizar una colostomía terminal.

En 1952, *Brooke*, en Inglaterra, realizó una ileostomía suturando a la piel el íleon terminal tras haber extirpado los tres últimos centímetros, evitando así la estenosis del estoma.

En 1954, *Turnbull* y *Crile* en EEUU, volvieron a modificar la ileostomía de *Brooke* quitando la membrana serosa antes de girar la pared abdominal.

### **Surgimiento del estomaterapeuta**

Antes de que apareciese la enfermera especialista en estomaterapia, los pacientes portadores de ostomía quedaban abandonados, prácticamente nadie se ocupaba de ellos. La mejora de la asistencia sanitaria favoreció que estos pacientes recibiesen la ayuda necesaria. La demanda sanitaria y social, junto a la preocupación por parte de las profesionales de la enfermería y la profesión cirujana, hicieron posible que comenzasen a formarse especialistas en estomaterapia.

En 1935 surgieron en EEUU las primeras asociaciones de personas ostomizadas, abriendo un nuevo espacio para la demanda de cuidados por parte de estos pacientes.

En 1952, *Lucy Neary*, enfermera y trabajadora social en el hospital Mount Sinaí y el cirujano Albert Lyons, fundaron los comienzos del actual Internacional Ostomy Association formaron las primeras clínicas en las que se atendía al paciente ostomizado, y en 1954, la enfermera Elise Sorensen comenzó a recomendar la utilización de la primera bolsa desechable adhesiva, que fue perfeccionándose hasta llegar a la actualidad.

En 1961, *Rupert Turnbull*, inició en la clínica de Cleveland de EEUU un programa para formar específicamente a enfermeras en la estomaterapia, también incluyó a pacientes ostomizados, y fue a partir de entonces cuándo la estomaterapia fue considerada una especialidad en EEUU. Esta formación fue extendiéndose al resto del mundo, comenzando a considerar la rehabilitación del ostomizado como

una ayuda que debe proporcionársele de por vida, para lo cual será preciso un equipo multidisciplinar formado por enfermeras especialistas en estomaterapia, y los servicios de cirugía, psiquiatría y sociología.

Este modelo tardó poco en llegar a Europa, en Inglaterra en 1973, La Joint Board of Clinical Nursing Studies reconoció el cuidado de los estomas como una especialidad de la enfermería, siendo junto a Italia y Francia uno de los primeros países en organizar y desarrollar la formación específica en dicha especialidad.

En Suecia, se celebró el primer curso en estomaterapia y rehabilitación en la universidad de Gotemburgo en 1980.

En Alemania, el primer curso de estomaterapia se realizaría en 1977, y desde 1987 se forman a especialistas en la materia.

En España, desde 1987 la Escuela Universitaria de la Universidad Complutense de Madrid, organiza cursos de formación en estomaterapia, dando el reconocimiento de experto en esta especialidad. Desde 1995, la Universidad Pública de Navarra comenzó a hacerse cargo de esta formación que continúa vigente en la actualidad.

La formación de la enfermería en estomaterapia ha sido ampliamente reconocida, demostrando su utilidad, competencia, profesionalidad e importancia a la hora de trabajar en este campo (24, 25).

### **Definición de ostomía**

Se define ostomía cómo una derivación quirúrgica que se realiza en la pared abdominal con el fin de dar salida a una víscera hueca u órgano a través de la piel.

La abertura creada en la ostomía se denomina "estoma", y mediante él se eliminarán los productos de deshecho desde el organismo al exterior, se podrán administrar alimentos o medicación e incluso, facilitar la ventilación (26).

### **Tipos de ostomías**

Hay diversas clases de ostomías y se clasifican dependiendo del órgano en el que se realicen, de la función que vayan a tener o del tiempo de permanencia.

- *Según el órgano afectado:*
  - Ostomías digestivas: colostomías, gastrostomías, ileostomías y yeyunostomías.
  - Ostomías respiratorias: traqueostomías.
  - Ostomías urinarias: urostomías.
- *Según la función:*
  - Ostomía de nutrición.
  - Ostomía de drenaje.
  - Ostomía de ventilación.
  - Ostomía de eliminación.

En el trabajo que nos ocupa nos vamos a centrar principalmente en las *ostomías digestivas de eliminación*, estas pueden ser clasificadas de tres maneras distintas:

- *Según la ubicación anatómica*, según el órgano en el que se vaya a realizar la ostomía se denominará de un modo u otro:
  - Íleon: ileostomía.
  - Ciego: cecostomía.
  - Colon ascendente: colostomía ascendente.
  - Colon transverso: colostomía transversa.
  - Colon descendente: colostomía descendente.
  - Sigma: sigmoidectomía o colostomía sigmoidea.
  - Yeyuno: yeyunostomía.
- *Según la permanencia*:
  - Definitiva: es imposible recuperar la función de la parte extirpada por lo que debe permanecer en el paciente permanentemente.
  - Temporal: existe la posibilidad de instaurar el tránsito intestinal.
- *Según el tipo de sección*:
  - Ostomía lateral: se coloca apoyada sobre una varilla los primeros días. Se aísla el segmento intestinal abocándolo hacia el exterior mediante una incisión para poder crear el estoma.
  - Ostomía terminal: se aboca toda la luz del segmento intestinal proximal a la pared abdominal.
  - Ostomía terminal + fístula mucosa: se aboca al exterior el segmento proximal igual que en una ostomía terminal el segmento distal quedará abocado mediante un orificio de pequeño tamaño.
  - Ostomía en cañón de escopeta: se secciona el intestino y se abocan tanto el segmento distal como el proximal y se exteriorizan juntos (27).

### ¿Cómo se realiza una ostomía?

En primer lugar debemos recordar que es fundamental previamente a la intervención quirúrgica localizar y ubicar correctamente el punto donde se situará la futura ostomía, de este modo garantizaremos la correcta adaptación del dispositivo a la ostomía.

Este procedimiento se puede realizar en intervenciones programadas, evidentemente en las urgentes es imposible.

El marcaje es una medida sumamente eficaz a la hora de reducir las posibles complicaciones futuras y el hecho de permitir al paciente recibir información previamente sobre su futuro estoma y los cuidados que precisará, además de disminuir el número de complicaciones, aumentará notablemente su calidad de vida. Evitando así el estrés y la ansiedad que puede llegar a ocasionar una intervención de este tipo y facilitando su aceptación al estoma.

Existen una pautas generalmente estandarizadas a la hora de seleccionar el lugar donde irá colocado el estoma:

- Debe seleccionarse la zona evitando prominencias óseas, pliegues cutáneos, cicatrices...
- La zona elegida debe estar completamente sana y libre de lesiones.
- Preferiblemente se colocará bajo la zona del cinturón, ya que esto facilitará su manejo y la imagen corporal del paciente se verá menos "perjudicada", ya que así quedará en un lugar difícil de ver.
- Otros factores tales como el estilo de vida del paciente, la movilidad, la edad o las aficiones pueden condicionar el lugar de elección para colocar el estoma.
- La decisión final debe tomarse conjuntamente entre el personal sanitario y el paciente.

Previamente es primordial conocer aspectos básicos de la vida del paciente que puedan interferir o alterar la futura toma de decisiones que puedan afectar al estoma, tales como características físicas (peso, agudeza visual, cons-

NOMBRE	LOCALIZACIÓN DEL ESTOMA	CONSISTENCIA DE LAS HECES
Cecostomía	El estoma queda situado en la parte inferior derecha del abdomen.	Las heces serán líquidas e irritativas.
Colostomía ascendente	La estoma queda situado en la parte superior derecha del abdomen.	Las heces tendrán una consistencia líquida o semilíquida.
Colostomía transversa	El estoma queda situado en la parte superior/central derecha o izquierda del abdomen.	Las heces suelen tener una consistencia semilíquida.
Colostomía descendente	El estoma queda situado en la parte izquierda del abdomen.	Las heces son sólidas.
Colostomía sigmoidea.	La estoma queda situado en la parte inferior izquierda del abdomen.	Las heces son sólidas normales, pero sin forma

*Clasificación ostomías digestivas. Fuente: elaboración propia.*

titución física...), situación familiar, laboral y social (ropa, trabajo, aficiones...), hábitos personales (eliminación digestiva y urinaria, higiene diaria...), cultura, costumbres, creencias, orientación religiosa...

La zona de elección debe cumplir con los requisitos anteriormente mencionados, se realizarán mediciones abdominales con el paciente en diferentes posturas (sentado, de pie, agachado, decúbito supino...) y además se realizará también una prueba dinámica, que consiste en una simulación del paciente portando un dispositivo de ostomía y así poder comprobar la adaptación del paciente mientras realiza sus actividades cotidianas (28).

### Complicaciones en las ostomías

Según cálculos recientes se estima que aproximadamente el 50% de los pacientes portadores de ostomías van a sufrir alguna complicación.

Son muy comunes sobre todo el primer mes tras la cirugía, sobre todo porque el paciente se encuentra en un periodo de adaptación a su nueva vida.

#### Complicaciones inmediatas

- *Edema*: debido a la congestión en la mucosa y la submucosa del estoma se produce un engrosamiento fisiológico. El estoma se torna rojo oscuro. Puede guardar relación con un manejo inadecuado del asa intestinal o que el orificio del estoma sea más estrecho que el diámetro de la viscera o los restos alimenticios. Normalmente sólo precisa un control de síntomas.
- *Hemorragia*: se puede perder cierta cantidad de sangre alrededor del estoma, en la sutura o en la pared del abdomen. Es frecuente que el estoma sangre al tocarlo, algo que se hace a menudo durante la higiene o el cambio de la bolsa, ya que la mucosa intestinal está muy vascularizada. Es de vital importancia conocer la diferencia entre este tipo de hemorragias y las digestivas que fluyen hacia el exterior a través de la ostomía, ya que puede suponer una urgencia con riesgo vital.
- *Isquemia y necrosis*: debido a una obstrucción del flujo sanguíneo al intestino, se produce una falta de aporte sanguíneo a la mucosa del estoma. La obstrucción se ocasiona al estrangularse los vasos al incluirlos en la sutura, por una torsión intestinal o por una tracción demasiado brusca. Suele ocurrir en las primeras horas tras la cirugía inmediata. El color de la mucosa se oscurece incluso se vuelve negra, pudiendo afectar a todo el grosor de la pared intestinal o a una parte, y puede derivar en complicaciones graves.
- *Evisceración*: salida al exterior de una o varias asas intestinales a través de la pared del abdomen. Ocurre cuando la apertura del estoma es demasiado grande. Es poco frecuente pero requiere intervención quirúrgica inmediata.
- *Retracción o hundimiento*: una tensión excesiva de las suturas debida a una movilización inadecuada del intestino, puede originar el desprendimiento de la sutura antes de que se haya adherido correctamente a la pared abdomi-

nal. Esto provoca el deslizamiento del intestino hacia el abdomen, hundiendo así el estoma. Suele suceder con más frecuencia en la ostomía en asa, en intervenciones urgentes y en personas obesas.

- *Perforación de la ostomía*: es la aparición de zonas perforadas en la pared intestinal, por la introducción de sondas u otros objetos. Si se produce la perforación dentro del abdomen, los síntomas son iguales a los de una peritonitis, si fuese fuera de la cavidad abdominal, habría abundante exudado alrededor del estoma.
- *Fístulas*: se produce una comunicación patológica entre el intestino y el estoma, provocando una salida del efluente. Una fístula dificulta enormemente la colocación del dispositivo, provocando fugas continuas e irritación periestomal.
- *Infecciones*: presentan inflamación de la zona, con rubor, dolor y calor. Puede estar causada por falta de asepsia durante la intervención, problemas relacionados con la técnica quirúrgica o por una reacción alérgica a la sutura.
- *Oclusión intestinal*: provocada por un mal funcionamiento del estoma. Aparece junto a dolor, náuseas, vómitos y distensión abdominal severa (29).

#### Complicaciones tardías

- *Prolapso*: sucede cuando el asa intestinal exterioriza excesivamente, puede aparecer súbita o progresivamente, y lo puede hacer tanto en colostomías como en ileostomías. El tamaño es variable, desde una pequeña protusión hasta una gran parte intestinal, haciéndose mayor cuando la persona se pone en pie.
- *Estenosis*: el orificio del estoma se estrecha por debajo de la medida necesaria para poder garantizar una evacuación adecuada. Suele producirse progresivamente, llegando a ser imposible introducir un dedo en el estoma. Se puede deber a una mala praxis quirúrgica o a complicaciones postquirúrgicas en el estoma que hayan dado lugar a un cierre por segunda intención. Provoca una gran dificultad para eliminar las heces, y puede llegar a provocar una obstrucción intestinal.
- *Hernia o eventración*: defecto o fallo en la pared del abdomen que hace que se produzcan la protusión del estoma y la piel de alrededor, formando una hernia. Suele desaparecer o disminuir su tamaño cuando la persona se tumba o realiza alguna actividad física. Es bastante frecuente y puede generar complicaciones mayores como un prolapso o retracción.
- *Úlceras*: lesiones cutáneas o mucosas en el estoma, suelen deberse a unos cuidados inadecuados en la ostomía, al uso de dispositivos que presionen la zona, a infecciones o a recidivas tumorales.
- *Recidiva tumoral*: protuberancias en la mucosa, en la zona mucocutánea o periestomal. Complicación poco frecuente que va asociada a procesos tumorales en el abdomen (29).

### Complicaciones en la piel.

- *Dermatitis alérgica*: lesión periestomal por sensibilidad excesiva a uno o varios componentes de los dispositivos de la ostomía. El área irritada suele coincidir con el tamaño o forma del dispositivo que provoca la alergia. Precisa averiguar cuál es el causante y sustituirlo por otro.
- *Dermatitis irritativa*: lesión periestomal causada principalmente por el contacto con el efluente, aunque también puede producirla el uso de productos químicos, es muy frecuente en las ileostomías.
- *Dermatitis mecánica*: lesión cutánea provocada al realizar maniobras bruscas al cambiar el dispositivo, uso inadecuado, sustancias agresivas...
- *Dermatitis microbiana o micótica*: lesión causada por hongos, bacterias o infecciones.
- *Granulomas*: nódulos no neoplásicos que suelen aparecer en la unión mucocutánea. Pueden sangrar y aparecen al no retirar las suturas o por una irritación persistente ocasionada por el dispositivo.
- *Varices periestomales*: venas de pequeño tamaño que rodean el estoma formando una "araña". Las padecen pacientes con hipertensión portal (aumento de la presión sanguínea en la vena porta hepática) o en alguna de sus ramas, su aparición se ve favorecida ante la presencia de hernias o en pacientes obesos (29, 30).

### Cuidados postoperatorios

Tras la intervención quirúrgica, la enfermera dará unos cuidados individuales y especializados que faciliten la adaptación y aceptación adecuada al estoma y a los cambios en los hábitos de vida y competencia en autocuidados que conlleva.

Será la encargada del fomento y la educación en esos cuidados, ya que una vez abandone el hospital, el paciente estará sólo en su domicilio, por lo que a la hora de realizar éstos cuidados es sumamente importante seguir las pautas.

Para garantizar la seguridad, bienestar y buena calidad de vida del paciente, es imprescindible garantizar el buen estado de la piel periestomal. Es necesario realizar correctamente la higiene y usar un dispositivo que actúe como barrera y la proteja del contacto íntimo con las heces. Se formará al paciente para que la limpieza, la realice con jabón neutro y agua templada, después secará la zona suavemente.

También se le instruirá en la necesidad de ajustar y adaptar correctamente el dispositivo, así como una correcta elección del mismo.

Es recomendable medir correctamente el diámetro del estoma al cambiar la bolsa, sobre todo durante las primeras semanas, ya que en dicho periodo de tiempo es habitual que el estoma esté inflamado hasta reducir su tamaño progresivamente. De este modo conseguiremos evitar las fugas y la consecuente irritación de la piel periestomal, consiguiendo así un dispositivo adaptado correctamente.

Para conseguir todo esto, habrá que guiar al paciente mediante una serie de directrices con la forma correcta de colocar el dispositivo, retirarlo y cuidar la piel periestomal (31).

### Formación enfermera en el postoperatorio

La enfermera será la encargada de proporcionar cuidados individualizados y especializados a los pacientes tras la intervención quirúrgica, estos cuidados posibilitarán la adaptación y la aceptación óptima del estoma y a los cambios que conllevará en el estilo de vida del paciente, y los autocuidados que ello precisará.

Es decir, se encargará de la educación al paciente y de fomentar el autocuidado, que una vez se le dé el alta médica, estará solo en su domicilio, con todas las inseguridades que ello conllevará. Es muy importante para ello seguir una pautas tanto durante la estancia en el hospital como al alta.

La mejor garantía que pueda asegurar la seguridad, el bienestar y una buena calidad de vida en el paciente es mantener un cuidado apropiado a la piel periestomal.

Para que la piel periestomal siempre esté en un estado saludable es muy importante realizar una higiene exhaustiva, y al terminarla aplicar el dispositivo colector apropiado que haga las veces de barrera impidiendo el contacto directo con el efluente.

Se formará al paciente en la necesidad de realizar una limpieza profunda de la zona con agua tibia y jabón neutro, realizará posteriormente un secado suave. Todo ello será de vital importancia para mantener la piel seca y limpia, evitando así irritaciones.

Se le instruirá también en la importancia de ajustar y adaptar correctamente el dispositivo, y de la correcta elección de este, para lo que se recomienda medir el diámetro estomal cada vez que se vaya a realizar un cambio de bolsa, es importante que el paciente sea consciente de que las primeras semanas tras la intervención quirúrgica es común que el estoma esté edematizado, aunque irá reduciendo su tamaño progresivamente. Así se evitarán las irritaciones en la piel y evitará las fugas, logrando adaptar el dispositivo de la manera más óptima.

Para que el paciente sea capaz de lograr todo esto será preciso darle unas directrices específicas sobre la forma correcta de colocar y retirar el dispositivo:

- Se medirá exactamente el diámetro estomal, para ello hará uso de la plantilla reglada que incluyen todas las cajas de los dispositivos.
- Una vez determinado el diámetro del estoma, se procederá a recortar el adhesivo que irá en el estoma, haciendo coincidir a ambos.
- Se despegará el film adhesivo e inmediatamente se aplicará el adhesivo en la piel, se hará cuidadosamente. Previamente, se puede calentar dicho adhesivo sujetándolo entre ambas manos varios segundos, así favorece-

remos que se adhiera mejor. Se recomendará comenzar a pegar desde la parte inferior hacia la superior.

- Si el dispositivo es de dos o tres piezas, previamente se adaptará la bolsa sobre el aro del dispositivo. Si la bolsa fuese abierta, comprobar que está correctamente cerrada.
- Al retirar la bolsa se tirará muy lentamente del adhesivo, sujetando la piel con la otra mano que queda libre y se comenzará desde arriba hacia abajo, en el sentido contrario a cuándo se colocó.
- Las bolsas se desecharán siempre en la basura, nunca en el WC. Se recomienda meterlas dentro de otra bolsa y cerrar ambas. También es recomendable tener un recipiente específico para estos fines en una zona ventilada y con poco tránsito.

La frecuencia con la que se cambiará el dispositivo dependerá del propio paciente, así como de las características del estoma, de la ostomía, piel periestomal o la localización de esta.

Además de las normas anteriormente explicadas sobre la correcta colocación y retirada del dispositivo, la enfermera también se encargará de proporcionar al paciente consejos sobre el cuidado de la higiene de la zona:

- La ducha se puede realizar tanto con la bolsa como sin ella, se recomienda al paciente que pruebe ambas opciones para que compruebe por sí mismo que opción le resultará más cómoda.
- No usará desinfectantes en la zona periestomal.
- No aplicar calor del secador.
- Si presenta vello en la zona, se cortará con unas tijeras, pero nunca se rasurará con maquinilla, cuchilla o similar.
- Si fuese preciso realizar un cambio de bolsa fuera de su hogar, donde no disponga de agua y jabón para realizar la higiene, deberá llevar consigo toallitas específicas para limpiar la zona y secar con papel desechable.
- Si ha de realizar algún viaje será muy importante que lleve siempre un repuesto como mínimo de todo el material necesario en el equipaje de mano, por si fuese preciso realizar un cambio antes de llegar al destino (31, 32).

### **Recomendaciones dietéticas**

La enfermera también será la encargada de asesorar al paciente en materia nutricional, y en todo lo que tenga relación con los alimentos que puedan ocasionar intolerancia o peor adaptación a la ostomía. Aunque en realidad, salvo enfermedad o contraindicación médica, pueden tomar cualquier tipo de alimento.

Las recomendaciones generales para los pacientes serán las siguientes:

- Evitará las comidas copiosas, lo ideal será realizar entre cuatro y seis comidas diarias. Manteniendo un horario regulado, masticando despacio y en un ambiente relajado.

- La forma de cocinar los alimentos será de la manera más sencilla posible, evitando fritos, guisos muy condimentados y rebozados. Han de consumirse alimentos preparados preferiblemente a la plancha, hervidos o al vapor.
- Reposar sentado tras terminar de comer al menos media hora para facilitar la digestión.
- Consumir como mínimo un litro de agua, incluyendo infusiones, caldos...
- Introducir las verduras progresivamente, cocidas y en pequeñas cantidades. Las mejor toleradas son el calabacín, berenjena, acelgas y vainas.
- Cuidar el peso evitando las variaciones bruscas, ya que un aumento o disminución brusca puede alterar el estoma y la zona periestomal, pudiendo causar dificultades a la hora de colocar el dispositivo.
- Alimentos que podrán producir gases: col, legumbres, chocolate...
- Alimentos que no se digieren completamente: frutos secos, lechuga, apio...
- Alimentos que podrán producir heces con olor más intenso: cebolla, ajo, espárragos, cerveza...
- Alimentos que pueden diluir las heces: picante, bebidas con cafeína, bebidas alcohólicas.
- En caso de heces líquidas o diarrea: deberá tomar alimentos astringentes: arroz, zanahoria o patata cocida, plátano, pan blanco, manzana asada, yogurt natural, zumo de limón, carne y pescado a la plancha. También deberá beber abundantes líquidos con el fin de evitar la deshidratación (infusiones, bebidas isotónicas...) frecuentemente y en pequeñas tomas. En este caso sería recomendable usar dispositivos de dos piezas y con la bolsa abierta, con el fin de evitar realizar cambios excesivos de bolsa ocasionando irritación en la piel periestomal.
- En caso de estreñimiento: se aconsejarán alimentos ricos en fibra: verdura, fruta, salvado de trigo, cereales ricos en fibra, pan integral, pasas, kiwis, dátiles y ensaladas. Se deberá ingerir abundante agua y realizar ejercicio físico suave frecuentemente.
- En caso de malos olores o gases: es importante que el paciente aprenda a reconocer que alimentos los provocan. También sería conveniente conocer los alimentos que hacen que el olor disminuya: requesón, cuajada, yogurt, mantequilla y perejil (33, 34).

### **Dispositivos colectores y accesorios**

Es de vital importancia la adecuada elección del dispositivo adecuado, ya que de ello dependerá en gran parte la adaptación del paciente y su incorporación a su vida cotidiana.

El amplio abanico de accesorios y dispositivos para cuidar las ostomías, hace que sea necesaria una atención perso-

nalizada y que se adapte a las diversas necesidades de cada paciente.

*Factores imprescindibles a tener en cuenta son:*

- De qué tipo es el estoma.
- Qué características tiene, será fundamental determinar la forma y el tamaño, ya que al principio tiende a estar edematizado, aunque irá disminuyendo progresivamente el edema.
- Dónde está ubicado.
- Qué tipo de contenido elimina, es decir, la consistencia de las heces.
- Características de la piel periestomal.
- Cuántas veces será necesario cambiar el dispositivo.
- Destreza y habilidad para manejar el dispositivo.

La enfermera tiene el deber y la responsabilidad de estar formada y familiarizada con los distintos dispositivos y sistemas, para poder así ayudar al paciente ostomizado a escoger el que mejor se adapte a todas las características anteriormente mencionadas.

### **Dispositivos**

Se utilizan para recoger eficaz y cómodamente los fluidos intestinales excretados.

Las bolsas colectoras están compuestas por tres elementos:

- **Disco adhesivo:** es la parte que se adhiere a la superficie cutánea, su diseño permite proteger la piel del efluente que sale por el estoma. Existen dos tipos de discos, planos (usados en superficies regulares) y los convexos que ejercen más presión sobre la piel periestomal, son de gran utilidad en estomas hundidos, planos y con pliegues.
- **Filtro de carbón activado:** permite la salida de los gases neutralizando el mal olor, debido al carbón activado que lo compone.
- **Bolsa:** es la parte encargada de recoger las excreciones intestinales. Pueden tener una cubierta transparente u opaca, pueden ser de diferentes tamaños y también pueden ser abiertas o cerradas:
  - **Bolsa cerrada:** su extremo inferior no está abierto, por lo que no se pueden vaciar. Se usan cuándo el contenido son heces sólidas, sobre todo en colostomías. Este tipo de bolsas pueden ser:
    - » **Bolsa cerrada de una pieza:** el adhesivo está unido a la bolsa formando una unidad que se adhiere directamente en la piel, se retirará igualmente de una sola pieza. Estas bolsas son de pequeño tamaño y son muy flexibles. La necesidad de cambiarla, dependerá del efluente de la persona, aunque habitualmente se cambian entre una y tres veces al día.
    - » **Bolsa cerrada de dos piezas:** la bolsa colectora y la parte adhesiva están separadas. En primer lugar se debe

poner la parte adhesiva sobre el estoma, y una vez esté adherida correctamente, se acoplará la bolsa. Este sistema está recomendado en el postoperatorio inmediato, puesto que facilita los cuidados iniciales al estar la piel más sensible. Son más rígidas y de mayor tamaño que las de una pieza.

» **Bolsas cerradas de tres piezas:** prácticamente idéntica a las de dos piezas, únicamente se diferencian en que este tipo lleva un aro de cierre (Clipper) en la bolsa que permite asegurar correctamente la bolsa al disco.

– **Bolsa abierta:** son bolsas con la parte inferior abierta, permitiendo la salida de efluente cuándo están llenas, pudiendo ser reutilizadas, vuelven a cerrar con un velcro o una pinza. Se utilizan principalmente cuándo las heces son líquidas, principalmente en las ileostomías. Así evitan el cambio tan frecuente de bolsa y disminuyen la irritación y las agresiones cutáneas.

» **Bolsa abierta de una pieza:** iguales que las bolsas cerradas de una pieza, la diferencia estriba en que una vez que se llenan se pueden vaciar sin que precise un cambio de bolsa. Son muy cómodas y aunque se puedan reutilizar, se recomienda cambiarlas diariamente o según las necesidades del paciente.

» **Bolsa abierta de dos y tres piezas:** también son iguales que las cerradas de dos y tres piezas, la única diferencia entre ellas es que estas se pueden vaciar y no se precisan tantos cambios de bolsa.

Además de los dispositivos mencionados anteriormente, también existen los "*dispositivos de contingencia*". Se usan cuándo las heces son más sólidas y la regularidad en su eliminación aumenta.

Existen dos dispositivos que ayudan a controlar la eliminación:

- **Obturador:** es un tapón de espuma con un adhesivo que se adhiere a la piel. El tapón viene comprimido en un principio, pero al introducirlo en el estoma y entrar en contacto con la humedad y el calor del intestino, se expande, obstruyendo la salida del estoma e impidiendo la salida de heces, pero permitiendo la salida de los gases sin olor, gracias al filtro de carbón activado que forma su cubierta.
- **Irrigación:** es un lavado intestinal con agua a una temperatura corporal. Se introduce por el estoma y gracias a él, los pacientes pueden conseguir estar entre 24 y 48 horas sin que salgan heces por el estoma (35, 36, 37).

### **Accesorios**

Además de todo lo descrito anteriormente, existen numerosos accesorios en el mercado que facilitan el cuidado de las ostomías:

- **Cinturón:** su función consiste en facilitar que el dispositivo quede más sujeto, minimizando así las posibilidades de fugas y haciendo que la sensación de seguridad del paciente aumente. Se sujeta mediante unos enganches que tienen los dispositivos.

- *Pasta*: se usa para rellenar pliegues cutáneos y desniveles que no permiten que el dispositivo se adapte completamente y ayudando a evitar fugas. También posee propiedades regeneradoras y protectoras de la piel.
- *Polvo regenerante*: protector cutáneo en forma de polvo, cicatriza y regenera la piel. Especialmente indicado cuándo la piel periestomal supura o está irritada.
- *Tiras y anillos hidrocoloides*: tiras moldeables que logran ajustarse a la forma del estoma consiguiendo rellenar los desniveles.
- *Crema barrera*: calman las irritaciones leves de la piel periestomal.
- *Desodorantes y lubricantes*: productos diseñados específicamente para este uso, tienen diversas formas, pastilla, líquido o polvo, y neutralizan los olores de las heces. Se deben colocar en la bolsa antes de su utilización.
- *Toallitas limpiadoras y lociones*: ayudan a limpiar el estoma cuándo no hay jabón y agua disponibles (primera opción recomendada) (35, 36, 37).

### Situación actual. Datos epidemiológicos

Las ostomías de eliminación se realizan por diversas enfermedades de etiología diversa, principalmente de origen oncológico:

- Cáncer de recto y colon.
- Cáncer de vejiga.
- Diverticulitis.
- Enfermedad de Crohn.
- Obstrucciones intestinales.
- Problemas anales graves.
- Traumatismos importantes en la zona.
- Malformaciones congénitas.
- Dehiscencia de anastomosis.
- Necrosis del intestino grueso y/o delgado.
- Patología crónicas intestinales.
- Tumores vesicales etc...

Hay que destacar el hecho de que los procesos oncológicos son los principales responsables de la realización de ostomías fecales o urinarias.

El cáncer de colon y/o recto es el diagnóstico médico con más presencia en los pacientes que portan ostomías (38), constituyendo un problema sanitario de primer orden en España y en el resto de países de la Unión Europea.

En España, según el informe anual editado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), se estima que fue el cáncer más diagnosticado el pasado año, seguido por el cáncer prostático, pulmonar y de mama.

Es el tercer tumor más frecuente en varones, y en mujeres el segundo, constituyendo una causa frecuente de muerte, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la progresión desde el año 2016 ha sido alrededor de un 2,2% anual con respecto a años anteriores, continuando como segunda causa de muerte en España, solo detrás del cáncer pulmonar (39, 40, 41, 42)

El cáncer vesical sigue siendo el diagnóstico más prevalente entre los pacientes sometidos a una derivación urinaria no continente. Es el séptimo cáncer más diagnosticado entre la población masculina de todo el mundo. Según la SEOM, es el quinto más frecuente en España para ambos sexos.

Se estima que para el 2021 se diagnosticarán cerca de 15000 casos nuevos. La incidencia en España es de las más elevadas a nivel mundial, sin embargo la tasa de supervivencia es superior a la europea con una media del 75% (43, 44, 45).

Según la Asociación de Ostomizados de Madrid (AOMA) que está integrada en la Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO), se calcula que el 1,5‰ de la población española adulta es portadora de una ostomía, lo que supone 70.000 personas aproximadamente, aumentando anualmente unos 13.000 casos nuevos.

Por lo que se estima que la incidencia de ostomizados en España entre la población adulta correspondería al 3‰. En otros países occidentales se manejan cifras que varían entre 2-4‰ (38).

### Enfermería especializada en estomaterapia. Situación actual

El cuidado y la educación corresponden a la enfermera especializada en ostomía o estomaterapeuta.

En España actualmente no existe ninguna titulación de carácter oficial para enfermeras que quieran ser especialistas en este ámbito, al contrario que en otros países como EEUU, Canadá o Reino Unido.

Si existen títulos propios universitarios que no son regulados por el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), razón por la que no se permite el acceso a un doctorado una vez realizados dichos estudios.

Estos estudios, solo pueden cursarse en algunas universidades españolas.

Es la enfermera la encargada de garantizar una atención adecuada tanto al propio paciente como a su familia, ya que le proporcionará la educación sanitaria que le capacitará para poder cuidar su estoma.

Se encargará de la información previa que se le dará al paciente, de la elección de la zona de ubicación de la ostomía junto con el paciente, le proporcionará la documentación necesaria, le adiestrará en el manejo y cuidados del estoma, le asesorará individualmente a la hora de elegir el dispositivo colector, así como de proporcionarle todo el apoyo emocional que necesite.

El marcaje del estoma previo a la intervención quirúrgica es función de la enfermera estomaterapeuta, y se tendrá siempre en cuenta el gran impacto que tendrá en el bienestar emocional, físico y psicológico del paciente. En esta fase preoperatoria, la enfermera se citará con el paciente para realizar una primera evaluación del mismo. A la vez que se selecciona la zona dónde irá el estoma, comenzará la educación sanitaria al paciente.

Su radio de acción se extiende tanto dentro como fuera del hospital, puesto que el paciente precisa de su intervención antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

De igual modo, detecta, previene y trata complicaciones y da apoyo en todo lo relativo al proceso para poder afrontarlo de manera óptima (46, 47, 48).

La enfermera estomaterapeuta es una figura primordial en la atención al paciente ostomizado, puesto que ayudan a cuidar mejor el estoma y a evitar complicaciones.

La enfermera indagará en la experiencia vital de la persona ostomizada, para así comprender mejor cómo afronta la nueva realidad corporal. Contribuyendo así a la base teórica de conocimientos que ayudarán en la práctica clínica de la enfermería y también a afrontar nuevos retos futuros del paciente.

El hecho de poder contar con una consulta dedicada exclusivamente a este fin no solamente mejoraría la atención al paciente ostomizado, sino que también abarataría costes tanto para el paciente como para las instituciones (49).

En la actualidad, las enfermeras estomaterapeutas se encuentran en bastantes hospitales nacionales, no en todos los que serían necesarios, pero es una figura que cada vez cobra más importancia en el panorama sanitario español.

En España hay unos 48 centros sanitarios que tienen consulta de estomaterapia dónde realizar el seguimiento del paciente ostomizado (38). No obstante, el 40% de los hospitales públicos españoles no cuentan con consulta especializada en ostomías.

De los 220 hospitales públicos en España, sólo 146 cuentan con consultas para pacientes ostomizados. El 73% de éstas consultas trabajan a tiempo parcial, solo el 23% lo hacen a tiempo completo. El 36% de los pacientes ostomizados procedentes de la red hospitalaria pública española no tienen ningún tipo de acceso a una atención especializada.

En los hospitales privados, el número oscila alrededor de 21 consultas. En este caso, el 53.50% de éstos pacientes, no son seguidos por ninguna consulta especializada en estomaterapia (50).

En el documento de consenso que trata sobre la "Situación actual de los profesionales de estomaterapia en España y propuestas para mejora del colectivo", en el que han participado 150 especialistas, se llegó a la conclusión (previamente conocida) de que existen infinidad de pacientes sin acceso a la atención necesaria para el cuidado de su ostomía.

Es notable la falta de igualdad en lo respectivo al acceso de estos recursos en la distintas CCAA, limitando así las oportunidades de las personas ostomizadas (48).

## **Afectación en la calidad de vida, el bienestar psicosocial y la sexualidad en el paciente portador de ostomía**

Es evidente que la calidad de vida del paciente portador de una ostomía se verá disminuida tras la intervención quirúrgica. Esto provocará una alteración de su integridad corporal respecto a su apariencia física, a la capacidad psicosocial y funcional (51).

Diversos artículos constatan que el mayor impacto que sufre el paciente es derivado de su imagen corporal y su sexualidad (52, 53).

Vonk-Klaassen S.M et al. (54) se dedicó a revisar sistemáticamente 14 estudios transversales descriptivos que versas sobre la calidad del paciente ostomizado a largo plazo mediante el uso de tres instrumentos multidimensionales validados.

Todos los estudios indicaron un gran impacto en el paciente (insatisfacción con su nueva apariencia, cambios de ropa, problemas sexuales...) y probaron que convivir con una ostomía influye negativamente en la calidad de vida en general. Uno de los estudios, concluyó específicamente que el 70% aproximadamente de los pacientes estaban muy insatisfechos con su vida sexual y padecían fuertes depresiones.

Sivó Agulló R. et al. (51) también realizó una revisión sistemática, en la que seleccionó 19 artículos en los que poder valorar la modificación en la calidad de vida de los pacientes ostomizados. Al analizarlos, comprobó que los pacientes manifestaban peor calidad de vida, viéndose está fuertemente afectada en la función sexual y la imagen corporal. Los pacientes ostomizados presentan peor funcionamiento sexual, hecho que influye negativamente en aspectos tales como la depresión y la ansiedad, necesitando la gran parte de ellos terapia psicológica y tratamiento para poder afrontar la nueva situación.

Los pacientes ostomizados también presentan diferentes cambios a nivel físico, tales como ruido y gases intestinales, pérdida total o parcial de la función esfinteriana, irritación de la piel periestomal y todos los cuidados derivados de ser portador de bolsa (51). Todos estos problemas pueden afectar negativamente en la adaptación a la vida con una ostomía, del mismo modo que a la calidad de vida asociada a la salud sexual. Además, la gran mayoría de estos pacientes padecen algún tipo de dificultad sexual, que puede estar relacionada con disfunciones fisiológicas o con el impacto psicológico resultante del importante cambio que sufre la imagen corporal, manifestando así vergüenza e inseguridad sobre el propio cuerpo (55).

## **Alteraciones sexuales derivadas de problemas orgánicos**

Una intervención quirúrgica de ostomía se realiza en la zona pélvica, y es posible que debido a la resección total o parcial de algún órgano, la función sexual pueda verse afectada con posterioridad.

El tipo de intervención y la razón por la que se realiza, jugarán un papel fundamental en lo posibles cambios fisi-

cos y en el efecto específico que tendrá sobre su respuesta sexual.

Según el tipo de intervención quirúrgica a la que se someta al paciente, podrán existir diferentes formas de disfunción sexual causadas por posibles lesiones orgánicas (47):

- *Colostomías*: tras una intervención quirúrgica en la cual se realice una colostomía, es probable que se produzca algún daño en el paquete nervioso responsable de la función sexual, debido sobre todo a su íntima relación con la zona del recto.

Dependiendo de la porción de intestino que sea reseca, habrá un riesgo menor, mayor o nulo de ocasionar una lesión que pueda llegar a influir o modificar la función sexual.

- En las resecciones anteriores bajas y en las amputaciones abdominoperineales existirá un porcentaje mayor de disfunción sexual (17% de impotencia y 60% de ausencia de eyaculación), debido a la relación tan íntima que existe entre el recto y los nervios responsables de la función sexual. A la amputación se asocia una disfunción entre 50-100% de la población masculina, entre la población femenina la afectación más común es la dispareunia (dolor a la hora de realizar el coito).
- En las resecciones de partes más altas del colon, el mayor problema pueden ser las reacciones psicológicas de los pacientes ante el impacto por el cambio físico. Pero la afectación orgánica es improbable.
- *Ileostomías*: no suele ser frecuente que se produzca disfunción sexual en las cirugías de ileostomía, aunque sí pueden existir lesiones nerviosas en la zona pélvica y afectación genital, conllevando todo ello a disfunciones sexuales como eyaculación retrógrada, impotencia o pérdida de la capacidad de eyacular entre la población masculina y dispareunia entre la población femenina.
- *Urostomías*: la cistectomía radical tipo Bricker provoca en el paciente unas lesiones orgánicas difíciles de evitar, suelen dejar secuelas tales como impotencia masculina y falta de lubricación en la pared vaginal ocasionando a consecuencia dispareunia en la mujer (47).

### **Alteraciones sexuales derivadas de problemas psicológicos**

Los cambios psicológicos que sufre el paciente portador de una ostomía (pérdida de autoestima, depresión, temor, inseguridad en sí mismo, aislamiento social...) influirán decisivamente en su calidad de vida posterior y en su sexualidad (56).

Un estudio cualitativo planteado por Villa G. et al. (44) en el que participaron 11 pacientes portadores de urostomías, dejó constancia de que los problemas mayores que padecieron fueron los referentes al ámbito psicológico. La cirugía impactó fuertemente sobre su sexualidad, pero pocos de ellos supieron enfrentarse al problema. Se observó que aquellos pacientes que fueron debidamente informados, padecieron un menor impacto en la calidad de vida.

Por tanto, dicho estudio, demostró que la información recibida influirá determinadamente en la calidad de vida del paciente, y que la preparación psicológica jugará un papel primordial.

En algunas ocasiones, estas situaciones, se resuelven con el paso del tiempo, cuándo la persona ostomizada está adaptada perfectamente al cambio corporal (30).

En un estudio de Vural F. et al. (57), los pacientes ostomizados participantes en dicho estudio, manifestaron que no había recibido la información adecuada, y que las estomaterapeutas no les proporcionaron información ni asesoramiento acerca de la función sexual tras la cirugía.

### **Atención de enfermería en la salud sexual del paciente ostomizado**

Puesto que la repercusión de este tipo de intervenciones quirúrgicas en la vida de los pacientes, queda ampliamente demostrada en los estudios anteriormente mencionados, cabe destacar, la relevancia de la intervención de la estomaterapeuta en los cuidados de la ostomía encaminada a conseguir la independencia del paciente, tanto como en la salud psicológica y sexual del mismo, de modo que puedan dirigir sus capacidades hacia nuevas formas que les ayuden a afrontar la situación.

Cabe recordar que la sexualidad permanece a lo largo de toda nuestra vida y se encuentra presente en todos los seres humanos. La mayoría de las veces, este tipo de atención se ofrece principalmente a la población más sana y joven (58). Debemos entender que la sexualidad no solo acompaña a este tipo de personas, sino también cuándo se sufre una enfermedad. Por ello, es primordial que en este aspecto, todas las personas, sean valoradas y tenidas en cuenta por parte de la enfermería, de manera sistemática e integrada en los cuidados que deberíamos ofrecer a todos los pacientes ostomizados.

Pero la existencia de limitaciones y barreras no permite afrontar de una manera sencilla el tema de la sexualidad en la consulta de ostomías, a la cual los pacientes acuden para atender "otros problemas más importantes" de salud relacionados con los cuidados de la ostomía.

El principal obstáculo que los pacientes suelen encontrar en la consulta de enfermería estomaterapeuta es el déficit formativo de la profesional, tanto en lo relativo a sexualidad como en las habilidades de comunicación necesarias para tal fin.

Toda la profesión enfermera, debería recibir una formación continuada y específica acerca de este tipo de cuidados.

Un 98% de las estomaterapeutas reconocen la vital importancia de contar con habilidades, conocimientos y aptitudes específicas para poder comunicarse con este tipo de pacientes y ser capaces de abordar un tema tan sensible como es la sexualidad. Alrededor de un 85%, considera fundamental que se les forme desde la administración en habilidades comunicativas y así mejorar la función docente y tratar mejor este tema (48).

La timidez y la vergüenza por parte del paciente a la hora de intentar iniciar una conversación relativa a sexualidad, también dificulta una comunicación fluida por ambas partes (59).

Es muy frecuente que tanto el paciente como la profesional de enfermería duden sobre cuál es el momento correcto de plantear el tema de la sexualidad, en una consulta rutinaria o abordarlo en una consulta específica para tratar el tema.

Según un estudio publicado en el "*Atlas de la disfunción eréctil en España*", los pacientes manifiestan rehuir dicho tema por vergüenza. Los pacientes preferirían que fuese el personal de enfermería el que iniciase la conversación sobre los temas sexuales, por lo que es de suma importancia valorar este patrón (60).

#### *Retos de reciente aparición*

- *Uso y abuso de alcohol y drogas.* Cabe la posibilidad de que la persona ostomizada que se enfrenta al hecho de establecer una relación erótica con una nueva persona, se refugie en el alcohol o las drogas para vencer el reparo de su nueva condición. Esta problemática poco tratada y/o conocida,

Pero, hay que ser consciente de que el abuso de estas sustancias tiene un efecto negativo directo sobre la respuesta fisiológica sexual del organismo.

La lubricación, la sensibilidad o la capacidad para tener una erección disminuyen y se ve afectada notablemente la percepción del riesgo que entraña toda práctica erótica en cuanto a la posibilidad de infecciones o embarazo no deseado. Además pueden desplazar la necesaria conducta de prevención o incluso favorecer el mal uso del método anticonceptivo.

- *Riesgos para el estoma.* Puede darse el caso de que a algunas personas les atraiga incluir en su práctica erótica la caricia del estoma con el pene o incluso el intento de penetración. No obstante, es importante advertir que utilizar el estoma como juguete sexual supone un serio riesgo para la salud de la persona portadora, además de dañar tanto el intestino como el estoma y poder producir hemorragias o lesiones que al cicatrizar causarían serios problemas a largo y a corto plazo.

## OBJETIVOS

- Definir detalladamente los obstáculos que impiden a la profesión enfermera afrontar el tema de la sexualidad en pacientes ostomizados.
- Definir las barreras que no permiten a los pacientes desarrollar todas sus dudas sobre sexualidad en la consulta de enfermería.
- Apoyar y ayudar a la enfermería y al propio paciente a facilitar la superación de barreras existentes a la hora de comunicarse y abordar el tema sexual.
- Normalizar el abordaje de determinados temas, principalmente el sexual.

## HIPÓTESIS

- La información recibida por los pacientes ostomizados es escasa en todo lo relativo a su salud sexual, tanto antes como después de la intervención, debido sobre todo a la existencia de barreras comunicativas.
- La profesión enfermera no está lo suficientemente formada para poder tratar adecuadamente el tema sexual en la entrevista al paciente ostomizado, tanto por su parte como por parte de la administración al no proporcionar herramientas suficientes para ampliar sus conocimientos y habilidades.

## METODOLOGÍA

Para la búsqueda de información, se utilizaron bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: PubMed, SciELO, Dialnet, Google Académico y la biblioteca virtual de la Universidad de Valladolid (BUVa); Las revistas de Enfermería ENE Enfermería, Metas de Enfermería y Enfermería Integral, entre otras.

Fueron consultadas diversas fuentes de información que resultaron complementarias a las anteriormente citadas, como "Guía del paciente ostomizado", o el "Consenso del grupo de expertos en estomaterapia" (Grupo GESTO) y páginas institucionales: Instituto Nacional de Estadística (INE), Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Se han seleccionado también estudios diversos, tanto cualitativos como cuantitativos, que remarcan la vital importancia de individualizar la enseñanza en lo respectivo a la CVRS en pacientes portadores de ostomías. Indican en varias escalas y cuestionarios, tanto genéricos como específicos, que evalúan los factores de bienestar físico, familiar, social, funcional y emocional, y la enorme repercusión sobre la vida sexual. También hacen recomendaciones para que según los resultados tras las diversas evaluaciones, se realicen intervenciones, haciendo hincapié en la formación, educación y asesoramiento, tanto de las enfermeras estomaterapeutas como de los pacientes.

## DESARROLLO

### Revisión narrativa

Examina los estudios en pacientes con CCR con respecto a la CVES utilizando instrumentos de medida previamente validados. Señala que la pérdida de salud debido al CCR y/o las consecuencias del tratamiento (ostomías), pueden dar lugar al deterioro psicofísico, funcional y social; es decir, que afecta a la CVRS.

Los cuestionarios genéricos más utilizados para evaluar la CVRS son: el Short Form 36 y el EQ-5D. El uso de estos instrumentos genéricos permite la comparación con las personas que no padecen cáncer.

Cuestionarios específicos acerca del cáncer: el *Functional Assessment of Cancer Therapy-General* (FACT-G) y el *European Organization for the Research and Treatment of cancer* (EORTC). El FACT-G es muy utilizado para realizar este tipo

de evaluaciones, aunque el EORTC, cuenta con una parte específica para este tipo de pacientes.

El FACT-C, ha sido ampliamente validado en pacientes ingleses, españoles, coreanos, franceses y chinos. Se centra en cuatro dimensiones con subescalas (bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional) y el último es una adicional centrada en el cáncer colorectal. Una de las cuestiones trata sobre la presencia de la ostomía (no/sí) y los problemas derivados de ello, como la variación de la persona en su propia percepción personal, como puede reducir la confianza en sí mismo y perjudicar sus relaciones con otras personas. Sin embargo, recibir terapias específicas de apoyo y participar en programas de asesoramiento y educación puede reducir considerablemente dicho impacto.

Esta revisión hace recomendaciones que serían muy beneficiosas para mejorar la CVRS:

- Identificar al paciente con un riesgo más alto de tener una CVRS baja y luego intervenir sobre los factores modificables.
- Reducir la morbilidad psicológica y facilitar la adaptación con programas educativos, grupos de autoayuda, intervenciones psicosociales, terapia cognitivo-conductual y de afrontamiento.
- Las intervenciones psicosociales pueden incluirse en los programas educativos e intervenciones psicoterapéuticas.
- Intervenciones psicoterapéuticas bien sean grupales o individuales, engloban una amplia gama de diferentes enfoques, como ayuda para expresar las emociones, aumentar la coherencia del paciente, hacer mejor uso de sus propios recursos personales y el control sobre las habilidades de afrontamiento.
- Dar una educación/formación específica para mejorar las consecuencias directas de la cirugía (estoma): el entrenamiento (reducción de la frecuencia de deposiciones) mejora tanto a nivel general como específica la CVRS. Señala que una revisión sistemática anterior ("Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review") encontró que la educación, además de ser rentable económicamente hablando, ayudará al paciente a poder afrontar problemas sexuales derivados de la cirugía y en general su nuevo estilo de vida. Dichas intervenciones pueden realizarse intra o extra hospitalariamente.
- Es preciso reducir el aislamiento y la soledad al que a veces se someten estos pacientes, mediante actividades grupales en las que se compartan las mismas experiencias personales (61, 62).

### Revisiones y estudios narrativos sobre el impacto en la calidad de vida del paciente portador de ostomías

#### Estudio caso-control

"Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies", realizó un análisis cuali-cuantitativo acerca del funcionamiento sexual, las relaciones sexuales y la CVRS en 480 hombres ostomizados.

Usaron el cuestionario *City of Hope Quality of life ostomy* (COH-QLO-ostomy Questionnaire) que trata sobre el bienestar espiritual y factores físicos, psicológicos y sociales.

Los resultados demostraron que los problemas sexuales en este tipo de pacientes suponen un gran desafío para ellos. Del mismo modo, vuelven a incidir en la importancia de la enfermera estomaterapeuta a la hora de educar y apoyar a los pacientes (60, 61).

#### Estudios descriptivos

"La sexualidad en personas ostomizadas", es una encuesta sobre experiencias personales de pacientes portadores de ostomías y sobre la atención que recibieron por parte de la enfermera estomaterapeuta. Explora las vivencias de 53 personas adultas acerca de su sexualidad.

El 68% respondió que su sexualidad había sufrido un gran cambio tras portar el estoma, y reconocían sentimientos de miedo, vergüenza y desconfianza en sí mismos. Viven un constante malestar que impacta negativamente en su sexualidad a la vez que les hace rechazar su imagen corporal.

Esta encuesta, estimó que los datos obtenidos por la misma, podrían ser de gran utilidad por parte de la enfermería especialista en ostomías a la hora de mejorar el ambiente de apoyo al paciente y de planificar una asistencia personalizada (63).

"Ostomía, intimidad y sexualidad", se realizó una revisión narrativa de varias entrevistas realizadas previamente a varios pacientes ostomizados.

Este estudio señala que los cambios que provoca la ostomía en la persona suponen una readaptación en la intimidad y la sexualidad, ya que al no ser visible únicamente por sí mismo, sino también por su pareja, afecta doblemente a su propia imagen, atracción sexual, CdV y funcionamiento sexual.

Refieren no haber recibido la atención necesaria por parte de la estomaterapeuta, por déficit de conocimientos o por desinterés.

El estudio indicó también varias guías que podrían servir de utilidad a los estomaterapeutas para iniciar el abordaje sobre el tema sexual, como el BETTER. PLEASURE, PLISSIT y ALARME. Son muy útiles a la hora de incluir la sexualidad en su evaluación del estado del paciente, ofreciendo también a los pacientes la posibilidad de discutir sobre su sexualidad y ofrecerles herramientas para encontrar recursos y afrontar dicho reto (64).

#### Estudios cualitativos

"The ostomy patient's sexuality: integrative review", se trata de una revisión integradora de una investigación cualitativa sobre las dificultades sexuales que padecen las personas intestinales. Incluye 9 estudios, y los resultados concluyen que la ostomía modifica radicalmente la imagen corporal, alterando así los hábitos de vida, sobre todo los relacionados con el sexo. Sienten vergüenza, miedo, exclusión y rechazo.

Resalta la importancia de aumentar el número de investigaciones sobre este tema, y así poder dar una atención holística a los pacientes ostomizados (65).

“Quality of life in ostomy patients, a qualitative study. Patient Preference Adherence”, estudio cualitativo sobre pacientes ostomizados, se centra en intentar conocer la CdV de los pacientes con el fin de intentar evaluar el impacto de la ostomía en el paciente y así poder valorar los procedimientos terapéuticos más eficaces.

Entrevistó a 14 pacientes sobre su CdV (aspecto físico, económico, social y sobre espiritualidad) mediante muestreo internacional. Se recogieron los datos en entrevistas estructuradas y fueron analizados mediante análisis de contenido.

Surgieron 9 temas entre los que más preocupaban a los pacientes ostomizados: problemas de salud relacionados con la ostomía, impacto psicológico, relaciones sociales y familiares, nutrición, viajes, ejercicio físico, cuestiones económicas y religiosas y relaciones sexuales.

El estudio concluye con la posibilidad de utilizar dichos resultados por parte de la estomaterapeuta a la hora de intentar mejorar la CdV de los pacientes ostomizados (66, 67).

## CONCLUSIONES

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica acerca del tema de la sexualidad en pacientes ostomizados, queda de manifiesto que aún existen numerosas barreras que impiden abordar adecuadamente el tema.

Las principales limitaciones se podrían resumir en base a tres perspectivas:

1. Relacionadas con la profesión enfermera especialista en estomaterapia.
  - Incomodidad a la hora de afrontar el tema.
  - Falta de preparación, habilidades, conocimientos o déficit de comunicación.
  - Vergüenza o pudor de hacer preguntas por temor a la reacción del paciente.
2. Relacionadas con el paciente.
  - Inseguridad al tratar el tema, sobre todo porqué pueden pensar que no es un tema prioritario al compararlo con otros problemas fisiológicos.
  - Ideologías patriarcales.
  - Tema tabú.
  - Incapacidad de expresar abiertamente sus temores, enviando a la estomaterapeuta mensajes velados difíciles de comprender.
  - Desconocimiento sobre la ayuda que pueda facilitarle la profesional sanitaria.
  - Considera el tema inapropiado en base a creencias religiosas o culturales.

### 3. Relacionadas con factores externos:

- Falta de acceso a la consulta de estomaterapia.
- Fallo en la gestión asistencial, (periodos vacacionales, listas de espera, falta de medios, profesionales deficientemente formados...).
- Tiempo insuficiente para abordar cómodamente el tema.
- Lugar inadecuado.

“La Guía de enfermería para el cuidado de la persona adulta con estoma, basada en la evidencia científica”, recomienda principalmente los siguientes puntos a la hora de tratar al paciente ostomizado:

- Brindar atención no solo en lo que respecta al cuidado del estoma sino de manera integral.
- Tener en cuenta que el paciente experimentará sensaciones muy diversas, debido al importante cambio que sufrirá su imagen corporal. Dichas sensaciones son totalmente subjetivas y personales, hecho que hará necesaria una evaluación personalizada previa a la intervención quirúrgica, en la cual se identifiquen las necesidades del individuo (culturales, sociales, sexuales y sociales), y de este modo ser capaces de brindar el apoyo necesario al paciente.

En la guía, se describen los diferentes diagnósticos NANDA, Intervenciones NIC y Resultados NOC de enfermería que están implicados en dicho proceso.

## ABREVIATURAS

- CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud. CCR: Cáncer colorrectal.
- CdV: Calidad de vida.
- AVD: Actividades de la vida diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [citado 27 de Octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
2. OMS | Salud sexual [Internet]. [citado 27 de Octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](https://www.who.int/topics/sexual_health/es/)
3. Ferri P, Bernini C, Pisani M, Vaccari C, Lami N, Rovesti S. [Internet] [citado 27 de Octubre de 2020]. La sexualidad de las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. *Ágora de Enfermería (AgInf)*. Jun 2012; 16(2): p. 69-74.
4. Muñoz Martín M. Valoración de la sexualidad en las personas usuarias de los servicios sanitarios. [Internet] [citado 2 de Diciembre de 2020]. Trabajo Fin de Grado Enfermería. Escuela superior de Enfermería del Mar.

5. Disfunción sexual en pacientes con cáncer | Médicas UIS [Internet]. [citado 7 de Octubre de 2020]. Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/1441>
6. Lubkin IM, Larsen PD, Whitney FW. CHRONIC ILLNESS IMPACT AND INTERVENTION EIGHTH EDITION EDITED BY [Internet]. [citado 9 de Octubre de 2020]. Available from: [www.jblearning.com](http://www.jblearning.com).
7. Larsen PD, Lubkin IM. Chronic illness: impact and intervention [Internet] [citado 10 de Octubre de 2020]; 241-4.
8. Sundquist K, Yee L. Sexuality and body image after cancer. Aust Fam Physician [Internet] [citado 11 de Octubre de 2020]; 32(1-2):19-23.
9. Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM et al. Five year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. J. National Cancer Institute 96 [Internet] [citado 11 de Octubre de 2020]; 18:1358-67.
10. Steineck G, Helgesen F, Adolfsson J, et al. Quality of life after radical prostatectomy or watchful waiting. The New England Journal of Medicine [Internet] [citado 27 de Octubre de 2020]; 347:790-6.
11. Casciato D, Mary C. Territo. Manual of clinical oncology [Internet] [citado 2 de Noviembre de 2020]; 557-66.
12. Razavi D, Delvaux N. Précis de psycho-oncologie [Internet] [citado 2 de Noviembre de 2020]. 103-16.
13. Jarousse N, Khayat D. La volonté d'aimer, cancer et sexualité: des réponses claires et précises. Paris: Ellébore, [Internet] [citado 2 de Noviembre de 2020].
14. Saltz LB. Colorectal cancer: multimodality management [Internet] [citado 2 de Noviembre de 2020]; 707-12.
15. Huddart RA, Norman A, et al. Fertility, gonadal and sexual function in survivors of testicular cancer. Br J Cancer [Internet] [citado 4 de Noviembre de 2020]; (93):200-7.
16. Haylock PJ. Men's cancers: how to prevent them, how to treat them, how to beat them [Internet] [citado 4 de Noviembre de 2020]; 260-77.
17. Denton AS. "Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy", The Cochrane Library [Internet] [citado 4 de Noviembre de 2020]; 3:1-26.
18. Duffy CM, Allen SM, Clark MA. Discussions regarding reproductive health for young women with breast cancer undergoing chemotherapy. J Clin Oncol [Internet] [citado 4 de Noviembre de 2020]; 23:766- 73.
19. Psicotrópicos y disfunción sexual [Internet]. [citado 4 de Noviembre de 2020]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992451/>
20. Conaglen HM, Conaglen J V. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. Aust Prescr [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 36(2):42-6. Available from: <https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/drug-induced-sexual-dysfunction-in-men-and-women>
21. Anatomía funcional del tubo digestivo, el mayor órgano inmunitario del cuerpo [Internet]. [citado 27 de Diciembre de 2020]. Available from: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/fisiologia-anatomia-funcional-y-funciones-principales-del-tubo-digestivo>
22. Sistema digestivo. Anatomía. [Internet]. [citado 27 de Diciembre de 2020]. Available from: [https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema digestivo.pdf?1358605970](https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605970)
23. Estomas: historia de los estomas [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <http://estomasenfermeriahgt.blogspot.com/p/sesion-1.html>
24. Ostomías [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://es.slideshare.net/benedictomd/ostomias>
25. Vol. 3 Núm. 1 (2006) | Psicooncología [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/issue/view/PSIC060613>
26. Estomas: MedlinePlus en español [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ostomy.html>
27. La ostomía. Tipos de ostomías | Aula de Pacientes [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia/ostomia-tipos-ostomias>
28. Procedimientos quirúrgicos: colostomía | OncoLink [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://es.oncolink.org/tipos-de-cancer/canceres-gastrointestinal/cancer-del-ano/colostomy>
29. Estudio prospectivo sobre las complicaciones de los estomas digestivos [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292019000300003&script=sci_arttext)
30. Complicaciones tempranas en pacientes portadores de ostomías con y sin atención de Enfermería especializada en ostomía - Metas de Enfermería [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80542/complicaciones-tempranas-en-pacientes-portadores-de-ostomias-con-y-sin-atencion-de-enfermeria-especializada-en-ostomia/>
31. Ostomías. Cuidados de Enfermería, [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: <https://es.slideshare.net/adosp/ostomas-cuidados-de-enfermera>
32. Cuidados y prevención de complicaciones de las ostomías digestivas: Propuesta de un programa de educación dirigido a futuros pacientes portadores de ostomía digestiva de eliminación - Ocronos - Editorial Científico-Técnica [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.oconos.com/revistas/ostomias-cuidados-y-prevencion-de-complicaciones-de-las-ostomias-digestivas>

- 2021]. Available from: <https://revistamedica.com/cuidados-prevencion-complicaciones-ostomias/>
33. Ostomía: adaptarse a la vida después de una colostomía, ileostomía o urostomía - Mayo Clinic [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/in-depth/ostomy/art-20045825?p=1>
  34. La alimentación | Aula de Pacientes [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia/alimentacion>
  35. Ostomías - G-Educainflamatoria. Enfermedad inflamatoria intestinal Crohn y Colitis ulcerosa [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://educainflamatoria.com/cirugia-y-enfermedad-inflamatoria-intestinal/ostomias/>
  36. La bolsa de ostomía | Aula de Pacientes [Internet]. [2 de Enero de 2021]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia/bolsa-ostomia>
  37. E, Morales MM. Enfermería oncológica: Cuidados del paciente ostomizado [Internet]. [3 de Enero de 2021]. Available from: [http://www.boloncol.com/index2.php?option=com\\_content&task=view&id=109&pop...](http://www.boloncol.com/index2.php?option=com_content&task=view&id=109&pop...)
  38. Pérez García M, Ramos Mateos MA. Demanda asistencial e implantación de la consulta de ostomías de la Planta de ostomías de la Planta 111/C del Hospital Universitario Ramón y Cajal. *Ideal Investigación en Enfermería*. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] (35): p. 6-15.
  39. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del Cáncer en España 2018. Enero 2018. [Internet] [citado 28 de Diciembre de 2020] Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las\\_Cifras\\_del\\_cancer\\_en\\_Espana2018.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_Cifras_del_cancer_en_Espana2018.pdf)
  40. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Los avances en Cáncer Colorrectal. [Internet] [citado 28 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.seom.org/es/los-avances-en-cancer-de-colorrectal>.
  41. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Notas de Prensa 2015. [Internet] [citado 28 de Diciembre de 2020]. P. 3-4.
  42. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte. Notas de prensa 2016. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] Dic 2017. p. 3-4.
  43. Stegensek-Mejía EM, Murad-Robles Y, González-Mier MJ, López-Hernández BE, Sánchez-Ojeda E. Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016. 2017[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 14(4): p. 235-242.
  44. Villa G, Manara D, Brancato T, Rocco G, Stievano A, Vellone E, Alvaro R. Life with a urostomy: A phenomenological study. *Applied Nursing Research*. February 2018[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 39. p. 46-52.
  45. Asociación Española contra el Cáncer. Evolución del cáncer de vejiga. [Internet]. [citado 13 de Diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancervejiga/evolucion-cancer-vejiga>.
  46. Cancio López S, Coca C, Fernández de Larrinoa I, Serrano Gómez R, García Goñi [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] M. Estudio costeeffectividad de la atención especializada en ostomía. Sociedad Española de Enfermería experta en estomaterapia. Instituto Antae, 2014.
  47. Lainez Pardos PL, Lobán Iza JM, Rodríguez SL, Lerín Cabrejas P. La sexualidad en la persona ostomizada. Madrid: Fundación Ayúdate; 2016. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020].
  48. Hollister, Grupo GESTO, AOMA. Documento de consenso: Situación actual de la estomaterapia en España y propuestas de mejora del colectivo de los profesionales estomaterapeutas. 2016. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020].
  49. Suñer Soriano MS. Complicaciones de las ostomías digestivas de eliminación, derivadas del marcaje del sitio del estoma y del alto débito (Revisión sistemática). *Publicaciones didácticas*. [Internet] [citado 14 de Diciembre de 2020];(88): p. 769-770.
  50. López MC. El seguimiento de ostomías duplicaría el ahorro del Sistema Nacional de Salud. *Gaceta Médica (Madrid)*. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]. Disponible en: [http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/elseguimiento-de-ostomias-duplicaria-el-ahorro-del-sistema-nacional-de-salud-EWLG\\_864990](http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/elseguimiento-de-ostomias-duplicaria-el-ahorro-del-sistema-nacional-de-salud-EWLG_864990)
  51. Sivó Agulló R, Bañón Gutierrez S, Sivó Agulló A, Gilaberte Martínez A, Bañón Gutiérrez MJ, Barreu Fau C. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] Pacientes ostomizados: Revisión sistemática de los estudios sobre la alteración de la imagen corporal y la función sexual. *Enfermería Integral*;(113): p. 52-59.
  52. de Campos K, Benites Bot LH, Petroianu, Argento Rebelo P, Alves Correia de Souza A, Panhoca I. The impact of colostomy on the patient's life. *Journal of Coloproctology (Rio J)*. 2017[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 37(3): p. 205- 210.
  53. Houston N. Reflections on body image and abdominal stomas. *Journal of stomal Therapy Australia*. 2017[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 37(3): p. 8-12.
  54. Vonk-Klaassen SM, de Vocht HM, den Ouden MEM, Schuurmans MJ. Ostomy- related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] *Qual Life Res*. Jan 2016; 25(1): p. 125-133.

55. Albuquerque Andressa Ferreira Leite Ladislau, Pinheiro Ana Karina Bezerra, Linhares Francisca Márcia Pereira, Guedes Tatiane Gomes. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. [citado 27 de Diciembre de 2020]; 69(6): p. 1164-1171.
56. Albuquerque Andressa Ferreira Leite Ladislau, Pinheiro Ana Karina Bezerra, Linhares Francisca Márcia Pereira, Guedes Tatiane Gomes. Technology for self-care for ostomized women's sexual and reproductive health. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. [citado 27 de Diciembre de 2020]; 69(6): p. 1164-1171.
57. Vural F, Harputlu D, Karayurt O, Suler G, GEdeer ADD, User C, Onay DC. The Impact of an Ostomy on the Sexual Lives of Persons With Stomas: A Phenomenological Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 43(4): p. 381-384.
58. Quevedo León L. Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería. *Cultura del cuidado.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 10(2): p. 70-79.
59. Rodrigues Cardoso DB, Almeida CE, de Santana ME, Seabra de Carvalho D, Megumi Sonobe H, Okino Sawada N. Sexuality of people with intestinal ostomy. *Revista de la Red de Enfermería del Nordeste.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 16(4): p. 576-585.
60. Figueroa-Martín L, Duarte-Clíments G, Sánchez-Gómez MB, Brito-Brito Pedro R. Abordaje de la sexualidad en atención primaria ¿Qué valorar? *ENE, Revista de Enfermería.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 9(2).
61. Marventano S, Forjaz M, Grosso G, Mistretta A, Giorgianni G, Platania A, Gangi S, Basile F, Biondi A. Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surg.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020]; 13 Suppl 2:S15.
62. Danielsen AK, Burcharth J, Rosenberg J. Patient education has a positive effect in patients with a stoma: a systematic review. *Colorectal Dis.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] (6):e276-83.
63. Ferri, P; Pisani, M; Bernini, C; Vaccari, C; Lami, N; Rovesti, S. La sexualidad en las personas con estoma: encuesta sobre las vivencias del paciente ostomizado y la atención realizada por la enfermera especialista. *Ágora de Enfermería Junio*[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] Vol. 16.2.
64. Longarito, Clementina P. Fernandes de Sousa. Ostomía, Sexualidad y la Intimidación *Rev Paraninfo Digital*[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] | Año V(13).
65. Barreto, Ana Patricia Costa Paes; Valença, Marília Perrelli. The ostomy patient's sexuality: integrative review [La sexualidad del paciente con ostomía: revisión integradora] *Rev Enferm UFPE On Line*[Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] | 7(Esp):4935-4943.
66. Dabirian A, Yaghmaei F, Rassouli M, Tafreshi MZ. Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. *Patient Prefer Adherence.* [Internet] [citado 27 de Diciembre de 2020] 21; 5:1-5.
67. Dorothy B Doughty, Ron G Landmann. Management of patients with a colostomy or ileostomy. This topic last updated [Internet]: [citado 27 de Diciembre de 2020]. In: UpToDate, Martin Weiser (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2015.

## ANEXO



**Imagen 1.** Ejemplo de tapón obturador. Fuente: elaboración propia.



**Imagen 2.** *Ejemplo de colocación de un tapón obturador. Fuente: elaboración propia.*