

1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE OSTOMIZADO
2. CÁNCER COLORRECTAL: CALIDAD DE VIDA Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD DE LOS PACIENTES CON OSTOMÍAS DIGESTIVAS
3. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON OSTOMÍAS - INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA
4. EL PACIENTE OSTOMIZADO: ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y CUIDADOS DEL ESTOMA
5. SALUD SEXUAL EN LOS PACIENTES OSTOMIZADOS
6. ARTÍCULO DE REVISIÓN - GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA
7. ARTÍCULO DE REVISIÓN - LA SALUD BUCODENTAL DURANTE EL EMBARAZO
8. CASO CLÍNICO - VENTRICULOGRAFÍA ISOTÓPICA DE EQUILIBRIO. FUNCIONES DE ENFERMERÍA

Formación Alcalá no tendrá responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Formación Alcalá tampoco asumirá responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico no mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Formación Alcalá a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de **NPunto** con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, sitio web: www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Protección de datos: Formación Alcalá declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Pedidos y atención al cliente:

Formación Alcalá S.L. C/ Leganitos 15-17. Edificio El Coloso.
28013 Madrid. ☎ 953 585 330. info@npunto.es

NPunto

Editada en Alcalá la Real (Jaén) por Formación Alcalá.

ISSN: 2603-9680

EDITOR: Rafael Ceballos Atienza

EMAIL: info@npunto.es

NPunto es una revista científica con revisión que constituye un instrumento útil y necesario para los profesionales de la salud en todos los ámbitos (asistencia, gestión, docencia e investigación) implicados en el cuidado de las personas, las familias y la comunidad. Es la única revista española de enfermería que publica prioritariamente investigación original. Sus objetivos son promover la difusión del conocimiento, potenciar el desarrollo de la evidencia en cuidados y contribuir a la integración de la investigación en la práctica clínica. Estos objetivos se corresponden con las diferentes secciones que integra la revista NPunto: Artículos Originales y Originales breves, Revisiones, Cuidados y Cartas al director. Así mismo, cuenta con la sección Libros recomendados, comentarios de artículos originales de especial interés realizados por expertos, artículos de síntesis de evidencia basadas en revisiones bibliográficas y noticias de interés para los profesionales de la salud.

Contactar

info@npunto.es



Formación Alcalá S.L.
C/ Leganitos 15-17 · Edificio El Coloso · 28013 Madrid
CIF B23432933
☎ 953 585 330

Publicación mensual.

NPunto se distribuye exclusivamente entre los profesionales de la salud.

CONSEJO EDITORIAL

DIRECTOR GENERAL

D. Rafael Ceballos Atienza

DIRECCIÓN EDITORIAL

D^a. Esther López Palomino

D^a. Sonia Baeza García

D. Francisco Cano Serrano

D^a Virginia Cano García

EDITORES

D. Juan Ramón Ledesma Sola

D^a. Nuria García Enríquez

D^a. Yolanda Castellote

D. Raúl Martos García

D^a. Marta Zamora Pasadas

D. Francisco Javier Muñoz Vela

CONSEJO DE REDACCIÓN

PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA

D. Francisco Cano Serrano

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

D^a. Mercè Aicart Martínez

D. Adrián Álvarez Cañete

CALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

D^a Ana Belén Lorca Caba

COMUNICACIÓN SOCIAL

D. Francisco Javier Muñoz Moreno

D. Francisco Cano Serrano

REVISIÓN

D^a. Inmaculada González Funes

D^a. Andrea Melanie Milena Lucena



EDITORIAL

Las *ostomías* son procedimientos normalizados en la práctica quirúrgica, pero que tienen una gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares, sobre todo por *los efectos psicológicos* que conllevan. De hecho, la ostomía se define como *una apertura de una víscera hueca al exterior* con el objetivo de eliminar productos de desecho del organismo o para introducir alimento, medicamentos, etc., en el organismo.

Las ostomías se pueden *clasificar atendiendo a diversos aspectos*, como la función a la que está destinada, el tiempo de permanencia en el cuerpo o el órgano implicado. Teniendo en cuenta esto, *los cuidados por parte del equipo de enfermería*, la calidad de vida del paciente y los efectos psicológicos que tenga sobre él serán diferentes.

Este número de **NPunto** recoge varios artículos sobre *las ostomías* y su relación con diferentes ámbitos que influyen en *la mejora de la calidad de vida* de los pacientes con ostomías, así como de sus familiares y cuidadores.

Atención de enfermería al paciente ostomizado es el primer artículo de esta revista y se centra en el papel de la enfermera estomatoterapeuta a la hora de empoderar al paciente y a su familia, así como en los cuidados y el apoyo psicológico que brinda para ayudar al paciente a adaptarse al cambio y mejorar su calidad de vida.

Además, este artículo también aborda los diferentes tipos de estomas que existen y que tienen una alta prevalencia en España, ya que es necesario conocerlos para poder ofrecer unos cuidados adecuados y de calidad a los pacientes.

Ser portador de un estoma representa un gran impacto en la vida del paciente, ya que, tras la intervención quirúrgica, la persona experimenta una serie de cambios que pueden afectar a todas las dimensiones de su vida. En este sentido, el segundo artículo se titula *Cáncer colorectal: calidad de vida y educación para la salud de los pacientes con ostomías digestivas* y tiene se centra en la calidad de vida de los pacientes sometidos a ostomías digestivas a largo plazo tras la intervención, así como las estrategias de educación que deben explicarse a dichos pacientes para su autocuidado en domicilio.

Hoy en día, son muchas las personas sometidas en intervenciones quirúrgicas con el objetivo de implantarles una ostomía para solucionar un problema de salud. Por ello, es esencial que los profesionales sanitarios tengan formación especializada en este ámbito, ya que así pueden apoyarles en el proceso y conseguir una mejor adaptación al cambio que sufren. *Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería* tiene el objetivo de explicar los diferentes tipos de ostomías que existen y las complicaciones que pueden conllevar, así como los cambios que viven los pacientes y las intervenciones enfermeras para mejorar su autoestima.

El cuarto artículo trata sobre *El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma* y, como bien deja entrever su título, profundiza los efectos psicológicos, como la ansiedad, el miedo o la angustia, que puede padecer un paciente que tiene un estoma y en los cuidados, por parte del equipo sanitario, que se deben llevar a cabo para salvaguardar la salud y mejorar la calidad de vida del paciente.

Este número de NPunto cierra con un artículo centrado en la *Salud sexual en los pacientes ostomizados*, una de las respuestas humanas más perjudicadas en este tipo de pacientes tras padecer una enfermedad. De esta forma, en esta publicación se describen las barreras que impiden afrontar adecuadamente el tema de la sexualidad en pacientes ostomizados y las acciones que pueden eliminarlas o minimizarlas.

Esperamos que el interés con el que hemos elaborado este número tenga su correspondencia con el objetivo de ampliar tus conocimientos sobre los *pacientes ostomizados* y *cómo mejorar su calidad de vida*. ¡Gracias por leerlos!

Rafael Ceballos Atienza,
Director **NPunto**

1. Atención de enfermería al paciente ostomizado

Irhina Gómez Rodríguez

Enfermera Familiar y Comunitaria.

RESUMEN

Los pacientes portadores de un estoma son cada vez más numerosos y es que, las patologías más emergentes a nivel mundial entre las que se encuentran el cáncer de colon y de recto, requieren de la realización de una derivación intestinal por resección del colon por completo o parte de él.

En España, existen programas de detección precoz del cáncer colorrectal, ya que en nuestro país supone el cáncer con mayor número de incidencia en ambos sexos. Estos programas van dirigidos a los grupos de edad comprendidos entre los 50-59 años, por ser en este grupo de edad donde se reportan la mayor parte de los casos¹. Aun así, fallecen 1 de cada 3 personas diagnosticadas con este tipo de neoplasia.

Las personas supervivientes a este tipo de neoplasias serán portadoras de un estoma. La enfermera estomatoterapeuta será la encargada de empoderar, tanto al paciente como a su familia, en realizar los cuidados posteriores a la cirugía, así como brindar apoyo psicológico para ayudar al paciente a adaptarse a este cambio.

En este trabajo de investigación también se abordarán otros tipos de estomas, ya que son de muy alta prevalencia en nuestro país y se hace necesaria su comprensión y los cuidados necesarios a brindar en cada caso.

Es importante que, en cada caso, se individualicen los cuidados ya que, aunque nos pueda parecer que un estoma es siempre un estoma, sea en el paciente que sea, lo que marcará la evolución favorable o no serán los cuidados realizados por el portador de ese estoma.

Palabras clave: Ostomía, estoma, colostomía, alimentación, complicaciones, cuidados.

ABSTRACT

Patients with a stoma are becoming more numerous and is that, the most emerging pathologies worldwide among which are colon and rectal cancer, require a bowel bypass by resection of the colon completely or part of it.

In Spain, there are programmes for the early detection of colorectal cancer, since in our country it is the cancer with the highest incidence in both sexes. These programs are aimed at the age groups between 50 and 59 years, because it is in this

age group that most cases are reported¹. Still, 1 in 3 people diagnosed with this type of neoplasm die.

Survivors of this type of neoplasm will carry a stoma. The stomatotherapy nurse will be responsible for empowering both the patient and his or her family to provide post-surgery care, as well as psychological support to help the patient adapt to this change.

This research will also address other types of stomata, as they are of very high prevalence in our country and it is necessary to understand them and the necessary care to provide in each case.

It is important that, in each case, the care is individualised since, although it may seem to us that a stoma is always a stoma, either in the patient or in the patient, what will mark the favorable evolution or will not be the care done by the carrier of that stoma.

Keywords: Ostomy, stoma, colostomy, feeding, complications, care.

INTRODUCCIÓN

Las ostomías se remontan en torno a los años 350 a.C, dónde Praxagoras de Kos realizó esta cirugía en aquellos enfermos que presentaban traumatismos abdominales por diferentes causas.

A partir del siglo XVIII es cuando la frecuencia de estas intervenciones aumenta, aunque se ha documentado que éstas no eran verdaderas ostomías ya que lo que se realizaba era fijar las heridas a la pared abdominal. Desde finales del siglo XVIII hasta el siglo XX, las técnicas han evolucionado, así como la preocupación por el estado y educación sanitaria aportada al paciente.

A causa del aumento de la longevidad y la mayor prevalencia de enfermedades crónicas hacen emerger este tipo de intervenciones, que tienen como producto final la realización de una ostomía.

El perfil de la persona ostomizada es muy variado, ya que cada paciente tiene sus propias características particulares. También las posibles complicaciones que puedan aparecer, aunque parezcan similares, en cada uno de ellos se mostrará con características individuales y subjetivas. Aunque en la actualidad existen numerosas guías de recomendaciones para los pacientes portadores de ostomías y sus familias, éstas siguen siendo recomendaciones generales. Por ellos siempre tenemos que visualizar y tratar a cada persona de forma individual atendiendo a varios factores: Tipo de educación, situación económica, entorno familiar, tipo de comunidad, etc.

En la actualidad, con la mejora de las técnicas quirúrgicas para que el esfínter anal pueda quedar intacto, se reduce el número de colostomías definitivas, pudiendo derivar el contenido fecaloideo a través de dicho esfínter una vez solucionado el problema de base².

El enfermero ostomizado es muy complejo, por eso se hace necesaria la figura de una enfermera experta en este tipo de pacientes. La enfermera estomatoterapeuta es la encargada de aportar la educación sanitaria al paciente y a su familia desde antes de la realización de la cirugía como tras la misma, dando unos cuidados de calidad y de forma continuada. Aunque en la actualidad puede asociarse más a esta enfermera experta a personas portadoras de ostomías de eliminación, también son expertas en otros campos como en aquellos pacientes portadores de ostomías de alimentación o respiratorias³.

OBJETIVOS

Objetivo general

Recoger la actualización de los cuidados de enfermería en paciente portadores de un estoma.

Objetivos específicos

- Enumerar los tipos de ostomías y los cuidados de enfermería correspondiente a cada una de ellas.
- Examinar la población portadora de un estoma.
- Analizar la figura de la enfermera estomatoterapeuta.
- Configuración de un plan de cuidados de enfermería adaptado a pacientes portadores de un estoma.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un estudio de investigación mediante la búsqueda de bibliografía actualizada, no publicada hace más de 5 años, utilizando las palabras clave "estoma", "ostomía", "cuidados de enfermería", así como sus homónimos en inglés. También se realiza la búsqueda mediante la utilización de operadores booleanos "AND" Y "OR", obteniéndose mayor número de referencias bibliográficas.

Las bases de datos de datos utilizadas en la búsqueda son Cuiden, de donde se han obtenido el 80% de las referencias utilizadas, Pudmed, en la cual no encontramos bibliografía

útil para este trabajo, y Google Academic, donde se obtienen aproximadamente el 5% de los artículos o guías.

GLOSARIO

- Estoma: Según la RAE, una abertura al exterior del intestino o un órgano hueco. En resumen, un estoma es la apertura al exterior de cualquier parte del tubo digestivo o víscera hueca mediante técnica quirúrgica.
- Ostomía: Una ostomía es una abertura del tubo digestivo al exterior, creada de forma quirúrgica.
- Urostomía: La urostomía es la abertura de la pared abdominal al exterior con el objetivo de desviar la salida de orina fuera de la vejiga, ya sea por lesión o extirpación de la misma.
- Nefrostomía: La nefrostomía es la abertura al exterior de pelvis renal, mediante la cual se excretará la orina.
- Gastrostomía: Colocación de una sonda en el estómago, atravesando la pared abdominal. Su fin último es la alimentación de la persona.
- Yeyunostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del yeyuno, parte media del intestino delgado, mediante pared abdominal al exterior.
- Ileostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del íleo, último tramo del intestino delgado, mediante pared abdominal al exterior.
- Cecostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del ciego mediante pared abdominal al exterior.
- Colostomía: Abertura mediante técnica quirúrgica del colon mediante pared abdominal al exterior.

EPIDEMIOLOGÍA

Un estudio sobre el perfil sociodemográfico realizado en Brasil en 2018⁴ sobre las personas ostomizadas, encontramos que la edad media de los portadores de ostomía era de un 57.75%, siendo alrededor del 68% mujeres que habitan en las zonas urbanas.



Gráfico 1. Causas de realización de un estoma.

Causas de realización de un estoma de eliminación en Colombia

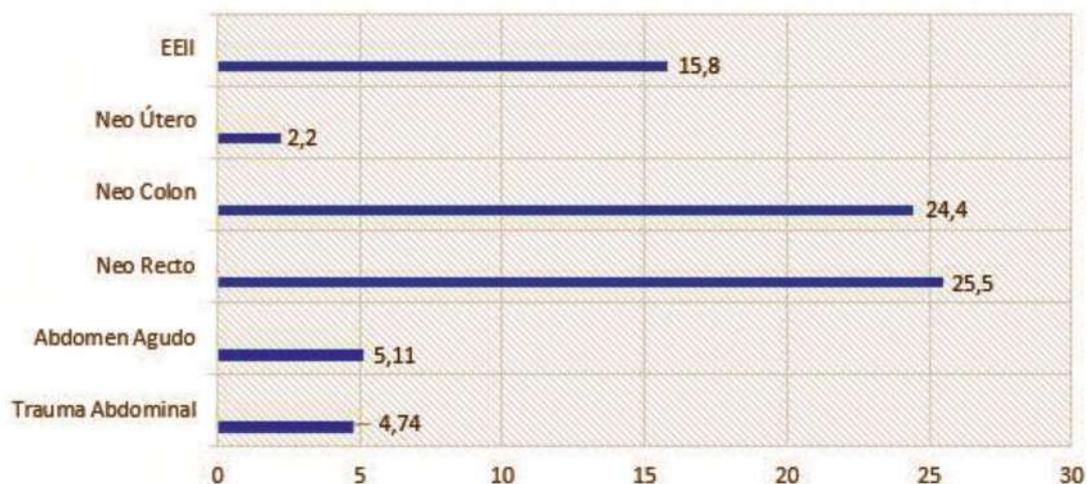


Gráfico 2. Principales causas de realización de un estoma de eliminación en Colombia.

Con respecto al perfil social, se tratan de personas con una escolarización básica incompleta, representando el 37.5%, y con ingresos mínimos (68%).

Dentro de este estudio se ha constatado que la principal causa de la realización de un estoma es el cáncer colorrectal, representando el 85.7% de las colostomías realizadas en esta región de Brasil.

En este mismo estudio se constatan que, además del cáncer colorrectal, se encuentran otras posibles causas de realización de un estoma, que se resumen en el siguiente gráfico extraído del estudio anteriormente comentado.

Analizando el gráfico 1, podemos constatar que las dos causas más relevantes en la realización de un estoma de eliminación son la neoplasia de recto en primer lugar, ocupando un 42.9% de los casos, y en segundo lugar la neoplasia de colon, con un 17.9%.

En otro estudio descriptivo con carácter retroactivo y prospectivo realizado en Colombia en 2018², sobre el perfil sociodemográfico de los pacientes ostomizados, se concluye que la edad de corte de este tipo de intervención son los mayores de 63 años, representando más de la mitad de los casos atendidos (51%). En cuanto, al sexo, el 57% de los portadores de ostomías fueron hombres (57%), contrastando con el estudio anterior en el que el sexo predominante era el femenino.

En cuanto al diagnóstico principal para la realización de un estoma de eliminación fueron en cáncer de recto, con un 26% de los casos, seguido del cáncer de colon, con un 24%. La principal intervención que predominó durante la realización de este estudio fue la colostomía (71%), de las cuales casi el 60% fueron temporales.

Analizando en el gráfico 2, comprobamos que, como en el estudio anterior, las dos principales causas de la realización de un estoma son las neoplasias de recto y colon respectivamente, e incluye las realizadas como consecuencia de enfermedades intestinales (entre ellas la diverticulitis).

Dentro de los estomas de eliminación, en este mismo estudio se analizó qué porcentaje de ellos fueron temporales y definitivos. Dentro de las colostomías, el 58.25% fueron temporales y el 41.75% fueron definitivas; en las ileostomías encontramos que el 70.83% fueron temporales y el 29.17% fueron definitivas; dentro de las urostomías encontramos que el 100% de las realizadas fueron definitivas; las yeyunostomías definitivas también representan el 100% de los casos.

En resumen, el 59.85% de los estomas realizados fueron temporales y el 40.14% fueron definitivos. En la tabla 1 se resumen todos estos datos².

Tabla 1. Nova Rodríguez, JM. Tipos de estomas. 2018.

Tipo de estoma / Tiempo	Temporales	Permanentes	Total
Colostomías	113 58,25%	81 41,75%	194 100%
Ileostomías	51 70,83%	21 29,17	72 100%
Urostomías	0 0,00%	6 100%	6 100%
Yeyunostomías	0 0,00%	2 100%	2 100%
Total	164 59,85%	110 40,14%	274 100%

En otro estudio realizado en México en el año 2009², concluyeron que el 53% de los pacientes fueron del sexo masculino con edades comprendidas entre los 19 a 62 años. Dentro de las causas más prevalente analizadas se encontraron, de nuevo, que el cáncer de colon, recto y útero representaron el 35% de los casos de realización de un estoma de eliminación, y con un 11% las enfermedades inflamatorias del intestino. Por su parte, en España, según el Libro Blanco de Ostomías en España^{5,6} en el año 2018 había unas 70.000 personas ostomizadas a nivel nacional.

El 60% de estos estomas fueron temporales y el 40% definitivos. Clasificando según el tipo de ostomía realizada, el 55.1% fueron colostomías, el 35.2% fueron ileostomías, y el 9.7% fueron urostomías.

Como hemos podido analizar, las dos principales causas de la realización de un estoma son las neoplasias de recto y colon, respectivamente. Por su gran relevancia, pasaremos a analizar la epidemiología mundial y española ambas patologías.

TIPOS DE OSTOMÍAS

Vamos a clasificar las ostomías en tres grupos:

- *Según su función.* Encontramos los estomas de nutrición, eliminación y de drenaje.
- *Según su permanencia.* Se clasifican en:
 - *Temporales:* aquellos que, una vez solucionado el problema de base, pueden volver a establecerse el tránsito intestinal y urinario.
 - *Definitiva o permanentes:* el problema de base no tiene solución, y por tanto no puede volver a restablecerse la solución de continuidad de la parte seccionada del tubo digestivo.
- *Según su localización.* Encontramos los siguientes tipos dependiendo del órgano implicado:
 - *Urostomía:* La urostomía es la abertura de la pared abdominal al exterior con el objetivo de desviar la salida de orina fuera de la vejiga, ya sea por lesión o extirpación de la misma.
 - *Nefrostomía:* La nefrostomía es la abertura al exterior de pelvis renal, mediante la cual se excretará la orina.
 - *Gastrostomía:* Colocación de una sonda en el estómago, atravesando la pared abdominal. Su fin último es la alimentación de la persona.
 - *Yeyunostomía:* Abertura mediante técnica quirúrgica del yeyuno, parte media del intestino delgado, mediante pared abdominal al exterior.
 - *Ileostomía:* Abertura mediante técnica quirúrgica del íleo, último tramo del intestino delgado, mediante la pared abdominal al exterior.
 - *Cecostomía:* Abertura mediante técnica quirúrgica del ciego mediante pared abdominal al exterior
 - *Colostomía:* Abertura mediante técnica quirúrgica del colon mediante pared abdominal al exterior.

MARCAJE DEL PUNTO DEL ESTOMA

A los pacientes que tienen que ser intervenidos de una derivación intestinal de eliminación deben pasar previamente a dicha intervención por una entrevista prequirúrgica con la enfermera estomatoterapeuta. En esta entrevista se realizará en marcaje del estoma.

El marcaje debe ser consensuado con el paciente, aunque sea el criterio de la enfermera estomatoterapeuta el que prevalezca en dicho proceso. En la actualidad, hasta el 45% de las personas sometidas a cirugías de derivación intestinal, no son marcados correctamente ya que no existen profesionales cualificados o con experiencia en este campo que realicen estos marcajes. Es por esto que se hace necesaria la formación de enfermeras en esta técnica, y en casos de urgencia, en los que prima la realización de la intervención, sean capaces de realizar dicho marcaje adaptado al paciente de forma rápida y precisa.

La falta de marcaje del estoma en casos de urgencia se ha relacionado con un mayor número de complicaciones postoperatorias: Dehiscencias, retracción del estoma, irritación periestomal, etc^{7,8}.

Técnica del marcaje del estoma

Los objetivos de esta técnica son:

- Conseguir la máxima adaptación del dispositivo de ostomía.
- Evitar complicaciones postoperatorias.
- Conseguir la mejor calidad de vida del paciente ostomizado.

En la consulta prequirúrgica con la enfermera estomatoterapeuta, será necesario conocer la historia del paciente, y habrá que tener en cuenta varios factores para el marcaje del estoma.

- *Características físicas:* Constitución, peso del paciente, morfología abdominal, déficits sensoriales.
- *Situación social, familiar y laboral:* Cultura, soporte familiar, actividad laboral, práctica de deporte, ropa que utiliza habitualmente.

Localización del punto del estoma

La localización dependerá del tipo de intervención y de las características mencionadas en el punto anterior.

El punto de referencia se marca mediante unas líneas imaginarias, teniendo como puntos de referencia: En el cuadrante inferior izquierdo o derecho del abdomen, nos

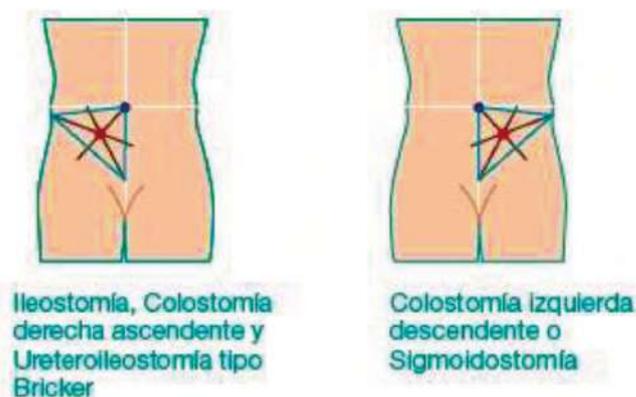


Imagen 1. Grupo COF de España. Marcaje del estoma. 2015.

imaginamos un triángulo en cuyos vértices se encuentran el ombligo, la cresta ilíaca izquierda o derecha y la línea media del pubis. Tras ubicar estos vértices, se marcarán las bisectrices de cada punto. El punto de encuentro de estas bisectrices será la ubicación ideal del estoma (imagen 1)⁹.

Una vez adjudicado el punto del estoma en el abdomen, se realizarán varias pruebas con un dispositivo de bolsa pegado en el abdomen del paciente. Se le pedirá que se siente, que se ponga de pie y que simule realizar actividades de la vida diaria, como vestirse, caminar o agacharse. De esta forma, comprobaremos que el estoma y el dispositivo de adaptan totalmente al paciente y también se evitarán complicaciones derivadas de un inadecuado marcaje del estoma⁹.

Precauciones

Es importante que evitemos el marcaje del estoma en ciertas zonas anatómicas. Se evitará dicho marcaje en⁹:

- Depresión umbilical.
- Flexura de la ingle.
- Línea del pubis.
- Zona media del pubis.
- Prominencias óseas.
- Cicatrices.
- Prótesis quirúrgicas.
- Zonas con procesos cutáneos crónicos.
- Interferencia con cinturones.
- Pliegues cutáneos.

Es importante recordar que es necesario que todo el personal de enfermería implicado en el proceso prequirúrgico de la realización de un estoma debe adquirir los conocimientos necesarios para poder realizar un correcto marcaje del estoma.

GASTROSTOMÍA

Causas de la realización de una gastrostomía

La gastrostomía es la colocación de una sonda en el estómago, atravesando la pared abdominal. Su fin último es la alimentación de la persona con problemas de deglución.

Las principales causas de la colocación de una sonda de gastrostomía o sonda PEG son¹⁰:

- Pacientes con tumores cerebrales, cuello, o en tratamiento con quimioterapia o radioterapia en los que se prevé que son cuadros reversibles y se pueda retirar la sonda PEG una vez resuelto el problema de base.
- Paciente con enfermedades de carácter irreversible con expectativas de supervivencia prolongada, en los que se coloca la PEG de forma definitiva para mejoría de la calidad de vida del paciente.

- Paciente con una enfermedad terminal, aunque con una esperanza de vida prolongada.

También hay que tener en cuenta las limitaciones de esta intervención, ya que no estaría indicada en todos los casos. Las principales contraindicaciones de colocación de una PEG son¹⁰:

- *Absolutas*: Trastornos de la coagulación irreversibles.
- *Relativas*: varices esofágicas, hipertensión portal, cirugía gástrica previa, ascitis, carcinoma peritoneal, inmunosupresión, diálisis peritoneal.

Preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio

Preoperatorio

El personal necesario serán la enfermera, los endoscopistas, auxiliar de enfermería y anestésista.

Se comprobará que es el paciente correcto y, cuando esto se haya verificado, se procederá a preparar el material necesario para la intervención:

- Monitor.
- Medicación para sedoanalgesia.
- Material para mantener permeable la vía aérea: Gafas nasales, sondas de aspiración, toma de O₂ y vacío.
- Material para la endoscopia: Videoendoscopio, asa de polipectomía.
- Kit gastrostomía: Sonda PEG, bisturí, trócar, adaptador para jeringa de alimentación.
- Campo quirúrgico: Paños, gasas, batas, guantes estériles, antiséptico.

Intraoperatorio

Los pasos a seguir serán los siguientes (imagen 2)¹¹:

1. Comprobación de que el paciente está en ayunas, que ha suprimido los antiagregantes o anticoagulantes, alergias conocidas.
2. Colocación del paciente en decúbito supino.
3. Monitorizar al paciente, comprobación de que tiene la piel de la zona rasurada, administración de O₂, canalización de una vía venosa.
4. Administración de sedoanalgesia, comprobar constantes.
5. Realizar gastroscopia y marcaje del punto de inserción de la zona.
6. Montar campo estéril, mesa quirúrgica con kit de gastrostomía.
7. Introducción del trócar con guía, el cual recorre desde el asa de polipectomía del estómago hasta la boca del paciente. Se atará el extremo de la sonda, y tirando de

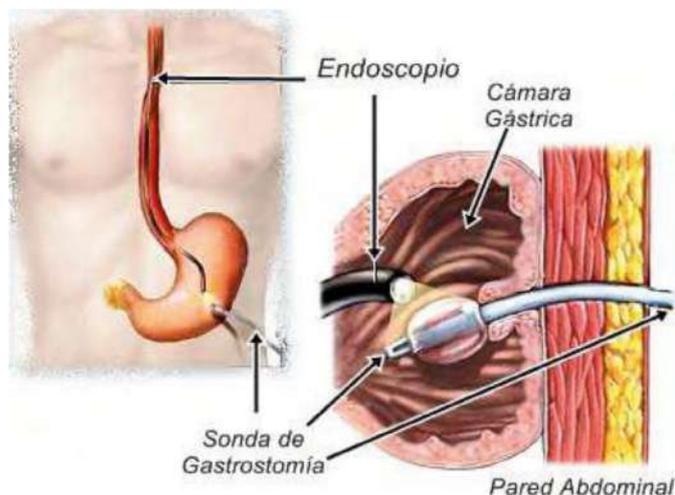


Imagen 2. Sánchez Hernández, MR. Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) mediante técnica PULL.

la guía, se extrae por la pared abdominal, por la apertura realizada con anterioridad.

8. Ajustar la pieza de fijación externa y colocar el adaptador de la jeringa de alimentación.
9. Comprobar que la PEG es permeable y que está colocada correctamente mediante la introducción de agua con una jeringa.
10. Limpieza de la zona intervenida, cura y apósito.

Complicaciones postoperatorias

Como cualquier intervención, también está sujeta a posibles complicaciones, entre las que se encuentran: Derivadas de la anestesia, peritonitis, hemorragia gastrointestinal, neumonía por aspiración, infección del punto del estoma, salida de la sonda PEG, oclusión de la sonda, dolor abdominal, etc¹¹.

- **Hemorragia en la zona de punción:** Normalmente por lesión de un vaso cercano. Se realizará la compresión produciendo hemostasia. Si de esta forma, la hemorragia no cesa, se derivará al médico para valoración.
- **Broncoaspiración:** Se produce por la entrada del contenido gástrico en los pulmones. Se evitará mediante medidas posturales durante y después de la alimentación.
- **Infección periestomal:** Se realizará la toma de cultivo estéril, y se derivará al médico para la pauta antibiótica.
- **Obstrucción de la sonda:** Por contenido alimenticio o farmacológico. Administrar 50 ml de agua tibia mediante jeringa. Si aun así la sonda no se desobstruye, se derivará a su médico de referencia.
- **Salida de la sonda:** Colocación de una sonda Foley inflando el balón y remitir al médico de referencia a urgencias. Se colocará esta sonda temporal lo antes posible, siendo recomendable su colocación antes de las 6 horas tras la salida para evitar el cierre del punto del estoma.
- **Granulomas periestomales:** Resección de los granulomas mediante nitrato de plata y cura local.

- **Náuseas y/o vómitos:** Se produce por la elevada osmolaridad de la sustancia administrada o por la rapidez de la administración del alimento. Se podrá solucionar el problema mediante la administración de una fórmula adaptada al paciente y a temperatura ambiente.
- **Estreñimiento:** Administrar líquidos en las cantidades adecuadas y una alimentación con la fibra adecuada.

Cuidados de enfermería del catéter de alimentación

Los cuidados de enfermería con respecto a la sonda PEG serán comprobar tanto estado del estoma como el dispositivo externo, así como la educación sanitaria al paciente portador de gastrostomía.

Cuidados del estoma

Las tareas de enfermería con respecto al estoma se resumen en los siguientes puntos¹²:

- Comprobar que no existe irritación de la piel periestomal, inflamación o secreción. También comprobar que la zona no está enrojecida ni es dolorosa.
- Comprobar la aparición de otras posibles complicaciones.
- Durante las 2 primeras semanas tras la colocación de la sonda, se lavará el estoma con la ayuda de una gasa estéril, agua tibia y jabón con pH neutro. Tras realizar el lavado, secar la zona de forma minuciosa, desde la sonda hacia fuera. Aplicar un antiséptico y colocar una gasa estéril abierta por uno de sus lados bajo el estoma.
- A partir de la tercera semana tras la colocación de la sonda, será suficiente con la limpieza del estoma con agua y jabón pH neutro.
- Se recomendará al paciente la colocación de ropa no ajustada para no oprimir el estoma y la sonda.
- Podrá duchar tras 1 semana de la intervención.

Cuidados de la sonda PEG

Se proporcionará al paciente los siguientes cuidados¹²:

- Limpieza diaria y de forma meticulosa de la sonda externa, así como de la conexión para la alimentación, con agua tibia y jabón pH neutro. Secar de forma minuciosa.
- Girar diariamente la sonda con, al menos, una vuelta. De esta forma se evita que la sonda se adhiera a la piel.
- Tener la precaución de cerrar el tapón de la sonda cuando está no se esté usando.
- Comprobar la estabilidad del balón de sujeción. Se extraerá el líquido del contenido del balón mediante una jeringa y se verificará que la cantidad es la que corresponde. La cantidad de líquido necesaria para un correcto inflado del balón está indicado en el extremo proximal de la sonda. Una vez comprobado que los mililitros con los correctos, volver a introducirlo.

Procedimiento de alimentación por la gastrostomía

En este apartado diferenciaremos entre la administración de la nutrición enteral por sonda PEG y la administración de medicación.

Nutrición enteral por sonda PEG

La sonda PEG tiene dos accesos, uno puerto para la alimentación y otro para administrar la medicación. En esta sonda también existe una pinza que permite la sujeción de la sonda y previene que gotee el alimento (imagen 3)¹³.

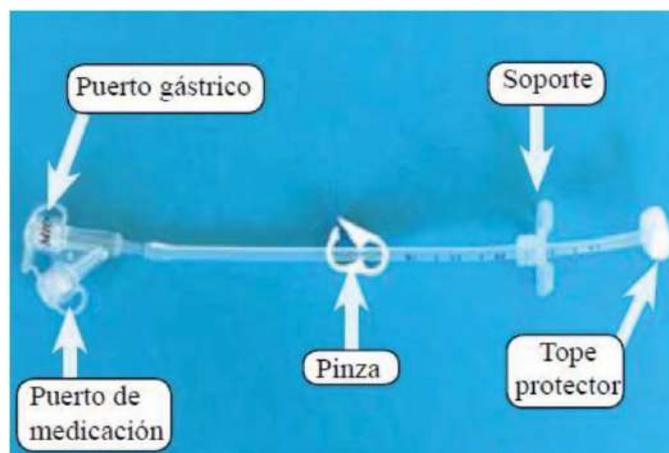


Imagen 3. Rady Childrens. Guía para sondas PEG.

Los pasos a seguir serán los siguientes¹²:

1. Lavado de manos antes de la manipulación de la sonda.
2. El paciente se mantendrá sentado o incorporado (Fowler o semi Fowler) mientras se realiza la administración de la alimentación y entre 30-60 minutos tras ello.
3. Comprobar que la posición de la sonda es la correcta.
4. Comprobar el residuo gástrico: Se realizará con una jeringa de 50 ml. Si el residuo extraído es superior a 100 ml, esperaremos una hora antes de la administración de alimentos. Transcurrido este tiempo volverá a comprobarse el residuo. Si sigue siendo mayor a 100 ml se contactará con el médico. Después de la aspiración del residuo gástrico siempre hay que volver a introducirlo y limpiar la sonda con 30-50 ml de agua.
5. Comprobar la permeabilidad de la sonda antes de administrar cualquier sustancia. Se administrará 30-50 ml de agua. Si notamos alguna resistencia durante la administración, podría indicarnos obstrucción de la sonda por residuos de medicamentos o de alimentación. En estos casos podría introducirse agua tibia para ablandar esos residuos e intentar desobstruir la sonda.
6. Tras la administración de la alimentación, pasar 50 ml de agua para limpiar la sonda. Si la alimentación es de forma continua se recomienda hacerlo cada 6 horas.

Administración de medicación por sonda PEG

Las recomendaciones son las siguientes¹²:

- No mezclar nunca la medicación con los alimentos.
- Limpieza de la sonda PEG con 30 ml antes de la introducción del medicamento y después de la administración.
- La administración de la medicación debe hacerse de forma líquida o triturando las grageas para obtener un polvo fino que pueda ser diluido en 10-15 ml de agua siempre y cuando el tipo de medicamento lo permita. Debe tenerse en cuenta este ítem para que los medicamentos prescritos a personas portadoras de una PEG, sean compatibles para su administración.
- La medicación se administrará inmediatamente tras su preparación.
- Nunca se mezclarán los medicamentos para su administración. Cada fármaco se administrará por separado. Primero se introducirán las soluciones líquidas y después las más consistentes. Se lavará la sonda tras cada administración con 5 ml de agua.
- No se triturarán: Los fármacos efervescentes, las cápsulas con cubierta entérica, los fármacos de liberación retardada, aquellos cuya absorción sea sublingual, las cápsulas con contenido granuloso, gelatinosas o que contengan líquido, y aquella medicación con actividad carcinogénica o teratogénica.

Cuidados de la boca en pacientes portadores de PEG

Aunque los pacientes portadores de sonda PEG no se alimenten mediante vía oral, deben de realizar una adecuada higiene oral. Se recomienda lavar la boca mediante el cepillado de dientes y lengua con una pasta dentífrica al menos dos veces al día. Tras el enjuagar la boca, es importante recalcar que no debe tragarse al agua.

YEYUNOSTOMÍA

La yeyunostomía es un estoma de alimentación que se exterioriza a través de la cavidad abdominal mediante una sonda. Es menos utilizada que la gastrostomía ya que existen un número mayor de complicaciones y es de un manejo más complejo.

Están indicadas en aquellos casos en los que los pacientes necesiten nutrición a largo plazo y que presenten un riesgo elevado de aspiración de los alimentos o porque existan problemas en el tubo digestivo que se encuentra por encima del yeyuno¹⁴.

Tipos de yeyunostomías

Existen dos tipos según la técnica que se utilice¹⁴:

- *Yeyunostomía endoscópica*: Colocación de una sonda a través de una gastrostomía previa, que se realiza vía endoscópica. Se aprovecha el estoma de gastrostomía para introducir la sonda al yeyuno. Las sondas suelen ser de calibre más pequeño y son más flexibles para que su vida útil sea más duradera (imagen 4).



Imagen 4. Tarrazo Espiñeira, MR. Sonda de yeyunostomía endoscópica.

- **Yeyunostomía quirúrgica:** Se realiza mediante técnica quirúrgica. Las sondas que se usan son de más pequeño calibre que los utilizados en el caso anterior (imagen 5).



Imagen 5. Tarrazo Espiñeira, MR. Sonda de yeyunostomía quirúrgica.

Cuidados de enfermería

Los cuidados del estoma y la sonda de yeyunostomía son los siguientes¹⁴:

- Hay que limpiar diariamente la sonda externa y la conexión de la misma, con agua y jabón pH neutro. Aclarar bien la zona y realizar un secado minucioso para que no quede la zona húmeda.
- Curar el estoma con un antiséptico durante las dos primeras semanas. Tras pasar este período, se limpiará con agua y jabón, aclarando bien después.

- Comprobar que la sonda no se haya desplazado antes de administrar los alimentos.
- Mantener cerrado los tapones, excepto cuando se vaya a administrar los alimentos o medicación.

Con respecto a la alimentación, hay que comentar:

- Los preparados que se utilizan para este tipo de nutrición son productos de consistencia líquida que contienen todos los nutrientes necesarios para que la persona consiga un adecuado estado nutricional.
- Se presentan usualmente en botes de cristal o plástico en cantidades que rondan entre los 250-500 ml de alimento.

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL

En primer lugar, le daremos al paciente una serie de recomendaciones antes de iniciar la alimentación por la sonda de gastrostomía o yeyunostomía¹⁴.

- Comprobación de la caducidad de las fórmulas de alimentación.
- Agitar el envase antes de extraerlo para homogeneizar la fórmula.
- Administrar el alimento a temperatura ambiente. Si nos sobrase contenido del envase, se puede guardar en el frigorífico y cuando se vaya a volver a utilizar, sacarlo antes para que se atempere. Nunca utilizar un envase que esté abierto más de 24 horas.
- La persona portadora de sonda de alimentación abdominal, permanecerá sentado o con la cabeza incorporada y permanecerá así durante una hora o más tras la administración del envase. De esta forma evitaremos el reflujo del alimento a la vía aérea.
- Lavado de manos antes de administrar la dieta.
- Comprobar el residuo gástrico antes de administrar la dieta. Con una jeringa de 50 o 100 ml, se aspirará de forma suave. Si se aspira más de 200ml se atrasará la administración del nuevo alimento hasta la siguiente toma.
- En las sondas de yeyunostomías, no será necesario comprobar el residuo.
- Tras la administración del alimento o la medicación, se introducirá agua para evitar la obstrucción de la sonda.
- Lavar el material que haya sido utilizado.

Administración en bolos

Con jeringas de 50 o 100 ml, se fraccionarán las tomas en varias al día, con el volumen prescrito. No es recomendable administrar más de 400 ml por toma¹⁴.

Entre toma y toma, se recomienda que pasen, al menos, tres horas.

La fórmula alimenticia se administrará en un período entre 15-20 minutos.

Administración por gravedad

Se utilizará material que se conecta al recipiente, y este directamente a la sonda¹⁴:

- Se colgará el alimento a unos 50 centímetros de la cabeza del paciente.
- Se abrirá el regulador para permitir el paso del alimento a la sonda de alimentación.
- Se gradúa mediante el regulador la velocidad de administración.
- Se puede fraccionar en varias o tomas o bien administrarla de forma continua, según la pauta establecida.

Administración mediante bomba de perfusión

La bomba de perfusión se utilizará en aquellos casos en los que queremos regular de forma más exhaustiva la administración de la dieta. Además, está indicada su utilización en los siguientes supuestos:

- Cuando se requiere la administración de volúmenes muy elevados.
- Cuando se es portador de una yeyunostomía.
- Como en los casos anteriores, se puede fraccionar la dieta en varias tomas o bien en perfusión continua.

Complicaciones de la administración de nutrición enteral

Las podemos clasificar atendiendo a su origen¹⁴:

Complicaciones mecánicas

Se relacionan con la sonda o el estoma. Podemos encontrar las siguientes en la tabla 2:

Complicaciones gastrointestinales

Se relacionan con el tipo de alimento administrado¹⁴.

- *Náuseas y vómitos*: Se producen por retraso en el vaciamiento gástrico, por efecto secundario de fármacos o por paso rápido de los alimentos.

Solución: Administrar los alimentos a un ritmo más lento, implicar al paciente en la administración de la dieta.

- *Estreñimiento*: Se produce por la escasa administración de agua en la dieta, una dieta pobre en fibra, escasa actividad física.

Solución: Aporte adecuado de agua y fibra, realizar ejercicio moderado dentro de las posibilidades de cada paciente, revisar el tipo de dieta.

- *Diarrea*: Aporte excesivo de fibra en la dieta, administración rápida de los alimentos, uso de antibióticos u otros fármacos.

Solución: Administrar la dieta de forma más pausada, ajuste del aporte de fibra.

Administración de medicación por nutrición enteral

Seguiremos las siguientes recomendaciones¹⁴:

- Los comprimidos se administrarán triturados y disueltos en agua.
- Los jarabes se diluirán en 30 ml de agua.
- Serán de elección aquellos fármacos de presentación líquida.
- Cuando sea necesaria la administración de varios medicamentos en cada toma, se administrará cada uno por separado y lavando la sonda con agua entre cada uno de ellos.

Tabla 2. Tarrazo Espiñeira, MR. *Complicaciones mecánicas del estoma.*

Complicación	Motivo	Solución
Obstrucción de la sonda	Alimentos o medicamentos en la luz de la sonda.	Limpieza con agua tibia. Recordar que hay que administrar agua tras cada alimento o medicamento.
Salida de la sonda	Salida accidental de la sonda.	Avisar al médico o enfermera de referencia para evitar el cierre del estoma.
Presencia de drenaje por el estoma	Infección del estoma.	Avisar al médico o a la enfermera de referencia.
Salida de líquido por el estoma	Mal ajuste de la sonda. El balón de la sonda se ha desinflado. Problemas del vaciamiento gástrico.	Ajustar la placa de fijación externa. Avisar al médico o enfermera de referencia.
La sonda no gira	Se quedó fijada al estoma.	Si tras intentar que gire, no lo hace, avisar al médico o enfermera de referencia.
Dolor en el estoma	Presión excesiva de la placa externa, infección del estoma.	Avisar al médico o enfermera de referencia.

- Cuando se tenga que administrar medicación en yeyunostomías habrá que avisar al médico para comprobar compatibilidad y absorción.

UROSTOMÍA

La urostomía es una abertura de la pared abdominal hacia el exterior, cuyo fin es desviar la orina fuera de la vejiga, ya sea porque ha sido extirpada (cistectomía) o porque se impide llegada de la orina a la misma¹⁵.

Causas de realización de una urostomía

Las principales causas para realizar una urostomía son: El cáncer de vejiga, disfunciones neurológicas de la vejiga, cistitis intersticial o malformaciones desde el nacimiento¹⁵.

Cáncer de vejiga

En España se diagnostican al año al menos unos 8000 casos nuevos de cáncer de vejiga. Este es un tipo de tumor que a principios de siglo era más frecuente en varones, pero actualmente la proporción hombre/mujer es de 1:2. Esto se debe principalmente a la mayor exposición del humo del tabaco de la mujer (cada vez hay más mujeres fumadoras) y también, la exposición del sexo femenino a la contaminación ambiental con su incorporación al mercado laboral.

La edad media de aparición de este tipo de tumor ronda los 65 años, con mayor proporción en los países industrializados, pero sobre todo en aquellas personas con trabajos en la industria donde trabajen con colorantes, tintes, etc.

La incidencia de este tipo de tumor es de las más elevadas en el mundo, en el que se diagnostican 26 casos por 100000 habitantes cada año. En España, esta incidencia aumenta, situándose entre 27.30 casos nuevos por 100000 habitantes cada año.

A pesar de esta elevada incidencia, cabe destacar que la mortalidad no es tan elevada como cabría esperar¹⁶.

Disfunción neurogénica de la vejiga

La disfunción neurogénica de la vejiga o tracto urinario inferior, abarca una gran variedad de trastornos. El diagnóstico

de estas alteraciones no suele ser sencillo, ya que primero suelen diagnosticarse la disfunción de la vejiga y con posterioridad, el fallo neurológico.

La localización de la lesión neurológica conllevará un tipo de disfunción del tracto urinario inferior. El diagnóstico se realizará mediante la historia clínica, examen físico y pruebas complementarias.

Todas estas disfunciones provocan una mala calidad de vida de los pacientes que lo sufren, ya que sufren muchas complicaciones derivadas como, por ejemplo: Infección de orina de repetición, vaciado incompleto de la vejiga, retenciones de orina, enfermedad renal progresiva con el consecuente daño irreversible¹⁷.

Cistitis intersticial

La cistitis intersticial es la inflamación de la vejiga. Esta patología se asocia con frecuencia con aumento de la frecuencia y necesidad imperiosa de orinar. Nueve de cada diez casos corresponden al sexo femenino.

Esta patología cursa con inflamación y enrojecimiento de la pared vesical (imagen 6) y en casos más severos, esta inflamación puede llegar a cicatrizar y provocar la dificultad de contracción y expansión de la vejiga para el llenado y vaciado de la misma¹⁸.

Es conocido que la cistitis intersticial no es provocada por una infección vírica o bacteriana, sino que se produce porque el revestimiento de la pared vesical es defectuoso. Esto provoca que la orina irrite la mucosa vesical provocando la inflamación¹⁸.

Malformaciones congénitas del riñón y de la vejiga

Este tipo de malformaciones congénitas son las más identificadas en la ecografía prenatal y la principal causa de enfermedad renal en la etapa infantil. Aunque su causa es multifactorial, un bajo porcentaje se debe a mutaciones en genes durante el desarrollo embrionario.

La gravedad de estas malformaciones viene determinada por el número de nefronas afectadas y las que aun funcionan, ya que nos estimará el tiempo de supervivencia de la función renal¹⁹.

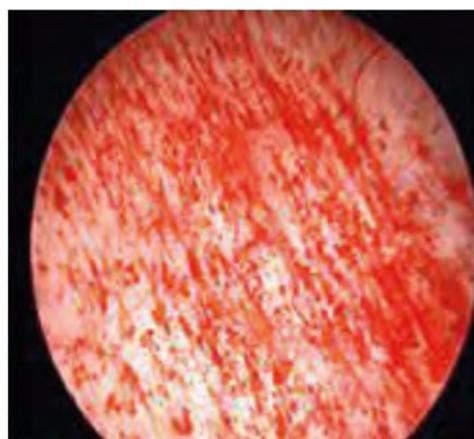
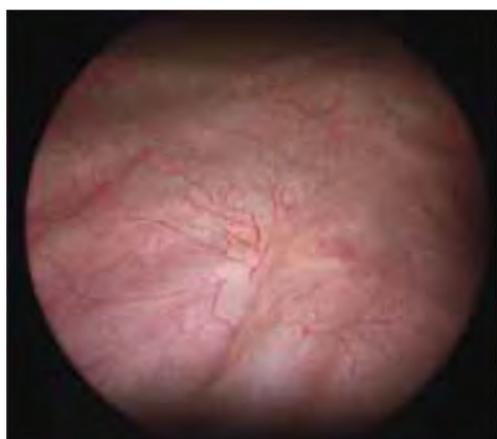


Imagen 6. *Internacional Urogynecological Association. Vejiga normal/vejiga con inflamación. 2011.*

En la tabla 3 se resumen las principales malformaciones congénitas del tracto urinario del recién nacido:

Tabla 3. Madariaga Domínguez, I. Clasificación de las principales anomalías congénitas del riñón y tracto urinario. 2014.

Alteraciones del parénquima renal
Displasia renal
Displasia renal multiquística
Hipoplasia renal
Agenesia renal
Anomalías de la migración embrionaria renal
Ectopia renal
Riñón en herradura
Anomalías del sistema colector renal
Duplicación renal
Reflujo vesicoureteral
Estenosis ureteral
Extrofia vesical
Válvulas de uretra posterior

Tipos de urostomías

Dentro de los tipos de intervenciones para la desviación urinaria están:

- Derivación incontinente o urostomía estándar o convencional.
- Derivación continente o urostomía continente o reservorio urinario continente.

Cada caso será evaluado de forma individual.

Derivación incontinente

En este tipo de intervenciones se realiza un conducto lineal. Esto consiste en realiza desde cero una bolsa que almacena orina, usando una porción del intestino.

Para la realización de este conducto se usa una porción del íleon, cercana a su unión con el intestino grueso. El sobran-

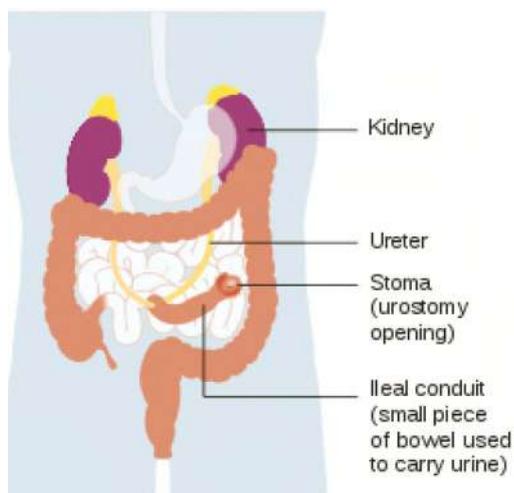


Imagen 7. Fairview. Desviación incontinente [Internet]. Disponible en: https://www.fairview.org/Patient-Education/Articles/Spanish/c/i/s/t/e/Cistectom%C3%83%C2%ADa_total_con_derivaci%C3%83%C2%B3n_urinaria_incontinente_en_hombres_41106_espa%C3%83%C2%B1ol

te del íleon luego se conecta con el intestino grueso. Tras esto, se separan los uréteres de la vejiga para después unirlos a la porción del íleon que fue reubicado. El extremo distal del íleon extirpado se une a la pared abdominal, quedando la pared interna del mismo adherida a la pared abdominal, creando un estoma, como podemos ver reflejado en la imagen 7.

El paciente al que se realiza este tipo de intervención no tendrá control sobre la emisión de la orina, por lo que siempre será necesaria tener colocada una bolsa colectora de orina¹⁵.

Desviación continente

Dentro de este tipo de urostomías, el cirujano creará una bolsa colectora interna. Esta bolsa tendrá dos válvulas que impedirán el reflujo de la orina de nuevo hacia los riñones.

Dentro de este tipo de desviación, encontramos varios tipos¹⁵:

- **Bolsa de Kock:** la bolsa, la salida y las válvulas son creadas en el íleon terminal (imagen 8).

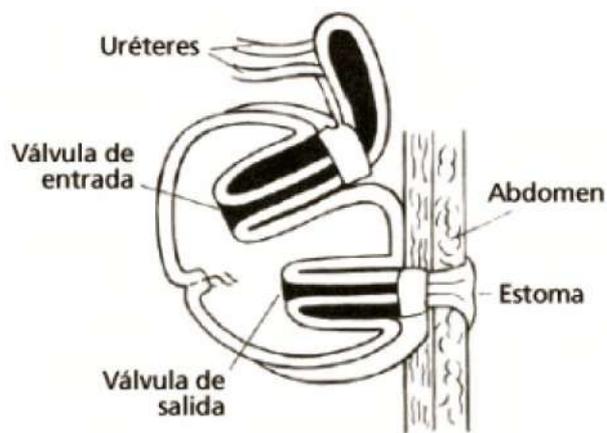


Imagen 8. American Cancer Society. Bolsa de Kock. 2019.

- **Bolsa de Indiana:** esta bolsa se crea a partir del intestino grueso ascendente o colon ascendente. La salida de la orina se forma, de nuevo, con el íleon distal, usando la válvula ileocecal natural (imagen 9).

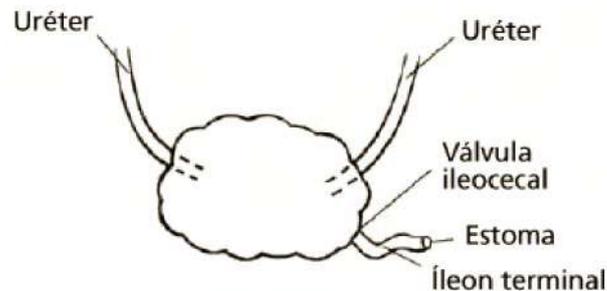


Imagen 9. American Cancer Society. Bolsa de Indiana. 2019.

- **Procedimiento de Mitrofanoff:** en este tipo de desviación, la bolsa de orina puede formarse con la misma vejiga, con el colon o con el intestino delgado, o una combi-

nación de ellas. La salida de la orina se creará a partir del apéndice, una trompa de Falopio o del uréter (imagen 10).

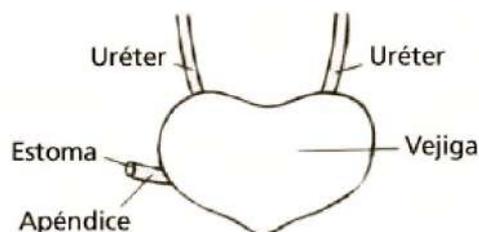


Imagen 10. American Cancer Society. Procedimiento de Mitrofanoff. 2019.

- **Neovejiga ileal:** La nueva bolsa colectora se forma a través del intestino delgado el cual se anastomosa a ambos uréteres. En este tipo de intervención no se realiza un estoma por lo que tendrá que fijarse horarios para el vaciado de la vejiga, ya que la persona que tiene realizada este tipo de intervención carece del estímulo para el vaciado de la vejiga (imagen 11).

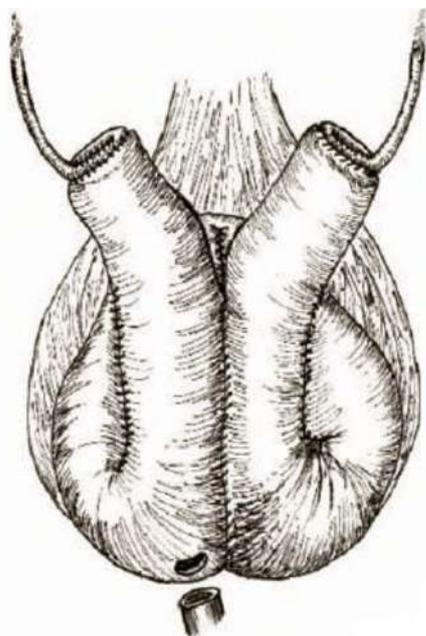


Imagen 11. American Cancer Society. Neovejiga ileal. 2019.

Cuidados de enfermería

La enfermera deberá explicar al paciente sobre los cuidados locales del estoma y el cambio de bolsa, así como la alimentación tras la intervención.

Es importante conocer que la realización de una urostomía no cambia la función renal. En general, este procedimiento no conlleva cambios en la alimentación del paciente. Hay que informar al paciente de que¹⁵:

- Las frutas y los vegetales tienden a alcalinizar la orina, y las carnes y cereales a acidificarla. Esto es importante, ya que, salvo contraindicación, la orina debe mantenerse con un pH ácido.
- Los alimentos para acidificar la orina son: Carnes, cereales, pan, maíz, huevos, arándanos, nueces, pescados, aves, etc.

- La orina con pH alcalino puede provocar cristales tipo arenoso y de aspecto blanquecino en el estoma, lo cual puede provocar irritación del estoma. Se aconsejará al paciente la limpieza adecuada del estoma, así como una alimentación con los alimentos mencionados en el punto anterior.
- Beber abundante líquido, preferentemente, agua²⁰.

NEFROSTOMÍA

La nefrostomía es la comunicación directa del riñón al exterior.

Tipos de nefrostomías²¹

- **Nefrostomía percutánea (NPC):** Se utiliza en un 85-90% en casos de uropatía obstructiva supravesical, y en otro porcentaje menor para el manejo de fístulas urinarias y para la realización de procedimientos terapéuticos sobre los uréteres (imagen 12).

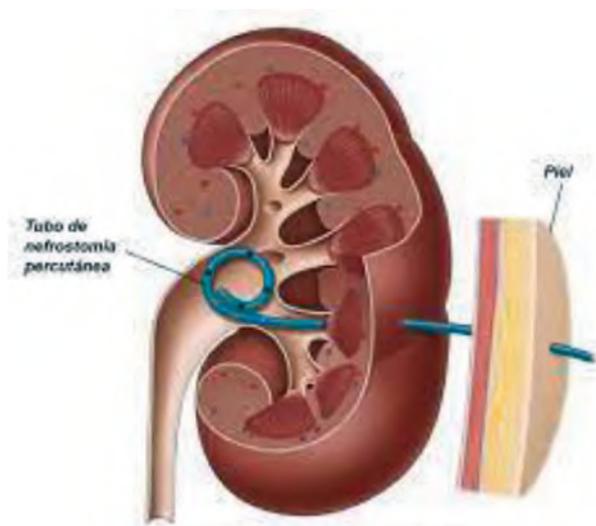


Imagen 12. EAU, información para pacientes. Nefrostomía percutánea [Internet]. Disponible en: <https://patients.uroweb.org/es/calculos-renales-y-ureterales/tratamiento-de-los-calculos-renales-y-ureterales/nefrolitotomía-percutánea/>

- **Stent uretral anterógrado:** Cuando existe una obstrucción uretral de origen neoplásico.

Preoperatorio, intraoperatorio, postoperatorio

Preoperatorio

En esta etapa, lo primordial es la identificación del paciente y el control de constantes vitales, así como verificar la firma del consentimiento informado por parte del paciente para la realización de la intervención.

Dentro de los recursos humanos dentro de la intervención de nefrostomía encontramos un médico especialista formado en radiología intervencionista, anestesista, auxiliar de enfermería, enfermero entrenado en radiología intervencionista²¹.

Dentro de los recursos materiales necesarios que tendremos que revisar antes de la intervención se encuentran:

Ecógrafo, TAC, equipo de RM, equipo de radioscopia con arco en C, medicación de urgencia, equipo de monitorización, material de intubación y de resucitación²¹.

También será imprescindible revisar el material propio de la intervención, así como todo el material fungible necesario²¹:

- Ajugas, guías de diferentes tipos, catéteres de varios modelos, dilatadores, etc.
- Anestésicos locales, de sedación, antibióticos, de urgencia.
- Material para conservación de muestras biológicas.
- Material de protección radiológica.

Intraoperatorio

Nefrostomía percutánea

La NPC se realizará mediante técnica guiada, si es posible mediante ecógrafo y fluoroscopia combinada. Esta técnica nos permite conocer el punto exacto de punción de la piel. Normalmente, este punto de punción suele situarse debajo de la duodécima costilla, tan posterolateral como sea posible.

Los pasos a seguir son los siguientes²¹:

1. Se colocará al paciente en decúbito lateral o decúbito prono.
2. Asepsia del lugar de punción.
3. Anestesia local con 10-15 ml de lidocaína al 1% mediante guía ecográfica.
4. Punción con control de fluoroscopia hasta llegar al cáliz medial.
5. Extracción del fiador de la aguja y se realiza una aspiración para extraer orina. Una vez extraída se introducirá contraste para mostrar el sistema pielocalicial.
6. Introducir una guía.
7. Mediante un catéter tipo Berenstein, se manipulará la guía hidrofílica hasta llegar al uréter. Una vez aquí se intercambiará la guía hidrofílica por una rígida teflonada de punta blanda.
8. Se dilatará el trayecto con dilatadores.
9. Introducción del catéter de nefrostomía.
10. Se inyecta contraste para verificar su posición y funcionamiento.
11. Fijación del catéter a la piel.

Stent Uretral Anerógrado²¹

El inicio de este procedimiento es similar al de la NPC. Es cuando, una vez esté posicionado el catéter en el uréter, se realizará una pielourterografía anterógrada mediante una guía rígida tipo Amplatz, que delimitará la extensión y localización exacta del uréter defectuoso para poder elegir el stent más apropiado.

Una vez seleccionado el tipo de stent adecuado, se avanzará con el sistema liberador sobre la guía de Amplatz hasta que el stent supere al menos 1-2 centímetros más de los límites de la estenosis. Una vez colocado el stent, se retirará la guía y se realizará una pielografía de comprobación para ver la permeabilidad de la prótesis y su expansión.

Colocamos, finalmente, una NPC de seguridad tras la intervención.

Postoperatorio

Es aconsejable que el paciente permanezca en reposo y vigilado de forma estricta en una unidad de reanimación durante, al menos, media hora tras la intervención. Debe estar ubicado cerca de cualquier técnica de imagen para descartar posibles complicaciones agudas que aparezcan en la unidad de reanimación²¹.

Tras el paso a planta de hospitalización, el paciente permanecerá en reposo absoluto durante, al menos, 8 horas tras el procedimiento, con control de constantes vitales cada hora durante la primera 5 horas tras la intervención²¹.

Complicaciones postoperatorias

La principal complicación descrita y que aparece con más frecuencia es la hematuria²². Otras complicaciones que se han dado en los pacientes intervenidos con NPC son: Dolor y hematoma subcapsular e infección local de la piel.

Cuidados de enfermería

La enfermera educará al paciente en el cuidado y cura del catéter de nefrostomía. Los pasos a seguir son los siguientes²³:

- El catéter siempre será protegido con un apósito.
- Aconsejar no darse baños de inmersión, y para la ducha es recomendable usar un apósito impermeable o realizar la cura inmediata tras la ducha.
- Preparar con antelación el material necesario para la cura del catéter: Guantes estériles y no estériles, alargadera con una llave de tres vías, bolsa colectora de orina con sistema cerrado.
- Colocar en decúbito lateral, dependiendo de la localización de la nefrostomía.
- Lavado de manos y colocarse los guantes no estériles.
- Preparar campo quirúrgico.
- Limpiar la zona de inserción del catéter con gasas estériles y suero fisiológico.
- Desinfectar la zona con solución antiséptica.
- Colocar una gasa estéril abierta por la mitad y la colocamos entre la piel y el catéter.
- Colocar el catéter con una curva amplia para evitar acodamientos (imagen 13).



Imagen 13. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Colocación catéter.

- No colocar ningún apósito con el pegamento directamente en el catéter.
- Colocar el esparadrapo cubriendo las gasas (imagen 14).



Imagen 14. Servicio de Salud del Principado de Asturias Colocación del esparadrapo.

- Dar otra vuelta a la alargadera y la sujetamos con esparadrapo (imagen 15).



Imagen 15. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Colocación de alargadera.

- Conectar la alargadera a la bolsa colectora y mantenerla por debajo del nivel del catéter para la prevención de infecciones.
- Curar cada 3 días, antes si resultase necesario.
- Cambiar la alargadera y el conector cada 1-2 semanas. Será cambiada en la
- Unidad de Radiología Vascular Intervencionista.

Lavado del catéter

Si fuese necesario lavar el catéter, los pasos a seguir serán los siguientes²³:

1. Cargamos una jeringa con 5 mililitros de suero fisiológico estéril.
2. Quitamos el tapón de la llave de tres pasos e introducimos lentamente el suero para la limpieza del catéter.
3. Aspiramos de forma lenta el suero introducido.
4. Colocar el tapón de la llave de tres vías.

TRAQUEOSTOMÍA

Una traqueostomía es una apertura de la vía aérea a través del cuello, mediante un procedimiento de urgencia o bien programado. Esta técnica forma una vía aérea en aquellas personas que conservan la capacidad de respirar pero que no pueden hacerlo de forma fisiológica por una obstrucción de la vía aérea.

En la abertura que se realiza en el cuello se coloca una cánula (imagen 16) en el interior de la tráquea, y es por donde la persona respirará.



Imagen 16. Maldonado, E. Tipos de cánulas traqueales. 2017.

La traqueostomía está indicada en los siguientes casos: Protección de la vía aérea y drenaje de secreciones, en casos de ventilación mecánica prolongada, obstrucción de la vía aérea superior, para facilitar el destete de la ventilación mecánica, y en casos de urgencia por trauma cerrado en el cuello o fractura del cartílago tiroideos o cricoides²⁴.

Tipos de traqueostomía

La realización de la traqueostomía puede ser temporal o definitiva.

- La *traqueostomía temporal* se usa cuando una obstrucción obstaculiza el paso de aire a través de la vía aérea. También suele usarse cuando el paciente ingresado en UCI requiere de un respirador y la vía orotraqueal está contraindicada²⁵. Este tipo de traqueostomías se cerrarán cuando la ventilación mecánica ya no es necesaria, la obstrucción de la vía aérea se ha resuelto, se controlan las secreciones provenientes de la vía aérea o se vuelve a deglutir de forma correcta²⁴.
- La *traqueostomía permanente* se realiza cuando se tiene que extirpar parte de la tráquea por un tumor²⁵.

Otra clasificación es si la traqueostomía se realiza de forma quirúrgica o de forma percutánea²⁴.

- *Quirúrgica*: Se realiza la disección de los tejidos pretraqueales y se introduce la cánula de traqueostomía. Este tipo de intervención está recomendada en casos en los que exista una desviación de la anatomía del cuello, cirugía cervical previa, trauma maxilofacial, obesidad o vía aérea difícil.



Imagen 17. Maldonado, E. *Kit de traqueostomía*. 2017.

- *Percutánea*: Se introduce una cánula traqueal mediante la disección de los tejidos pretraqueales con una guía tipo Seldinger.



Imagen 18. Maldonado, E. *Kit de traqueostomía percutánea*. 2017.

Complicaciones de la realización de una traqueostomía

Las complicaciones pueden ser inmediatas, mediatas o tardías²⁴, las cuales se resumen en la tabla 4:

Tabla 4. Maldonado, E. *Complicaciones de realización de una traqueostomía*. 2017.

Inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> • Neumotórax • Hemorragia • Lesión del cartilago cricoides
Mediatas	<ul style="list-style-type: none"> • Enfisema subcutáneo • Aspiración • Obstrucción • Aspiración • Atelectasia
Tardías	<ul style="list-style-type: none"> • Fistulas • Estenosis • Granulomas

Cuidados de enfermería

Tras la realización de una traqueostomía, es necesario su correcto mantenimiento ya que de esta forma se evitarán posibles complicaciones como infecciones, taponamientos y obstrucciones y, por ende, problemas respiratorios.

Fijación de la cánula

La fijación de la cánula evitará que esta se salga de forma accidental y que el estoma se cierre. La fijación debe de ser cautelosa y fuerte sobre todo durante las dos primeras semanas, que es cuando el tejido periostomal aún está cicatrizando³⁶ (imagen 19).

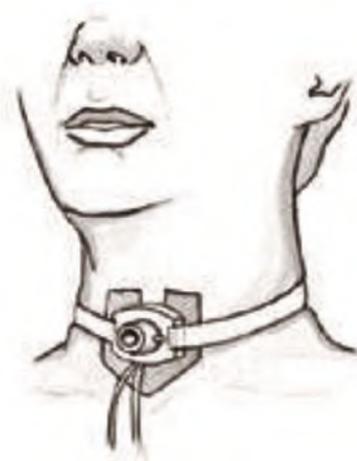


Imagen 19. *Fijación de cánula traqueostomía* [Internet]. Disponible en: https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.htm

Aspiración de secreciones de la traqueostomía

Una persona portadora de traqueostomía podría necesitar limpiar el estoma con regularidad de secreciones procedentes de la vía aérea. En la mayoría de las ocasiones, estas secreciones se expulsarán mediante la tos, pero algunas veces estas secreciones podrían causar el taponamiento del estoma al ser más espesas. Esto sucede de forma ha-

bitual en personas que portan una traqueostomía de forma reciente o bien porque producen muchas secreciones.

En casos en los que sea necesario aspirar las secreciones, se colocará en el interior de la cánula un tubo de succión, el cual se conectará a una toma de aspiración. Es una técnica que puede ser desagradable para el paciente, pero necesaria para evitar la obstrucción de la cánula.

En casos en los que el paciente porte una traqueostomía con cánula interna, será necesario limpiarla. En algunas ocasiones estas cánulas son desechables pero la mayoría suelen ser de varios usos.

En los casos en los que las secreciones se presenten muy espesas se puede colocar un humidificador junto a la cama o en la estancia en la que se encuentre para diluirlas y que su limpieza sea más cómoda y menos traumática. El humidificar las secreciones ayudará a calentar, humedecer y filtrar las secreciones y sea mucho más fácil su limpieza.

La frecuencia de la aspiración y limpieza de las secreciones dependerá de varios factores, entre ellos y, como se ha comentado con anterioridad, la cantidad de secreciones y el tiempo de realización de la traqueostomía. El número de veces se aspiración y limpieza de las secreciones disminuirá con el tiempo, ya que se tenderá a expulsarlas de forma más fácil mediante la tos²⁵.

Baño/ducha

Se le darán instrucciones al paciente de que debe taponar la traqueostomía durante el baño o ducha, ya que, si entrase agua por la traqueostomía, esta agua podría acabar en los pulmones y provocar en el paciente complicaciones, dependiendo de la cantidad de agua que penetrase por el estoma²⁵.

ILEOSTOMÍA

Una ileostomía es una abertura creada de forma quirúrgica desde el íleon terminal a la pared abdominal. Generalmente, el estoma se ubicará en el abdomen derecho, pero siempre habrá que individualizarse esta localización tal y como se explicó en el punto "Marcarje el estoma".

Tipos de ileostomías

Las ileostomías pueden clasificarse en^{26, 27, 28}:

1. Ileostomías permanentes. Se extirpan el colon y el recto, y se portará la ileostomía de forma crónica.

- **Ileostomía convencional o tipo Brooke:** Suele realizarse este tipo de intervención cuando el paciente padece Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, poliposis familiar, varios tipos de cáncer. En este tipo de intervención, el estoma se situará en la parte derecha del abdomen, a través del cual se drenarán las heces, líquidas o pastosas, muy irritativas, lo que hará necesario portar una bolsa de ostomía para recolección de las heces. Se aconseja que este tipo de bolsa sea abierta para poder vaciarla con más asiduidad.

- **Ileostomía continente de Kock:** Se realiza en casos de colitis ulcerosa, poliposis familiar en varios tipos de cáncer. En

este caso, el íleon no sale al abdomen, sino que se crea una bolsa interna dentro del abdomen donde se recolectarán las heces y, mediante una sonda que se introducirá por una pequeña abertura (tipo pezón) se extraerán las heces al exterior (imagen 20).

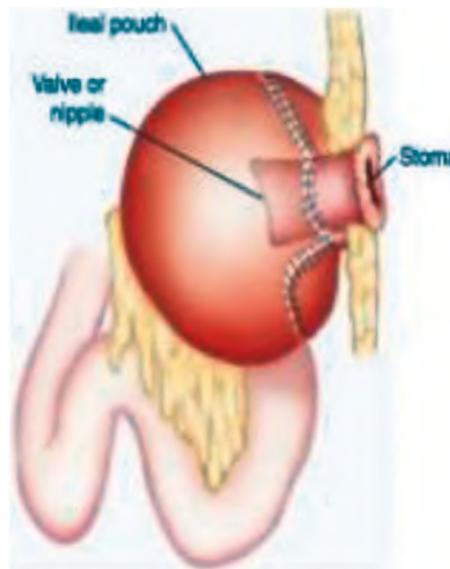


Imagen 20. Díaz Najera, JD. *Ileostomía tipo Kock* [Internet]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/benedictomd/ostomias>

- **Ileostomía con reservorio ileoanal (reservorio en J, S, W o bolsa pélvica):** Se realiza en casos de colitis ulcerosa o poliposis familiar. El reservorio se crea a partir de una porción del íleon y porción del recto, formándose una bolsa que se sitúa en la pelvis. Las heces se almacenan en esta bolsa y cuando el paciente tiene la necesidad de evacuar, lo hace sin ningún problema. El esfínter anal se encuentra intacto por lo tanto ese estímulo evacuador no se pierde (imagen 21).

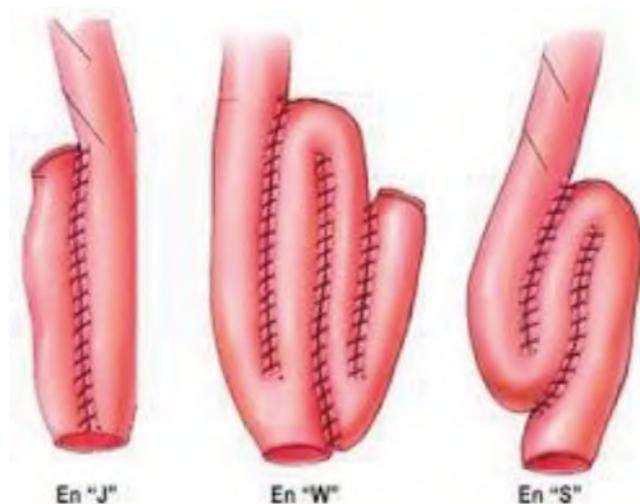


Imagen 21. Otero Regino, W. *Ileostomía con reservorio ileoanal* [Internet]. Disponible en: <https://doi.org/10.22516/25007440.426>

2. Ileostomías temporales. Se extirpará el colon y se conservará el recto.

3. Ileostomías de un solo estoma (imagen 22).

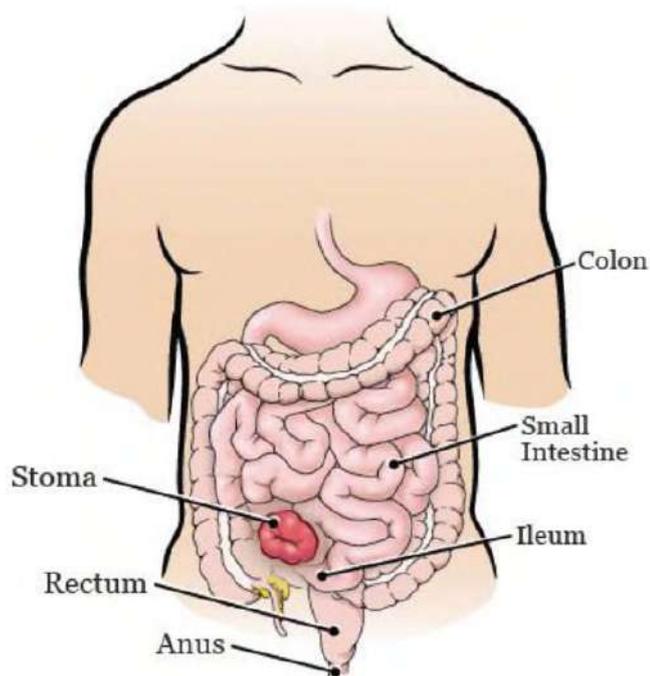


Imagen 22. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. *Ileostomía de un solo estoma* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/about-your-ileostomy-closure-surgery-01>

4. Ileostomías con dos estomas: los estomas pueden estar juntos o separados.

Características del estoma

El color del estoma de una ileostomía es rosado (como la mucosa oral), húmedo y brillante. Su tamaño dependerá de características individuales tales como el peso, el perímetro del abdomen, ganancia o pérdida de peso.

Las heces procedentes de la ileostomía son de consistencia líquida o pastosa, nunca serán formadas, ya que la absorción de agua se produce principalmente en el intestino grueso, el cual ha sido extirpado o evitado.

El débito de este tipo de estoma es abundante, por lo que será necesario vaciar la bolsa colectora varias veces al día^{26, 27, 28}.

COLOSTOMÍA

Una colostomía significa exteriorizar el colon hacia la pared del abdomen.

Clasificación de las colostomías

Según su localización anatómica

- *Cecostomía:* Se realiza a la altura del ciego, localizado en el lado derecho del abdomen. Este tipo de procedimiento es poco frecuente. En este tipo de intervención, las heces son líquidas, muy irritantes para la piel.
- *Colostomía ascendente:* Se realiza habitualmente en colon derecho, también localizado en el hemiabdomen derecho. Las heces son semilíquidas e irritantes para la piel.
- *Colostomía transversa:* Dependiendo de si el clon está situado en la porción derecha o izquierda del abdomen, ahí encontraremos el estoma. Es la técnica quirúrgica que se realiza más en los casos urgentes. Las heces en la transversa izquierda son semisólidas con riesgo de irritación cutánea, y en la transversa derecha son semisólidas o semilíquidas, muy irritante para la piel en comparación con la consistencia de las heces.
- *Colostomía descendente:* Se localiza en el lado izquierdo del abdomen. Las heces en este tramo son ya formadas por lo que existe un menor riesgo de irritación cutánea.

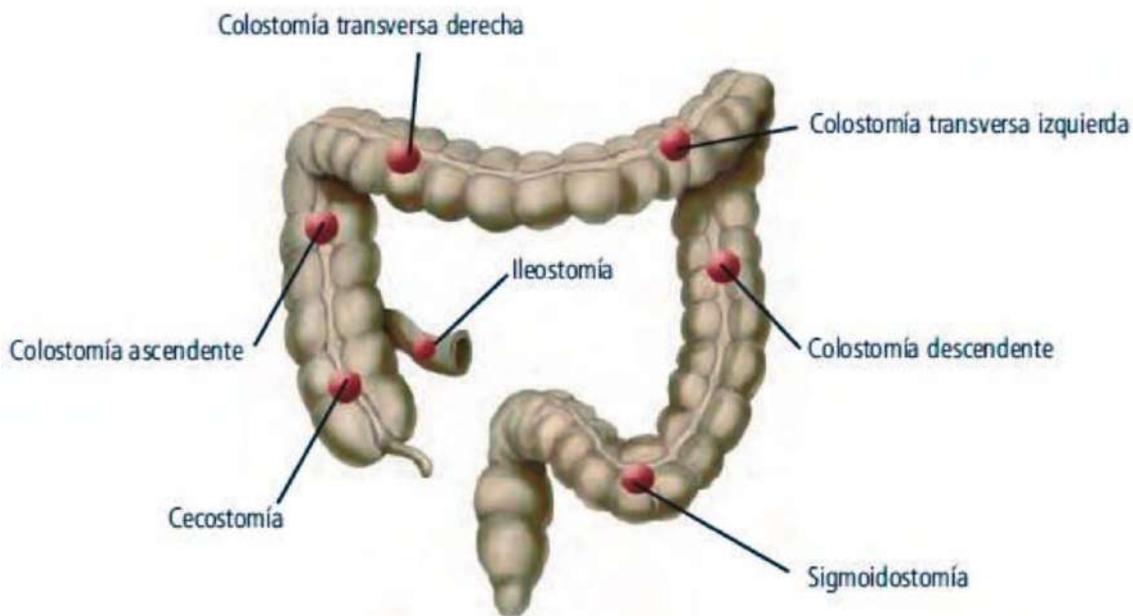


Imagen 23. Coronel Prado, MP. *Tipos de colostomías* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://docplayer.es/13228220-El-paciente-ostomizado.html>

- **Colostomía sigmoidea:** Se localiza en el colon sigmoide, en el hemiabdomen izquierdo. Es la colostomía que se realiza de forma más frecuente. Las heces son sólidas y no tiene apenas riesgo de irritación para la piel.

Según el tiempo de permanencia

- **Definitivas:** Cuando se produce la extirpación del recto y el esfínter anal, y ésta no puede ser restablecida con posterioridad. El tránsito intestinal se interrumpe. Normalmente, este tipo de cirugía se localizan en el colon descendente o sigmoideo, en hemiabdomen derecho. Las causas de la realización de una colostomía definitiva son las neoplasias de recto y ano (como se vio en el apartado de epidemiología), lesiones inflamatorias de la mucosa, traumatismos anorrectales, incontinencia anal, etc.
- **Temporales:** La estoma se realiza de forma transitoria mientras se resuelve la patología de base. Las causas de realización de una colostomía temporal son neoplasias de colon izquierdo y recto, diverticulitis, vólvulos, fístulas rectovesicales y rectovaginales, traumatismos de colon, recto, etc.

Según la construcción de la estoma

- **Tipo Hartmann:** Se resecciona la parte del colon afectada y no se requiere una anastomosis en la misma cirugía. Se exterioriza el colon proximal y el recto se sutura a la pared interior del abdomen. Puede ser temporal o definitivo.
- **Doble:** Se realizan dos estomas por separado, uno proximal o estoma funcional y otro distal o de reposo.
- **En asa:** Se conecta con el exterior una parte del intestino grueso, pero sin realizar ninguna resección del mismo. Mediante la colocación de una pinza, se evita que el colon vuelva dentro del abdomen.

Cierre de una colostomía temporal

Los pacientes candidatos para el cierre de una colostomía son aquellos en los que se requiera la conexión del intestino tras haberse resuelto el problema de base²⁹.

Preoperatorio²⁹

1. Recepción del paciente y verificar que es el paciente correcto.
2. Verificar la firma del consentimiento informado.
3. Traslado del paciente a quirófano.
4. Asepsia y antisepsia.
5. Anestesia del paciente y control de las constantes vitales.
6. realización de la cirugía.
7. Registro en la historia clínica del paciente.

Intraoperatorio

La intervención del cierre de una colostomía temporal se resecan los bordes del colon, ya que suelen estar fibrosados y

adheridos a la piel periestomal. Se seguirá con la unión de los extremos del colon mediante una grapadora (imagen 24) destinada a tal fin. A veces, el cirujano opta por reforzar la unión mediante sutura con seda.

Para finalizar el procedimiento, se comprobará que todo esté correcto y se colocará un drenaje próximo a la herida quirúrgica, pero que no entre en contacto directo con la anastomosis²⁹.

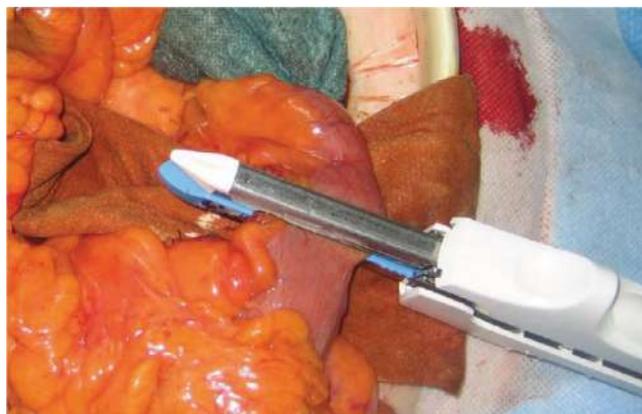


Imagen 24. UNITECO. Grapadora para anastomosis [Internet]. 2017. Disponible en: <https://isanidad.com/96909/ella-grapadora-para-la-anastomosis-intestinal/>

Postoperatorio²⁹

- Vigilar estado hemodinámico del paciente cada hora, durante las primeras 4 horas postcirugía.
- Se pautará dieta oral hasta que se compruebe el correcto peristaltismo intestinal. Si el paciente es portador de sonda nasogástrica es un buen momento para plantearse su retirada.
- Deambulación temprana del paciente.
- Retirada de la sonda vesical al siguiente día de la intervención si la evolución del paciente es favorable.

COMPLICACIONES LOCALES DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

Complicaciones locales del estoma

Para saber cuándo un estoma no presenta una apariencia normal, debemos conocer cómo sería la apariencia cuando un estoma es normal. En general, los estomas son de color rosado o rojo. Tras la cirugía, es normal encontrarlo inflamado, pero se irá reduciendo conforme vayan pasando los días tras la intervención³⁰ (imagen 25).



Imagen 25. Aguirre Ayala, AI. Estoma con características normales [Internet]. 2016. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/10070297/>

Sabiendo como es un estoma en condiciones normales, procederemos a exponer las posibles complicaciones locales más importantes³⁰:

- **Necrosis:** Presencia de color negro de la mucosa del estoma. Se produce por la escasa o nula irrigación sanguínea del estoma (imagen 26).

Recomendaciones: Esta complicación suele requerir reintervención. Para evitar o impedir su evolución, colocaremos bolsas transparentes para vigilar la coloración del estoma.



Imagen 26. Estudillo González, F. Necrosis del estoma. 2019.

- **Hemorragia:** Suele aparecer en las primeras del postoperatorio por sangrado activo de algún vaso. También puede producirse hemorragia por el roce directo con el disco o la bolsa de ostomía.

Recomendaciones: Realizar compresión del punto sangrante, aplicación de frío local y, a veces, es necesaria la electrocoagulación.



Imagen 27. Estudillo González, F. Hemorragia del estoma. 2019.

- **Infección:** Puede cursar desde la formación de un absceso de pus a una inflamación de la mucosa del estoma. Se produce por no realizar de forma adecuada la técnica de asepsia (imagen 28).

Recomendaciones: Realizar limpieza con suero fisiológico además de combinarlo con parches que contengan plata. Evitar el uso, en estos casos, de protectores cutáneos.



Imagen 28. Estudillo González, F. Infección del estoma. 2019.

- **Estenosis:** Se produce por el estrechamiento del orificio de salida. Se produce principalmente por una infección local o por realizar una incisión estrecha durante la cirugía (imagen 29).

Recomendaciones: Realizar dilataciones, bien de forma manual o bien mediante catéteres de forma pautada.



Imagen 29. Estudillo González, F. Estenosis del estoma. 2019.

- **Retracción:** Ocurre cuando el estoma vuelve a la cavidad abdominal. Las causas principales de que esto se produzcan son la obesidad, una alta presión abdominal o una infección local (imagen 30).

Recomendaciones: Utilizar discos convexos que, por su diseño, protruyen el estoma. En casos más severos, será necesaria la reintervención.



Imagen 30. Estudillo González, F. Retracción del estoma. 2019.

- **Prolapso:** Es una de las complicaciones que se presentan de forma más frecuente. Se produce por la protrusión del asa intestinal a través del orificio de la ostomía. Las principales causas de que se produzca un prolapso son:



Imagen 31. Estudillo González, F. Prolapso del estoma. 2019.

Un orificio demasiado ancho, falta de fijación del colon, hipertensión abdominal producida por la tos o esfuerzo físico (imagen 31).

Recomendaciones: Evitar el contacto del estoma con la bolsa y el disco para prevenir un sangrado. Se podría reducir mediante movimientos circulares.

- **Dehiscencia:** Se produce al separarse el asa intestinal de la pared abdominal antes de que se produzca la cicatrización (imagen 32).

Recomendaciones: Evitar una infección del estoma y cierre del estoma por segunda intención. Se utilizarán parches con plata para control del exudado y posible infección.



Imagen 32. Estudillo González, F. *Dehiscencia del estoma.* 2019.

- **Edema:** Aparece normalmente en el postoperatorio inmediato, debiendo de solucionarse en 2 o 3 semanas tras la cirugía (imagen 33).

Recomendaciones: Colocar compresas frías de suro fisiológico sobre el estoma, y vigilar el tamaño y el color en cada cura.



Imagen 33. Estudillo González, F. *Edema del estoma.* 2019.

- **Granuloma:** Su localización más frecuente es en la unión del estoma con la piel. Se producen por una irritación continua que producen cuerpos extraños que no se reabsorben (imagen 34).

Recomendaciones: Realizar cauterizaciones con nitrato de plata para su eliminación.



Imagen 34. Estudillo González, F. *Granulomas en el estoma.* 2019.

- **Hernia y eventraciones:** Cuando se producen, pueden hacer que el estoma se prolapse y con él, toda la zona periestomal. Esta protrusión aumentaría con los esfuerzos y con la bipedestación. Requerirá nueva cirugía para su tratamiento (imagen 35).

Recomendaciones: Se deben limitar los esfuerzos y se recomendará el uso de faja abdominal. Cuando la hernia es paraestomal no es aconsejable el uso de faja con abertura para el estoma, ya que solo empeoraría el cuadro.



Imagen 35. Estudillo González, F. *Hernia del estoma.* 2019.

Complicaciones de la piel periestomal²⁹

- **Dermatitis irritativa:** Se produce por el contacto de las heces u orina con la piel de alrededor del estoma (imagen 36).

Recomendaciones: En el caso de la orina, se procederá a acidificarla e intentaremos ajustar el dispositivo lo máximo posible al estoma.



Imagen 36. Estudillo González, F. *Dermatitis irritativa.* 2019.

- **Dermatitis mecánica:** Se produce por despegar de forma continua el disco de la bolsa colectora (imagen 37).

Recomendaciones: Se debe dejar el disco un mayor número de días o bien recomendar el uso de dispositivos colectores de dos piezas.



Imagen 37. Estudillo González, F. *Dermatitis mecánica.* 2019.

- **Dermatitis alérgica:** Se produce por reacción algún componente del disco o a algún producto utilizado (imagen 38).

Recomendaciones: Identificar lo antes posible el causante de esa reacción alérgica y eliminarlo.



Imagen 38. Estudillo González, F. *Dermatitis alérgica.* 2019.

- **Dermatitis micótica o microbiana:** Se produce por la infección de hongos o bacterias (imagen 39).

Recomendaciones: Pautar antimicóticos o antibióticos tópicos, siendo, a veces, necesario pautar estos medicamentos vía oral.



Imagen 39. Estudillo González, F. *Dermatitis micótica.* 2019.

- **Ulceración:** Por presión de ropa o cinturones. También se puede producir por una infección local (imagen 40).

Recomendaciones: uso adecuado de ropa y apósitos con plata.



Imagen 40. Estudillo González, F. *Ulceración.* 2019.

- **Fístula periestomal:** Comunicación entre el estoma y un asa intestinal (imagen 41).

Recomendaciones: adaptar el dispositivo colector al tamaño actual, incluyendo en él la fístula.



Imagen 41. Estudillo González, F. *Fístula periestomal.* 2019.

- **Hiperplasia con incrustaciones:** Piel de consistencia dura, fría y verrugosa alrededor del estoma. Esta piel se forma por aumento del contacto con las heces o la orina (imagen 42).

Recomendaciones: Ajustar el diámetro del disco al estoma. Cuando ya se ha producido la lesión, se administrará con una gasa estéril ácido acético al 4%.



Imagen 42. Estudillo González, F. *Hiperplasia con incrustaciones.* 2019.

CUIDADOS DE UN ESTOMA DE ALIMINACIÓN

La enfermera deberá dar conocimientos a los pacientes portadores de ostomías, ya que la realización de esta intervención requiere de unos cuidados especiales posteriores no solo en el ámbito físico, sino también, emocional.

La enfermera deberá de tener los recursos y conocimientos suficientes para poder resolver cualquier problema derivado de esta intervención.

Así mismo, en las consultas sucesivas con los pacientes ostomizados, la enfermera capacitará a cada uno de ellos a proporcionarse sus propios autocuidados, empoderando al paciente y a su familia.

Colocación de disco y bolsa

La elección del dispositivo colector es algo que hay que individualizar. Es importante que este se adapte a la vida cotidiana del paciente. Para ello tendremos que tener en cuenta el tipo de estoma, qué características presenta, cómo es el contenido eliminado y el estado de la piel periestomal³¹.

También es importante que el manejo del dispositivo sea asequible para cada tipo de paciente, que sea discreto y que proporciones un buen control del olor³¹.

En la actualidad, hay mucha variedad de dispositivos, lo que hace más importante aún la individualización del mejor dispositivo para cada paciente. Una buena elección del dispositivo colector facilita el autocuidado y nos ayudará a un buen control de las posibles complicaciones del estoma y la piel periestomal, ya que la mayoría se producen por un inadecuado dispositivo³¹.

Como se mencionó con anterioridad, en el mercado existen gran variedad de dispositivos, pero todos comparten unas características comunes²⁰:

- Adhesivo protector de la piel.
- Son seguros y fáciles de manejar.



Imagen 43. Vidal Sánchez, I. Bolsas de una pieza cerradas, abiertas y con grifo [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.slideshare.net/SaludFuensanta/ostomas-cuidados-y-consejos-al-paciente>



Imagen 44. Vidal Sánchez, I. Bolsas de una pieza abiertas, cerradas y con grifo [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.slideshare.net/SaludFuensanta/ostomas-cuidados-y-consejos-al-paciente>



Imagen 45. Vidal Sánchez, I. Disco plano, cóncavo y adaptable [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.slideshare.net/SaludFuensanta/ostomas-cuidados-y-consejos-al-paciente>

- Cómodos y discretos.
- Regulan el olor.
- Pueden ser recortables o presentarse ya recortados.
- Algunos portan válvulas antirreflujo y grifo de vaciado.
- Los podemos encontrar con presentaciones opacas o transparentes.
- Pueden ser de una sola pieza (disco y bolsa juntos) o de dos piezas (disco y bolsa por separado).
- Las bolsas pueden ser abiertas o cerradas.



Imagen 46. ConvaTec. Medidor del diámetro de un estoma [Internet]. Disponible en: <https://www.convatec.co/ostomias/informacion-sobre-productos/eligiendo-el-tamano-correcto/>

Una vez seleccionado el dispositivo adecuado para paciente, ya sea de una pieza o de dos, deberemos utilizar un medidor del diámetro de la ostomía (imagen 46) para que el disco se adapte por completo al tamaño del estoma. Los discos pueden presentarse con la medida de fábrica ya recortado o bien, pueden venir recortables.

Una vez recortado el disco, o seleccionado el de nuestro tamaño, pasaremos al cambio de disco y bolsa. Diferenciaremos entre el cambio de bolsa de una urostomía y una colostomía.

Cambio de bolsa en urostomías

Para los cambios de bolsa en las urostomías no es necesario utilizar el medidor del estoma, exceptuando en las ureterostomías y en la urostomía tipo Bicker²⁰.

- Medir el estoma con el medidor (imagen 46).
- Colocar un espejo para la mejor visualización del estoma.
- El ajuste es correcto cuando existe 1 o 2 milímetros entre la urostomía y el dispositivo.
- Si el dispositivo es de una pieza procederemos de la siguiente forma: Retirar el papel adhesivo del disco y colocar de abajo hacia arriba, ajustando el borde inferior del disco al borde inferior de la urostomía. Tras colocar por completo el disco, ejerceremos una leve presión con los dedos alrededor del disco para cerciorarnos de su correcta sujeción a la piel. Evitar en la medida de lo posible que se formen pliegues y arrugas.
- Si el dispositivo es de dos piezas el procedimiento es el siguiente: Retirar el pegamento del disco y lo colocaremos como en el caso anterior, de abajo hacia arriba ajustando la parte inferior del disco a la parte inferior de la urostomía. Ejerceremos presión sobre el disco de forma circular, de dentro hacia afuera evitando la formación de arrugas y pliegues. Anclar la bolsa al disco y cerciorarnos de que ésta no se despegue del disco o está bien acoplada.
- El dispositivo de una pieza se cambiará cada 24 o 48 horas y se vaciará cuando el contenido de la bolsa llegue a la mitad de su capacidad.
- En el dispositivo de dos piezas, el disco se cambiará cada 2 o 3 días siempre que no haya fuga.
- Cambiar siempre el dispositivo cuando exista fuga, mal olor, humedad.
- Comprobar siempre en cada cambio de dispositivo el estado de la piel y el estoma para prevenir posibles complicaciones.

Cambio de bolsa en colostomías

Antes de comenzar el cambio de bolsa es necesario tener preparado todo el material que vayamos a utilizar³².

- Medir el diámetro del estoma.

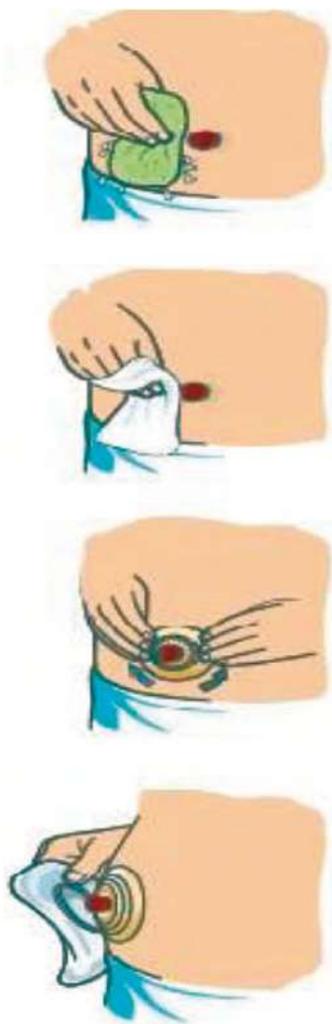


Imagen 47. Coloplast. Cambio de bolsa de ostomía. 2010.

- Recortar el disco ajustándose al diámetro medido.
- Retirar la anterior bolsa de arriba hacia abajo. Debe hacerse poco a poco y sujetar la piel para evitar tirones.
- Limpiar la piel alrededor del estoma con agua y jabón pH neutro de dentro hacia afuera. Inmediatamente después, secar la piel con una toalla mediante toques, sin frotar (imagen 47).
- Si la bolsa es de una pieza, pegar el disco a la piel de abajo hacia arriba ajustando la parte inferior del disco a la parte inferior de la ostomía.
- Si la bolsa es de dos piezas, pegar en primer lugar el disco a la piel, evitando que se formen arrugas y pliegues. Una vez puesto el disco, acoplar la bolsa al disco y cerrar el Clipper de seguridad, presionando los extremos escuchando un clic.

*Otros consejos*³²:

- Si existiese vello alrededor del estoma, se recomienda cortarlo con tijeras, nunca con cuchillas.

- Si es necesario realizar el cambio de bolsa fuera de casa y no se dispone de jabón, realizar la limpieza con unas toallitas específicas para limpieza de ostomías y secar con un pañuelo de papel.

Cuando el estoma se presenta plano o hundido, existen unos discos convexos que previenen el escape de las heces, ejerciendo mayor presión alrededor del estoma.

Dietoterapia en un paciente portador de un estoma de eliminación

En general, la dieta de una persona ostomizada no debería sufrir cambios con respecto a una dieta normal. Se recomendará llevar una dieta sana y equilibrada donde se encuentren inmersos todos los grupos de alimentos. En general se recomienda^{26, 27, 32, 33, 34}:

- Durante las primeras semanas tras la cirugía, se recomienda una dieta pobre en residuos, donde se incluyan alimentos de fácil digestión y excluyendo de la dieta la fruta y la verdura crudas.
- La introducción de la fibra se realizará a partir de la sexta semana tras la cirugía.
- Probar un alimento nuevo cada día, para comprobar tolerancia.
- Una vez adaptados a la nueva dieta, intentar seguir una dieta variada y equilibrada donde estén presentes todos los grupos de alimentos, según tolerancia.
- Comer despacio y masticar bien todos los alimentos.
- Beber abundante agua.
- Los alimentos que pueden provocar más problemas digestivos tipo diarrea, estreñimiento o cólicos en los pacientes ostomizados son: nueces, maíz, coles, apio, piel o semillas de verduras. Las remolachas pueden cambiar el color de los desechos a rojo.
- No abusar de fritos, grasas ni picantes.
- En casos de portar una urostomía o nefrostomía, tomar alimentos ricos en vitamina C, como naranjas o kiwis, para disminuir el riesgo de infección.
- Los alimentos que causan gases son: Legumbres, coles, repollo, chocolate.
- Los alimentos que producen difícil digestión son: Apio, lechuga, legumbres, repollo.
- Los alimentos que producen olor: Ajos, cerveza, cebolla, espárragos.
- Los alimentos que pueden provocar diarrea: Alcohol, comidas picantes, bebidas con cafeína.

En la siguiente imagen, se resume lo que provocaría cada alimento en una persona portadora de una ostomía.

Tipos de alimentos	Alimentos
Alimentos formadores de gases	Brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, ajo, cebolla, pescado, huevo, bebidas con gas, bebidas alcohólicas, productos lácteos, legumbres, chicles.
Alimentos productores de olores	Espárragos, judías, brócoli, coles de Bruselas, repollo, coliflor, ajo, cebolla, pescado, huevo, algunas vitaminas, quesos fuertes.
Alimentos que pueden controlar los olores	Suero de la leche, zumo de arándanos, zumo de naranja, yogur, perejil, espinacas, zumo de tomate.
Alimentos que pueden espesar las heces	Pasta, pan blanco, arroz blanco, patata, queso, galletas saladas, mantequilla de cacahuete cremosa, salsa de manzana, plátano, malvavisco, tapioca, legumbres.
Alimentos que pueden producir obstrucción	Cáscara de manzana, naranja, piña, uvas, frutas deshidratadas, repollo crudo, apio crudo, maíz, champiñones, coco, palomitas de maíz, frutos secos.
Alimentos que pueden producir diarreas	Bebidas alcohólicas, cafeína, chocolate, cereales integrales, cereales de salvado, frutas frescas, zumo de uva, zumo de ciruela, verdura cruda, comida picante, alimentos fritos, alimentos ricos en grasa, alimentos ricos en azúcares refinados.

Imagen 48. *Fisterra. Alimentos que pueden alterar la salida de ostomía.* 2019. Disponible en: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/dietas/nutricion-pacientes-...1>

Diarrea

En casos en los que los pacientes ostomizados presenten diarrea, el agua y los electrolitos no se absorben. Lo principal durante este cuadro es reponer esta agua y electrolitos mediante una adecuada hidratación.

Durante el cuadro de diarrea, el paciente ostomizado deberá de evitar comer: Frutas y verduras crudas, leche, zumos naturales.

Pasos a seguir^{26, 32}:

- Contactar con el médico o enfermera de referencia.
- Tomar medicamentos pautados.
- Seguir dieta astringente: Patata, pasta, arroz, pan, zanahorias cocidas, plátano, carnes y pescados a la plancha.
- Eliminar la fibra hasta resolución del cuadro.
- El yogur es un buen alimento ya que ayuda a revertir el cuadro como también a prevenirlo.

Estreñimiento

En casos de estreñimiento, se aconsejará la toma de laxantes de origen natural entre los que se encuentran las frutas y verduras, cereales con fibra, pan integral, trigo, higos, dátiles, pasas³².

También se recomendará la ingesta adecuada de líquido y realizar ejercicio moderado para aumentar los movimientos intestinales³².

Gases

En una persona ostomizada los gases pueden resultar molestos ya que su salida no se puede controlar. Los alimentos con carácter flatulento son: Judías, coles, coliflor, guisantes, leche, brócoli, cebolla³².

Recomendaciones generales

Tras la realización de la cirugía es de especial importancia realizar una educación sanitaria de calidad, tanto al paciente como a su familia, fomentando el aprendizaje sobre la ostomía y fomentar la motivación y la adquisición de habilidades personales, fomentando de esta forma su autoestima.

Aunque es en el hospital donde se comienza esta educación sanitaria, muchos problemas o dudas se presentarán una vez el paciente esté en casa, y deberán de ser resueltos por la enfermera de su centro de salud o la enfermera estomatoterapeuta. En estas consultas se tratarán temas como la dieta, cuidados del estoma, adaptación a la vida cotidiana, etc.

Apoyo emocional

En este tipo de intervenciones, el apoyo psicológico y la educación en el manejo de la ostomía es crucial para que el paciente se adapte a su nueva vida, pudiendo mitigar los sentimientos negativos o de inutilidad que puedan aparecer durante los primeros días³⁴.

Es importante recalcar al paciente que retome cuanto antes aquellas actividades que le resultaba interesantes y si es posible, volver a la vida laboral³⁴.

Se ha demostrado que la falta de apoyo profesional, familiar y social en estos casos puede llevar a los pacientes ostomizados a estados depresivos³⁴.

Sexualidad

La imagen corporal de los pacientes ostomizados sufre cambios que pueden provocar en el paciente baja autoestima y ansiedad. Estos sentimientos negativos pueden manifestarse a través de la esfera sexual con una disminución de la libido o disfunciones sexuales.

Para evitar estos sentimientos es imprescindible que desde el preoperatorio se traten estos temas³⁴.

La ostomía, en ambos sexos, no supone ningún obstáculo para el mantenimiento de relaciones sexuales placenteras. En las mujeres, tampoco impide un embarazo. En estos casos el estoma aumentará su diámetro, pero se recuperará tras el parto³⁴.

Vestuario

No hay necesidad de cambiar nuestra forma de vestir. Hay que tener precaución de no usar ropa demasiado ajustada que oprima el dispositivo y el estoma, y no utilizar cinturones o faldas o pantalones que tengas un ajuste demasiado apretado³².

Deportes

En general, no existen limitaciones en cuanto a la práctica de ejercicio físico. Si es cierto, que se podrían evitar los deportes de contacto por la posibilidad de lesión del estoma. Tampoco es aconsejable el levantamiento de pesas por el riesgo de sufrir una hernia del estoma.

Natación y ducha

El contacto con aire o agua no provocarán daños en el estoma. En estos casos en los que nos preocupes el escape de residuos a través del estoma, existen un tapón obturador (imagen 49) que permite que durante la inmersión no se ocurra ningún escape de heces.



Imagen 49. Coloplast. Tapón obturador. 2010.

PROCEDIMIENTO DE IRRIGACIÓN DEL ESTOMA

La irrigación consiste en un lavado del intestino mediante la introducción de agua a temperatura corporal por el estoma. Con la irrigación, se consigue que durante 2 días no se expulsen heces a través del estoma³².

Será el personal sanitario quien valore quien es candidato a una irrigación y quién no, y en el caso de que se la realice le enseñará cómo hacerlo³².

Tras la irrigación es recomendable colocarse una bolsa de pequeño tamaño para evitar un posible escape o bien un tapón obturador³².

Indicaciones³⁵:

- Colostomías sigmoideas y descendentes.
- Estoma que sea visible y que no presente complicaciones.
- Se recomienda que el tránsito intestinal normal sea regular.

Contraindicaciones³⁵:

- Ileostomías, colostomías ascendentes y transversas.
- Colostomías que presenten prolapsos o fístulas.
- Pacientes en tratamientos con quimioterapia o radioterapia.
- Existencia de hernias o hundimientos del estoma.

Material necesario³⁵:

- Depósito de irrigación con regulador y agua. La cantidad de agua necesaria oscila entre medio litro a un litro y medio. La temperatura rondará los 36-37 grados.
- Manga de irrigación abierta con cinturón y pinza.
- Lubricante y un guante para dilatar el estoma.
- Bolsa nueva o tapón obturador.
- Material para la posterior higiene del estoma.

Pasos a seguir³⁵:

1. Preparar todo el material que vayamos a necesitar.
2. Cerramos la llave del depósito y lo llenamos de agua a la temperatura indicada.
3. Colgaremos el depósito a la altura del hombro.
4. Conectar el cono del tubo irrigador. Abrimos la llave para purgar el sistema.
5. Desechar el dispositivo utilizado y limpiar el estoma y la piel.
6. Introducir el dedo meñique para dilatar con lubricante, la abertura del estoma y comprobar la dirección del colon.
7. Colocarse sentado o de pie.
8. Situar la manga centrada en el estoma y ajustarla con el cinturón o con el adhesivo.
9. El extremo inferior de la manga se mantendrá pinzado hasta que comience la salida de las heces.
10. Meter el cono en la abertura del estoma en la dirección del colon. Sujetarlo con los dedos para evitar que el agua se salga.
11. Abrir la llave y calcular que pase en torno a unos 10-15 minutos.
12. Cuando haya entrado toda el agua, cerrar la llave y mantener el cono sujeto durante unos minutos más. Retirarlo y cerrar la manga por su parte superior.

13. La descarga suele producirse al retirar el cono. Cuando pase un tiempo sin descargas, limpiar la parte inferior de la manga.

El proceso puede durar en total unos 35-45 minutos, aunque depende de cada persona.

LA FIGURA DE LA ENFERMERA ESTOMATOTERAPEUTA

La enfermera estomatoterapeuta es una enfermera que ha adquirido una formación específica, con la consecuente adquisición de unos conocimientos y competencias que la hacen capaz de ofrecer, de forma multidisciplinar como autónoma, unas prestaciones y rehabilitación, en todos los niveles, de la persona ostomizada³.

Es la encargada de proporcionar al paciente la información necesaria previa a la intervención, la encargada del marcaje del estoma, de resolver todas las dudas previas a la intervención, así como de adiestrar, tanto al paciente como a su familia, en el manejo del estoma, a una correcta elección del sistema de disco y bolsa y a proporcionar apoyo emocional al paciente³.

Sirve como recurso durante la estancia hospitalaria del paciente, y como recurso también a la enfermera comunitaria, la cual puede contar con ella en casos de dudas en el tema de las ostomías. La enfermera comunitaria es una persona de gran confianza del paciente, por lo que se hace necesaria la formación en materia de ostomías de todas las enfermeras, para proporcionar una ayuda adecuada al paciente y empoderarlo en su autocuidado³.

Aun así, el personal accesible y formado en ostomías, a día de hoy, sigue siendo insuficiente, por lo que el abordaje de un paciente ostomizado suele ser de gran complejidad³.

En España, la formación en Estomaterapia no tiene carácter oficial no existen programas específicos de formación en este campo. Lo que sí existen son títulos propios universitarios, pero que no están regulador por el Espacio Europeo de Educación Superior y por ellos, no se permite el acceso al doctorado una vez finalizados estos títulos propios³.

CONCLUSIONES

El campo de la Estomaterapia es muy amplio, el cual requiere de una enseñanza reglada y regulada para que el cuidado de los pacientes ostomizados recaiga en personal altamente cualificado y experto que minimice la posibilidad de aparición de complicaciones tras la intervención. Se ha demostrado que, al menos el 50% de los pacientes ostomizados sufren complicaciones. Esto nos hace ver que es necesaria la formación de personal especializado en este campo para reducir este alto número de complicaciones.

Además, este personal entrenado en ostomías, a la vez que ofrecen asesoramiento sobre autocuidados del estoma, también proporcionan en el paciente, autoestima y empoderamiento para que la adaptación a su vida anterior sea la más fácil posible.

Un estoma cambia la vida de la persona en todas las esferas de su vida, social, familiar, laboral, física y psicológica, por lo que se hace necesaria la elaboración de planes integrales que aborden el cuidado de este tipo de paciente con un enfoque multidisciplinar. La carencia de apoyo en cualquiera que de estas esferas pueden sumir al paciente en estados ansiosodepresivos con el consecuente aumento del riesgo suicida.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES PORTADORES DE UN ESTOMA

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00132) DOLOR AGUDO	<p>(01605) Control del dolor. Reconoce el comienzo del dolor. Utiliza analgésicos de forma apropiada. Refiere dolor controlado.</p> <p>(02102) Nivel del dolor. Dolor referido. Frecuencia del dolor.</p>	<p>(01400) Manejo del dolor.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. 2. Asegurar de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. 3. Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor. <p>(02210) Administración de analgésicos.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar el historial de alergias y órdenes médicas sobre el medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. 2. Administrar los analgésicos a la hora adecuada. 3. Administrar analgésicos y/o fármacos complementarios cuando sea necesario.



DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00004) RIESGO DE INFECCIÓN	<p>(1924) Control del riesgo. Reconoce el riesgo personal de infección</p>	<p>(1750) Cuidado de las heridas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Derivar al facultativo si se considera necesaria la toma de antibiótico o una intervención médica. 2. Enseñar al paciente el cuidado de la herida quirúrgica. 3. Retirar ágrafes de la herida quirúrgica. <p>(6550) Protección contra las infecciones: prevención y detección precoz.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar los signos y síntomas de infección.
(00248) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	<p>(1004) Estado nutricional. Ingestión alimentaria. Ingestión de líquidos orales.</p> <p>(1101) Integridad Tisular: piel y membranas mucosas. Elasticidad. Hidratación. Coloración. Piel intacta.</p> <p>(1902) Control del riesgo. Reconoce los factores de riesgo. Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.</p>	<p>(1100) Manejo de la nutrición.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. 2. Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales. <p>(4360) Modificación de la conducta.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. 2. Animar al paciente a que examine su propia conducta. 3. Realizar un seguimiento de refuerzo a largo plazo. <p>(5510) Educación sanitaria.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida del paciente. 2. Evaluar el nivel de conocimiento del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. <p>(3590) Vigilancia de la piel.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay riesgo de excesiva humedad en la piel por incontinencia. 2. Valoración rutinaria del estado de la piel por personal experto o formado.
(00118) TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	<p>(1200) Imagen corporal. Adaptación a cambios corporales por cirugía. Actitud a tocar la parte corporal afectada.</p>	<p>(5220) Potenciación de la imagen corporal.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilar la frecuencia de las expresiones de autocrítica. 2. Advertir si el paciente puede observar la zona del cuerpo afectada. 3. Colaborar con el paciente para establecer acciones que mejoren su aspecto.
(00153) RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	<p>(1205) Autoestima. Cumplimiento de los roles personales.</p> <p>(1305) Adaptación psicosocial.</p>	<p>(5430) Grupos de apoyo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar acerca de recursos disponibles para tener la oportunidad de establecer relaciones con personas que tengas el mismo problema. <p>(5400) Potenciación de la autoestima.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación de confianza. 2. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 3. Observar la seguridad del paciente frente a la toma de decisiones.
(00069) AFRONTAMIENTO INEFICAZ	<p>(1300) Aceptación: estado de salud.</p> <p>(0906) Toma de decisiones.</p> <p>(1302) Afrontamiento de problemas.</p>	<p>(5240) Afrontamiento.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. 2. Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema. 3. Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades. 4. Establecer metas. <p>(5270) Apoyo emocional.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar a reconocer sentimientos de ansiedad, tristeza o ira y a expresarlos. 2. Realizar afirmaciones enfáticas de apoyo. 3. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.

DIAGNÓSTICOS (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)
(00013) DIARREA	(0501) Eliminación intestinal: formación y evacuación de heces. Patrón de eliminación. Color de las heces.	(0460) Manejo de la diarrea. 1. Manejo de la nutrición. 2. Manejo de líquidos. 3. Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
(00011) ESTREÑIMIENTO	(0501) Eliminación intestinal. Refiere que puede evacuar con menos dolor y esfuerzo.	(0450) Manejo del estreñimiento. 1. Informar al paciente de la influencia de la dieta, hidratación y ejercicio físico en la evacuación. 2. Solicitar ayuda médica en la evacuación como ablandadores de las heces, enemas y laxantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Servicio Extremeño de Salud. Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal en población de riesgo medio en Extremadura. Protocolo de Funcionamiento. Unidad de Programas, Dirección General de Salud Pública. 2016.
- Novas Rodríguez JM, Alberto Camargo F, Piedad Garzón L, et al. Perfil epidemiológico de la población con ostomías de eliminación de una institución de salud de Colombia. *Enferm Dermatol.* 2018; 12(33): 24-31.
- García García JA, García Manzanares E, Lara Sánchez H, et al. Documento de consenso. Situación actual de la Estomaterapia en España y propuestas de mejora del colectivo de los profesionales estomatoterapeutas. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE).
- Freitas Nascimento MV, Oliveira Da Vera S, Rodrigues Silva MC, et al. Perfil sociodemográfico clínico de pacientes em Pos-operatório de confecção de estomas intestinais de eliminação. *Ciencia y Enfermería.* 2018; 24(15): 159-171.
- Consejo General de Enfermería. Libro Blanco de la ostomía en España. Coloplast. 2018.
- Enrique Mateo J. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos.* 2019; 30(3): 142-146.
- Santamaría Delgado A. Prevalencia de ostomías en una unidad de cirugía colorrectal y proctología. Servicio Navarro de Salud.
- Gómez Vázquez A. Marcaje del estoma prequirúrgico programado o de urgencia, ¿necesario o no? *Paraninfo Digital.* 2019; 13(19): 1-2.
- Grupo COF de España (Coloplast Ostomy Forum). Marcaje del estoma. Consejo General de Enfermería. 2015.
- Crespo Rodríguez D, López López V, Gándara Diego M, et al. Paciente tras colocación de sonda de alimentación mediante Gastrostomía Endoscópica Percutánea. *Plan de Cuidados de Enfermería. Nuber Cientif.* 2020; 4(30): 37-43.
- Sánchez Hernández MR, Meneses Jiménez MT. Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG) mediante técnica PULL: Intervención de Enfermería para un procedimiento seguro.
- Xunta de Galicia. Procedimiento PEG. Servicio Gallego de Salud.
- Rady Childrens. Guía para sondas PEG. Hospital de San Diego.
- Tarrazo Espiñeira MR. Ostomías de alimentación. Guía para cuidadores. 1ª Ed. Fundación Ayúdate: Madrid.
- Guía de urostomía. American Cancer Society. 2019.
- Asociación Española de Urología. Cáncer de Vejiga. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- Echavarría Restrepo LG, Gallego Mejía A, Gómez Londoña M, et al. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. *Rev CES Med.* 2019; 33(3): 182-191.
- International Urogynecological Association (IUGA). Cistitis intersticial y síndrome de vejiga dolorosa. 2011.
- Madariaga Domínguez L, Ordóñez Álvarez FA. Manejo de las anomalías renales y del tracto urinario detectadas por ecografía prenatal. *Uropatías obstructivas. Protoc Dign Ter Pediatr.* 2014; 1: 225-239.
- Durán Ventura MC, Martínez Costa MC, Menéndez Muñoz I, et al. Guía para la persona urostomizada y familia. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE). Granada. 2013.
- Cabrera González M, Alonso Burgos A. Intervencionismo urológico: nefrostomía percutánea y catéter/stent uretral. Sociedad Española de Radiología Vasculare Intervencionista. Madrid.
- Rodríguez Pontones JA, Bretón Reyes D. Complicaciones en pacientes sometidos a nefrostomía percutánea guiada por ultrasonido y factores asociados. *Gac Med Mex.* 2016; 152: 167-172.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias. Recomendaciones de cuidados: Post colocación de catéter de nefrostomía.
- Maldonado E. Traqueostomías: tipos y cuidados. 2017.

25. Guía de traqueostomía. American Cancer Society. 2019.

26. Linda Gross MA. Guía de ileostomía. United Ostomy Association (UOA). Estados Unidos. 2004.

27. Durán Ventura MC, Martínez Costa MC, Menéndez Muñoz I, et al. Guía para la persona ileostomizada y familia. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE). Granada. 2013.

28. Guía de Ileostomía. American Cancer Society. 2019.

29. Protocolo de atención quirúrgico para cierre de colostomía. [consultado el 15 de junio de 2021]. Disponible en: http://med.iiab.me/modules/es-dr_min_salud/Cirugia/4_COLOSTOMIA.pdf

30. Estudillo González F, García González RF, Estudillo Lobato G, et al. Complicaciones y cuidados de las ostomías. En: Francisco J. Milla. España. Enfuro. Málaga: Asociación Española de Enfermería en Urología. 2019. 19-25.

31. García Martínez C, García Cuet B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2017; 5(4): 35-48.

32. Manual Práctico. Una ayuda para las personas ostomizadas y sus familias. Coloplast. España. 2010.

33. Durán Ventura MC, Martínez Costa MC, Menéndez Muñoz I, et al. Guía para la persona colostomizada y familia. Sociedad Española de Enfermería Experta em Estomaterapia (SEDE). Granada. 2013.

34. Nutrición en pacientes con colostomía e ileostomía. Fisterra. 2019. [consultado el 15 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/m/ficha.asp?idFicha=650#:~:text=colostom%C3%ADa%20e%20ileostom%C3%ADa,Recomendaciones%20diet%C3%A9ticas%20en%20pacientes%20con%20colostom%C3%ADa%20e%20ileostom%C3%A- Da,semanas%20despu%C3%A9s%20de%20la%20cirug%C3%ADa.>

35. Martín Fernández M, Sevilla Sierra V. Guía práctica de irrigación por colostomía. Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia (SEDE).

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Máster en laboratorio. Especialista en análisis clínicos



1500 HORAS
60 ECTS

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



1500 HORAS
60 ECTS

2. Cáncer colorectal: calidad de vida y educación para la salud de los pacientes con ostomías digestivas

Lucía Reguera Suárez

Enfermera Hospital Universitario Central de Asturias.

RESUMEN

El cáncer colorrectal (CCR) es aquel que se origina en el colon o recto. Es una de las neoplasias malignas más frecuentes del aparato digestivo, la segunda más frecuente en países desarrollados y responsable del 10% de las muertes por cáncer.

Los factores de riesgo de padecer CCR son: edad mayor de 50 años, sexo masculino, dieta alta en grasas saturadas y carnes procesadas, y consumo de tabaco.

El tratamiento fundamental es la extirpación quirúrgica, con la consecuente creación de una ostomía digestiva de eliminación, lo que provoca una serie de repercusiones en la vida del paciente. El profesional de Enfermería tiene un papel muy importante en la educación sanitaria al paciente ostomizado.

Palabras clave: Neoplasias, epidemiología, neoplasias colorrectales, ostomía digestiva, calidad de vida, enfermera, educación sanitaria.

ABSTRACT

Colorectal cancer (CRC) is cancer that begins in the colon or rectum. It is one of the most frequent malignancies of the digestive tract, the second most frequent in developed countries and responsible for 10% of cancer deaths.

The risk factors for CRC are: age over 50, male, diet high in saturated fats and processed meats, and tobacco use.

The fundamental treatment is surgical removal, with the consequent creation of a digestive ostomy of elimination, which causes a series of repercussions in the life of the patient. The nursing professional has a very important role in health education to the patient ostomized.

Keywords: Neoplasms, epidemiology, colorectal neoplasms, digestive ostomy, quality of life, nurse, health education.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El cáncer

La palabra cáncer agrupa a un conjunto de enfermedades relacionadas. Existen más de cien tipos de cáncer. El cáncer se puede originar en cualquier parte del cuerpo.

En todas ellas, algunas células del organismo empiezan a dividirse sin control y se diseminan por los tejidos cercanos, dificultando el funcionamiento normal del organismo.

Cuando estas células forman una masa, se las denomina tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos.

Los tumores benignos no son cáncer, pero los malignos sí lo son.

Cuando las células cancerosas que comenzaron su crecimiento en un lugar (Ej.: pulmón) migran a otra zona del cuerpo (Ej.: hueso), se denomina metástasis. En la metástasis, las células cancerosas tienen las mismas características histológicas que en lugar donde se originaron.

En 1977, J. Michael Bishop y Harold E. Varmus descubrieron el primer oncogen, lo que permitió comprender la producción de tumores malignos a partir de cambios producidos en genes normales.

Por esto, podemos definir el cáncer como una enfermedad genética que se produce por alteraciones en el ADN de la célula, las cuales son responsables de un crecimiento anormal.

Estas alteraciones en el ADN pueden ser:

- Hereditarias, transmitidas de padres a hijos porque se encuentran en los gametos de los padres. Todas las células del hijo tendrán esta mutación. Sólo el 5% de los cánceres se producen por estas mutaciones hereditarias.
- Adquiridas, resultado de algunas exposiciones al ambiente. La mutación se origina en una célula y se transmite a todas las células que se originan a partir de la primera. Estas mutaciones son las causantes de la mayoría de casos de cáncer.

1.2. Causas del cáncer y factores de riesgo

Cómo ya se ha descrito, el cáncer se produce por la transformación de células normales en tumorales. Esta alteración es el resultado de la interacción entre factores genéticos del paciente y agentes externos:

- *Carcinógenos físicos:* radiaciones ultravioletas e ionizantes.
- *Carcinógenos químicos:* humo del tabaco, contaminantes de los alimentos y bebidas.
- *Carcinógenos biológicos:* virus, bacterias, parásitos.

El envejecimiento es otro factor fundamental en la aparición de cáncer, ya que esta enfermedad aumenta con la edad.

Existen determinados factores de riesgo de padecer cáncer, es decir, comportamientos o acciones que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta enfermedad.

- *Consumo de tabaco*: aumenta la probabilidad de padecer cáncer de pulmón, boca, laringe, páncreas y vejiga. Su combinación con el alcohol aumenta su efecto cancerígeno. Es la causa principal de cáncer en la Unión Europea.
- *Consumo de alcohol*: aumenta la probabilidad de padecer cáncer de hígado, páncreas, cavidad oral, y laringe.
- *Mala alimentación*: la ingesta alta de grasas se asocia a cáncer de colon, próstata y mama. Un alto consumo de frutas y verduras es protector contra el cáncer.
- *Exposición solar*: aumenta la probabilidad de padecer cáncer de piel.
- *Exposición al virus del papiloma humano*: es responsable del cáncer de cérvix en un 80% de los casos.
- *Inactividad física*: junto con la mala alimentación, contribuye al desarrollo de enfermedades y síndrome metabólico.

Entre el 30 y el 50% de los cánceres se pueden evitar. Para ello, es necesario reducir los factores de riesgo y aplicar estrategias preventivas.

La prevención incluye la detección precoz de la enfermedad y el tratamiento.

El Código Europeo contra el Cáncer es una iniciativa de la Comisión Europea para informar a los ciudadanos sobre lo que pueden hacer para reducir el riesgo de cáncer. Contiene doce recomendaciones: cuántas más se sigan, menor será el riesgo de padecerlo.

Se considera que podría evitarse casi la mitad de las muertes por cáncer en Europa si todos siguieran estas recomendaciones.

1. No fume. No consuma ningún tipo de tabaco.
2. Haga que su hogar sea libre de humo. Apoye las políticas libres de humo en su lugar de trabajo.
3. Tome medidas para tener un peso corporal saludable.
4. Realice alguna actividad física en la vida cotidiana. Limite el tiempo que pasa sentado.
5. Mantenga una dieta saludable:
 - Coma muchos cereales integrales, legumbres, verduras y frutas.
 - Limite los alimentos altos en calorías (ricos en azúcar o grasa) y las bebidas azucaradas.
 - Evite la carne procesada: limite la carne roja y los alimentos con alto contenido de sal.

6. Si usted bebe alcohol de cualquier tipo, limite su consumo. No consumirlo es mejor para la prevención del cáncer.
7. Evite el exceso de sol, especialmente en niños. Use protección solar. No tome rayos UVA.
8. En el lugar de trabajo, protéjase frente a sustancias que causen cáncer siguiendo las instrucciones de salud y seguridad.
9. Averigüe si está expuesto a la radiación de niveles naturalmente altos de radón en su hogar. Tome medidas para reducirlo si estos fueran altos.
10. Para las mujeres:
 - La lactancia materna reduce el riesgo de cáncer de la madre. Si puede, amamante a su bebé.
 - La terapia de sustitución hormonal (TRH) aumenta el riesgo de ciertos tipos de cáncer. Limite su uso.
11. Asegúrese de que sus hijos participen en los programas de vacunación para:
 - Hepatitis B (recién nacidos)
 - Virus del papiloma humano (para las niñas).
12. Forme parte en los programas de cribado del cáncer organizados para:
 - Cáncer de intestino (hombres y mujeres)
 - Cáncer de mama (mujeres)
 - Cáncer de cuello de útero (mujeres).

1.3. Clasificación de los tumores

Los tumores son muy difíciles de clasificar, y puede realizarse atendiendo a diferentes criterios:

- *Según su consistencia*:
 - Sólidos: capaces de formar una masa tumoral. Los más frecuentes son: el cáncer de mama, de pulmón, colorrectal, de próstata.
 - No sólidos: no forman masa tumoral. Ej.: tumores de la médula ósea.
- *Según su histología*:
 - Epitelial: originados en células epiteliales. Son carcinomas.
 - Mesenquimal: originados en las células mesenquimales. Son sarcomas.
 - Muscular: originados en músculo liso o esquelético. Son leiomiomas y rhabdomiomas.
 - De origen neural: se originan en células del sistema nervioso.

- *Según su grado de diferenciación:* indica cuánto se parece o diferencia a la morfología celular normal de la zona en la que aparece el tumor.
 - Bien diferenciado: las células tumorales se parecen a las células locales.
 - Indiferenciado: las células tumorales se parecen poco a las células locales.
- *Según su invasión y extensión:* se clasifica según la clasificación TNM.

1.4. Epidemiología del cáncer

El cáncer constituye un problema de salud pública. El impacto económico del cáncer es sustancial y va en aumento. Constituye una de las principales causas de ingreso hospitalario y es la tercera causa de estancia hospitalaria.

En 2012, se diagnosticaron aproximadamente 14 millones de casos nuevos en el mundo.

Es la segunda causa de muerte a nivel mundial. En 2015, ocasionó 8,8 millones de defunciones. Casi una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad. La mortalidad por cáncer es más alta en hombres que en mujeres.

Más de 60 % de los nuevos casos de cáncer en el mundo tienen lugar en África, Asia, Sudamérica y Centroamérica, el 70 % de las muertes por cáncer en el mundo también ocurren en estas regiones.

Más del 90% de los países de ingresos altos ofrecen tratamiento a los enfermos oncológicos, mientras que en los países de ingresos bajos este porcentaje es inferior al 30%.

Los tumores más frecuentes a nivel mundial fueron los de pulmón, mama, colorrecto, próstata, estómago e hígado.

Los cinco tipos de cáncer que causan mayor número de fallecimientos son: cáncer pulmonar (1,59 millones de muertes), hepático, colorrectal, gástrico, y mamario.

Alrededor de un tercio de las muertes se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.

El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer.

Se considera que, en Europa, quienes siguen un estilo de vida saludable tienen un riesgo de padecer cáncer un 18 % menor que quienes no respetan las recomendaciones en cuanto a estilo de vida y peso corporal.

Las infecciones oncogénicas, causadas por virus de la Hepatitis o papilomavirus humanos, ocasionan el 25% de los casos de cáncer en los países de ingresos medios y bajos.

El cáncer en España

En los últimos 20 años, el número de tumores diagnosticados ha experimentado un crecimiento constante debido al

aumento poblacional, a las técnicas de detección precoz y al aumento de la esperanza de vida, ya que a medida que se envejece hay mayores probabilidades de desarrollar cáncer.

Además, en esta tendencia de aumento de la incidencia de cáncer, se identifican factores de riesgo que pueden aumentar o disminuir la aparición de tumores, como es el caso del tabaco, el alcohol, la contaminación, la obesidad, etc.

El número total de nuevos casos de cáncer en España en 2015 fue de 247.771 (148.827 en varones y 98.944 en mujeres).

Estos datos permiten hacer un pronóstico impactante: uno de cada dos hombres y una de cada tres mujeres tendrá un cáncer a lo largo de su vida.

Los tipos de cáncer más frecuentemente diagnosticados en el año 2015 fueron:

- Colo-recto (41.441 Casos)
- Próstata (33.370 Casos)
- Pulmón (28.347 Casos)
- Mama (27.747 Casos)
- Vejiga (21.093 Casos).

Los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados en varones en España en el año 2015 fueron:

- Próstata (33.370 Casos)
- Colo-recto (24.764 Casos)
- Pulmón (22.430 Casos)
- Vejiga (17.439 Casos)
- Estómago (5.150 Casos)

En mujeres los cinco tumores más frecuentemente diagnosticados fueron:

- Cáncer de mama (27.747 Casos)
- Colo-recto (16.677 Casos)
- Cuerpo uterino (6.160 Casos)
- Pulmón (5.917 Casos)
- Vejiga (3.654 Casos)

Los tumores son la causa más frecuente de muerte entre los varones en España, por delante de las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias.

En mujeres suponen la segunda causa de muerte, por detrás de las enfermedades cardiovasculares. La tercera causa de muerte en mujeres en España son las enfermedades respiratorias

La mortalidad según el tipo de tumor en España se sitúa según la siguiente lista:

1. Cáncer de pulmón (21220 casos)
2. Cáncer colorrectal (15.449)
3. Cáncer de páncreas (6.278)
4. Cáncer de mama (6.213)
5. Cáncer de próstata (5.855)

Sin embargo, existen diferencias por sexos.

En el caso de las mujeres, el tumor que más muertes provoca es el de mama (6.213), seguido del cáncer colorrectal (4.827), pulmón (4.047) y páncreas (3.085).

En los hombres, el más mortal es el cáncer de pulmón (17.173 fallecimientos), seguido del colon (6.951), próstata (5.855), vejiga (3.894) e hígado (3.389).

Entre los años 2003-2012 la mortalidad por tumores se redujo un 1,32% al año, pese a que se experimentó un aumento de la incidencia. Esta tendencia refleja la mejora en la supervivencia de los pacientes debido a la prevención, el diagnóstico precoz y los avances terapéuticos.

En la ilustración 1 se resumen los datos de mortalidad y edad media de fallecimiento de los principales tipos de tumores que afectan en España.

1.5. Diagnóstico

El diagnóstico de cáncer se basa en tres pruebas fundamentales:

- *Biopsia*: es el procedimiento por el cual se extrae, y posteriormente analiza, una muestra de tejido al microscopio para ver si presenta células cancerosas.
- *Estudios de imagen*: generan representaciones gráficas de las regiones internas del cuerpo. Permite determinar

la extensión del tumor y establecer una valoración del pronóstico y el tratamiento de la enfermedad. Ej.: tomografía computarizada, resonancia magnética, ecografía, mamografía, etc.

- *Pruebas de laboratorio*: mediante un análisis, se pueden detectar concentraciones anómalas de ciertas sustancias (marcadores tumorales), producidas por células cancerosas o por otras células del cuerpo como respuesta al cáncer, y que pueden ser un signo de cáncer. Se debe incluir: estudio hematológico, bioquímica hepática, función renal, proteinograma, ionograma, estudios de coagulación, etc. Algunos de estos marcadores tumorales son:

- Activador del plasminógeno urocinasa (uPA) e inhibidor del activador del plasminógeno (PAI-1): relacionados con el cáncer de mama
- Alfa-fetoproteína (AFP): relacionado con cáncer de hígado
- Antígeno carcinoembrionario (CEA): relacionado con cáncer colorrectal
- Antígeno prostático específico (PSA): relacionado con el cáncer de próstata

1.6. Extensión

Tras el diagnóstico, la estadificación del tumor describe el grado de extensión.

El sistema TNM es uno de los más utilizados para describir el tipo de tumor y el grado de extensión.

El American Joint Committee on Cancer (AJCC) y la International Union Against Cancer (UICC) crearon este sistema y se encargan de actualizarlo.

Mortalidad por tipo de tumor en hombres y mujeres (2014)



Ilustración 1. Fuente: Sociedad Española de Oncología Médica.

Este sistema se basa en:

- T: indica tamaño del tumor o extensión
- N: indica si la extensión afecta a ganglios linfáticos cercanos o regionales
- M: indica si hay diseminación a distancia o metástasis

A cada letra se le añade un número para indicar medida, extensión y si hay metástasis.

- Tumor primario (T)
 - TX: no puede evaluarse el tumor primario
 - T0: No hay evidencia de tumor primario
 - T1, T2, T3, T4: Se refiere al tamaño y/o extensión del tumor. Cuanto mayor es el número tras la letra T, mayor es el tamaño del tumor.
 - Las T pueden dividirse todavía más para proveer más detalle. Ej.: T3a, T3b.
- Ganglios linfáticos regionales (N)
 - NX: No puede evaluarse la afectación.
 - N0: No hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos
 - N1, N2, N3: Se refiere al número y ubicación de los ganglios linfáticos afectados.
- Metástasis distante (M)
 - MX: No puede evaluarse la metástasis
 - M0: No hay metástasis
 - M1: El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo

Para muchos cánceres, las combinaciones TNM corresponden a una clasificación de 0 a 4 estadios, que son diferentes para cada tipo de tumor.

De manera general, el estadio se define:

- Estadio 0. Carcinoma in situ. Hay células anormales presentes, pero no se han diseminado.
- Estadio I, estadio II, y estadio III. Hay cáncer presente. Cuánto mayor estadio, mayor tamaño del tumor y más se ha extendido a tejidos cercanos.
- Estadio IV. El cáncer se ha diseminado a otras partes del cuerpo.

Conocer el estadio en el que se encuentra un tumor permite entender su gravedad y el pronóstico y diseñar un buen plan terapéutico.

1.7. Pronóstico

El pronóstico es una estimación de lo que ocurrirá durante la enfermedad. Existen muchos factores que afectan al pronóstico de un cáncer:

- Tipo de cáncer y situación en el cuerpo
- Estadio en el que se encuentra
- Características de las células cancerosas y estado de diferenciación
- Edad del paciente y estado de salud previo (nutricional, físico, nivel de dependencia,), calidad de vida, etc.
- Respuesta del paciente al tratamiento administrado

El pronóstico se calcula utilizando estadísticas. Algunas de las más utilizadas son:

- Supervivencia específica al cáncer: es el porcentaje de pacientes con un tipo y un estadio específico de cáncer que no han muerto debido al cáncer durante un período determinado de tiempo (generalmente 5 años) después del diagnóstico. Supervivencia relativa: esta estadística compara el porcentaje de pacientes con cáncer que ha sobrevivido tras un período determinado de tiempo después del diagnóstico con las personas que no tienen cáncer.
- Supervivencia general: es el porcentaje de personas con un tipo y estadio específico de cáncer que no han muerto tras un período determinado de tiempo después del diagnóstico.
- Supervivencia sin enfermedad: es el porcentaje de pacientes que no presentan signos de cáncer durante un período determinado de tiempo después del tratamiento. Esta estadística también se llama supervivencia sin recidiva o supervivencia sin evolución

La supervivencia de los pacientes con cáncer, medida como proporción de casos que logran sobrevivir un tiempo preestablecido, es el indicador más importante de la eficacia del sistema asistencial en la lucha contra el cáncer.

Este indicador refleja en qué medida, los casos son diagnosticados en un estadio potencialmente curable y el grado de eficacia de los procedimientos terapéuticos.

La supervivencia de los pacientes con cáncer en España es similar a la de otros países europeos, situándose en un 53% a los 5 años.

1.8. Tratamiento

El tratamiento dependerá del tipo de cáncer, zona a la que afecta, y estadio. Los tratamientos más comunes para el cáncer son:

- *Quimioterapia*: es la utilización de medicamentos para matar a las células cancerosas o disminuir su crecimiento. Los fármacos utilizados también causan daño a las células sanas del organismo, ocasionando numerosos efectos secundarios.
- *Radioterapia*: también sirve para matar o disminuir el crecimiento de las células cancerosas. Este tratamiento utiliza rayos X de alta energía o haces de protones. Puede ser de haz externo, cuando una máquina ubicada fuera del cuerpo administra la radiación, o interna (bra-

quiterapia), cuando el material radioactivo se introduce como un implante en la zona en la que está el tumor.

- **Cirugía:** se utiliza para extraer el tumor canceroso o extirpar alguna parte del cuerpo afectada por el cáncer.

La resección de un tumor, implica en ocasiones crear una ostomía para mantener la funcionalidad de un órgano.

Una ostomía es la derivación quirúrgica de una víscera hacia el exterior a través de la piel, por un lugar diferente al orificio natural de excreción.

Clasificación de las ostomías según el órgano implicado

- **Ostomías urinarias:** es la derivación del conducto urinario (uréter) hacia una abertura en el abdomen para la excreción de la orina.
 - Ureteroileostomía tipo Bricker: se abocan los uréteres a la piel a través de un conducto ileal. Es la forma de derivación urinaria no continente más utilizada.
 - Ureterostomía cutánea: se abocan directamente los uréteres a la piel. Da peores resultados y debe ser utilizada de forma excepcional.
- **Traqueostomías:** derivación de la tráquea al exterior para mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- **Ostomías digestivas:** los diferentes tipos de ostomías digestivas las desarrollaremos en el siguiente capítulo.

1.9. Cáncer colorectal

El cáncer colorrectal (CCR) es el que se origina en el colon o recto. Es una de las neoplasias malignas más frecuentes del aparato digestivo, la segunda más frecuente en países desarrollados y responsable del 10% de las muertes por cáncer.

Mayoritariamente el cáncer colorrectal se sitúa en el colon sigmoideo y unión rectosigmoidea (35%), colon transverso (15%), derecho o ascendente (10%) e izquierdo o descendente (7%).

Recordatorio anatómico del intestino

Para comprender el funcionamiento y ubicación de los diferentes tipos de estomas digestivos, resulta fundamental recordar las diferentes partes del intestino:

- **Intestino delgado (ID):** conecta el estómago con el intestino grueso. Su función es la absorción de nutrientes. Su longitud alcanza 6-7 metros. Se divide en tres partes:
 - Duodeno: rodea al páncreas y se divide en cuatro secciones: superior, descendente, horizontal y ascendente.
 - Yeyuno: en este tramo, el jugo intestinal degrada proteínas, lípidos e hidratos de carbono. Tiene una membrana con vellosidades intestinales que absorben los nutrientes y los transportan a la sangre. También absorbe vitamina B12 y sales biliares.
 - Íleon: esta porción termina en la válvula íleocecal, que conecta con el ciego.

- **Intestino grueso (IG):** es un tubo largo y hueco, cuya función es producir y almacenar las heces. Mide aproximadamente 1,5 metros. Está compuesto por cuatro partes:

- Ciego: es la primera parte del IG. Es un fondo de saco. En su parte posterior tiene un tubo con forma de gusano, que se denomina apéndice vermiforme.
- Colon: formado por cuatro secciones. Sus funciones son: extraer agua, mantener el equilibrio en la hidratación, absorber vitaminas y almacenar residuos. Aquí se encuentra la flora intestinal.
 - » Colon ascendente
 - » Colon transverso
 - » Colon descendente
 - » Colon sigmoide: une el colon descendente con el recto.
- Recto: en la zona próxima al conducto anal, sufre un ensanchamiento denominado ampolla rectal.
- Conducto anal: se ubica fuera de la cavidad abdominal. Termina en un orificio llamado ano, que tiene dos esfínteres: anal interno de tipo involuntario y anal externo, que bordea el conducto anal y es voluntario.

La mayoría de los cánceres colorrectales comienza como un crecimiento, denominado pólipo, en el revestimiento interno del colon o del recto.

No todos los pólipos se convierten en cáncer, y la probabilidad de que se convierta en cáncer depende del tipo de pólipo. Existen dos tipos principales:

- **Pólipos adenomatosos (adenomas):** algunas veces se transforman en cáncer. También se denominan afecciones precancerosas.
- **Pólipos inflamatorios y pólipos hiperplásicos:** son más frecuentes, pero en general no son precancerosos.

Factores de riesgo de padecer CCR

- **Edad:** a partir de los 50 años aparecen el 50% del cáncer colorrectal. Para el cáncer de colon, la edad promedio de las personas al momento de recibir el diagnóstico es de 68 años en los hombres y de 72 años en las mujeres. Para el cáncer de recto, es de 63 años tanto para los hombres como para las mujeres.
- **Sexo:** es más frecuente en varones. En España, afecta a 1 de cada 20 hombres y a 1 de cada 30 mujeres.
- **Factores hereditarios:** una persona con antecedentes familiares de CCR tiene el doble de riesgo de desarrollarlo. Estos factores corresponden a un 10% de casos. También se relaciona con los síndromes hereditarios de Lynch y la poliposis adenomatosa familiar.
- **Factores ambientales:**
 - Dieta: una alta presencia de grasas saturadas, carnes rojas procesadas, con poco consumo de frutas, verduras y fibra, influye en la aparición de este tipo de cáncer.

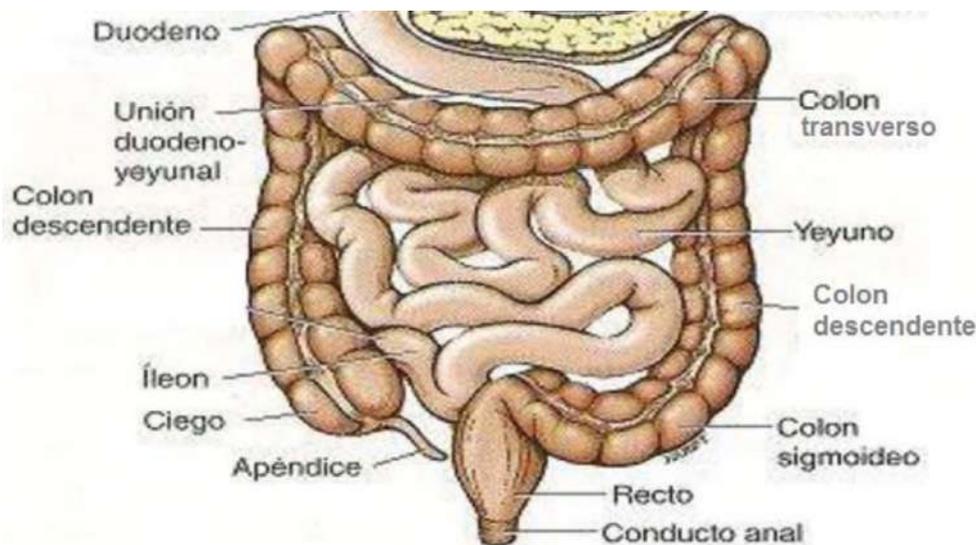


Ilustración 2. Partes del intestino.

- Inactividad física y obesidad: un estilo de vida sedentario y un exceso de peso aumentan el riesgo.
- Tabaco: Los fumadores tienen una probabilidad de 30-40 % mayor que los no fumadores de fallecer de CCR. El tabaco puede ser la causa de aproximadamente el 12 % de los CCR.
- *Enfermedades previas:* personas que padecen enfermedad inflamatoria intestinal como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn tiene mayor riesgo de padecer CCR.

Síntomas de CCR

El cáncer colorectal produce una serie de síntomas:

- Sangre en heces: es uno de los síntomas más frecuentes. Puede darse de dos formas:
 - Sangre roja: frecuente en tumores de sigma y colon descendente
 - Sangre negra: mezclada con las heces, dando lugar a deposiciones denominadas melenas. Tienen lugar cuando el tumor está situado en el colon ascendente.
- Cambio en el ritmo intestinal: se intercalan periodos de diarrea y estreñimiento en personas que previamente tenían un ritmo normal
- Heces estrechas: se debe a que el tumor estrecha el intestino y no permite el paso normal de las heces
- Dolor abdominal: generalmente inespecífico.
- Sensación de evacuación incompleta: especialmente en tumores localizados en la parte distal del colon
- Otros síntomas inespecíficos como cansancio, pérdida de peso, etc.

Cribado

El cribado del CCR consiste en la detección precoz, antes de que se desarrolle. Cada vez adquiere más significación de-

bido a la reducción de la mortalidad que ello conlleva y su gran efectividad, pasando a ser de los pocos cánceres que cumplen los requisitos para el diagnóstico precoz. Podemos diferenciar dos grupos de riesgo:

- *Riesgo medio:* En pacientes a partir de 50 años, el diagnóstico precoz se lleva a cabo con el test de sangre oculta en heces (TSOH).
- *Riesgo alto:* se trata de la población que tenga algún factor de riesgo como síndromes hereditarios de cáncer de colon (poliposis colónica, o adenomatosa familiar, cáncer colorrectal hereditario no poliposis CCHNP), cáncer colorrectal familiar u otras condiciones predisponentes. En este caso el diagnóstico precoz se lleva a cabo mediante colonoscopia.

Las principales pruebas de cribado son:

1. *Detección de sangre oculta en heces:* se realiza recogiendo una muestra de heces para determinar la presencia de rastros de sangre. Un resultado positivo del test significa que se ha detectado sangre en la muestra, que puede proceder de lesiones benignas (hemorroides, fisuras, pólipos adenomatosos), premalignas (pólipos adenomatosos) o malignas (cáncer).

Si el resultado es positivo será necesaria la realización de una colonoscopia y sino, hacer una sigmoidoscopia cada 5 años o colonoscopia cada 5-10 años.

Es un test sencillo y barato, el más utilizado en cribado poblacional. Existen dos tipos de test:

- *Bioquímicos:* se basan en la detección de la actividad de pseudoperoxidasa del grupo Hemo, que no es específica de la hemoglobina humana. Por ello, sus resultados pueden estar influenciados por la presencia de globina de origen animal en alimentos cárnicos, y por vegetales y frutas con actividad peroxidasa.
- *Inmunológicos:* utilizan anticuerpos específicos frente a la globina humana, por lo que sus resultados no están influenciados por factores dietéticos. Su coste

es mayor, pero su sensibilidad y especificidad son superiores a la de los test bioquímicos.

2. *Sigmoidoscopia*: permite ver recto, sigma y la parte más distal del colon descendente, alcanza 65cm de recorrido, aquí se ubican el 60% de los pólipos y de los cánceres colorrectales. Permite extirpar pólipos.
3. *Colonoscopia*: es un procedimiento en el que se explora el interior del colon y el recto por medio de un endoscopio que se introduce por el ano. Suele realizarse con sedación para evitar molestias. Mediante la colonoscopia, pueden realizarse biopsias o extirparse áreas sospechosas.

Estadios del cáncer colorrectal

La principal variable que condiciona su pronóstico es el estadio en el que se encuentra el tumor en el momento del diagnóstico: los tumores limitados a la pared del colon (estadio I) tienen una supervivencia a cinco años superior al 80%, mientras que si existe metástasis esta cifra es inferior al 5%.

- Estadio 0: cáncer in situ. Las células cancerosas se encuentran solo en la mucosa, o revestimiento interno, del colon o el recto.
- Estadio I: el cáncer ha atravesado la mucosa e invadido la capa muscular del colon o el recto. No se ha diseminado a tejidos cercanos o ganglios (T1 o T2, N0, M0).
- Estadio IIA: el cáncer ha crecido y atravesado la pared del colon o del recto, pero no se ha diseminado a tejidos o ganglios linfáticos cercanos (T3, N0, M0).
- Estadio IIB: el cáncer ha crecido a través de las capas musculares hasta llegar al revestimiento del abdomen. No se ha diseminado a ganglios linfáticos cercanos ni a ninguna otra parte (T4a, N0, M0).
- Estadio IIC: el tumor se ha diseminado a través de la pared del colon o del recto y ha invadido estructuras cercanas. No se ha diseminado a ganglios linfáticos cercanos ni a ninguna otra parte (T4b, N0, M0).
- Estadio IIIA: el cáncer ha crecido a través del revestimiento interno o en las capas musculares del intestino. Se ha diseminado hacia 1-3 ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el, pero no se ha diseminado hacia otras partes del cuerpo (T1 o T2; N1 o N1c, M0 o T1, N2a, M0).
- Estadio IIIB: el cáncer ha crecido a través de la pared intestinal o en los órganos circundantes y en 1-3 ganglios linfáticos, o hacia un ganglio del tumor en tejidos que rodean el colon o el recto. No se ha diseminado a otras partes del cuerpo (T3 o T4a, N1 o N1c, M0; T2 o T3, N2a, M0; o T1 o T2, N2b, M0).
- Estadio IIIC: independientemente de la profundidad con que se extendió el cáncer, se ha diseminado a 4 o más ganglios linfáticos, pero no a otras partes distantes del cuerpo (T4a, N2a, M0; T3 o T4a, N2b, M0; o T4b, N1 o N2, M0).

- Estadio IVA: el cáncer se ha diseminado a una sola parte distante del cuerpo, como el hígado o los pulmones (cualquier T, cualquier N, M1a).
- Estadio IVB: el cáncer se ha diseminado a más de 1 parte del cuerpo (cualquier T, cualquier N, M1b).
- Estadio IVC: el cáncer se ha diseminado al peritoneo. También puede haberse diseminado a otras partes y órganos (cualquier T, cualquier N, M1c).

Tratamiento

El tratamiento se basa en la etapa en la que se encuentre el cáncer. La intervención quirúrgica para extirpar el tumor es la maniobra terapéutica fundamental en el CCR.

Si no es posible realizar la anastomosis de los extremos de las dos porciones intestinales tras retirar el tumor, se creará una ostomía digestiva de eliminación.

Puede administrarse también quimioterapia tras la cirugía como tratamiento adyuvante, durante aproximadamente 6 meses.

Según el estadio:

- Estadio 0: generalmente se puede extraer el pólipo o tumor canceroso mediante colonoscopia. Si es demasiado grande, de realizará una extirpación parcial del colon (colectomía parcial).
- Estadio 1: se realiza una cirugía de colectomía parcial
- Estadio II: se realiza una cirugía de colectomía parcial, junto con la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos, y puede ser necesario administrar quimioterapia adyuvante
- Estadio III: se realiza una cirugía de colectomía parcial, junto con la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos, y la administración de quimioterapia adyuvante. La radioterapia y la quimioterapia pueden ser las opciones para las personas no candidatas a cirugía.
- Estadio IV: es poco probable que la cirugía cure estos cánceres. Se realiza cirugía para eliminar la sección de colon afectada, los ganglios afectados y las áreas metastásicas. Si las metástasis no se pueden extirparse, se puede administrar quimioterapia antes de la cirugía (neoadyuvante)

Aproximadamente unas 70.000 personas son portadoras de una ostomía digestiva en España, la gran mayoría de ellos debido a una cirugía por cáncer colorrectal y cada año se producen en torno a 15.000 nuevos casos.

En 2012, la Asociación Española Contra el Cáncer precisaba que, de entre los 28.000 nuevos casos de cáncer de colon registrados en España cada año, al 30% de ellos se les practicará una ostomía, normalmente temporal (75% una colostomía y 25% una ileostomía).

En lo que se refiere al cáncer de recto, la incidencia de casos cada año es de unos 6.000; a un 30% se le practicará una ostomía, la mayoría de las veces definitiva.

Ostomías digestivas

Tipos de ostomías digestivas

- **De nutrición:** se utilizan en pacientes con trastornos de la nutrición (nutrición enteral a largo plazo, mantener la funcionalidad digestiva, evitar complicaciones de la nutrición por sonda nasogástrica, etc.)
 - **Gastrostomía:** consiste en la colocación de una sonda en el estómago para poder alimentar a un paciente mediante nutrición enteral.
 - **Yeyunostomía:** tiene el mismo objetivo que la gastrostomía. En este caso, la abertura se realiza en el yeyuno (parte del intestino delgado)
- **De eliminación**
 - **Cecostomía:** ostomía de eliminación a nivel del ciego
 - **Colostomía:** puede ser a nivel del colon ascendente, transverso, descendente o sigmoides. Es la exteriorización del colon a través de la pared abdominal para la eliminación de contenido fecal.
 - **Ileostomía:** presenta la misma función que la ostomía, a nivel del intestino delgado.

Las principales ostomías de eliminación realizadas son la colostomía y la ileostomía, dependiendo de en qué porción está ubicada, colon o el intestino delgado.

Dependiendo del tramo del intestino donde encontremos la ostomía la consistencia y aspecto de las heces variará, y con ello los cuidados requeridos tanto para la misma como para la piel colindante.

- En las ileostomías, las heces son líquidas y ácidas con un pH muy irritante por su alto contenido en enzimas. El flujo es de unos 500-800 mL/día. El estoma se sitúa en el lado derecho del abdomen.
- En las colostomías de colon ascendente, el estoma queda situado en el lado derecho del abdomen y las heces son líquidas o semilíquidas.
- En las colostomías transversas, el estoma queda por encima del ombligo, las heces son más sólidas y las deposiciones menos frecuentes.
- En las colostomías descendentes, las heces están formadas y son sólidas, poco irritantes. El estoma queda ubicado en la parte izquierda del abdomen.

Según su temporalidad, las ostomías pueden ser:

- **Temporales:** realizadas en el caso de patologías como diverticulitis con peritonitis intensa, infartos intestinales, problemas anales complejos, cáncer de colon, cáncer de recto. En estos casos, el intestino se reconstruye en una segunda cirugía.
- **Definitivas:** realizadas en casos de cáncer de recto bajo y avanzado, tumores complejos de ano, colitis ulcerosa complicada, etc.

Dispositivos colectores

Los sistemas colectores se utilizan para la recogida de los fluidos intestinales que salen por el estoma. Están formados por dos partes: la bolsa de recogida y el adhesivo para fijar a la piel.

El dispositivo colector debe reunir una serie de características:

- Recogida óptima de los fluidos
- Tamaño adecuado al estoma: los dispositivos pueden ser recortables o venir precortados según tallas para el tamaño del estoma.
- Proteger la piel periestomal: los materiales del dispositivo deben prevenir la irritación de la piel y evitar fugas.
- Impermeable a olores: los dispositivos cuentan con filtros de gases para facilitar la salida y controlar el olor.
- Discreción, seguridad y fácil aplicación para la persona ostomizada.

La elección del dispositivo dependerá de:

- Características del efluente: líquido, sólido o semilíquido. Esto variará en función del tipo de ostomía.
 - En ileostomías, se recomienda utilizar bolsas con abertura de tipo pinza en el extremo distal, para poder vaciar deposiciones líquidas.
 - En colostomías, se utilizarán bolsas cerradas. Pueden tener una válvula para facilitar la liberación de gases.



Ilustración 3. Bolsas de ostomía. Fuente: Coloplast.



Ilustración 4. Bolsas de ostomía. Fuente: Coloplast.

- Estado de la piel periestomal: el dispositivo puede ser de doble sistema: la placa adhesiva se mantiene fijada a la piel y sólo se cambia la bolsa, o simples, en los que la bolsa de recogida lleva incorporada la placa adhesiva y se cambia todo de cada vez.
- Tiempo transcurrido tras la intervención quirúrgica y estado del estoma:
 - Existen bolsas transparentes, que permiten observar el estoma y valorar el contenido fecal.
 - En el domicilio, la persona utiliza bolsas opacas de color similar al de la piel para minimizar la visión del contenido.

2. OBJETIVOS

Los objetivos que se intentan responder con este trabajo son:

Como objetivos principales:

- Averiguar la calidad de vida que presentan los pacientes sometidos a ostomías digestivas a largo plazo tras la intervención.
- Describir las estrategias de educación para la salud que deben explicarse a dichos pacientes para su autocuidado en domicilio.

Como objetivos secundarios:

- Explicar los tipos de cáncer y sus diferentes estadios.
- Describir los diferentes tipos de ostomías que se practican en la actualidad.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica para obtener información sobre la calidad de vida de los pacientes a los que se les ha practicado una ostomía digestiva y la educación para la salud que debe proporcionárseles para su autocuidado en domicilio.

Los descriptores DEC's utilizados fueron: "neoplasms", "epidemiology", "colorrectal neoplasms", "digestive ostomy", "quality of life", "nurse", "health education" combinados entre sí y mediante el operador booleano "AND".

Para efectuar la búsqueda bibliográfica se emplearon los siguientes recursos:

- Pubmed fue la base de datos principal, por ser la que más literatura científica almacena.
- Google Académico como orientación inicial, por recopilar artículos principalmente en español.
- Páginas webs de sociedades referentes en el cáncer: American Cancer Society, National Cancer Institute, American Society of Clinical Oncology.

Para delimitar los artículos encontrados en dichas bases de datos, se han empleado criterios de inclusión y exclusión

utilizando los limitadores del buscador y eliminando los estudios que no cumplieran dichos requisitos.

Los criterios de inclusión establecidos fueron: Idioma español o inglés, publicación entre los años 2010-2018.

Se estableció como criterios de exclusión: Estudios referentes a población pediátrica y estudios que no utilizan una escala validada para medir la calidad de vida.

Simultáneamente se efectuó una búsqueda manual de títulos procedentes de las referencias bibliográficas de los documentos consultados.

Tras aplicar los criterios de selección de los artículos, se analizaron 30 estudios de investigación y páginas web.

4. RESULTADOS

4.1. Calidad de vida en pacientes con ostomías

Según la OMS, la calidad de vida se define como: La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales a su entorno.

Actualmente, el término que ha adquirido mayor importancia en la medicina es el de "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS), que se define como: el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.

El cuestionario SF-36 es un instrumento para medir la CVRS en población general. Contiene 36 ítems que cubren dos áreas, el estado funcional y el bienestar emocional, agrupadas en 8 dimensiones: el funcionamiento físico, las limitaciones por problemas físicos, dolor corporal, relaciones sociales, salud mental, problemas emocionales, vitalidad y fatiga, y la propia percepción general de la salud. Las puntuaciones van de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor).

En cuanto a calidad de vida y cáncer, hay una gran relación, ya que, a nivel psicológico, el cáncer produce un gran impacto en la persona y en las personas de su entorno. A día de hoy la palabra cáncer sigue estando muy ligada al significado de muerte en la sociedad. El temor y la incertidumbre que se presenta por no saber lo que va a ocurrir o no saber controlar la situación. Hacer un estudio sobre la calidad de vida en el paciente en ese momento es fundamental, nos permite ver de forma objetiva lo que el paciente siente y así poder tomar medidas personalizadas sobre el mismo. Además, la calidad de vida es un factor fundamental a la hora de evaluar resultados, ya que va a influir en la toma de decisiones terapéuticas por parte del paciente.

El estudio de la calidad de vida en pacientes oncológicos es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad, del tratamiento y sus efectos secundarios
- Conocer más profundamente al enfermo y a su enfermedad
- Evaluar las terapias paliativas
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes
- Reevaluar un cuidado específico adaptado a sus necesidades
- Solucionar las dificultades que aparezcan en su proceso clínico

La ostomía tiene una serie de repercusiones que afectan tanto al paciente como a la familia y al sistema. Ser portador de un estoma representa un gran impacto en la vida del paciente, ya que, tras la intervención quirúrgica, la persona experimenta una serie de cambios que pueden afectar a todas las dimensiones de su vida.

- Cambios en sus hábitos higiénico-dietéticos puesto que, a partir de ese momento, la persona será incontinente, debiendo recoger las heces en una bolsa o sistema colector.

- Cambios en sus hábitos alimenticios, teniendo que individualizar su alimentación en función de la porción del intestino abocada y de las características del efluente.
- Cambios en el modo de vestir para disimular el dispositivo colector.
- Cambios en sus relaciones sociales.
- Cambios en el modo de vivir la sexualidad

La adaptación a la ostomía y la percepción que los pacientes tienen de su calidad de vida va a depender de factores como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el tipo de ostomía, el tiempo de permanencia del estoma, y el tiempo transcurrido desde la cirugía.

La calidad de vida viene también determinada por el tipo de dispositivo colector utilizado, el seguimiento de la ostomía en consulta, y la autonomía para cambiarse la bolsa.

Las ostomías permanentes suponen mayor calidad de vida que las temporales al año de la intervención quirúrgica. Esto es debido a que, aunque el impacto psicológico puede ser mayor en un principio, el autocuidado mejora

1. ¿Hasta qué punto se encuentra fuerte?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
2. ¿El tiempo que duerme es suficiente para sus necesidades?	0 Totalmente insuficiente	1	2	3	4	5 Totalmente suficiente
3. ¿Se cansa fácilmente?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo
4. ¿Cree que su peso actual es un problema?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo
5. ¿Se siente preocupado (tiene temor o ansiedad) por su estoma?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo
6. ¿Su actividad sexual es suficiente para sus necesidades?	0 Totalmente insuficiente	1	2	3	4	5 Totalmente suficiente
7. ¿Cómo es su estado actual de salud?	0 Muy malo	1	2	3	4	5 Excelente
8. ¿Le resulta fácil adaptarse a su estoma?	0 Nada fácil	1	2	3	4	5 Muy fácil
9. ¿Hasta qué punto se lo pasa usted bien (aficiones, vida social)?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
10. ¿Come a gusto?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
11. ¿Hasta qué punto puede realizar sus actividades habituales?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
12. ¿Come usted lo suficiente para sus necesidades?	0 Totalmente insuficiente	1	2	3	4	5 Totalmente suficiente
13. ¿Hasta qué punto se siente útil?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
14. ¿Hasta qué punto se siente usted feliz?	0 Nada	1	2	3	4	5 Muchísimo
15. ¿Hasta qué punto encuentra su vida satisfactoria?	0 Nada	1	2	3	4	5 Extremadamente satisfactoria
16. ¿Hasta qué punto nota usted dolor?	5 Nada	4	3	2	1	0 Insoportable
17. ¿Con qué frecuencia nota usted dolor?	Nunca 5	4	3	2	1	0 Continuamente
18. ¿Cómo es su calidad de vida?	0 Muy mala	1	2	3	4	5 Excelente
19. ¿Hasta qué punto tiene miedo de olores o pérdidas producidas por su estoma?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo miedo
20. ¿Considera que la calidad y frecuencia de relación con sus amigos y familiares es suficiente para sus necesidades?	0 Totalmente insuficiente	1	2	3	4	5 Totalmente suficiente
21. ¿Se siente rechazado por su familia o seres queridos?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo
22. ¿Hasta qué punto le resulta difícil mirarse el estoma?	5 Nada	4	3	2	1	0 Muchísimo
23. A pesar de mi ostomía, creo que llevo una vida normal	5 Totalmente de acuerdo	4	3	2	1	0 Totalmente en desacuerdo

con el tiempo, y que sea permanente le exige al paciente mejorar su técnica. Es importante conocer la repercusión de la colostomía en cada paciente, no todos los pacientes van a asimilarlo de igual forma.

4.1.1. Instrumentos para valorar la calidad de vida en el paciente ostomizado

Cuestionario Montreux

El cuestionario Montreux ha sido desarrollado para evaluar la calidad de vida de un paciente portador de ostomía.

Fue validado en 16 países de Europa y utilizado en unos 4000 pacientes.

Recoge 35 ítems sobre factores relacionados con la calidad de vida, organizados en tres secciones:

- Calidad de vida relacionada con el bienestar físico, psicológico, imagen corporal, dolor, actividad sexual, nutrición, preocupaciones sociales y manejo de dispositivos. Reúne 23 preguntas (página anterior).
- Autosuficiencia relacionada con los cuidados higiénicos del estoma: 5 preguntas.

	0 Nada	1	2	3	4	5 Totalmente
24. Hasta qué punto se siente seguro para limpiarse el estoma?						
25. ¿Hasta qué punto se siente seguro para cambiar o utilizar su bolsa?						
26. ¿Hasta qué punto se siente seguro para tirar su bolsa?						
27. ¿Hasta qué punto se siente seguro para obtener sus bolsas de recambio?						
28. ¿Hasta qué punto se siente seguro para conseguir consejo o ayuda en caso necesario?						

- Aceptación del estoma y relaciones familiares. Formado por 6 cuestiones.

29. Hay veces en que soy capaz de olvidarme por completo de mi estoma.	5 Nunca	1	2	3	4	0 Siempre
30. Puedo seguir haciendo todo lo que hacía antes de tener el estoma.	5 Totalmente de acuerdo	4	3	2	1	0 Totalmente en desacuerdo
31. Es imposible aceptar el hecho de tener un estoma.	0 Totalmente de acuerdo	1	2	3	4	5 Totalmente en desacuerdo
32. A veces quedo rendido de cansancio a causa de mi estoma.	5 Nunca	4	3	2	1	5 Siempre
33. Mi familia y mis amigos son sensibles a mis necesidades personales.	0 Nunca	1	2	3	4	5 Siempre
34. Cuando tengo un problema encuentro a alguien en quien puedo confiar para ayudarme.	0 Nunca	1	2	3	4	5 Siempre
35. ¿Sigue usted viendo a un enfermero/a especializado en cuidados del estoma?	SI/NO					

Cuestionario Stoma-QOL

El cuestionario Stoma-QoL ha sido desarrollado para valorar la calidad de vida de las personas ostomizadas.

En él se tratan las siguientes cuestiones: las preocupaciones de los afectados con respecto a dormir, las preocupaciones de los afectados con respecto a mantener relaciones íntimas, las preocupaciones de los afectados con respecto a su relación con familiares y amigos, y las preocupaciones de los afectados con respecto a relacionarse con otras personas que no sean familiares o amigos.

El cuestionario consta de 20 preguntas que abarcan cuatro dominios:

- Sueño
- Actividad general (incluidos los factores de su sistema colector para ostomía)
- Relación con la familia y amigos cercanos
- Relaciones sociales con otras personas, no familiares ni amigos cercanos.

Cada pregunta tiene cuatro posibles respuestas tipo Likert: 1 Siempre, 2 algunas veces, 3 raras veces, 4 nunca. Las puntuaciones del cuestionario van de 20 a 80, pero se aplica una tabla de conversión de los resultados del mismo para obtener una escala que va desde 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud).

		Siempre	A veces	Raras veces	Nunca
1	Me pongo nervioso/a cuando la bolsa está llena.				
2	Me preocupa que la bolsa se despegue.				
3	Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el aseo más cercano.				
4	Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa.				
5	Me preocupan los ruidos del intestino.				
6	Necesito descansar durante el día.				
7	La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner.				
8	Me siento cansado/a durante el día.				
9	Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma.				
10	Duermo mal por la noche.				
11	Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa.				
12	Me disgusta mi cuerpo.				
13	Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa.				
14	Me cuesta disimular que llevo una bolsa.				
15	Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean.				
16	Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar).				
17	Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma.				
18	Me da miedo conocer gente nueva.				
19	Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas.				
20	Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma.				

Ilustración 5. Cuestionario Stoma-QOL. Fuente: Coloplast.

COH-QOL-Ostomy

The City of Hope-Quality of Life-Ostomy Questionnaire es un cuestionario formado por 43 ítems en los que se valora la calidad de vida del paciente ostomizado según cuatro escalas de bienestar: físico, psicológico, social y espiritual.

EORTC QLQ-CR38

Es un cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer específico para aquellos 11 pacientes que sufren cáncer colorrectal.

Se divide en dos aspectos:

- Funcionalidad de las personas (imagen corporal, desempeño sexual, perspectivas de futuro).
- Síntomas que pueden aparecer en estos pacientes (problemas urinarios, gastrointestinales, efectos secundarios de la quimioterapia, problemas relacionados con el estoma, sexuales, pérdida de peso).

QUALYPOLL

Es un cuestionario validado en población española, que cuenta con 13 ítems, mediante los que se evalúan tres dimensiones diferentes: psicológica, autopercepción, dependencia.

4.1.2. Resultados de los instrumentos de medida

Un estudio realizado en varios hospitales de Madrid sobre la calidad de vida en pacientes con ostomías digestivas de eliminación obtuvo como resultados principales que:

- En el cuestionario SF-36, obtenían puntuaciones más altas, los pacientes más jóvenes, los hombres, personas con estudios medios o superiores, con ileostomías y con estomas temporales.
- También en el cuestionario Stoma-QOL los pacientes más jóvenes y con estudios medios y superiores puntuaban más alto.

Un estudio realizado en México utilizando el cuestionario Stoma-QOL, reveló que:

- El 85% de las personas con ostomías de eliminación se ponen nerviosas y les preocupa que el dispositivo colector se despegue y genere olor.
- El 73% refiere que el dispositivo colector le condiciona la elección de ropa para poder disimularlo.
- Al 80% le preocupa que la ostomía genere ruidos, olor, y no localizar profesionales sanitarios si tienen problemas con la ostomía en lugares públicos.
- El 65% se siente a disgusto con su apariencia física con la ostomía y que ha perdido atractivo sexual

- El 50% les preocupa incomodar al resto de personas con su ostomía y rehúyen el contacto físico.

Otro estudio realizado también en México utilizando el cuestionario Montreux obtuvo los siguientes resultados:

- *Autosuficiencia*: el 70% de los pacientes se sienten seguros para limpiar el estoma, el 76% para cambiar el dispositivo colector
 - La puntuación media obtenida fue de 84.9 puntos.
- *Calidad de vida*: el 70% expresa una buena calidad de vida, excepto para la actividad sexual, ya que el 60% tienen miedo al olor y a las fugas durante las relaciones.
 - La puntuación media obtenida fue de 73.16 puntos.
 - *Cuestiones generales*: el 55% acepta el estoma y el 48% considera que puede seguir haciendo las actividades que hacía antes de tener el estoma.
 - La puntuación media fue de 70 puntos.
- La puntuación en el índice de calidad de vida del cuestionario osciló entre 60.8 y 81.2 (sobre un máximo de 100 puntos).

Un estudio realizado en China, a pacientes con colostomía permanente a consecuencia derivada de un cáncer rectal, describió una buena calidad de vida de los pacientes, utilizando el cuestionario EORTC QLQ-CR38.

En esta investigación, el primer mes era el más importante para la recuperación de los pacientes. En este período, se obtenían puntuaciones bajas en la encuesta, pero 6 meses después las puntuaciones eran incluso mejores que en el período preoperatorio, a excepción de la percepción de la imagen corporal y la vida social, que no había vuelto a su estado previo.

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de los pacientes con ostomías digestivas.

Un plan educativo para los autocuidados que precisan los pacientes mejoraría la calidad de vida en términos de:

- Adaptación a la nueva situación.
- Aceptación y adopción de la rutina diaria del autocuidado.
- Prevención, disminución y detección temprana de la presencia de complicaciones.
- Reincorporación a la vida laboral o a la vida diaria habitual.
- Vinculación de la persona al grupo de ostomizados para intercambiar experiencias, sentirse acogido y comprendido de la mano de personal sanitario que les guía.

4.2. Educación para la salud en pacientes ostomizados

Las ostomías digestivas son muy diversas y específicas en cuanto a cuidados y observación dependiendo del motivo por el que se realicen o el tramo en el que se encuentren.

Bodega Urruticoechea et al mostraron en un estudio realizado en 2013 que la educación sanitaria constituye una gran herramienta para la mejora de la calidad de vida de la persona ostomizada.

Un paciente perfectamente informado obtendrá beneficios como una más rápida y mejor adaptación a la ostomía, una disminución de complicaciones, una detección precoz de las mismas y un aumento y refuerzo del autocuidado.

La educación sanitaria debe ser llevada a cabo de forma humana y requiere realizarse de forma integral. El profesional de Enfermería tiene un papel muy importante en los cuidados y en la enseñanza de los autocuidados al paciente ostomizado.

Un estudio realizado por enfermeros en toda España y coordinado por el Instituto de Investigación ANTAE demostró que cuando los pacientes ostomizados tienen acceso a una enfermera experta en Estomaterapia el coste sanitario se reduce un 48% y su calidad de vida mejora un 15%.

Desde su ingreso en el hospital como tras su alta a domicilio, la enfermera es la persona capacitada para aportar las recomendaciones necesarias a estos pacientes.

Los pacientes ostomizados requieren una atención y un tratamiento especializado que fomente tanto su independencia y su calidad de vida como la de sus familiares y cuidadores. En el momento del alta hospitalaria, el paciente debe ser capaz de realizarse la higiene y el cambio de dispositivo colector por sí mismo.

Los cuidados de la ostomía deben comenzar antes de que se realice. Las intervenciones de enfermería en la consulta preoperatoria van encaminadas a ayudar al paciente a entender su diagnóstico y pronóstico, enseñar habilidades de cuidado higiene en su futuro estoma y apoyar emocionalmente al paciente.

Previo a la intervención quirúrgica, se realiza el marcaje del estoma para elegir la localización más adecuada y reducir las complicaciones postoperatorias. Debe seleccionarse el lugar evitando prominencias óseas, cicatrices, pliegues de la piel, y teniendo en cuenta que debe ser una zona en la que la piel esté sana y sin lesiones. Es preferible colocarlo por debajo de la cintura del pantalón, lo que facilitará su manejo y perjudicará menos la imagen corporal del paciente al quedar ubicado en un lugar discreto.

El apoyo de los familiares al paciente resulta fundamental, ya que la familia es un recurso terapéutico imprescindible a lo largo del proceso de recuperación y durante el aprendizaje de los cuidados. Su papel es muy importante para la consecución de un sentimiento de aceptación por parte del paciente.

Los diagnósticos de Enfermería NANDA que se pueden encontrar en un paciente ostomizado son:

ÁMBITO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • Desequilibrio nutricional. • Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos. • Incontinencia fecal. • Riesgo de infección. • Deterioro de la integridad cutánea. • Insomnio
ÁMBITO PSICOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos deficientes. • Riesgo de baja autoestima crónica. • Trastorno de la imagen corporal. • Afrontamiento ineficaz. • Ansiedad. • Temor.
ÁMBITO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de actividades recreativas. • Deterioro de la interacción social.

Hay ciertos aspectos educativos en los que se considera fundamental intervenir:

- Higiene del estoma
- Dispositivo colector
- Dieta a seguir
- Irrigación del colon
- Posibles complicaciones del estoma y la piel periestomal

Cuidados higiénicos

- Se recomienda realizar la higiene del estoma con una esponja suave, agua tibia y jabón neutro.
- Realizar la higiene con movimientos circulares suaves de dentro para fuera
- Secar sin frotar
- La placa adhesiva debe retirarse de arriba abajo sujetando firmemente la piel para no provocar daños en ella.
- Evitar productos para el cuidado de la piel que contengan alcohol (pueden secar la piel) o aceites (puede dificultar el pegado de la bolsa) sobre la piel alrededor del estoma.

Elección y cambio del dispositivo colector

Un dispositivo colector está formado por dos partes: la bolsa colectora y el adhesivo para fijar a la piel.

- Para prevenir problemas en la piel periestomal, se recomienda utilizar dispositivos de doble sistema: la placa adhesiva permanece fijada a la piel durante varios días y se cambia la bolsa cuando precise.
- Los dispositivos dobles se cambian: la bolsa cada 24-48h y el adhesivo cada 3-4 días.
 - El adhesivo se coloca de abajo hacia arriba, realizando un pequeño masaje para que quede correctamente pegado a la piel.

- La bolsa se empieza colocando por debajo del estoma, apretando los anillos y la bolsa de modo circular.
- Los dispositivos abiertos se cambian cada 24-48 h.
- Si utiliza una bolsa con adhesivo recortable, se debe medir el diámetro del estoma y recortar la placa según su tamaño.
- Se recomienda cambiar la bolsa cuando esté llena por la mitad o cuando presente riesgo de fugas.
- No se debe pinchar nunca la bolsa colectora para retirar los gases.

Consejos nutricionales

Van a depender de si se trata de una ileostomía o una colostomía, pero las recomendaciones generales son:

- Dieta variada y sana.
- Comer despacio y masticar bien para disminuir los gases.
- Comer cinco-seis veces al día en poca cantidad, evitando ingestas copiosas.
- Mantener un horario fijo de comidas.
- Beber abundante agua: entre un litro y medio y dos litros.
- Evitar tumbarse inmediatamente después de la comida.
- Algunos alimentos influyen en el olor de las heces o en la aparición de gases.
 - Flatulencias: aumentan con las bebidas gaseosas, legumbres, espárragos, coliflor, brócoli, repollo...
 - Olor: disminuye con el yogur, cuajada, mantequilla, requesón, etc.; y aumenta con el ajo, cebolla, col, legumbres, pescado azul.

En colostomías:

- Incluir alimentos con abundante fibra como frutas, verduras y legumbres porque permiten un buen tránsito intestinal, evitando estreñimiento y diarrea.

En ileostomías:

- Dieta sin residuos, es decir, baja en fibra, para conseguir heces más consistentes y menos agresivas para la piel. Evitar especialmente espinacas y cítricos.
- Utilizar los licuados para eliminar la fibra de frutas y verduras.
- Dieta baja en grasas.
- Disminuir aporte de sustancias irritantes: café, alcohol, picantes...
- Incluir alimentos basificantes para evitar heces irritantes: almendras, patatas, olivas, caldos vegetales, etc.

Adaptarse a la vida diaria

- La ducha puede realizarse con o sin bolsa, teniendo en cuenta ciertas consideraciones:
 - En una ducha sin bolsa, hay que evitar agua y presión fuerte sobre el estoma
 - En una ducha con bolsa, hay que tapar el filtro de la bolsa para evitar que se estropee.
- Se puede utilizar todo tipo de ropa, evitando la presión directa de cinturones en la zona de la ostomía.
- Se pueden practicar actividades de ocio y deportivas. Existen dispositivos para adaptar el estoma a la piscina y la playa.
- En el caso de viajar, se recomienda llevar bolsas de recambio, y que el cinturón de seguridad del coche no comprima el estoma (se pueden utilizar adaptadores como los de las embarazadas).
- Pueden aparecer problemas con la sexualidad debido al cambio en la imagen corporal, aparición de dolor en las relaciones, o disfunciones sexuales. El tratamiento se basa en la información y la escucha activa. Para una sexualidad gratificante, la persona deberá aceptar su cuerpo, hablar con su pareja, etc.

Irrigación

Algunas veces, en pacientes con colostomías descontentes y sigmoides, es posible la continencia mediante una técnica denominada irrigación. Consiste en la introducción de agua a temperatura corporal a través del estoma.

Al introducir el agua, como consecuencia de la distensión del colon se producen contracciones que provocan la expulsión del contenido fecal.

La evacuación completa del colon deja el intestino vacío y con capacidad para retener todo el material fecal formado hasta la siguiente irrigación.

Esto permitiría al paciente el poder usar un dispositivo más pequeño o incluso sustituirlo por un tapón de estoma hasta la próxima irrigación.

El profesional sanitario es el que valorará si puede aplicarse esta técnica según cada caso, siendo imprescindible que le enseñe al paciente cómo hacerlo.

Material necesario:

- Bolsa de irrigación: se llenará con agua templada
- Cono: para la introducción de agua por el estoma
- Manga de irrigación
- Pinza para cerrar la bolsa una vez concluida la irrigación hasta que finaliza la evacuación
- Cinturón y placa para adaptar la manga y el cinturón
- Lubricante

Pasos a seguir:

- Retirar el dispositivo colector y limpiar la piel periestomal
- Colocar el cinturón bien ajustado y la manga sobre la placa de plástico con el cinturón
- Llenar la bolsa con agua templada, colgar la bolsa a la altura del hombro y purgar el equipo
- Lubricar el cono e introducir en el estoma. Abrir la válvula de control e introducir el agua en la ostomía de forma lenta
- Retirar cono y colocar pinza en la parte superior de la manga para evitar fugas
- A continuación, se produce la evacuación inmediata sobre el inodoro.
- Finalmente, limpiar estoma y colocar dispositivo elegido, que suele ser mini bolsa u obturador.

Reconocimiento de posibles complicaciones

Es necesario evaluar el estoma y la piel periestomal inmediatamente después de la intervención quirúrgica para controlar el proceso de cicatrización y como referencia en el futuro o en el caso de que surgieran complicaciones.

Se estima que alrededor del 50% de los pacientes ostomizados van a tener algún tipo de complicación relacionada con el estoma.

Las complicaciones suponen un aumento de la estancia hospitalaria y de los cuidados en atención primaria que precisa el paciente, lo que conlleva un mayor estrés para éste y también un coste sanitario más elevado.

La prevalencia y las consecuencias negativas relacionadas con las complicaciones refuerzan la necesidad de evaluar el estoma y la piel periestomal regularmente, al menos durante todo el año posterior a la cirugía.

Se debe informar a pacientes y familiares sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición de complicaciones.

Las complicaciones se pueden dividir en dos categorías generales:

Complicaciones del estoma

- Inmediatas
 - Edema: Inflamación fisiológica del intestino, al moverlo y sacarlo a la pared abdominal. El tratamiento será colocar compresas con suero salino hipertónico sobre el estoma y ajustar el dispositivo sin rozarlo.
 - Hemorragia: Pérdida de sangre a través de un vaso a nivel de sutura o por una úlcera en la mucosa del estoma. El tratamiento será compresión sobre la hemorragia.

- Isquemia, necrosis: Obstrucción del flujo sanguíneo en el segmento de colon que se ha exteriorizado formando el estoma. Se deberá observar y valorar su estado cada 8 horas. Evitar cambios frecuentes del dispositivo colector.
- Retracción del estoma: Se debe a un estrechamiento de la luz intestinal. La actuación en este caso será realizar una dilatación digital, aportar líquidos y mantener una dieta rica en fibra.
- Tardías
 - Hernia paraestomal: es un fallo de la pared abdominal por la que se protegen las asas intestinales recubiertas por peritoneo. Se debe evitar realizar esfuerzos físicos, y utilizar una prenda de compresión abdominal cuando se esté en decúbito supino.
 - Prolapso: es una protusión excesiva del asa intestinal sobre el plano cutáneo. Se tratará de reducir manualmente mediante masajes abdominales, lavar con agua y suero frío y adaptar el dispositivo para que no lesione la mucosa.
 - Retracción: es el hundimiento del estoma hacia dentro. Da lugar a una estenosis del estoma. Se debe vigilar la permeabilidad y utilizar colectores cuyo disco adhesivo sea convexo.
 - Estenosis: es el estrechamiento de la luz del estoma. Se debe medir regularmente el estoma y dilatarlo manualmente cada 15 días.

Complicaciones de la piel periestomal

- Dermatitis periestomal: se debe a que la piel es continuamente agredida por los fluidos fecales y los dispositivos.
- Granulomas: son lesiones cutáneas no neoplásicas, consecuencia de la irritación de la piel, mal ajuste del dispositivo. Se debe proteger la piel periestomal con pastas o discos protectores, y emplear un dispositivo de 2 piezas.

Apoyo emocional

La realización de un estoma digestivo supone un gran cambio que afecta a la esfera física, emocional y de relación con los demás. La persona recientemente ostomizada percibe la situación como una amenaza a su integridad física y a su estilo de vida.

Suele estar presente un trastorno de la imagen corporal. La persona rechaza el estoma y realizarse los cuidados, rechaza mirarse la zona, continuar con las relaciones sociales que tenía antes de la operación.

La atención integral al paciente ostomizado debe abarcar todas sus facetas: física, psíquica y social.

El apoyo psicológico y la educación e información sobre el manejo de la ostomía ofrecidos por la enfermera pueden ayudar a mitigar los sentimientos negativos que sufre el paciente y a que pueda adaptarse mejor su nueva situación.

La enfermera debe proporcionar al paciente estrategias para afrontar los cambios físicos sufridos y enseñarle recursos para que se sienta más seguro consigo mismo y recuperar su vida social en un entorno familiar y comunitario.

También es importante animar al paciente a que vuelva a incorporar a su vida diaria aquellas actividades que antes realizaba (deporte, ocio, etc.) como si es posible, retomar su vida laboral.

La falta de apoyo profesional, social y familiar a los pacientes ostomizados puede llevarlos fácilmente a estados depresivos.

5. CONCLUSIONES

El cáncer agrupa a un conjunto de enfermedades relacionadas en las que algunas células del organismo empiezan a dividirse sin control y se diseminan por los tejidos cercanos, dificultando el funcionamiento normal del organismo. Es una enfermedad genética que se produce por alteraciones en el ADN de la célula, las cuales son responsables de un crecimiento anormal.

El cáncer colorrectal (CCR) es el que se origina en el colon o recto. Es una de las neoplasias malignas más frecuentes del aparato digestivo, la segunda más frecuente en países desarrollados y responsable del 10% de las muertes por cáncer.

La intervención quirúrgica para extirpar el tumor es la maniobra terapéutica fundamental en el CCR. Aproximadamente unas 70.000 personas son portadoras de una ostomía digestiva en España.

La adaptación a la ostomía y la percepción que los pacientes tienen de su calidad de vida va a depender de factores como el sexo, la edad, el nivel de estudios, el tipo de ostomía, el tiempo de permanencia del estoma, y el tiempo transcurrido desde la cirugía.

La calidad de vida viene también determinada por el tipo de dispositivo colector utilizado, el seguimiento de la ostomía en consulta, y la autonomía para cambiarse la bolsa.

La educación para la salud es muy importante en un paciente ostomizado. La enfermera es el profesional sanitario encargado de esta función y debe abarcar los siguientes temas: Higiene del estoma, dispositivo colector, dieta a seguir, irrigación del colon, posibles complicaciones del estoma y la piel periestomal, apoyo emocional.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. [sede Web] Atlanta, [acceso 30 abril 2018] Disponible en: <https://www.cancer.org/es/>
2. National Cancer Institute [sede Web] Bethesda [acceso 30 abril 2018] Disponible en: <https://www.cancer.gov/>

3. American Society of Clinical Oncology [sede Web] Alexandria [acceso 30 abril 2018] Disponible en: <https://www.cancer.net/es>
4. SEOM. Sociedad Española de Oncología Médica. Las cifras del Cáncer en España. 2017. [acceso 30 abril 2018] Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_en_Esp_2017.pdf
5. Fernández Camiñas JA, Méndez López E, Lorenzo Díaz C, Sobrado Otero MJ, Barral Rodríguez MJ, Pérez Taboada MJ. Guía de ayuda al paciente con ostomía de eliminación intestinal. Paraninfo Digital. 2011 (Acceso 3 de diciembre de 2014); 13. Disponible en: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/para/n13/pdf/p058.pdf>
6. Bodega Urruticoechea C, Marrero González CM, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención domiciliar al paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería. 2013 (Acceso 2 de diciembre de 2014); 7(2). Disponible en: <http://0-www.index-f.com.avalos.ujaen.es/ene/7pdf/7206.pdf>
7. Gema Romero. El Consejo General de Enfermería reclama la implantación de la enfermera estomaterapeuta en todo el SNS. Organización Colegial de Enfermería. 2014 [acceso 30 abril 2018]. Disponible en: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/8087-el-consejo-general-de-enfermeria-reclama-la-implantacion-de-la-enfermera-estomaterapeuta-en-todo-el-sns>
8. Hano García OM, Wood Rodríguez L, Galbán García E, Abreu Vázquez MR. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Rev Cubana Med 2011; 50:118-32.
9. Díaz Tasende J, Marín Gabriel JC. Cribado del cáncer colorrectal mediante test de sangre oculta en heces. Rev Esp Enferm Dig 2008; 100: 315-19.
10. De Frutos Muñoz R, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo N. Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. Metas de Enferm 2011; 14: 24-31.
11. Cruz-Castañeda O, Pat-Castillo L, Esquivel-Romero BE, Espinosa-Esteves JM, Rivas-Espinosa JG. Calidad de vida en la Persona con Ostomías de Eliminación. Portales médicos [Internet] 2015 [acceso 30 abril 2018] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-de-vida-ostomia/>
12. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de enfermería al paciente ostomizado. RqR Enfermería Comunitaria [Internet] 2017 [acceso 3 abril 2018] 5(4). Disponible en: http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Revistas/Otono%202017/RevistaRqR_Otono2017_PacienteOstomizado.pdf
13. García ME, Carmen A, De la Quintana P, Vaquer G. Afectación psicológica y calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo. Estudio Stoma Fee-ling. Metas Enferm. 2015/2016; 18:24-31.
14. Vázquez MC, Poca T. Manual de cuidados en ostomías. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.
15. Mahjoubi B, Kiani Goodarzi K, Mohammed-Sadegui H. Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. World J Surg. 2010; 34:147-52.
16. Krouse RS, Herrinton LJ, Grant M, Wendel CS, Green SB, Mohler MJ, et al. Health-related quality of life among long-term rectal cancer survivors with an ostomy: manifestations by sex. J Clin Oncol. 2009; 27:4664-70.
17. Marzo Castillejo M, Bellas Beceiro B, Melus Palazón E, Nuin Villanueva M, Vela Vallespín C, Vilarrubi Estrella M. Prevención del cáncer colorrectal. Grupo de Prevención del Cáncer del PAPPs de semFYC. Editorial. Rev Clín Med Fam. 2010; 3(2):63-4.
18. Málaga López A, Salas Trejo D, Sala Felis T, Ponce Romero M, Goicoechea Sáez M, Andrés Martínez M et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana. Resultados de la primera ronda 2005-2008. Rev Esp Salud Pública. 2010;84(6):731-43.
19. Arias ML, Cantarino I, De La Quintana P, Estrada MA, Adelina F, Martínez FJ, et al. Qualypoll: cuestionario que mide la calidad de vida en los pacientes ostomizados. Rev Enferm. 2008;31(4):42-48.
20. Charúa L, Benavides CJ, Villanueva JA, Jiménez B, Abdo JM, Hernández E. Calidad de vida del paciente ostomizado. Cir Cir 2011; 79:149-155.
21. Sprangers MAG, Velde A, Aaronson NK. The construction and testing of the EORTC colorectal cancer-specific quality of life questionnaire module (QLQ CR-38). Eur J Cancer. 1999;35(2):238-247.
22. Valdivieso MF, Zárate A. Calidad de vida en pacientes con cáncer de recto. Rev Med Clin Condes. 2013;24(4):716-721.
23. Kement M, Gezen C, Aydin H, Haksal M, Can U, Aksakal N, et al. A descriptive survey study to evaluate the relationship between socio-demographic factors and quality of life in patients with a permanent colostomy. Ostomy Wound Manage. 2014;60:18-23.
24. Anaraki F, Vafaie M, Behboo R, Esmaeilpour S, Maghsoodi N, Safae A et al. The city of hope-quality of life-ostomy questionnaire: persian translation and validation. Ann Med Health Sci Res. 2014;4(4):634-637.
25. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005; 19:135-50.
26. Álvarez Sánchez M, Navarrete Gómez CM, Martínez Jiménez MR. Enfermeras en el cuidado de una ostomía digestiva. Portales Médicos [Internet] 2017 [acceso 30 abril 2018] Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-ostomia-digestiva/>

27. De Miguel M, Jiménez F, Parajó A. Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. Cir Esp. 2014;92(3):149-156.
28. Bonill C, Hueso C, Celdrán M, Rivas C, Sánchez I, Morales J. Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. Index de Enfermería. 2013;22(4).
29. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña Rodríguez A, Huertas Clemente M, Gutiérrez Fernández. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE, Revista de Enfermería. 2013;7(3).
30. NNNconsult.com [sedeWeb]. [Acceso 30 abril 2018]. Disponible en <http://www.nnnconsult.com>

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



Máster en laboratorio. Especialista en análisis clínicos



1500
HORAS
60
ECTS

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



Universidad
Isabel I

1500
HORAS
60
ECTS

3. Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería

María Álvarez Sariego

Enfermera en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

RESUMEN

Hoy en día son muchas las personas sometidas a intervenciones quirúrgicas con el objetivo de implantarles una ostomía para solucionar un problema de salud. Es por ello que los profesionales sanitarios deben tener una formación especializada en este ámbito con el fin de apoyarles en el proceso consiguiendo así una mejor adaptación al cambio que sufren tanto en el aspecto físico como psicológico y social. En esta revisión se busca conocer los diferentes tipos de ostomías que hay y las complicaciones que pueden conllevar, así como los cambios en la calidad de vida de los pacientes y las intervenciones que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para facilitar este proceso y mejorar la autoestima de los pacientes.

Objetivos: El principal objetivo es conocer la calidad de vida en pacientes ostomizados.

Metodología: Revisión bibliográfica realizada mediante la consulta de 2 bases de datos obteniéndose un total de 22 artículos.

Resultados: Se obtienen una serie de artículos que muestran las diferentes ostomías existentes, las complicaciones que pueden generar, como afecta a la calidad de vida de los pacientes y las intervenciones de enfermería a realizar.

Conclusión: Dada la incidencia de pacientes con ostomías, es importante que los profesionales de enfermería cuenten con la formación adecuada para poder ejercer un seguimiento adecuado a esta población incrementando así su calidad de vida.

Palabras clave: Ostomía, calidad de vida, cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Nowadays, there are many people who are subjected to surgical interventions in order to implant an ostomy to solve a health problem. That is the reason why health professionals should be specialized in this area in order to support them in the process, thus achieving a better adaptation to the change that they suffer both in the physical, psychological and social

aspects. This review seeks to know the different types of ostomies that exist and the complications that they can entail, as well as the changes in the quality of life of patients and the interventions that nursing professionals can carry out to facilitate this process and improve the self-esteem of patients.

Objectives: *The main objective is to know the quality of life in patients with ostomies.*

Methodology: *Bibliographic review carried out by consulting 2 databases, obtaining a total of 22 articles.*

Results: *A series of articles are obtained that show the different existing ostomies, the complications they can generate, how they affect the quality of life of patients and the nursing interventions to be carried out.*

Conclusion: *Given the incidence of patients with ostomies, it is important that nursing professionals have adequate training to be able to carry out adequate monitoring of this population, thus increasing their quality of life.*

Keywords: *Ostomy, quality of life, nursing care.*

LISTADO DE ABREVIATURAS

- OMS: Organización Mundial de la Salud
- CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud
- SF-12: Short Form (cuestionario corto) 12
- SF-36: Short Form (cuestionario corto) 36
- EQ- 5D: EuroQol de 5 dimensiones
- ASOE: Asociación de Personas con Ostomía en España
- INCA: Instituto Nacional del Cáncer
- EI: Enfermedad Inflamatoria Intestinal

INTRODUCCIÓN

Calidad de vida

En 1948, la OMS elaboró una definición de la CVRS describiéndola como “un estado de completo bienestar físico, emocional y social, y no solo la ausencia de enfermedad”. En 1994, se definiría la calidad de vida como “la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (1). Podemos definir la salud de una persona basándonos en 5 puntos: Características hereditarias y genéticas, bioquímicas, fisiológicas o anatómicas, estado mental y la salud individual (2).

Existen diferentes instrumentos que permiten medir la CVRS de los pacientes, el objetivo de esto es obtener una evaluación más veraz y válida de la salud de la sociedad con el fin de determinar los riesgos y beneficios del siste-

1 En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

2 Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora

1	2	3
Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Subir varios pisos por la escalera

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

4 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?

1	2
Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

6 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?

1	2
Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>				
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

9 ...se sintió calmado y tranquilo?

1	2	3	4	5	6
Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/>					

10 ...tuvo mucha energía?

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11 ...se sintió desanimado y triste?

<input type="checkbox"/>					
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12 Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca alguna vez
<input type="checkbox"/>				

Alonso y Cols J. Versión española del cuestionario de Salud SF-12. 2015.

ma sanitario de un área determinada. Estas herramientas tienen que cumplir una serie de características, entre las que se encuentran la validez, fiabilidad y sensibilidad a los cambios, además de la sencillez, facilidad de cumplimentación e interpretación y la capacidad para suministrar datos de provecho clínico. La mayoría de estos instrumentos son cuestionarios que constan de una serie de instrucciones para la realización del mismo, un conjunto de ítems agrupados en grupos que miden diferentes aspectos de la salud (aspecto físico, mental y social) y una serie de opciones a modo de respuestas con estilo dicotómico o siguiendo el modelo de la escala Likert. Son ejemplos de cuestionarios empleados en la medición de la calidad de vida: SF-36, SF-12, el Perfil de Consecuencias de la Enfermedad o EQ 5D (2,3).

Ostomías

Entendemos por ostomía una abertura realizada quirúrgicamente en la piel de un paciente en los casos en que, por razón de una enfermedad o accidente, no es posible que una determinada parte del cuerpo funcione correctamente. Pueden utilizarse para la nutrición, drenaje o eliminación y según el órgano implicado serán intestinales, urinarias o traqueal. La apertura al exterior que se crea recibe el nombre de estoma (4).

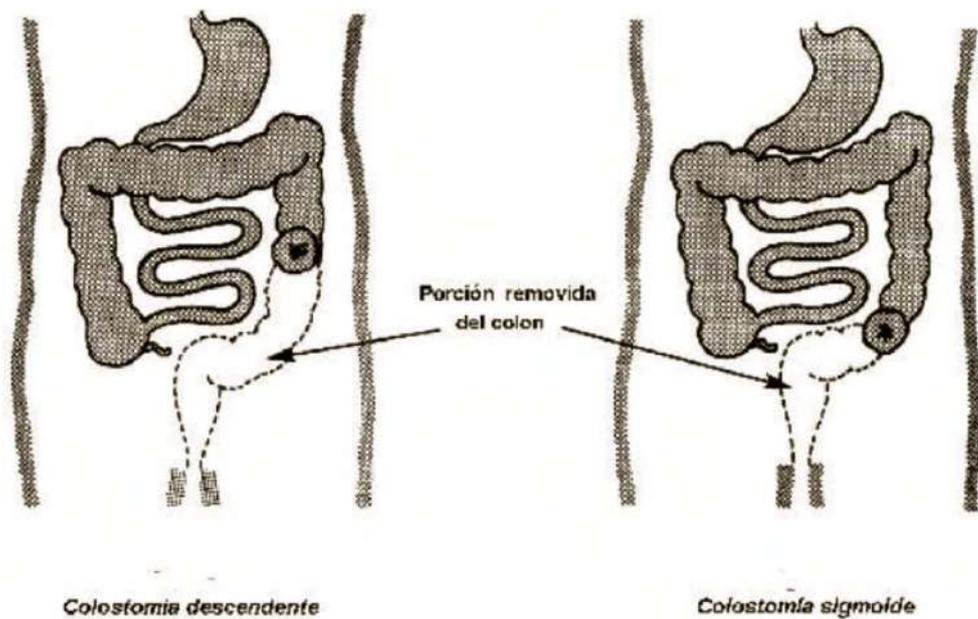
Podemos encontrar diferentes tipos de ostomías en función de su situación anatómica:

Colostomía

Se trata de una abertura a nivel de la pared abdominal. Se suele realizar en casos en los que el colon no funciona adecuadamente debido a determinados problemas o enferme-

dades que afectan al colon parcial o totalmente, por lo que debe extirparse. Este procedimiento se lleva a cabo con anestesia general y puede realizarse mediante una incisión quirúrgica en el abdomen o a través de la técnica laparoscópica. La técnica consiste en pasar un extremo sano del colon a través de la incisión abdominal y se suturan los bordes a la piel que lo rodea formando el estoma, donde se situará el dispositivo de recolección con el fin de expulsar las heces. Las colostomías pueden ser temporales (3 a 6 meses) en los casos en los que se requiere de un periodo de inactividad para solucionar el problema, o permanente (5,6). Las causas más comunes para esta intervención quirúrgica son cáncer colorrectal, enfermedad diverticular de colon, fístulas, colitis isquémica o poliposis colorrectal, siendo en España la neoplasia colorrectal la segunda causa de muerte por neoplasias. Según la porción del colon afectada las colostomías tendrán unas características diferentes (7):

- **Colostomía ascendente:** Se sitúa en la zona derecha del abdomen, manteniéndose una pequeña zona del colon funcionante, generándose heces líquidas con enzimas digestivas.
- **Colostomía descendente:** Localizada en la parte inferior izquierda del abdomen. Las heces formadas en este tipo de colostomía tienden a ser de consistencia firme y los pacientes pueden tener control voluntario sobre su evacuación.
- **Colostomía sigmoidea:** Tipo más común de colostomía. Unos centímetros por debajo del colon descendente. Al ser la última porción, la mayor parte del colon permanece funcionante, permitiendo expulsar heces con consistencia sólida (5,6).



American Cancer Society. Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora. 2019.

- **Colostomía transversa:** Es el tipo más común de colostomía. Puede ser en asa, cuenta con dos aberturas por las que se expulsa materia fecal y mucosidad, o de doble boca, el intestino se divide en dos completamente y se forman dos estomas por separado expulsando materia fecal y mucosa de forma independiente. Tiene su localización en la parte superior del abdomen. Las heces son excretadas antes de llegar a la zona del colon descendente.

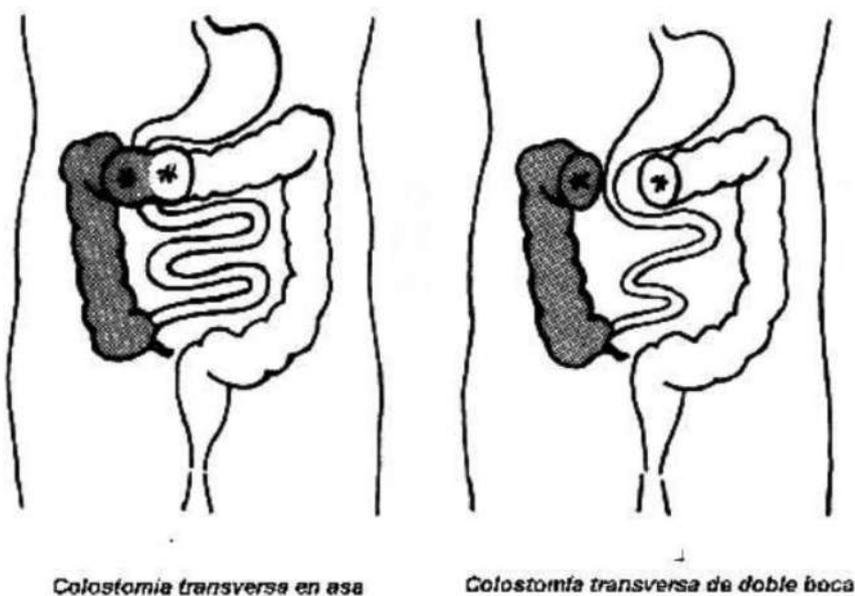
Ileostomía

Consiste en una abertura en el vientre que se lleva a cabo mediante una intervención quirúrgica en casos en los que existe algún problema en el íleon que le impida funcionar correctamente, o por una enfermedad que afecte a esa porción del colon. Al igual que las colostomías, pueden ser temporales (de 3 a 6 meses) o permanentes. En esta técnica, se extirpará generalmente el colon y el recto (de forma parcial o total)

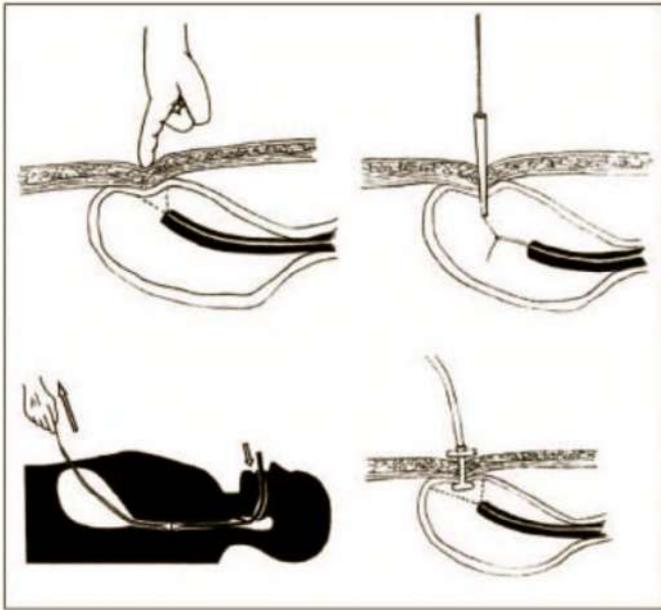
por lo que la materia fecal no podrá ser excretada a través de la vía natural y se hará mediante el estoma. En las ileostomías las heces suelen ser líquidas y pastosas (a diferencia de las colostomías que tiene den a ser más compactas) y la producción es constante por lo que se deberá cambiar la bolsa con más frecuencia. Las causas más comunes para la realización de una ileostomía son la colitis ulcerativa, enfermedad de Crohn, poliposis familiar o algunos tipos de cáncer que impide el correcto funcionamiento de esta porción del intestino. La técnica quirúrgica más frecuente es la ileostomía convencional o de Brooke en la que el extremo del íleon se alarga hasta la pared abdominal volviéndola hacia atrás y suturándola a la piel formando el estoma (8).

Gastrostomía

Consiste en la colocación de una sonda o tubo que llega al estómago desde el exterior atravesando la pared



American Cancer Society. Tipos de colostomías y sistemas de bolsa recolectora. 2019.

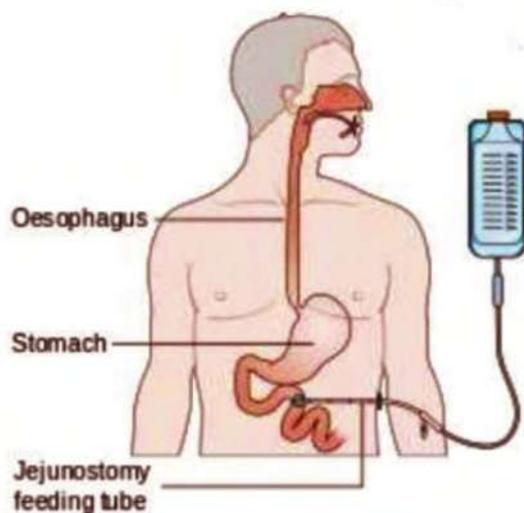


Pereira Cunill JL, García Luna PP. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2010;102(10):609-609.

abdominal. Su indicación principal es la alimentación y administración de medicación, especialmente en pacientes con dificultad para tragar debido a problemas mecánicos o neurológicos (9).

Yeyunostomía

Intervención quirúrgica realizada con el objetivo de crear una abertura en el yeyuno (zona media del intestino delgado) hacia el exterior del cuerpo. El fin de esta cirugía es la colocación de una sonda de plástico que permita la alimentación y toma de medicación en pacientes que no están capacitados para hacerlo de forma oral (10).



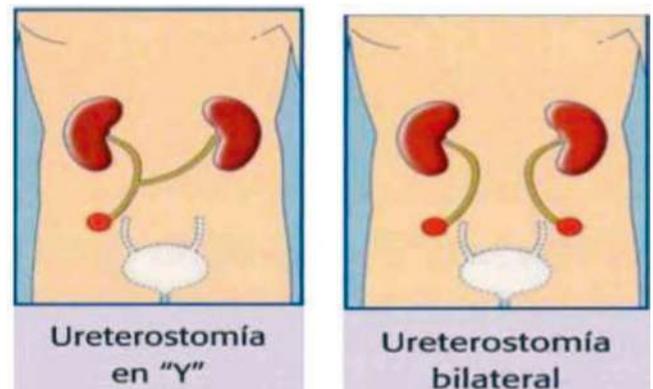
P Enrica Ramirez. *Gastrostomías y yeyunostomías. Técnica quirúrgica*. 2015.

Urostomía

Se trata de una abertura localizada en la pared abdominal con el fin de llevar la orina al exterior en personas con algún

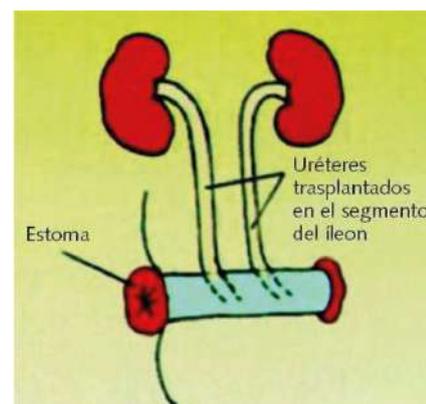
problema en la vejiga. La vejiga puede ser extirpada totalmente o simplemente evitarla. El cáncer de vejiga es la cuarta neoplasia más frecuente en hombres y la novena en mujeres, el tratamiento más común en estos casos es la cistectomía, es decir, la extirpación de la vejiga y de los tejidos de alrededor (la próstata en el hombre y los órganos reproductores en la mujer). Otros casos en los que puede requerirse una urostomía son por defectos congénitos en niños en los que el tracto urinario presenta problemas que provocan el retorno de la orina a los riñones causando infecciones recurrentes (11,12). Podemos encontrar urostomías temporales en situaciones de incontinencia urinaria o reflujo vesiculouretral y urostomías permanentes en cáncer de uretra o vejiga, fistulas urinarias y malformaciones congénitas (13). Existen varios tipos de urostomías en función de la zona desde la que se deriva la orina:

- **Ureterostomía:** Se exterioriza el uréter hacia la piel abdominal.
 - Unilateral: Solo hay un estoma, los uréteres se empalman llevando la orina de ambos riñones a un único estoma. Este tipo de urostomía también se conoce como urostomía en Y.
 - Bilateral: Hay dos estomas a los que llega orina a través de los uréteres de cada riñón.



Guía práctica de autocuidados. Hospital universitario Ramón y Cajal: Salud Madrid; 2005.

- Bricker: Se trata de aislar una parte de íleon con el fin de formar un estoma en el que puedan depositarse los dos uréteres, el fragmento del íleon se cerrará por un extremo y el otro se dirigirá al abdomen para crear

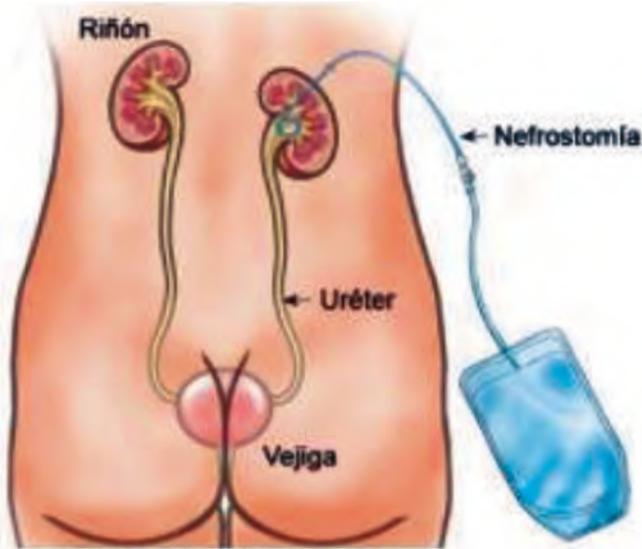


Gómez Ayala AE. *El paciente ostomizado*. 2006; 20 (8): 50-55.

el estoma. Este tipo de urostomía se sitúa en el lado derecho del abdomen y además de orina, se eliminará moco procedente del asa intestinal (13,14).

Nefrostomía

La orina se extrae al exterior desde las cavidades renales con el fin de drenar la orina a una bolsa externa al cuerpo. Generalmente este tipo de técnicas se realiza con anestesia local y no precisa hospitalización. Esta indicado en pacientes con obstrucción de los uréteres, que puede ser debido a litiasis (piedras renales), fístulas urinarias, coágulos de sangre, enfermedades tumorales pélvicas, cáncer cervicouterino, masas adenopáticas o cáncer de próstata. Este tipo de intervención se realiza cuando el flujo de orina se encuentra bloqueado, siendo necesario hacer un drenaje de la orina desde el riñón. También se puede realizar en casos en que los pacientes sufren mucho dolor a pesar de haber sido intervenido por cálculos de riñón, ayudando a disminuir la hinchazón y a expulsar fragmentos de cálculos renales tras una cirugía Otros caso en el que se emplea esta técnica es cuando la orina se filtra por dentro del cuerpo (15).

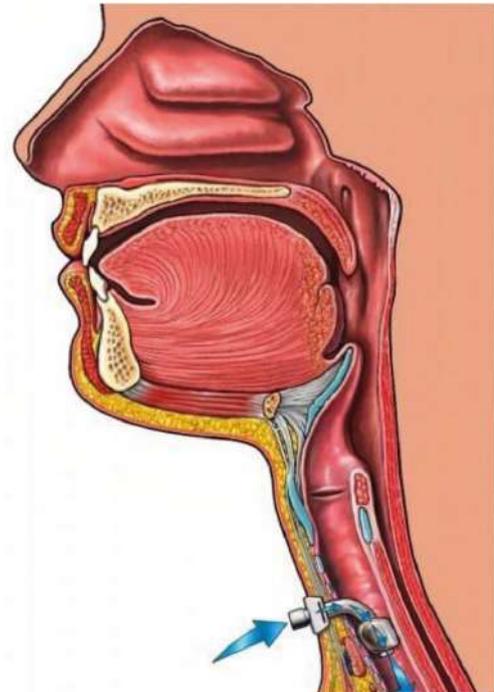


Sonda de nefrostomía | Boston Scientific [Internet]. www.bostonscientific.com.

Traqueostomía

Consiste en la realización de un orificio a nivel traqueal que permite la comunicación de la tráquea con el exterior a través de una cánula que favorece la permeabilidad de la vía aérea. Se realiza esta intervención en el caso de que el paciente presente incapacidad para respirar por si solo, si presencia una anomalía en la laringe o la tráquea, padece una neoplasia maligna en el cuello que le impide respirar ya que ejerce presión sobre la vía respiratoria, parálisis de los músculos que impiden tragar o por la presencia de un cuerpo extraño que provoca obstrucción de las vías respiratorias. Esta técnica también es común en los servicios de cuidados intensivos en el que los pacientes necesitan medidas de soporte ventilatorio durante periodos largos de tiempo, lo que se les realiza una traqueostomía con el fin de facilitar el manejo de la vía aérea. Es frecuente el uso de la técnica Seldinger para la realización de una traqueostomía

percutánea, las ventajas de este método son sus sencillez en cuanto a rapidez y seguridad y lo económica que resulta en relación a la traqueostomía convencional, además que presenta menos complicaciones postoperatorias y resultados más estéticos (16,17). Los pacientes que deben ser sometidos a esta intervención como consecuencia del cáncer, y en los que la tráquea o la laringe se debe extirpar, podrían necesitar una traqueostomía permanente. Aunque la más común es la temporal o transitoria que se emplea en casos de obstrucción traqueal, o cuando esta está lesionada, con el fin de favorecer la respiración del paciente conectándolo a un ventilador. Las cánulas que se colocan en las traqueostomías pueden tener un globo o manguito que se infla con el fin de evitar las fugas de aire, obligando a todo el aire que va y viene de los pulmones a pasar por dentro de la cánula al mismo tiempo que hace que la saliva y otros líquidos puedan llegar a los pulmones, este tipo de cánula es más común en pacientes que deben respirar conectados a un ventilador o respirador y que cuentan con la vigilancia de un equipo médico que regula la presión del globo en función de las necesidades (18,19).



Cancer Care of Western New York. 2020.

Vida con ostomías

Una vez que el paciente sea dado de alta a su domicilio, comenzará una nueva etapa en su vida marcada principalmente por el cambio en su imagen corporal. Es importante, por lo tanto, que será conocedor de las cualidades y cuidados que debe tener la ostomía, para que afecten en la menor medida posible a su calidad de vida.

Uno de los principales cuidados que deben llevarse a cabo en el caso de las intervenciones quirúrgicas en las que se practica una colostomía, ileostomía o urostomía, es la atención a la piel que rodea el estoma. Es recomendable limpiarla con agua (no muy caliente para evitar la

irritación) y jabón desde dentro hacia fuera, y mantenerla seca para poder colocar la bolsa. Es posible que en la piel que rodea el estoma crezca vello, en estos casos será preferible cortarlo en lugar de rasurarlo. Existen diversos tipos de dispositivos entre los que encontramos las bolsas cerradas, estas no pueden vaciarse por lo que deberán cambiarse por otra cada vez que se necesite, y las bolsas abiertas que no necesitan ser desechadas cada vez que se necesiten cambiar ya que pueden vaciarse por su extremo inferior, ambas pueden tener filtros para la salida de los gases evitando así el mal olor. Asimismo, estas bolsas pueden ser de una pieza (el adhesivo y la bolsa colectora son un mismo dispositivo, por lo que al cambiarlo se debe tirar todo) o de dos o tres piezas (en estos casos la placa adhesiva es independiente

de la bolsa por lo que no hay que cambiarlo en casa uso, esto es beneficioso para la piel periestomal). Los discos adhesivos pueden ser lisos o convexos (estos son útiles cuando el estoma se encuentra muy hundido). Las bolsas, además, podrán ser opacas o transparentes en función de su uso, se recomienda que sean opacas para las heces y transparentes en las urostomías. La elección de la bolsa colectora dependerá de las características de la ostomía, en el caso de las ileostomías, las heces son más líquidas y abundantes, por lo que se recomienda bolsas abiertas y de 2 piezas, en las colostomías, las heces son sólidas y con cantidad normal por lo que es favorable 1 bolsa cerrada y de una pieza. En el postoperatorio inmediato se aconseja el uso de bolsa de urostomías, ya que no tienen

<i>Grupo alimento</i>	<i>Recomendados</i>	<i>Limitados</i>	<i>Desaconsejados</i>
Lácteos	Leche especial sin lactosa Queso curado Queso fundido Yogur natural	Quesos frescos	Leche Nata y crema de leche Quesos muy grasos Yogur con frutas
Cárnicos	Carnes magras Jamón cocido Jamón serrano desgrasado Pescado blanco Huevos	Carne de cordero o cerdo con grasa visible	Embutidos Patés Carnes muy duras y fibrosas Pescado azul y marisco
Cereales, legumbres, tubérculos	Pasta Arroz Tapioca Pan blanco y biscottes Patatas	Cereales de desayuno	Cereales integrales y sus derivados Legumbres (todas)
Verduras y hortalizas	Zanahoria cocida	Todas en general	Verduras muy fibrosas (alcachofas, col,...)
Frutas	Membrillo Frutas en almíbar, al horno o hervidas	Plátano maduro Manzana rayada	Otras frutas crudas
Bebidas	Agua Infusiones Caldos sin grasa colados Café	Vino (con las comidas)	Bebidas con gas Café Bebidas alcohólicas de alto grado Zumos de frutas
Alimentos grasos	Aceite de oliva y girasol	Mantequilla y margarina	Mayonesa Frutos secos
Dulces y bollería	Merengues y bizcochos caseros Galletas tipo María	Miel y azúcar Caramelos	Chocolate y cacao Repostería y bollería en general Galletas integrales
Condimentos y otros	Sal Hierbas aromáticas	Vinagre	Platos cocinados Sopas y otros platos precocinados Salsas comerciales

filtro, y permiten comprobar si el sistema digestivo funciona adecuadamente ya que al carecer del sistema de filtrado no permite la salida de gases. Para favorecer la calidad de vida del paciente, existen diferentes complementos que facilitan su uso: Pastas moldeables para adaptar la bolsa en pacientes con pieles irritadas o estomas complejos, filtros y desodorantes para reducir los olores, sistemas de irrigación para favorecer el lavado intestinal, etc. Una vez seleccionado el dispositivo que se va a emplear, se medirá el diámetro del estoma con el fin de ajustar la bolsa lo máximo posible a él (13,14).

Las dietas más recomendadas son aquellas ricas en frutas y zumos ricos en vitamina C ya que acidifican la orina, lo que reduce el riesgo de infección y mal olor. Tras la intervención, se busca una dieta que mantenga la consistencia de las heces, es decir evitando diarreas que además de aumentar la pérdida de líquidos y electrolitos, implican un mayor número de cambios de las bolsas colectoras. Esta desaconsejado el café y las bebidas con gas, es favorable repartir las comidas en varias tomas de menor cantidad evitando fritos, grasas y rebozados, así como alimentos muy fríos o calientes. Se recomienda masticar bien los alimentos para evitar obstrucciones del estoma y beber al menos medio litro de agua al día. Hay una serie de alimentos que incrementan una consistencia más sólida a las heces como son el arroz, la pasta, queso tierno, plátano o la patata, además de otros que reducen el olor como el perejil, manzanilla y el yogur. Si padece un cuadro de diarrea se deberá tomar suplementos de fibra soluble, evitar las verduras, leche y yogures y aumentar la ingesta de arroz hervido, en algunos casos será necesario administrar fármacos como la Loperamida (7).

En cuanto a las actividades que se pueden realizar portando una bolsa colectora de colostomía, no hay impedimentos. Los pacientes con este tipo de dispositivos podrán practicar deportes de agua como la natación tanto en playas como en piscinas, siendo recomendable hacerlo con la bolsa puesta y comprobando previamente si hay que vaciarla, se aconseja también colocar cinta adhesiva impermeable en torno a la bolsa. En el caso de mujeres es favorable el uso de bañadores con falda integrada y en los hombres trajes de baño anchos o camisetas deportivas que cubran la bolsa. Por otra parte, se deberán evitar deportes de contacto que pudieran dañar el estoma (14).

Otro tema preocupante para los portadores de ostomías son los viajes, es totalmente posible viajar, para ellos se debe planificar los suministros de bolsas y accesorios duplicando los que emplearía en su domicilio y localizando posibles establecimientos donde comprar recambios. Para los desplazamientos en coche se puede utilizar con normalidad el cinturón de seguridad, para viajar en avión se recomienda llevar en el equipaje de mano algún recambio y si se viaja al extranjero, solicitar documentación médica que indica la necesidad de llevar consigo los dispositivos. Es frecuente la diarrea del viajero, ya que al estar fuera de casa se altera la dieta, también se puede deber a los cambios de agua o al clima, es beneficioso no comer frutas ni verduras con la cáscara y sin lavar, hielo de agua local y beber agua embotellada.(14,20).

En mujeres, ser portadoras de una colostomía, urostomía o ileostomía no supone un impedimento para quedarse

embarazadas. Se recomienza esperar al menos dos años desde la intervención quirúrgica para que cicatrice completamente. Es probable que durante el embarazo, el estoma, cambie de diámetro, se retraiga o prolapse y cambie de ubicación debido a que el crecimiento del feto irá desplazando los órganos abdominales, que tras el parto volverán a su estado habitual. Será necesario por lo tanto emplear dispositivos y accesorios diferentes a lo largo de los trimestres. En el caso de pacientes con ileostomía, se requiere un mayor control ya que el útero aumenta y puede llegar a presionar y obstruir la zona provocando dolor tipo cólico y disminución del ritmo de evacuación. Las pruebas a realizar serán las mismas que en un embarazo sin ostomía, y tampoco es impedimento un parto vaginal, a excepción de los casos en los que la mujer tiene fistulas anales activas que pueden suponer una complicación, por lo que se recomienda cesárea para evitar daños en el suelo pélvico (21).

La vida sexual e intimidad con la pareja es un tema que se debe recuperar tras la cirugía de ostomías. En el caso de personas solteras, el riesgo de una autoestima más baja a la hora de exponerse ante gente nueva es mayor. Con las ostomías, es recomendable vaciar la bolsa colectora previamente. Las mujeres podría sentir dolor durante las relaciones sexuales, mientras que en el hombre es posible que la potencia sexual se vea afectada durante un corto plazo con dificultad para obtener y mantener una erección (22).

En el caso de las traqueostomías, una vez realizada la intervención, el paciente permanecerá unos días en el hospital, durante este periodo se le informará de todos los aspectos necesarios. Entre estos cuidados se encuentra la limpieza y cambio de traqueostomía con el fin de reducir los riesgos e infecciones. Generalmente las cánulas están formadas por tres piezas: Cánula externa, cánula interna y fiador (que se emplea sobre todo en las primeras ocasiones o en casos en los que es dificultosa la colocación), además se sujetará con un lazo o cinta al cuello para evitar su salida accidental. Es recomendable realizar el primer cambio de cánula en torno a los primeros 7-14 días desde su inserción, luego los cambios se realizarán en función a las características y necesidades del paciente. Lo más importante, una vez dados de alta a su domicilio, es mantener una higiene adecuada, los primeros días se recomienda lavarla con un antiséptico y mantener la zona seca, además de evitar la adherencia de secreciones que puedan favorecer las obstrucciones, para ellos se extraerá la cánula interna. El habla es otro de los puntos a tratar después de la intervención, generalmente los pacientes carecen de la posibilidad de hablar, pero en función del tipo de cánulas empleadas, podría garantizarse la fonación. En el caso de las cánulas fenestradas, no se elimina el paso de aire a través de la laringe por lo que el paciente podrá hablar (18,23).

El tema de la alimentación, es algo complejo ya que se producen cambios en la estructura y anatomía de las vías respiratorias tanto por la propia afección como por no haber comido durante un largo tiempo, debilitando la musculatura. Al principio es posible que requieran de nutrición parenteral (vía intravenosa) o enteral (median-

te sonda nasogástrica) hasta recuperar la fuerza muscular para poder tragar. El paciente deberá incrementar la ingesta de líquidos durante la comida ya que evitan el espesamiento y la formación de mucosidad, también se recomienda mantener una posición recta y masticar bien los alimentos para evitar atragantamientos. El paciente deberá tomar pequeños bocados para reducir el riesgo de atragantamiento. Existe la posibilidad de que se pierda la capacidad de saborear. En los casos en que la cánula tenga un manguito, deberá desinflarse durante la deglución para facilitar el proceso. (23).

En cuanto a las actividades físicas que se podrán realizar siendo portador de una traqueostomía, son más limitadas ya que afecta a la vía respiratoria, por lo que se debe tomar especial precaución en aquellos ejercicios que implican agua (20).

La vida sexual en estos casos se puede retomar, recomendando la eliminación de las secreciones antes del contacto y teniendo en cuenta que es posible que aumenten durante el acto (22).

Problemas del paciente ostomizado

Para los pacientes portadores de bolsa de colostomía, ileostomía o urostomía, esto supone un cambio en su calidad de vida, sin contar con el coste económico que implica para el sistema sanitario. Estos pacientes deben lidiar con la pérdida del control de sus esfínteres lo que afecta también a su vida social. Es diferente la aceptación de un paciente que lleva años lidiando con una enfermedad intestinal cuyo pronóstico final sería la intervención quirúrgica, que la de un paciente que debe ser intervenido de urgencia.

Las ostomías pueden causar complicaciones a partir de la construcción del estoma y surgir en cualquier momento, por lo que es importante reconocerlas para identificarlas lo antes posible con el fin de actuar. Las complicaciones más comunes son:

- **Dermatitis:** Dolor, picor, escozor, piel enrojecida o ulcerada debido al roce de las heces, orina o por el contacto con el propio dispositivo con la piel periestomal. También se puede producir a causa de la retirada brusca de los dispositivos o adhesivos. Por infecciones de hongos o bacterias o por alergias a alguno de los componentes del dispositivo.
- **Hernias:** Se produce una prominencia en torno al estoma a causa de la distensión abdominal.
- **Prolapso:** Expulsión de una porción de intestino por el orificio estomal. En casos de que sea de gran tamaño, requerirá de cirugía, si es de menor tamaño se podrá devolver a su estado con ejercicios indicados por el profesional. Se deberán evitar golpes y esfuerzos.
- **Estenosis:** Reducción o cierre del orificio del estoma a causa de una mala cicatrización, deficiente circulación sanguínea o lesiones periestomales. Si se trata de una estenosis grave, requiere de intervención quirúrgica, en casos más leves se podría proceder a dilatar el estoma bajo supervisión de un profesional.

- **Granulomas:** Lesiones abultadas periestomales causantes de dolor, picor o sangrado.
- **Oclusiones:** Dolor abdominal, náuseas y vómitos generados por la falta de expulsión de heces en un tiempo prolongado.
- **Retracción:** El estoma se separa de la piel por un aumento de la tensión. Se puede eliminar fijando el estoma a la pared abdominal y evitando el estreñimiento.

En general, cualquier cambio en el color, tamaño, piel periestomal o líquido drenado, debe ser comunicado (24,25).

Otros problemas por los que los pacientes portadores de una traqueostomía deberán contactar o acudir a su centro sanitario son la irritación, enrojecimiento o hinchazón de la piel que rodea la cánula, los cambios de color, olor o viscosidad de la mucosidad.

También si tiene fiebre mayor de 38°, un tapón de mucosa que es incapaz de expulsar o si presenta sangrado, dificultad respiratoria, cianosis en los labios, hinchazón en el cuello o es incapaz de introducir la cánula tras el cambio (26).

En el aspecto psicológico, también hay un gran impacto ya que el paciente debe enfrentarse a una nueva imagen corporal que es posible que intervenga en sus relaciones interpersonales y en la expresión de su sexualidad. Dentro de los trastornos sexuales que los pacientes ostomizados pueden presentar se encuentra la abstinencia sexual, impotencia y frigidez. Además de las complicaciones propiamente dichas de la ostomía y del estoma, surgen otro tipo de problemas relacionados con el terreno económico y laboral (13).

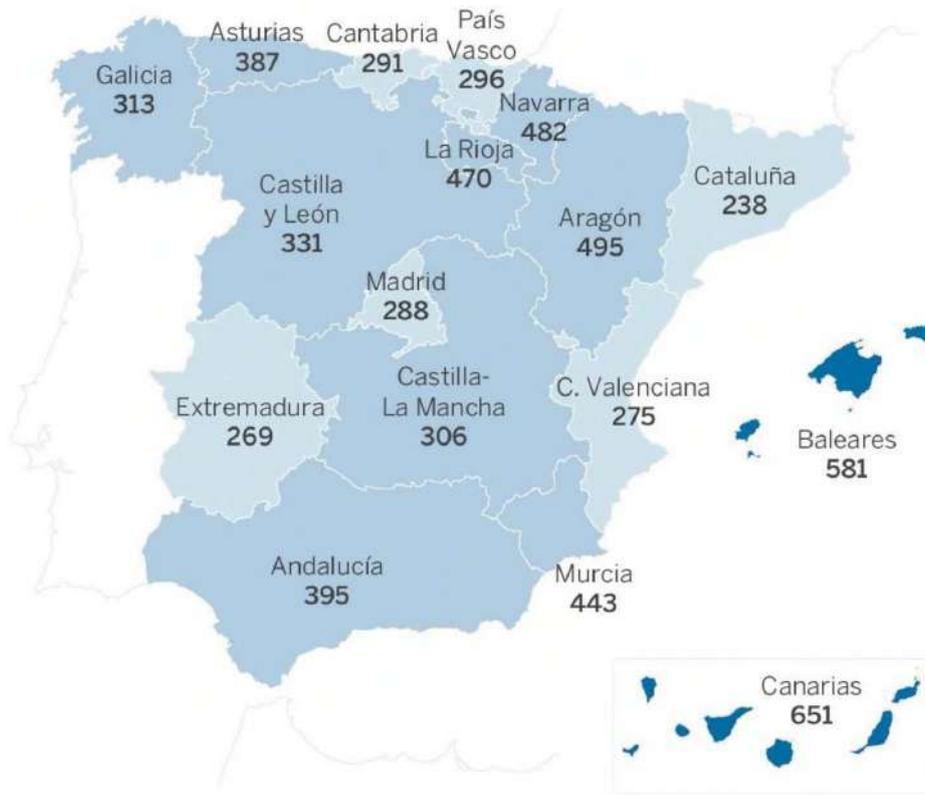
Justificación y estado actual del tema

En España hay en torno a 70000 personas ostomizadas y cada año se incrementan en torno a 16000 nuevos casos, siendo el 60% de las ostomías temporales y un 40% de ellas permanentes. Según un estudio realizado en hospitales españoles (tanto públicos como privados), 1 de cada 4 pacientes ostomizados es dado de alta sin saber como manejar correctamente su ostomía (higiene, complicaciones, alimentación...). Se estima que en torno a un 35% de estos 70000 pacientes, no tienen acceso a cuidados por parte de profesionales de enfermería especializados (27).

Estas cifras, son un claro ejemplo de la necesidad de mejorar los cursos de postgrado proporcionados por las distintas Universidades de nuestro país. Ya que una mejor formación para los profesionales de enfermería suponen un beneficio, tanto para los pacientes como para los propios profesionales, que contarán con mayores conocimientos y seguridad a la hora de realizar el proceso.

En base a los datos anteriores, se ha decidido seleccionar este tema para la realización de una revisión bibliográfica con el fin de conocer la calidad de vida que tiene los pacientes con ostomías, así como las complicaciones que surgen derivadas de la implantación de un estoma y como afectan a la esfera física, psicológica, social y laboral.

PACIENTES POR CONSULTA DE ESTOMATERAPIA



Fuente: Libro Blanco de la Estomaterapia. EL PAÍS

Como enfermera, considero que somos los profesionales más implicados en el cuidado, manejo y educación de este tipo de pacientes, ya que participamos en su seguimiento desde el periodo preoperatorio, durante el ingreso hospitalario y la evaluación posterior para la detección de complicaciones y resolución de dudas a cerca de su situación. Para poder efectuar una correcta educación y seguimiento, es necesario que los profesionales de enfermería cuenten con una correcta formación especializada en este ámbito. Para ello, debe conocer las diversas clases de ostomías que existen y las características de cada una de ellas con el fin de ser capaces de recomendar a los pacientes los dispositivos de recolección más adecuados para evitar complicaciones. Además, es importante que los profesionales de enfermería realicen un seguimiento exhaustivo de los pacientes con el objetivo de conocer sus puntos débiles y detectar precozmente las posibles complicaciones que puedan surgir, llegando así a instaurar un tratamiento lo antes posible. Así mismo, es fundamental que la familia y personas más cercanas al paciente tengan la información suficiente sobre las ostomías y el uso de las mismas para facilitar la situación del usuario y que este se sienta más comprendido en su entorno. Por otro lado, es importante también que la información y educación a cerca de las ostomías, se extienda a toda la población, esto permitiría normalizar esta situación y supondría un aumento de confianza en el momento de reincorporarse a la vida laboral y a la realización de activi-

dades de ocio. También es de interés, recalcar la presencia de organizaciones y asociaciones que pretenden dar visibilidad a los pacientes ostomizados normalizando su situación y buscando mejorar su calidad de vida y accesibilidad a los servicios público, como es el caso de ASOE (www.asoeasociacion.org).

OBJETIVOS

Objetivo principal

Conocer la calidad de vida de los pacientes con ostomías.

Objetivos secundarios

- Identificar las complicaciones derivadas de las ostomías
- Determinar las intervenciones de enfermería para los pacientes ostomizados
- Desarrollar un plan de cuidados de enfermería para los pacientes con ostomías

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre la calidad de vida en pacientes con ostomías.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de artículos se llevó a cabo durante el período comprendido entre abril y junio 2020. Las bases de datos consultadas fueron Pubmed y Scielo. La búsqueda se efectuó combinando los descriptores "Quality of life", "Ostomy", "Nursing care" y sus correspondientes traducciones al español "Calidad de vida", "Ostomía", "Cuidados de enfermería" recogidos de la plataforma DeCS y utilizando los operadores booleanos "AND", "OR" y "NOT".

Por su parte, para la introducción se han incluidos artículos obtenidos de diferentes paginas web de Universidades (Universidad de Jaén, Northumbria University) y de Hospitales (Hospital Universitario Ramón y Cajal), además de datos procedentes de la consulta de organismos oficiales (OMS, American Cancer Society...)

Criterios de inclusión

Se han seleccionado únicamente artículos escritos en inglés y español comprendidos entre 2014 y 2020, para facilitar la búsqueda y lectura de artículos, solo se han empleado aquellos de acceso gratuito. Solo se han empleado aquellos

artículos que enfocaran el tema desde un punto de vista sanitario.

Criterios de exclusión

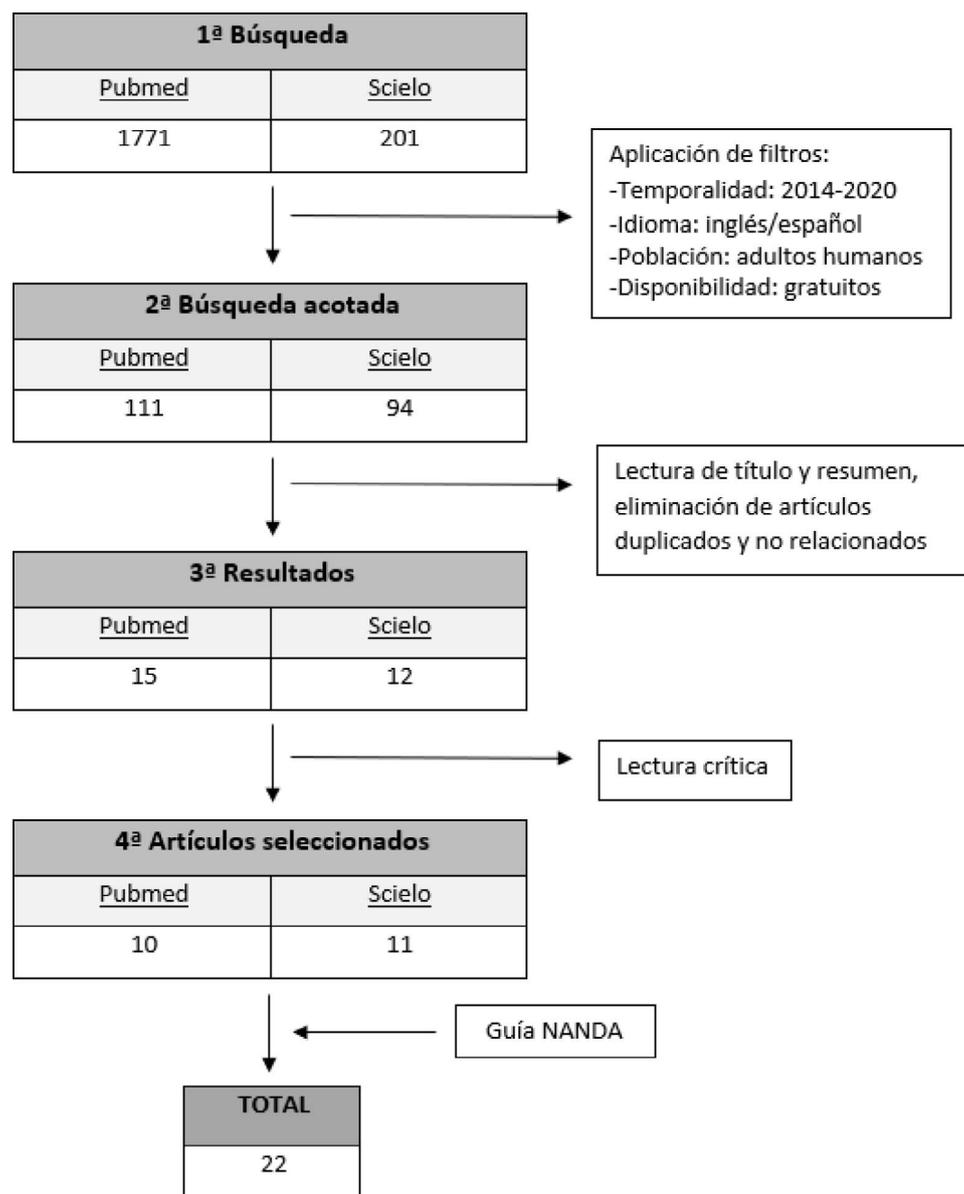
Se han rechazado los artículos que incumplieran los criterios de inclusión anteriormente mencionados. También se han excluido aquellos que centraran el tema exclusivamente en niños o ancianos.

Resultados de la búsqueda

Para la realización de esta revisión se consultaron un total de 2 bases de datos, una vez aplicados los criterios de inclusión y exclusión y tras la eliminación de artículos duplicados y lectura crítica de los mismos, se han obtenido 21 artículos con los que se ha realizado esta revisión.

DESARROLLO

El cáncer afecta a la sociedad tanto en su magnitud epidemiológica, como social y económica. Se estima que los nuevos casos de cáncer aumentaran en los países en



desarrollo y aún más en los países desarrollados. Según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA), las neoplasias que afectan al colon y/o al recto se sitúan en las principales patologías del sistema gastrointestinal. Para el tratamiento en estos casos, se lleva a cabo la resección quirúrgica, asociada o no a quimioterapia. Se extrae el tumor de la zona afectada, extirpando la porción de órgano afectada, construyendo un orificio denominado estoma, para la eliminación de sustancias al exterior (28).

El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos más comunes dentro de las neoplasias del tracto gastrointestinal (29).

La implantación de ostomías intestinales son un tipo de intervenciones quirúrgicas que se emplean para tratar afecciones tanto benignas como malignas como pueden ser neoplasias, traumatismos o enfermedad inflamatoria intestinal. La OMS define la calidad de vida como una percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y relacionado con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (30). Este tipo de intervenciones suponen un gran impacto en la calidad de vida del portador afectando a la esfera física, psicológica y social, además de intervenir en las actividades físicas, modificando la dieta y suponiendo un impedimento para la sexualidad de las personas ya que implica cambios en la apariencia física y en las relaciones sociales. Las personas que se someten a este tipo de intervenciones deberán hacer frente a su nuevo funcionamiento fisiológico, teniendo en cuenta que su cuerpo hasta ese momento su cuerpo funcionaba de forma automática y tras la operación convivirán con una incontinencia asociada a la formación del estoma (31,32). La técnica de nefrostomía percutánea consiste en la implantación de una sonda que comunica de forma directa el riñón con el exterior a través de la piel para la excreción de la orina. En la mayoría de casos, el paciente presenta una obstrucción que dificulta o impide el paso de la orina por la vía urinaria hasta la zona inferior, pero también se puede utilizar en eventos como fístulas urinarias. Mediante esta técnica se evita el riesgo de acumulación de orina y por tanto de hidronefrosis y afectación renal. Se trata de la técnica de elección en estos casos por el bajo porcentaje de complicaciones (15). La técnica de colocación de un estoma para la eliminación intestinal consiste en la realización de una incisión quirúrgica en el abdomen con el fin de sacar al exterior una porción del intestino y desviar, de forma temporal o permanente, las deposiciones en casos como cáncer intestinal o enfermedades inflamatorias intestinales. Las características de las deposiciones se ven influidas por la porción intestinal seccionada, según esto se seleccionará un tipo determinado de equipo colector. Un gran número de pacientes desconocen como asimilar los cambios que sufren tras la intervención para colocar un estoma y necesitan intervenciones educativas para encararlos, además de mejorar la calidad de vida y reducir las complicaciones. Para ello también es importante asegurar una correcta atención continuada para el paciente. La atención antes de la intervención puede ayudar a predecir la capacidad que tendrá el paciente para el manejo y autocuidado de la ostomía (33).

En torno a 1 millón de personas conviven con ostomías, y cada año se intervienen entre 100000 y 13000 nuevos ca-

sos. Según el tipo de ostomía, se ha identificado que el mayor número de complicaciones reside en las ileostomías, siendo más predominante los trastornos cutáneos periestomales. Esto afecta también a la calidad de vida del portador ya que en muchos casos, las afecciones de la piel se producen por fugas, lo que se traduce en dermatitis que implica una disminución de la autoestima de los pacientes (34). Se calcula que existen alrededor de 70.000 personas ostomizadas en España, en torno a 15 de cada 1000 españoles serán portadores de algún tipo de ostomía intestinal o urológica (dejando fuera a otros tipos de ostomías como las traqueostomías) (35). El avance de la ciencia y la medicina ha permitido poder tratar enfermedades que antes eran motivo de elevada mortalidad, como resultado de esto aparecen las intervenciones para tratar problemas del tracto digestivo mediante la realización de un estoma, lo que implica pérdida de control sobre los esfínteres afectando a la vida, autoestima, autoaceptación y a la imagen corporal. Todo este conjunto de situaciones hará que los pacientes tengan que reajustar su vida y sus prioridades, aun así cada uno actuará de forma diferente, aquellos que acepten con normalidad su enfermedad y el proceso que esta conlleva tendrán más opciones de recuperación al reducir las emociones negativas. Por ello, desde el enfoque psicológico, la aceptación de la enfermedad es un aspecto fundamental y efectivo a modo de terapia para superarla y convivir con ella (36).

Las ostomías cambian radicalmente la vida de los pacientes teniendo consecuencias físicas, psicológicas y sociales. El cuidado de las ostomías implican actividades y seguimiento pre y post operatorio (37). Dentro de los puntos que más preocupan a la población con ostomías se presenta el momento de dormir, las relaciones sociales y familiares y la sexualidad e imagen corporal (31). Los pacientes portadores de estoma, mayormente experimentan una pérdida de confianza en si mismos que se manifiesta en ansiedad y/o depresión debido a los cambios en la imagen corporal, afectando a su estado general, a la calidad de vida y esfera psicológica. El resultado del tratamiento quirúrgico se ve directamente influido por el estado psicológico del paciente, de la preparación individual y de su entorno social en el preoperatorio, paliar el miedo y ansiedad ante la anestesia, la propia intervención, los cambios en la imagen corporal y en el estilo de vida. Además de los cambios propiamente dichos resultantes de la operación, los pacientes se enfrentan a alteraciones espirituales, sexuales, sociales y laborales, que en conjunto afectan a la autoestima de los individuos. Está comprobado que cuanto mayor sea la aceptación de la enfermedad mayor será la calidad de vida, esto se incrementa con una correcta atención y seguimiento sanitario así como un nivel de educación adecuado que les permita no renunciar a su vida, trabajo y relaciones sociales adaptándolos a sus nuevas capacidades (29,36,38). En un estudio realizado con pacientes con carcinoma colorrectal e intervenidos quirúrgicamente para la implantación de una colostomía, un grupo de pacientes recibió seguimiento e información por parte del servicio de enfermería, mientras que el otro, además de la enfermería rutinaria, presenció apoyo de intervención durante tres meses, desde una semana del postoperatorio, en el que se les dio apoyo social y psicológico, participación de otras personas con experiencia

directa sobre el caso e intervenciones ajustadas a las necesidades de cada paciente. Los resultados obtenidos a raíz de este estudio se traducen en un aumento de las capacidades para el autocuidado y la calidad de vida de los pacientes, al contar con más métodos y habilidades para la gestión de su nueva situación (38). La autoestima de los pacientes viene determinada por su capacidad para aceptar y comportarse ante las diferentes situaciones de la vida. También constituye un indicador de la salud mental ya que afecta a las esferas afectivas, sociales y psicológicas. El tener un estoma, por ello, puede distorsionar la imagen corporal del paciente afectando por lo tanto a la capacidad de verse a sí mismo y a su autoestima. El apoyo por parte de su entorno social, y el respaldo del sistema sanitario, favorecen la capacidad del paciente de aceptarse a sí mismo con su nueva situación vital y corporal (29). Los pacientes con acceso a profesionales de enfermería especialistas en ostomías y capacitadas para atajar las complicaciones que puedan surgir, tienen una mayor oportunidad para lograr una calidad de vida mejor (39).

Complicaciones

Según estudios realizados en personas portadores de ostomías, la mayoría de ellos sufrieron complicaciones relacionadas con el estoma. Entre el 21% y el 70% de los pacientes ostomizados llegan a desarrollar alguna complicación, sin embargo dentro de los pacientes ostomizados hay un gran número de ellos que podrán vivir sin sufrirlas (31,40). Para reducir estas complicaciones es necesario un tamaño de bolsa adecuado para proteger la piel que rodea al estoma y evitar el contacto de la orina o de las heces directamente con ella. Para ello, los profesionales de enfermería deben evaluar las características del estoma y de la ostomía del paciente con el fin de adaptarse a sus necesidades y reducir el riesgo de complicaciones. Cada piel es diferente, por ellos de debe adecuar minuciosamente los accesorios que se emplean, ya que algunos pueden causar alergia al pa-

Information collected	n (%)
Total number of respondents	1825
State/severity of peristomal skin	
Normal (no irritation)	813 (44.5)
Mild irritation	584 (32.0)
Moderate irritation	255 (14.0)
Severe irritation	173 (9.5)
Experience of leakage under the ostomy barrier	
Yes	543 (29.8)
No	1282 (70.2)

Leakage under the barrier	Severity of effect on skin		Total
	Mild/moderate/severe n (%)	None n (%)	
Yes	293 (54.0)	250 (46.0)	543 (29.8)
No	407 (31.7)	875 (68.3)	1282 (70.2)
Total	700 (38.4)	1125 (61.6)	1825 (100)

Mateo JE, Mateo JE. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. *Gerokomos*. 2019;30(3):142-6.

ciente o irritar más la piel al retirarlos. Además, debe esta evaluación debe incluir educación en el paciente con el fin de que sea capaz de reconocer los indicios de complicaciones y tratarlas de forma temprana y adecuada (34).

La mayoría de las complicaciones están relacionadas con el mal funcionamiento de la ostomía, la mala localización del estoma y un autocuidado no adecuado, lo que puede llegar a causar dermatitis, sangrados, prolapso, necrosis, hernias, edemas o fugas. Dentro de los principales factores estresantes podemos encontrar la irritación de la piel periestomal, que puede llegar a alcanzar porcentajes de 70%. El reconocimiento precoz de estas afecciones puede servir para disminuir las complicaciones y los costes sanitarios que implican (39,40).

Las complicaciones tempranas se pueden tratar de forma conservadora, se trata de úlceras y afectaciones cutáneas que se pueden controlar con el cuidado rutinario de la piel. En el caso de que surjan hematomas o edemas, no requieren tratamiento especial. Si se produce retracción, se deberá controlar y precisará tratamiento si afecta al funcionamiento. Las causas más comunes de complicaciones tempranas son la falta de cuidado y mantenimiento adecuado de la ostomía. Las complicaciones tardías pueden tratarse también de forma conservadora o requerir tratamiento quirúrgico en el caso en que los síntomas persistan, como puede ser la aparición de una hernia. El riesgo de que surja una hernia periestomal, aumenta con factores de riesgo como son la obesidad, la realización de una segunda ostomía o infecciones que traen consigo complicaciones sépticas (37).

The most commonly occurring complications of ostomies of the small and large intestine

Type of complication	Ileostomy (%)	Colostomy (%)	References
Cutaneous irritation	25-34%	7-20%	(24, 25)
Parastomal hernias	9-22%	18-40%	(37, 38)
Ostomy stenosis	2-17%	1-14%	(24-26)
Ostomy retraction	11-24%	1-8%	(25-27)
Ostomy prolapse	8-75%	2-18%	(25, 26, 28)
Ileus	11-18%	0-7%	(26, 28)

C. Ambe* P, Rebecca Kurz* N, Nitschke C, F. Odeh S, Möslin G, Zirngibl H. *Intestinal Ostomy. Dtsch Arztebl Int*. 2018;115(11):182-7.

Además de las complicaciones físicas, también se experimentan complicaciones psicológicas determinadas por los pensamientos y sentimientos negativos que los pacientes tienen sobre el miedo a la soledad, a molestar a su entorno más cercano y sentirse inferior a los demás (30).

Cambios en la calidad de vida

Según una encuesta realizada, la mayoría de los pacientes entrevistados han referido no poder realizar actividades que les gustaban y practicaban previamente debido a la ostomía y también expresaban un mayor sentimiento de dependencia hacia otras personas definiéndolo como una carga para sus familiares y amigos y considerándose inferior al resto de personas e incapaces de lograr el nivel de

Temas y subtemas relacionados con historias de vida de las personas portadoras de ostomías.

Temas	Subtemas
Incertidumbre frente a la condición de ostomizado	Temor a la invalidez, desesperanza y negación. Miedo a la muerte vs miedo a la vida Amenaza a la vida Desesperanza y negación
Corporalidad	Enfrentarse a sí mismo Deterioro de la autoimagen Trastornos de identidad y necesidad de re-conocer el cuerpo
Visión de pérdida	Pérdida del rol social-aislamiento Pérdida del rol laboral Cambios funcionales Cambios nutricionales Aspectos económicos Vergüenza-depresión Fin de la existencia
Carga histórica	Ausencia de la construcción de futuro Ruptura en el tiempo y el espacio El presente viviente Situación de conformismo
Atención en salud como relación de ayuda	Desarticulación del cuidado Cuidado deshumano-medicalización Ausencia de educación en salud Invisibilidad del cuidado de enfermería Apoyo familiar

Duque PA, CampinoValderrama SM, Duque PA, CampinoValderrama SM. *Vivencias de las personas portadoras de ostomía digestiva. Ciencia y enfermería.* 2019;25:0-0.

autosuficiencia que tenían previo a la enfermedad. Es por ello por lo que uno de los tratamientos más importantes en los pacientes portadores de ostomías es la mejora de la calidad de vida. Debido a la falta de recursos, en muchos casos el seguimiento preoperatorio es difícil debido a diferentes factores, por lo que se debería fomentar el rastreo postoperatorio. Esto se traduce en una mejora de la calidad de vida, detección más rápida de las complicaciones y reducción de los costes hospitalarios que esto implicaría (31,33,36).

Los pacientes portadores de nefrostomía presentan una bolsa colectora para recoger la orina, que suele ir colocada

en la pierna, y para evitar obstrucciones irán al centro de salud para realizar lavados y controlar la zona periestomal. Según estudios realizados sobre la calidad de vida en pacientes con nefrostomías, la ansiedad previa al primer cambio de sonda se reduce con respecto a la que presentaban el día de la intervención, esto se traduce en un mayor conocimiento de la técnica y de la enfermedad. Es por ello por lo que las consultas previas a la colocación de la nefrostomía suponen un punto importante en el procedimiento, iniciándose ahí la educación para la salud y permitiendo al paciente expresar sus dudas y miedos con respecto a la intervención. Recae en los profesionales sa-

	Pre-procedimiento		Post-procedimiento		Diferencia media pre/post [†]	Valor de P [‡]	d [§]	r
	Media	DE [*]	Media	DE [*]				
Movilidad	1.11	0.339	1.28	0.493	-0.167	0.00	0.40	0.19
Cuidado personal	1.09	0.355	1.68	0.616	-0.591	0.00	1.19	0.51
Actividades cotidianas	1.17	0.440	1.93	0.614	-0.760	0.00	1.42	0.57
Dolor / malestar	1.43	0.628	1.43	0.584	0	1.00	0	0
Ansiedad / depresión	1.25	0.533	1.85	0.653	-0.593	0.00	1.00	0.44

*DE = desviación estándar; †Diferencia media pre/post = diferencia de medias post y pre-implantación de la sonda (valores negativos indican peor calidad de vida post-implantación); ‡valor de P; §d = D de Cohen; ||r = Efecto tamaño

Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R. *Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. Rev Lat Am Enfermagem [Internet];27.*

nitarios la misión de elaboración de estrategias y métodos encaminados a minimizar el impacto y la ansiedad generada. Por otra parte, los portadores de una sonda de nefrostomía ven un empeoramiento de la su calidad de vida, en los casos en que no cuentan con un apoyo tanto familiar como grupo social de confianza, los datos de calidad de vida se ven disminuidos en comparación a pacientes casados o con vida familiar. Dentro de las actividades que se ven afectadas por la implantación de una sonda de nefrostomía, la que más afectación presenta son las tareas cotidianas (15).

El solo hecho de coger un transporte público supone un gran paso para los pacientes con ostomías, y en ocasiones buscan evitar este tipo de situaciones por miedo o vergüenza ya que consideran que dejarán mal olor en el caso de que se produzca alguna clase de fuga de la bolsa de colostomía. Sin embargo, la gran mayoría de las personas ostomizadas refieren no encontrar diferencias en la realización de tareas domésticas o en el entorno laboral ya que lo definen como un 'refugio seguro' al sentir el apoyo de sus allegados. En cuanto a este aspecto, se observa la necesidad de extender la información no solo a las familias, si no a toda la población para favorecer la reintegración de los pacientes y su participación con normalidad en la vida tal y como la tenían (41).

La nueva condición física de los pacientes suponen un trastorno en la autoimagen por lo que es importante enfrentarse a sí mismos, conociendo su nueva imagen corporal, tratando de evitar así trastornos de la identidad (42). Es muy probable que la función sexual se vea afectada en los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales (EII), siendo más frecuente la disfunción sexual en mujeres que

en hombres. La depresión está directamente relacionada con la función sexual. En casos en los que la intervención se realice en individuos en edad reproductiva, podría afectar negativamente a la fertilidad.

En el caso de la sexualidad masculina, afectaría provocando disfunción eréctil, cambios en el impulso sexual, excitación, libido y trastornos en la eyaculación. Generalmente no impide expresar con naturalidad las actividades sexuales, sin embargo, el hecho de que afecte a la autoestima del paciente puede hacer que aumente la inseguridad con su propio cuerpo provocando ansiedad que reduce la intimidad de la pareja. Una minoría de pacientes reestablece su actividad sexual completamente y la mayoría de ellos no lo hace de manera totalmente placentera, además refieren no haber recibido suficiente información pre/post operatoria ni durante su ingreso. Por ello es importante que en consultas posteriores se trate el tema de la sexualidad, especialmente en pacientes sometidos a cirugía rectal que sufren el riesgo de impotencia. Los pacientes experimentan limitaciones en el tema de la sexualidad que alcanzan el miedo o la preocupación en relación con el divorcio, así como experimentar nerviosismo e introversión a compartir momentos privados y exponer su intimidad a los demás. Otro de los cambios que los pacientes consideran que afecta a su calidad de vida, es la elección de ropa apropiada para minimizar la visibilidad de los equipos colectores. También está afectado el sueño, ya que, especialmente en el periodo postoperatorio inmediato, los pacientes presentan dificultades para conciliar el sueño debido a la sensación de pérdida a través de la bolsa colectora, disminuyendo así su descanso y mostrándose más irritables (30,31,43,44).

Male IIEF-5 score before and after surgery

	n	Preoperative (Median, 25 th – 75 th IQR)	Postoperative (Median, 25 th – 75 th IQR)	p
- Overall	39	22.0 (18.0-25.0)	23.0 (16.0-25.0)	0.152
- Age-specific				
≤20	6	23.0 (20.0-25.0)	24.5 (19.0-25.0)	0.655
21-30	11	24.0 (18.0-25.0)	24.0 (14.0-25.0)	0.916
31-40	8	22.0 (15.5-24.0)	18.5 (10.3-24.0)	0.084
41-50	9	24.0 (18.0-25.0)	20.0 (19.0-25.0)	0.344
51-60	5	18.0 (10.5-21.0)	13.0 (8.0-20.5)	0.588
- Disease-specific				
UC	35	22.0 (18.0-25.0)	23.0 (14.0-25.0)	0.151
CD	4	22.5 (17.3-24.8)	21.5 (16.8-24.8)	0.990
- Surgery-specific				
IPAA	33	22.0 (18.0-25.0)	23.0 (15.5-25.0)	0.221
TPC	6	22.5 (15.5-25.0)	21.5 (14.0-25.0)	0.713

Female FSFI scores before and after surgery

	n	Preoperative (Median, 25 th – 75 th IQR)	Postoperative (Median, 25 th – 75 th IQR)	p
- Overall	18	23.0 (6.5-28.0)	24.1 (6.8-27.0)	0.856
- Desire	18	3.6 (2.1-4.8)	3.9 (2.4-4.8)	0.305
- Arousal	18	3.9 (0.9-4.9)	3.9 (0.9-4.9)	0.875
- Lubrication	18	4.4 (0.9-5.1)	3.9 (0.9-4.9)	0.306
- Orgasm	18	4.0 (0.9-4.5)	4.0 (0.9-4.5)	0.959
- Satisfaction	18	4.0 (1.1-4.8)	4.0 (1.1-5.2)	0.752
- Pain	18	3.0 (0.9-4.5)	3.2 (0.9-4.8)	0.950

Gklavas A, Kyprianou C, Exarchos G, Metaxa L, Dellis A, Papaconstantinou I. Sexual function after proctectomy in patients with inflammatory bowel disease: A prospective study. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30(11):943-50.

Los pacientes portadores de colostomías presentan también cambios en el ámbito laboral, muchos de ellos renuncian a su trabajo por el temor a exponerse en un entorno diferente al familiar y experimentar algún tipo de complicación como fugas, lo que aumentaría el nivel de ansiedad y reduciría la confianza en sí mismos. Sin embargo, podrían trabajar sin problema en puestos en los que no se requiera un esfuerzo físico descomunal, para ellos es importante trabajar la autoestima del paciente y extender la información sobre este tipo de procedimientos a toda la sociedad con el fin de evitar actos discriminatorios y aumentando la confianza de los ostomizados. Por otra parte, los costes de su vida diaria se ven incrementados por la necesidad de comprar material necesario para el mantenimiento de la colostomía y el precio elevado de los mismos (30).

Intervención de los profesionales de enfermería

Según un estudio realizado sobre intervenciones educativas en diferentes países, la mayoría de los profesionales que se encargan de realizar este seguimiento son enfermeros especializados en estomaterapia. Por ello es importante capacitar a un mayor número de especialistas para ejercer este trabajo de apoyo, educación y seguimiento de los pacientes con ostomías. El papel de enfermería en esta situación implica la educación del paciente con el fin de fomentar la independencia de las personas incentivando el autocuidado y la adhesión a tratamientos. Ayudarán, a su vez al manejo y cuidado del estoma mediante el uso de equipos colectores

apropiados según su tipo de ostomía empleando los más eficaces según las características de las heces y modificando la dieta para reducir las flatulencias y con ello evitar los olores, también participará en el mantenimiento de sus relaciones sociales, laborales y familiares con el objetivo de disminuir los cambios en su estilo de vida. También es importante involucrar a las familias en el proceso de cambio y recibir, al igual que ellos, atención psicosocial y educativa. Dentro de las acciones preoperatorias que los profesionales de enfermería especializados en ostomías deben llevar a cabo, se encuentra la planificación y marcaje del punto de incisión. Se trata de una parte importante ya que facilita el postoperatorio y la intervención. El seguimiento telefónico es un recurso económico y sencillo que permite mantener el contacto entre los profesionales sanitarios y el paciente, aboliendo obstáculos como el desplazamiento al centro de salud o al hospital, y el tiempo empleado en la consulta (33,36,37,45).

Los pacientes consideran que dentro de las acciones y estrategias que se deben fortalecer se incluyen cuestiones técnicas que implican los autocuidados. La irrigación favorece la autonomía del paciente ya que puede controlar la evacuación, logrando así la continencia durante un periodo de tiempo. La alimentación es otro punto para tener en cuenta, ya que una dieta adecuada puede evitar complicaciones como olor, gases o aumento de las deposiciones. La higiene y cuidado de la piel periestomal, así como el manejo de la bolsa y elección adecuada de com-

Indications for creation of an intestinal ostomy							
	Loop colostomy	End colostomy	Loop ileostomy	End ileostomy	Kock pouch	Anastomotic ostomy	Ghost ostomy
Most frequent indications	<ul style="list-style-type: none"> - Protective ostomy in DARR - Palliative, inoperable rectal carcinoma - Complex perianal fistulas and inflammatory processes - Radiation proctitis - Stenosing rectal carcinoma - Incontinence 	<ul style="list-style-type: none"> - Perforating diverticulitis with fecal peritonitis - Rectal resection without restoration of continuity in deeplying carcinoma - Abdomino-perineal rectal resection 	<ul style="list-style-type: none"> - Protective ostomy after proctocolectomy in FAP/ CIBD (otherwise indications as for loop colostomy) 	<ul style="list-style-type: none"> - Emergency proctocolectomy or colectomy - Failure of an IPAA - Extended intestinal resection in intestinal ischemia 	<ul style="list-style-type: none"> - FAP - Ulcerative colitis - Conversion from IPAA 	<ul style="list-style-type: none"> - Segmental resection 	<ul style="list-style-type: none"> - Anastomosis in small pelvis (e.g., after DARR, proctocolectomy)
Advantages	<ul style="list-style-type: none"> - Minor skin damage, no loss of fluids and electrolytes due to firmer stool - Simple take-down 	<ul style="list-style-type: none"> - Minor skin damage, no loss of fluids and electrolytes due to firmer stool 	<ul style="list-style-type: none"> - Simple takedown 		<ul style="list-style-type: none"> - Preservation of continence - High quality of life - Conversion to IPAA possible 	<ul style="list-style-type: none"> - No anastomosis in abdomen - Rapid take-down 	<ul style="list-style-type: none"> - No repeat opening of abdomen in the event of AI
Disadvantages/ complications	<ul style="list-style-type: none"> - Increased odor due to intestinal bacteria 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficult restoration of continuity 	<ul style="list-style-type: none"> - Loss of high amounts of fluids - Peranal secretion of mucus may occur 	<ul style="list-style-type: none"> - Loss of high amounts of fluids - Difficult restoration of continuity 	<ul style="list-style-type: none"> - High revision rate 		<ul style="list-style-type: none"> - Ileus due to narrowing of lumen by vessel loop

AI, anastomotic insufficiency; CIBD, chronic inflammatory bowel disease; DARR, deep anterior rectal resection; FAP, familial adenomatosis polyposis coli; IPAA, ileal pouch anal anastomosis

C. Ambe* P. Rebecca Kurz* N. Nitschke C. F. Odeh S. Möslein G. Zirngibl H. Intestinal Ostomy. Dtsch Arztebl Int. 2018; 115(11):182-7.

plementos, también es un tema en el que los profesionales de enfermería deben tomar parte, aconsejando al paciente sobre los más adecuados para ellos. El primer cambio de la bolsa de ostomía es considerado un momento importante tanto para el paciente como para su familia, y tiene que entenderse como la primera demostración de sus habilidades y autocuidados, si este proceso se realiza correctamente, se previenen muchas complicaciones (32,46).

Hoy en día, el objetivo es minimizar la estancia hospitalaria tras la intervención quirúrgica por lo que se reduce también el tiempo para preparar tanto al paciente como a las familias para su nueva situación. Las actividades educativas impartidas por parte del profesional de enfermería implican una mejor aceptación de la situación, incorporación de instrumentos para incrementar el autocuidado y la independencia del paciente, lo que influye directamente en la mejora de la calidad de vida. Cada vez, más personas utilizan las redes sociales para obtener información y consejos a cerca de su situación, esto puede ser contradictorio por una parte ya que pueden aumentar la desesperación al no ser del todo fiables, por ello cabe destacar la importancia de contar con grupos de apoyo que se encuentren en las mismas circunstancias ya que la información que aportan es más creíble. En estos casos, este tipo de asociaciones permiten a los pacientes expresar sus emociones y vivencias y además exponer sus dudas y miedos. En el seguimiento educativo por parte de enfermería se puede incluir el uso de tecnologías para facilitar el acceso a la población, el empleo de videos didácticos supone una ventaja para fomentar la conciencia acerca de las ostomías, combinando imágenes, texto y sonido con el fin de facilitar el entendimiento al adaptarse a la población general sin incorporar tal cantidad de tecnicismos. La creación de aplicaciones (apps) desarro-

lladas por profesionales de enfermería, se considera una herramienta didáctica, asistencial y diagnóstica que permite el seguimiento y fomenta el aprendizaje. Este tipo de aplicaciones son empleadas en tasas entre 45% y 85% y actualmente son más consultadas que los libros. Tienen como objetivo conseguir una evaluación individualizada y un seguimiento continuo por parte de los profesionales consiguiendo así asistir a los pacientes proporcionando medidas preventivas y abordaje terapéutico, enfocado desde el punto de vista educativo. Para elaborar este tipo de intervenciones, se requiere una previa identificación de los factores de riesgo de los pacientes y las medidas preventivas más eficaces para cada uno de ellos, así como la elaboración de un plan de cuidados terapéuticos para los pacientes ostomizados (28,32,40).

En este proceso, se determina también la importante participación de los trabajadores sociales en el caso de que los portadores de ostomías no pudieran continuar ejerciendo su actividad laboral y se encontraran en una situación económica complicada (31).

La atención y apoyo especializado sobre el paciente ostomizado consigue reducir los costes económicos ya que disminuyen las intervenciones y las consultas hospitalarias, así como los ingresos por complicaciones. También permiten reducir el nivel de estrés y ansiedad del paciente y su familia favoreciendo la reintegración a su vida normal y la aceptación de su situación. Los objetivos, por lo tanto, de los profesionales de enfermería especializados en ostomías son disminuir el tiempo de espera entre el hallazgo de una complicación y el tratamiento de esta, reducir los traslados a servicios de urgencias hospitalarios y el trastorno que conlleva para su entorno, así como el



Sena JF de, Silva IP da, Lucena SKP, Oliveira AC de S, Costa IKF, Sena JF de, et al. Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2020;28.

aumento de costes para la sanidad. También es favorable el hecho de disponer de un profesional de referencia que realice un seguimiento del proceso y establecer un plan de educación sanitaria para el paciente (35).

La creación de guías para incrementar la información acerca de las ostomías y su cuidado en pacientes ostomizados deben incluir puntos como: Qué es una ostomía, tipos de ostomías, características de una ostomía normal, clases de bolsas de colectoras y cuidados de esta y dudas frecuentes. Deben tratarse de textos claros y fáciles de comprender por toda la población, por lo que se omitirán terminologías sanitarias complejas o tecnicismos (45).

Plan de Cuidados de Enfermería

Con el fin de facilitar la gestión por parte de los profesionales de enfermería en el seguimiento de las personas con ostomías, se procede a desarrollar un Plan de Cuidados de Enfermería utilizando para ello la guía NANDA de enfermería incluyendo aquellos diagnósticos de enfermería más apropiados para la gestión de las ostomías (47).

Dominio 1: Promoción de la salud

La figura del profesional de enfermería en estos casos es de gran relevancia para coordinar y asesorar a los pacientes en el periodo previo a la intervención con el fin de paliar o disminuir la ansiedad que se genera ante un procedimiento quirúrgico de tal calibre. Además, el seguimiento postquirúrgico favorece la reducción de complicaciones y la resolución de dudas, lo que implica incrementar el nivel de confianza y autoestima de los pacientes y el mejor manejo de la ostomía de forma independiente (48).

00078: Gestión ineficaz de la propia salud r/c déficit de conocimientos sobre su proceso actual

- NOC:
 - 1602: Conocimiento: Proceso de la enfermedad
- NIC:
 - 5270: Apoyo emocional
 - 5602: Enseñanza: Proceso de la enfermedad

00099: Mantenimiento ineficaz de la salud r/c falta de conocimientos y habilidades acerca de su proceso

- NOC:
 - 1602: Conducta de fomento de la salud
- NIC:
 - 4360: Modificación de la conducta: Evitar hábitos insanos
 - 5230: Aumentar el afrontamiento
 - 4480: Facilitar la autorresponsabilidad

00162: Disposición para mejorar la gestión de la propia salud r/c complejidad del tratamiento y déficit de conocimientos

- NOC:
 - 1606: Participación en las decisiones sobre la asistencia en salud
- NIC:
 - 5616: Enseñanza: Medicamentos prescritos
 - 5618: Enseñanza: Procedimiento/ tratamiento
 - 7400: Guías del sistema sanitario
 - 5540: Potenciación de la disposición de aprendizaje

00193: Descuido personal

- NOC:
 - 0907: Elaboración de la información
 - 0301: Cuidados personales
- NIC:
 - 1802: Ayuda con los autocuidados: Vestir/arreglo personal
 - 1804: Ayuda con los autocuidados: Aseo

Dominio 2: Nutrición

El manejo de la alimentación es una actividad relevante en la vida de los pacientes ostomizados. Se debe modificar la dieta con el fin de evitar olores, gases y otras complicaciones, además de manejar alimentos que disminuyan las deposiciones y por lo tanto el riesgo de fugas (32).

00002: Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para digerir alimentos

- NOC:
 - 1854: Conocimiento: Dieta saludable
 - 1802: Conocimiento: Dieta prescrita
- NIC:
 - 1200: Administración de nutrición parenteral total
 - 1120: Terapia nutricional
 - 1100: Manejo de la nutrición

00028: Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c pérdida importante de volumen de líquidos

- NOC:
 - 0601: Equilibrio hídrico
- NIC:
 - 1430: Monitorización de líquidos
 - 4170: Manejo de la hipovolemia

00195: Riesgo de desequilibrio electrolítico

- 6680: Monitorización de signos vitales
- 2080: Manejo de líquidos y electrolitos

Dominio 3: Eliminación

Las fugas, olores y gases suponen un tema de interés y que afecta a la confianza de los pacientes, especialmente cuando se encuentran en un entorno alejado de su familia o su zona de confort. Una correcta alimentación, evitar infecciones y mantener una correcta salud mental se puede ver traducido en una reducción de complicaciones como la diarrea o el estreñimiento (32).

00016: Deterioro de la eliminación urinaria r/c la intervención quirúrgica

- NOC:
 - 0502: Continencia urinaria
- NIC:
 - 0610: Cuidados de la incontinencia urinaria
 - 0590: Manejo de la eliminación urinaria
 - 4120: Manejo de líquidos

00011: Estreñimiento r/c disminución de la motilidad del tracto intestinal

- NOC:
 - 0501: Eliminación intestinal
 - 1608: Control de síntomas
 - 0602: Hidratación
- NIC:
 - 0450: Manejo del estreñimiento
 - 0430: Manejo intestinal
 - 0420: Irrigación intestinal

00013: Diarrea

- 0430: Manejo intestinal
- 0460: Manejo de la diarrea
- 4120: Manejo de líquidos

00196: Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional r/c medicamentos y/o nutrición enteral m/p aumento del residuo gástrico

- NOC:
 - 01902: Control del riesgo
- NIC:
 - 0430: Manejo intestinal
 - 1874: Cuidados de la sonda gastrointestinal
 - 1100: Manejo de la nutrición

00033: Deterioro de la respiración espontánea r/c dificultad respiratoria

- NOC:
 - 0802: Estado de los signos vitales
- NIC:
 - 3390: Ayuda a la ventilación
 - 3140: Manejo de las vías aéreas

00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención de secreciones y/o mucosidad excesiva

- NOC:
 - 0403: Estado respiratorio: Ventilación
- NIC:
 - 3160: Aspiración de las vías aéreas
 - 3230: Fisioterapia respiratoria

Dominio 4: Actividad/ reposo

En cuanto a las actividades físicas, las personas con ostomía podrán continuar realizando sus funciones habituales siempre y cuando no supongan un gran esfuerzo que puedan implicar una afectación de la bolsa o del estoma. Sin embargo, pueden sentirse avergonzados a la hora de realizar determinadas actividades e incluso a la hora de dormir por miedo a desplazar la bolsa o dañar el estoma (15).

00095: Insomnio r/c malestar físico, estrés y/o ansiedad

- NOC:
 - 0004: Sueño
- NIC:
 - 6482: Manejo ambiental: Confort
 - 1850: Mejora del sueño

00165: Disposición para mejorar el sueño

- NOC:
 - 1211: Nivel de ansiedad
 - 1862: Conocimiento: Manejo del estrés
- NIC:
 - 1850: Fomentar el sueño
 - 0180: Manejo de la energía
 - 5510: Educación sanitaria

00198: Trastorno del patrón del sueño

- NOC:
 - 3007: Satisfacción del paciente: Entorno físico
 - 2009: Estado de comodidad: Entorno

- NIC:
 - 1850: Mejorar el sueño
 - 6040: Terapia de relajación
 - 6480: Manejo ambiental
- 00085: Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza muscular*
- NOC:
 - 0212: Movimiento coordinado
 - NIC:
 - 0200: Fomentar el ejercicio
 - 0221: Terapia de ejercicios: Ambulación
- 00168: Sedentarismo r/c falta de motivación*
- NOC:
 - 1305: Modificación psicosocial: Cambio de vida
 - NIC:
 - 5612: Enseñanza: actividad ejercicio prescrito
 - 4310: Terapia de actividad
 - 4480: Facilitar la autorresponsabilidad
 - 0140: Fomentar los mecanismos corporales
 - 5540: Potenciación de la disposición de aprendizaje
- 00094: Riesgo de intolerancia a la actividad r/c malestar m/p malestar debido al esfuerzo*
- NOC:
 - 1503: Implicación social
 - 1209: Motivación
 - NIC:
 - 0180: Manejo de la energía
 - 6610: Identificación de riesgos
 - 5606: Enseñanza individualizada
- 00182: Disposición para mejorar el autocuidado r/c debilidad*
- NOC:
 - 1615: Autocuidado de la ostomía
 - NIC:
 - 4360: Modificación de la conducta
 - 4480: Facilitar la autorresponsabilidad
- 00109: Déficit de autocuidado: Vestido/acicalamiento r/c debilidad*
- NOC:
 - 0302: Autocuidados: Vestir

- NIC:
 - 1802: Ayuda con los autocuidados: Vestir/ acicalar
- 00108: Déficit de autocuidado: Baño/higiene r/c debilidad*
- NOC:
 - 0301: Autocuidados: Baño
 - 0305: Autocuidados: Higiene
 - NIC:
 - 1801: Ayuda en el autocuidado: Baño/higiene
 - 1610: Baño
- 00102: Déficit de autocuidado: Alimentación r/c malestar*
- 1056: Alimentación enteral por sonda
 - 1874: Cuidados de la sonda gastrointestinal
- 00110: Déficit de autocuidado: Uso del inodoro r/c debilidad*
- NOC:
 - 0310: Autocuidados: Uso del inodoro
 - NIC:
 - 1840: Ayuda con los autocuidados: Aseo
 - 0440: Entrenamiento intestinal

Dominio 5: Percepción/cognición

Se ha demostrado que aquellos pacientes que cuentan con información sobre su procedimiento presentan un nivel de ansiedad preoperatorio más bajo. De igual forma, la educación sanitaria favorece el postoperatorio y la reintegración a su vida normal. Por ello los profesionales de enfermería deben fomentar esta educación y seguimiento mediante la planificación de cuidados a lo largo de todo el proceso (33,46).

- 00126: Conocimientos deficientes r/c información insuficiente*
- NOC:
 - 3012: Satisfacción del paciente: Enseñanza
 - NIC:
 - 5602: Enseñanza: Proceso de la enfermedad
 - 5240: Asesoramiento
 - 5618: Enseñanza del procedimiento
 - 5614: Enseñanza: Dieta prescrita
- 00199: Planificación ineficaz de las actividades r/c falta de soporte familiar*
- NOC:
 - 2603: Integridad de la familia
 - 1803: Conocimiento: Proceso de la enfermedad

- NIC:
 - 5540: Aumentar los sistemas de apoyo
 - 7140: Apoyo a la familia
 - 5606: Enseñanza: Individual
 - 5602: Enseñanza proceso de la enfermedad

Dominio 6: Autopercepción

Es un hecho, que tras una intervención en la que se coloca un estoma en alguna parte del cuerpo, la imagen corporal sufre un gran cambio. Por ello los pacientes deben trabajar en su autoimagen, fomentando la confianza y la autoestima. La presencia de profesionales de enfermería especializados en el tema, que puedan resolver las dudas que les vayan surgiendo, así como los grupos o asociaciones de iguales, suponen un gran apoyo que implica un aumento de la confianza en sí mismos y su nueva situación (32).

00121: Trastorno de la identidad personal

- NOC:
 - 1202: Identidad personal
- NIC:
 - 6487: Manejo ambiental: Prevención de la violencia
 - 6486: Manejo ambiental: Seguridad
 - 4820: Orientación de la realidad
 - 5400: Potenciación de la autoestima

00118: Trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad

- NOC:
 - 1200: Imagen corporal
- NIC:
 - 5220: Potenciación de la imagen corporal
 - 4700: Reestructuración cognitiva

00124: Desesperanza r/c estrés

- NOC:
 - 1212: Nivel de estrés
 - 1862: Conocimiento: Manejo del estrés
- NIC:
 - 5400: Potenciación de la autoestima
 - 5270: Apoyo emocional
 - 4330: Control del humor
 - 5250: Apoyo en la toma de decisiones
 - 5340: Presencia

00054: Riesgo de soledad r/c aislamiento físico y social

- NOC:
 - 1203: Severidad de la soledad
 - 1204: Equilibrio emocional
- NIC:
 - 5270: Apoyo emocional
 - 5820: Disminución de la ansiedad
 - 5100: Potenciación de la socialización
 - 5440: Aumentar los sistemas de ayudas

00153: Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional

- NOC:
 - 1205: Autoestima
- NIC:
 - 5400: Potenciación de la autoestima
 - 5270: Apoyo emocional

Dominio 7: Rol/relaciones

La implicación de su entorno más cercano a lo largo de todo el proceso favorece el crecimiento de la autoestima de los pacientes. Por ello, los profesionales de enfermería deben incluir a su entorno familiar en la toma de contacto con las ostomías en el periodo previo a la intervención y a lo largo del postoperatorio. La extensión de información a la sociedad, implicaría que los pacientes se sintieran más integrados a la hora de retomar sus actividades sociales y laborales (42).

00060: Interrupción de los procesos familiares r/c cambio en el estado de salud de un miembro de la familia

- NOC:
 - 2601: Clima social de la familia
 - 2602: Funcionamiento de la familia
- NIC:
 - 7100: Estimulación de la implicación familiar
 - 7200: Fomento de la normalización familiar

00052: Deterioro de la interacción social r/c ausencia de personas significativas

- NOC:
 - 2603: Integridad de la familia
 - 1503: Implicación social
- NIC:
 - 5430: Grupos de apoyo

- 5450: Terapia de grupo
- 5100: Potenciación de la socialización
- 5326: Potenciación de las aptitudes para la vida diaria

00207: Disposición para mejorar las relaciones

- NOC:
 - 1502: Habilidades de interacción social
 - 1504: Soporte social
- NIC:
 - 5370: Potenciación de roles
 - 7130: Mantenimiento de procesos familiares
 - 7140: Apoyo a la familia
 - 5270: Apoyo emocional

Dominio 8: Sexualidad

Tras la intervención quirúrgica, la implantación de un estoma con su correspondiente dispositivo colector, provoca alteraciones en el aspecto físico que pueden afectar tanto al plano psicológico como al social y sexual. Los pacientes con ostomías tienden a tener una baja autoestima y sentir vergüenza de su aspecto físico, por lo que fomentar la confianza en si mismos es un punto muy importante que los profesionales de enfermería deben trabajar para favorecer la integración social del paciente. La inmersión de la familia y entorno más cercano en los procesos educativos pueden implicar un crecimiento de la confianza del paciente a la hora de mostrar su nueva imagen corporal (43,44).

00059: Disfunción sexual r/c alteración de la función corporal (estoma)

- NOC:
 - 1815: Conocimiento: Funcionamiento sexual
- NIC:
 - 5248: Asesoramiento sexual
 - 5624: Enseñanza sexualidad

00065: Patrón sexual ineficaz

- NOC:
 - 1207: Identidad sexual
 - 1200: Imagen corporal
- NIC:
 - 1207: Identidad sexual
 - 4356: Manejo de la conducta sexual

Dominio 9: Afrontamiento/ Tolerancia al estrés

00146: Ansiedad r/c cambio en el estado de salud

- NOC:
 - 1211: Nivel de ansiedad
 - 1402: Autocontrol de la ansiedad
- NIC:
 - 5820: Disminución de la ansiedad
 - 5400: Potenciación de la autoestima

00147: Ansiedad ante la muerte r/c percepción de la proximidad de la muerte

- NOC:
 - 1211: Nivel de ansiedad
 - 1212: Nivel de estrés
- NIC:
 - 5820: Disminución de la ansiedad
 - 5230: Mejora del afrontamiento
 - 5420: Apoyo espiritual
 - 5310: Dar esperanza

00148: Temor r/c con cambios en el estado de salud

- NOC:
 - 1404: Autocontrol del miedo
 - 1213: Nivel de miedo
- NIC:
 - 5230: Aumentar el afrontamiento
 - 5380: Potenciación de la seguridad

00069: Afrontamiento ineficaz r/c falta de confianza

- NOC:
 - 0312: Preparación para el alta: Vivir con apoyo
- NIC:
 - 5230: Aumentar el afrontamiento
 - 5270: Apoyo emocional
 - 5250: Apoyo en la toma de decisiones

00073: Afrontamiento familiar

- NOC:
 - 2609: Apoyo familiar durante el tratamiento
 - 2602: Funcionamiento de la familia
- NIC:
 - 7110: Fomentar la implicación familiar
 - 7140: Apoyo a la familia

- 7150: Terapia familiar
- 7040: Apoyo al cuidador principal

00177: Estrés por sobrecarga r/c deterioro del estado de salud

- NOC:
 - 1212: Nivel de estrés
 - 1862: Conocimiento: Manejo del estrés
- NIC:
 - 5610: Enseñanza prequirúrgica
 - 5820: Disminución de la ansiedad
 - 5380: Potenciación de la seguridad

00210: Deterioro de la capacidad de recuperación personal r/c procedimiento quirúrgico extenso

- NOC:
 - 1601: Conducta de cumplimiento
- NIC:
 - Modificación de la conducta
 - Facilitar el aprendizaje

00212: Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal

- NOC:
 - 1205: Autoestima
 - 0902: Capacidad de comunicación
- NIC:
 - 7370: Planificación al alta
 - 5510: Educación sanitaria
 - 5515: Mejora del acceso a información sanitaria
 - 5610: Enseñanza prequirúrgica Dominio 10: Principios vitales

00158: Disposición para mejorar la esperanza

- NOC:
 - 1201: Esperanza
- NIC:
 - 5310: Dar esperanza
 - 5820: Disminución de la ansiedad
 - 5420: Facilitar el crecimiento espiritual
 - 5340: Presencia
 - 4360: Modificación de la conducta

00184: Disposición para mejorar la toma de decisiones

- NOC:
 - 1606: Participación en las decisiones sobre la salud
 - 0906: Toma de decisiones
- NIC:
 - 5250: Apoyo en la toma de decisiones
 - 4420: Acuerdo con el paciente
 - 2380: Manejo de la medicación
 - 5520: Facilitar el aprendizaje
 - 4410: Establecimiento de objetivos comunes

Dominio 11: Seguridad/protección

Las ostomías, no dejan de ser una abertura en la piel hacia el exterior, por lo que puede conllevar complicaciones. Las más comunes son las cutáneas, como consecuencia de las bolsas colectoras, fugas o alergia a algún material, causando irritaciones o infecciones. Por ello, el control y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería, y la educación a los pacientes para que sean capaces de reconocer estos síntomas de forma precoz, puede evitar a desarrollar grandes complicaciones, al mismo tiempo que reduce costes en hospitalización o visitas a los servicios de urgencias (40).

00004: Riesgo de infección r/c enfermedades crónicas

- NOC:
 - 1842: Conocimiento: Control de la infección
 - 1924: Control del riesgo: Proceso infeccioso
- NIC:
 - 6550: Protección contra las infecciones
 - 6540: Control de infecciones
 - 3660: Cuidados de las heridas
 - 6610: Identificación del riesgo

00047: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c factores mecánicos

- NOC:
 - 1101: Integridad tisular: Piel y membranas
 - 1902: Control del riesgo
- NIC:
 - 3500: Manejo de presiones
 - 3590: Vigilancia de la piel
 - 3660: Cuidados de las heridas

00044: Deterioro de la integridad tisular r/c intervención quirúrgica

- NOC:
 - 1101: Integridad tisular: Piel y membranas
 - 0404: Perfusión tisular: Órganos abdominales
- NIC:
 - 3590: Vigilancia de la piel
 - 3660: Cuidados de las heridas
 - 3584: Cuidados de la piel: Tratamiento tópico
 - 1120: Terapia nutricional
 - 0410: Cuidados de la incontinencia intestinal

00150: Riesgo de suicidio r/c sentimiento de desesperanza

- NOC:
 - 1408: Autocontrol del impulso suicida
- NIC:
 - 6340: Prevención del riesgo suicida
 - 6487: Manejo ambiental: Prevención de la violencia
 - 6654: Vigilancia: Seguridad
 - 5240: Asesoramiento
 - 5230: Aumentar el afrontamiento Dominio 12: confort

00214: Disconfort r/c síntomas relacionados con la enfermedad

- NOC:
 - 2002: Bienestar personal
- NIC:
 - 6482: Manejo ambiental: Confort
 - 5602: Enseñanza del proceso de la enfermedad
 - 1400: Manejo del dolor

00053: Aislamiento social r/c alteración del aspecto físico

- NOC:
 - 2601: Clima social de la familia
 - 1502: Habilidades de interacción social
- NIC:
 - 7560: Facilitar las visitas
 - 5100: Potenciar la socialización

CONCLUSIONES

Las ostomías son procedimientos cada vez más empleados para solucionar diversos problemas de salud, resultando altamente eficaces a pesar de la afectación que suponen en la modificación de la imagen corporal, de la capacidad para

realizar funciones y actividades básicas de la vida diaria y la intervención en aspectos sociales y laborales, es decir que afectan en un grado alto a su calidad de vida. Además de los cambios que experimentan por la propia intervención, pueden surgir una serie de complicaciones que, dependiendo de su gravedad, afectarán también a su calidad de vida disminuyendo la autoestima de los pacientes.

El sistema sanitario no cuenta con los suficientes profesionales especializados en las ostomías. Esto supone una desventaja para todos aquellos pacientes que son intervenidos quirúrgicamente y portan algún tipo de ostomía. Se ha visto que la calidad de vida de las personas ostomizadas se ve disminuida con respecto a la anterior a la intervención ya que sufren muchos cambios tanto a nivel corporal como social y psicológico. Es por ello por lo que la presencia de una figura de referencia, en este caso hablamos de un profesional de enfermería, especializado en ostomías, para seguir el proceso desde el preoperatorio hasta el postoperatorio, es de vital importancia para mejorar la autoestima de los pacientes y permitirles lidiar con las complicaciones que puedan ir apareciendo como consecuencia de la ostomía, lo que implica una detección precoz y tratamiento anticipado de las mismas.

En el preoperatorio, los profesionales de enfermería deberán elaborar un plan de atención y educación en el que se expongan todos los datos acerca de la intervención explicándole al paciente cuales son las complicaciones que puede sufrir y preparándole para los cambios que va a experimentar. En este momento es importante la participación de su entorno familiar y de amistades, para que cuente con el apoyo adecuado en todo momento, al mismo tiempo que ellos se informan a cerca de la situación para poder unir su ayuda en los momentos más difíciles. También se encargará de establecer la localización del estoma para proceder posteriormente a implantarlo. Una colocación adecuada puede favorecer al manejo de la ostomía permitiendo una mejor higiene de esta y por lo tanto reduciendo el riesgo de fuga y como consecuencia disminuyendo las complicaciones cutáneas periestomales como infección o irritación.

Durante el periodo posterior a la intervención, los pacientes necesitan continuar con el seguimiento y con los cuidados. Por ello, tras el alta hospitalaria, los profesionales de enfermería se encargarán de realizar un seguimiento minucioso de los pacientes elaborando planificaciones de intervención con el fin de detectar de forma temprana las posibles complicaciones que puedan surgir, estableciendo un tratamiento precoz para paliarlas, reduciendo así las visitas a los servicios de urgencias y las hospitalizaciones. Además, se encargarán de aconsejar a los pacientes respecto al tipo de material más apropiado para ellos en función de las características de su ostomía, seleccionando las bolsas colectoras más apropiadas y demás complementos para evitar fugas, roces, alergias o irritaciones.

Es por ello por lo que la atención por parte de los profesionales de enfermería desde el periodo previo a la intervención, hasta el seguimiento postoperatorio, supone un beneficio para el paciente. Está demostrado que aquellas personas ostomizadas que tienen mayores conocimientos e información acerca de su situación, tienen un nivel

de vida superior. Por ello la presencia de un profesional de referencia al que poder acudir en caso de dudas y que sea conocedor de su situación, supone un beneficio no solo para el paciente y su entorno, si no también para el sistema sanitario en sí, disminuyendo los elevados costes que suponen la hospitalización o reintervención de un paciente.

RELEVANCIA CLÍNICA

La importancia en el ámbito clínico se reduce a tratar de minimizar las complicaciones que los pacientes con ostomías presentan, con esto se busca lograr un menor número de ingresos hospitalarios que aumentan la ansiedad y estrés tanto en los pacientes como en su entorno, afectando en mayor medida a su autoestima lo que se ve traducido en una afectación a su vida personal y laboral.

Por ello, la incorporación en los centros de salud de profesionales de enfermería que permitan seguir la evolución de los pacientes ostomizados favorecerá el proceso, minimizando costes e ingresos que se pueden evitar con una detección pronta de las complicaciones.

Las asociaciones de personas ostomizadas, también favorecen el aumento de la autoestima de los pacientes ya que además de poder exponer sus dudas a otros pacientes con su misma situación, podrán abrirse y expresar sus miedos lo que ayuda para reducir el estrés y ansiedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Rev Colomb Reumatol*. marzo de 2014;21(1):1-3.
- Badia Llach X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2 de marzo de 2004;27:2-6.
- Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. julio de 2009;41(7):411-6.
- Ostomías [Internet]. [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias.html>
- Guía de colostomía [Internet]. [citado 21 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/colostomia.html>
- Colostomía: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002942.htm>
- Riobó P, Sánchez Vilar O, Burgos R, Sanz A. Manejo de la colectomía. *Nutr Hosp*. mayo de 2007;22:135-44.
- ¿Qué es una ileostomía? [Internet]. [citado 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/ileostomia/que-es-una-ileostomia.html>
- Pereira Cunill JL, García Luna PP. Gastrostomía endoscópica percutánea. *Rev Esp Enfermedades Dig*. octubre de 2010;102(10):609-609.
- Definición de yeyunostomía - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2011 [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/yeyunostomia>
- ¿Qué es una urostomía? [Internet]. [citado 30 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/urostomia/que-es-una-urostomia.html>
- Cabrera-Gómez M-B. Cambios en la imagen corporal y adaptación a una urostomía, a propósito de un caso clínico. 24 de junio de 2015 [citado 30 de abril de 2020]; Disponible en: <http://tauja.ujaen.es/jspui/handle/10953.1/1588>
- Gómez Ayala A-E. El paciente ostomizado. *Farm Prof*. 1 de septiembre de 2006;20(8):50-5.
- Guía práctica de autocuidados [Internet]. Hospital universitario Ramon y Cajal: Salud Madrid; 2005
- Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R, Fernández-Cacho LM, Ayesa-Arriola R. Quality of life, pain and anxiety in patients with nephrostomy tubes. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2019 [citado 12 de septiembre de 2020];27. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692019000100371&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Gálvez González MA. Procedimiento de traqueostomía percutánea: control y seguimiento de enfermería. *Enferm Intensiva*. 1 de abril de 2009;20(2):69-75.
- Traqueotomía: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 30 de abril de 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002955.htm>
- Patton J. Tracheostomy care. *Br J Nurs*. 12 de septiembre de 2019;28(16):1060-2.
- ¿Qué es una traqueostomía? [Internet]. [citado 9 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/traqueotomia/que-es-una-traqueotomia.html>
- El trabajo, las actividades y los viajes cuando se tiene una ostomía [Internet]. [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento/cirugia/ostomias/estomas-u-ostomias/los-deportes-y-el-ejercicio.html>

21. TUEII. Embarazo con una ostomía [Internet]. Tu Enfermedad Inflamatoria Intestinal. 2015 [citado 11 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://tueii.com/2015/03/20/embarazo-con-una-ostomia/>
22. 9138.00.pdf [Internet]. [citado 31 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9138.00.pdf>
23. Melgar AGB, Galván MRJ, Gandullo EV, Hidalgo AG. Manejo del paciente traqueostomizado, cánulas y aplicación de fármacos inhalados:7.
24. El paciente ostomizado [Internet]. [citado 17 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-13092624>
25. Complicaciones del estoma [Internet]. Portal de Salud de la Junta de Castilla y León. [citado 17 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/cuidados-recomendaciones/recomendaciones-personas-ostomia/complicaciones-estoma>
26. Guia Paciente Traqueotomizado [Internet]. [citado 31 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia%20Paciente%20Traqueotomizado%20C.pdf
27. Libro Blanco Ostomía en España [Internet]. [citado 22 de abril de 2020]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriacoruna.org/sites/default/files/Libro%20Blanco%20Ostom%C3%ADa%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>
28. Dalmolin A, Girardon-Perlini NMO, Coppetti L de C, Rossato GC, Gomes JS, Silva MEN da. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2016 [citado 17 de agosto de 2020];37(spe). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500408&lng=pt&lng=pt
29. Ferreira E da C, Barbosa MH, Sonobe HM, Barichello E. Self-esteem and health-related quality of life in ostomized patients. Rev Bras Enferm. abril de 2017;70(2):271-8.
30. Alwi F, Setiawan, Asrizal, Alwi F, Setiawan, Asrizal. Quality of life of persons with permanent colostomy: a phenomenological study. J Coloproctology Rio Jan. diciembre de 2018;38(4):295-301.
31. Jayarajah U, Samarasekera DN. A cross-sectional study of quality of life in a cohort of enteral ostomy patients presenting to a tertiary care hospital in a developing country in South Asia. BMC Res Notes [Internet]. 31 de enero de 2017 [citado 10 de julio de 2020];10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5282704/>
32. Bonill-de-las-Nieves C, Celdrán-Mañas M, Hueso-Montoro C, Morales-Asencio JM, Rivas-Marín C, Fernández-Gallego MC. Living with digestive stomas: strategies to cope with the new bodily reality. Rev Lat Am Enfermagem. junio de 2014;22(3):394-400.
33. Monteiro AK da C, Pereira M do CC, Santos JDM, Machado R da S, Nogueira LT, AndradeSantos EMLR, et al. Efecto de la intervención educativa en el postoperatorio de personas con estomias intestinales de eliminación: revisión sistemática. Enferm Glob. 2020;19(57):648-90.
34. Maydick-Youngberg D. A Descriptive Study to Explore the Effect of Peristomal Skin Complications on Quality of Life of Adults With a Permanent Ostomy. Ostomy Wound Manage. mayo de 2017;63(5):10-23.
35. Mateo JE, Mateo JE. Gestión de las ostomías en un centro sociosanitario. Gerokomos. 2019;30(3):142-6.
36. Acceptance of disease and the quality of life in patients with enteric stom [Internet]. [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://ppch.pl/resources/html/article/details?id=186953&language=en>
37. C. Ambe* P, Rebecca Kurz* N, Nitschke C, F. Odeh S, Mösllein G, Zirngibl H. Intestinal Ostomy. Dtsch Arztebl Int. marzo de 2018;115(11):182-7.
38. Xu S, Zhang Z, Wang A, Zhu J, Tang H, Zhu X. Effect of Self-efficacy Intervention on Quality of Life of Patients With Intestinal Stoma. Gastroenterol Nurs. julio de 2018;41(4):341-6.
39. Goldstine J, van Hees R, van de Vorst D, Skountrianos G, Nichols T. Factors influencing health-related quality of life of those in the Netherlands living with an ostomy. Br J Nurs. 12 de diciembre de 2019;28(22):S10-7.
40. Cardoso IA, Salomé GM, Miranda FD, Alves JR, Leão JPP, Leão AS, et al. A new APP for prevention and treatment of complications of intestinal peristomal skin. J Coloproctology. abril de 2020;40(2):120-8.
41. Campos K de, Bot LHB, Petroianu A, Rebelo PA, Souza AAC de, Panhoca I, et al. The impact of colostomy on the patient's life. J Coloproctology Rio Jan. septiembre de 2017;37(3):205-10.
42. Duque PA, CampinoValderrama SM. Vivencias de las personas portadoras de ostomía digestiva. Cienc Enferm. 2019;25:0-0.
43. Gklavas A, Kyprianou C, Exarchos G, Metaxa L, Dellis A, Papaconstantinou I. Sexual function after proctectomy in patients with inflammatory bowel disease: A prospective study. Turk J Gastroenterol. noviembre de 2019;30(11):943-50.
44. Meira IF de A, Silva FR da, Sousa AR de, Carvalho ES de S, Rosa D de OS, Pereira Á, et al. Repercussions of intestinal ostomy on male sexuality: an integrative review. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [citado 12 de septiembre de 2020];73(6). Disponible en: <http://>

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672020000600302&lng=en&nrm=iso&tlng=en

45. Sena JF de, Silva IP da, Lucena SKP, Oliveira AC de S, Costa IKF, Sena JF de, et al. Validation of educational material for the care of people with intestinal stoma. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 12 de septiembre de 2020];28. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692020000100328&lng=en&nrm=iso&tlng=en
46. Educational handbook for healthcare professionals: Preventing complications and treating peristomal skin

[Internet]. [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632019000400332&lang=es

47. NNNConsult [Internet]. [citado 25 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
48. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z, Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. *Rev Lat Am Enfermagem*. abril de 2014;22(2):241-7.

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



1500
HORAS

60
ECTS

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Novedades en diabetes: Atención integral y tratamiento



4. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma

Andrea Vázquez Álvarez

Enfermera Área Sanitaria VII del Principado de Asturias.

RESUMEN

La presencia de una ostomía produce en el paciente la aparición de multitud de sentimientos negativos como son, entre otros, la tristeza, el miedo y la ansiedad. Ser portador de una ostomía interfiere en las actividades de la vida cotidiana de las personas ostomizadas y dificulta además su integración social; afortunadamente hoy en día existen multitud de sistemas de recogida y accesorios que ayudan a fomentar la calidad de vida de estos pacientes. Es imprescindible que el personal sanitario conozca todos los aspectos del paciente ostomizado, tanto psicológicos como de cuidado, ya que un abordaje correcto y multidisciplinar es esencial para evitar complicaciones más graves.

Palabras clave: Ostomía, cuidados, aspectos psicológicos.

ABSTRACT

The presence of an ostomy produces in the patient the appearance of many negative feelings such as, among others, sadness, fear and anxiety. Being an ostomy sufferer interferes with the activities of the daily life of ostomized people and also hinders their social integration; Fortunately today there are many collection systems and accessories that help to promote the quality of life of these patients. It is essential that health personnel know all aspects of the ostomized patient, both psychological and care, since a correct and multidisciplinary approach is essential to avoid more serious complications.

Keywords: Ostomy, care, psychological aspects.

1. INTRODUCCIÓN

Una ostomía es una apertura quirúrgica que se realiza en la piel evocando una víscera hueca al exterior para que los productos de desecho salgan o para introducir alimentos o medicamentos en el organismo^{1,2}. Esta nueva apertura recibe el nombre de estoma.

Un estudio realizado en España en el año 2016 por la Federación Española de Asociaciones de Osteomizados (FEDAO) estimó que 70.000 personas eran portadoras de ostomías, siendo la colostomía la más frecuente (70%)³.

Existen numerosas formas de clasificar los estomas²:

- *Según su función:*
 - Estomas de ventilación: su objetivo es mantener la permeabilidad de la vía aérea.
 - Estomas de nutrición: constituyen una vía abierta de nutrición alternativa.
 - Estomas de drenaje: son fístulas abiertas con función de drenaje.
 - Estomas de eliminación: cuya finalidad es eliminar productos de deshecho.
- *Según el órgano implicado:*
 - Estomas digestivos: pueden ser de nutrición o de eliminación.
 - Estomas urinarios: destinados a la eliminación de orina.
 - Estomas traqueales: cuyo objetivo es mantener la vía aérea abierta.
- *Según el tiempo de permanencia:*
 - Estomas temporales: una vez solucionado el problema se cierran.
 - Estomas permanentes.

Según el órgano evocado al exterior hablamos de un tipo de ostomía u otro, existen los siguientes tipos de ostomías: colostomías, ileostomías, yeyenostomías, gastrostomía, urostomías y treaqueostomías. Nos centraremos en los siguientes:

Colostomía

La colostomía es una técnica quirúrgica mediante la cual, se realiza un estoma que une el colon a la pared abdominal, derivando así el tránsito intestinal hacia el exterior. Esta intervención puede ser temporal o definitiva, lo cual implicaría la pérdida de la continencia fecal del paciente.

La primera causa de intervención de colostomía es el cáncer colorrectal pero existen otras muchas causas como el cáncer anal o rectal, la oclusión intestinal, la diverticulitis, etc⁴.

Hay diferentes formas de clasificar las colostomías, una de las más habituales es la clasificación según la localización del estoma, hablamos entonces de²:

- *Colostomía ascendente:* formada a partir del colon ascendente y localizada en la zona derecha del abdomen. Las heces son líquidas y ricas en enzimas por lo que resultan muy irritantes. Esta ostomía es poco común ya que normalmente tiende a realizarse una ileostomía.
- *Colostomía transversa:* formada a partir del colon transversal y localizada en la zona central de la pared abdominal. Produce heces semilíquidas y poco irritantes.

- *Colostomía transversa de doble boca*: en este caso se realizan dos estomas uno de los cuales eliminará las heces y otro mucosidad.
- *Colostomía descendente*: localizada en la parte izquierda del abdomen y formada a partir del colon descendente. Las heces eliminadas serán semisólidas y su evacuación menos habitual.
- *Colostomía sigmoidea*: localizada en la parte inferior izquierda del abdomen y elaborada a partir del sigmoides. Las heces serán sólidas. Constituye el tipo más común de colostomías.

A la hora de realizar una colostomía es importante tener en cuenta los pliegues cutáneos ya que pueden influir en algunas complicaciones sobretodo en la irritación cutánea debida a las heces ya que los dispositivos, debido a los pliegues, no se adhieren como deberían. Cuanto más distal se realiza la colostomía, las heces serán más consistentes y menos irritantes; por ello estas complicaciones son más frecuentes en colostomías de ciego y colon ascendente (heces líquidas)⁵.

Ileostomía

Una ileostomía es una intervención quirúrgica mediante la cual se forma una abertura en la pared del abdomen evocando el ileon al exterior, se trata de un estoma de eliminación que puede ser temporal o permanente. Las heces eliminadas son muy irritativas, líquidas o semilíquidas y de color amarillento, pueden además contener gases y productos no digeridos³.

Existen tres tipos²:

- *Terminal*: la parte evocada al exterior es la zona distal del ileon.
- *En asa*: generalmente se realizan dos estomas: uno protuyente y otro plano que constituye la fístula mucosa.
- *Continente*: en la intervención se realiza un reservorio para almacenar heces. Para vaciar el reservorio se introducirá una sonda varias veces al día, según la necesidad.

Urostomía

Se define como la apertura de la vía urinaria al exterior. Al igual que las colostomías y las ileostomías, son estomas de eliminación que suelen ser permanentes, aunque también las hay temporales.

Tabla I. Tipos de urostomías⁶.

Nefrostomía	Abertura desde la piel a la pelvis renal, logrando así la salida de la orina directamente del riñón a una bolsa colectora.
Ureterestomía	Evocación de los uréteres al exterior.
Vejiga ileal o Bricker	Resección de la vejiga urinaria. Redireccionando los uréteres y evocándolos al exterior en el intestino delgado a modo de estoma.

Hay fundamentalmente 4 tipos de enfermedades que pueden llevar a la realización de esta intervención⁶: cáncer de vejiga, vejiga neurógena, defectos congénitos, inflamación crónica de la vejiga.

Los estomas carecen de esfínteres y por tanto, no existen un control voluntario de eliminación de productos de deshecho. Tras la realización de una ostomía el paciente deberá llevar un dispositivo colector o bolsa para recoger el contenido procedente del estoma. En la actualidad los sistemas colectores se caracterizan por estar fabricados de materiales no irritativos, ser discretos y tener un alto poder de fijación. Además, deben proporcionar independencia al paciente y por consiguiente ser de uso sencillo.

Existen diferentes sistemas de recogida:

*Según el tipo de vaciado*²:

- *Cerrados*: son bolsas selladas, de un solo uso. Son ideales para heces sólidas o pastosas. Pueden ser de una o dos piezas.
- *Abiertos*: bolsas que presentan una abertura en la zona inferior que se cierra, lo que permite que vaciado cuando sea necesario. Son ideales para heces líquidas. Pueden ser de una o dos piezas.
- *Bolsas de urostomías*: bolsas especiales que presentan una válvula antirreflujo (que evita que la orina vuelva al riñón) y otra válvula de drenaje que facilita el vaciado.

Según el tipo de sujeción:

- *Una pieza o única*: adhesivo y bolsa forman una única pieza.
- *Múltiple, dos o tres piezas*: disco y bolsa son independientes.

Según el color de la bolsa:

- *Trasparentes*: permiten visualizar el contenido y el aspecto del estoma.
- *Opacas*: proporcionan mayor discreción.

La elección del dispositivo recolector dependerá del tipo de estoma, del contenido y del estado de la piel perilestomal. Siempre se elegirá el que mayores beneficios aporte al paciente.

Existen además sistemas continentes cuyo uso está indicado en colostomías descendentes y sigmoideas con heces sólidas. Se describen dos sistemas de contención de heces:

- *Irrigación*: lavado intestinal mediante la introducción de agua (de 500 cc a 1.500 cc) a través del estoma, a temperatura corporal. Su objetivo es mantener la colostomía en reposo hasta la siguiente irrigación, es decir, sin que salgan heces por ella⁷.
- *Sistema obturador*: dispositivos de continencia que se usan para cerrar ocasionalmente el estoma de pacientes ostomizados y evitar la salida involuntaria de heces tras realizar una irrigación⁷.



Imagen 1. Irrigación y obturador de ostomías.

Los pacientes ostomizados viven grandes cambios en sus vidas principalmente relacionados con sus actividades sociales y su sexualidad, ya que se acentúan sus sentimientos de inseguridad. El uso de estos sistemas de colección está asociado a múltiples sentimientos negativos como son, entre otros, el miedo, la angustia o la tristeza⁸.

Por consiguiente, y debido a los riesgos de alteraciones psicológicas, los pacientes ostomizados no solamente deben recibir educación sanitaria dirigida a los cuidados del estoma y de la bolsa, sino que también se deben abordar los aspectos psicológicos preparando al paciente desde la fase preoperatoria⁹.

El abordaje de los aspectos psicológicos y de los cuidados de la ostomía es responsabilidad de un equipo sanitario completo. Durante su estancia hospitalaria esta labor dependerá de las enfermeras y médicos de la unidad en la cual se encuentre el paciente, pero una vez sea dado de alta esta labor recaerá fundamentalmente en la enfermera experta en estomaterapia. Esta enfermera será la encargada de informar y enseñar al paciente a cuidar su estoma así como de atender todas sus dudas y preguntas.

Actualmente, de los 220 hospitales públicos que existen en España, solo 105 poseen una consulta de Enfermería experta en ostomías o consulta de estomaterapia, de las cuales solo el 27% son a tiempo completo¹⁰.

La familia y los amigos son un pilar fundamental en el tratamiento e imprescindibles para una correcta rehabilitación ya que los vínculos afectivos ayudan y reconfortan al paciente. Salvo que el paciente no quiera los familiares deben ser informados por el personal desde el inicio del tratamiento, ya que ayudarán al cuidado físico y emocional del paciente.

Cabe destacar la existencia en España de asociaciones de osteomizados, en todas las comunidades autónomas, así como la existencia de la Federación Española de Asociaciones de Osteomizados (FEDAO). Estas asociaciones ponen a disposición de sus usuarios un gran abanico de servicios de atención especializada, información sobre las novedades que les afectan y se encargan de organizar actividades de promoción de la salud¹¹.

2. OBJETIVOS

Objetivo general

- Determinar los aspectos psicológicos que más interfieren en la vida de los pacientes ostomizados así como los cuidados más idóneos para el tratamiento del estoma.

Objetivos específicos

- Incrementar los conocimientos sobre los diferentes dispositivos de recogida y de continencia.
- Determinar la importancia de la educación sanitaria en los pacientes ostomizados.
- Identificar los motivos principales por los cuales surgen aspectos psicológicos negativos en los pacientes ostomizados.
- Valorar la influencia de la familia en la rehabilitación del ostomizado.

3. METODOLOGÍA

El trabajo consiste en una revisión bibliográfica para cuya elaboración se realizó una búsqueda en las siguientes bases de datos: PubMed y ScieELO. Para realizar la búsqueda se utilizó el operador booleano and (y). Tras una búsqueda inicial empleando como palabras claves "*Ostomy and care*", "*Ostomy and psychological aspects*" y seleccionando exclusivamente los artículos escritos en inglés y español que hayan sido publicados en el periodo comprendido entre el 01/01/2013 y el 30/6/2018 se han obtenido 2372 resultados en PubMed y 8 en ScieELO.

Para complementar los resultados se realizó una búsqueda en Google Académico. Introduciendo los términos "cuidados domiciliarios y ostomías" y "aspectos psicológicos y ostomías" se obtuvieron 3461 resultados; tras seguir los mismos criterios de selección mencionados con anterioridad, el número de artículos encontrados en este buscador se redujo a 1861.

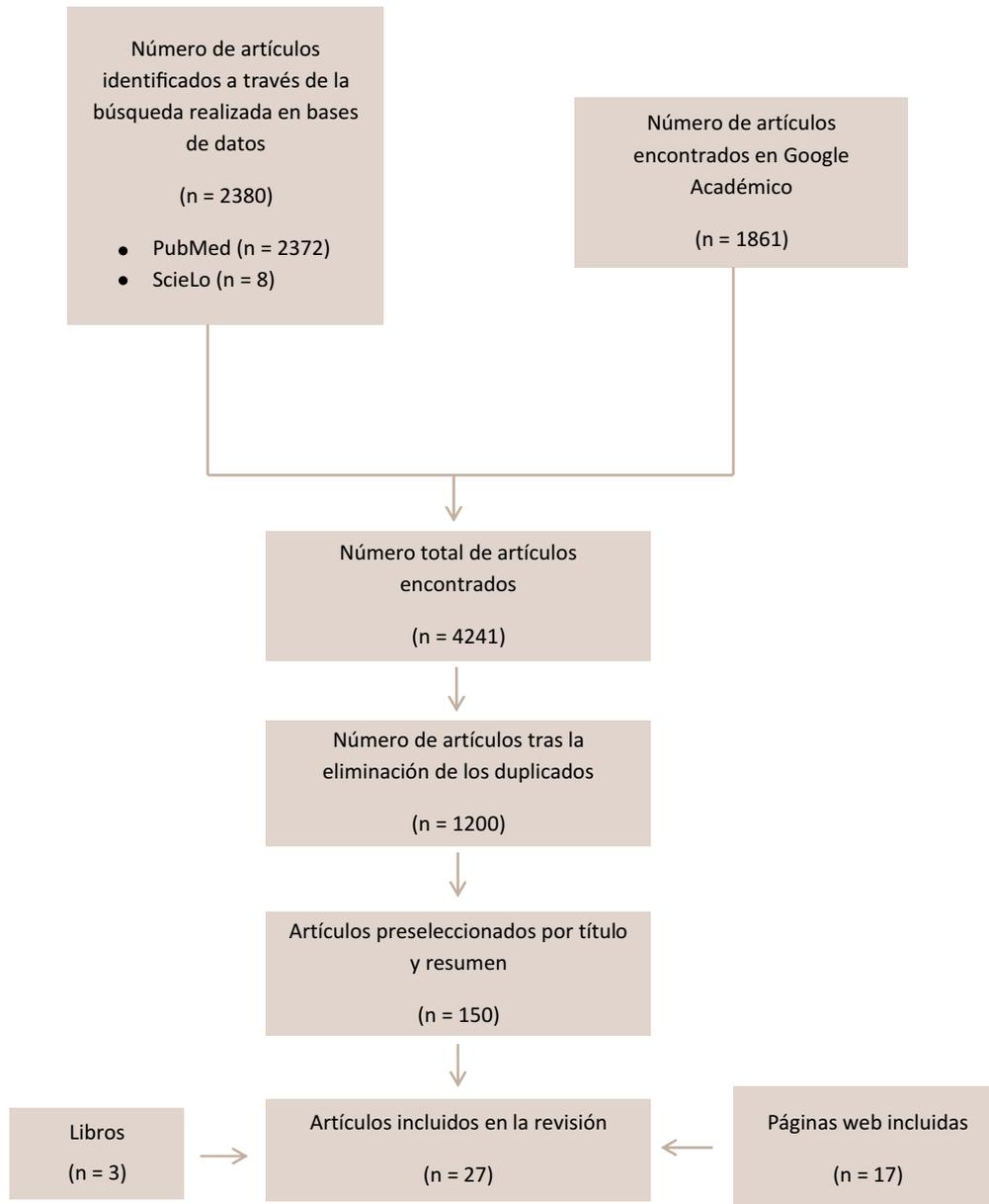


Diagrama de flujo para la selección de artículos.

En su conjunto se han obtenido un total de 4241 artículos, cuyo número ha quedado reducido a 1200 tras la eliminación de los artículos duplicados. Tras leer detenidamente los títulos y los resúmenes de estos artículos se preseleccionaron 150 para el estudio; aunque finalmente, tras una revisión más exhaustiva, se incluirán en la revisión bibliográfica un total de 27 artículos. Además se ha incorporado información procedente de páginas webs fiables y de algún libro o manual.

3.1. Limitaciones del trabajo

No se ha podido acceder a la totalidad de los artículos debido al idioma, ya que solamente se han incluido en la revisión aquellos artículos disponibles en español e inglés publicados en los últimos 5 años.

4. DESARROLLO

La vida de los pacientes portadores de una ostomía ha de ser comprendida por los profesionales sanitarios que for-

man parte del proceso de atención al paciente. Esto es necesario e imprescindible para lograr un abordaje no solamente biológico y enfocado a los cuidados del estoma sino también psicosocial¹².

El equipo multidisciplinar es clave para conseguir una integración del individuo mediante tres principios básicos: motivación, información y educación¹³.

El paciente una vez dado de alta debe conocer todos los dispositivos y disponer de toda la información necesaria para el autocuidado del estoma; para lograrlo²:

- A parte de explicarle detalladamente todo lo necesario al paciente y repetirlo tantas veces como sea posible, le daremos al paciente toda la información por escrito.
- Se le facilitará todo el material necesario para que pueda realizar los primeros cambios de bolsa colectora.
- Se le proporcionará el número de contacto de diversas casas comerciales para que pueda consultar sus dudas.

- Se le explicará e informará sobre el tipo de estoma, condiciones normales de la piel periestomal y las posibles complicaciones.

La educación sanitaria se considera la intervención más beneficiosa tanto antes como después de la ostomía. Es por eso por lo que debe iniciarse en la fase preoperatoria, es decir, en el momento en el cual al paciente se le comunica que se le realizará una ostomía ya que en ese momento surgirán las primeras dudas. Se ha demostrado que dicha atención preoperatoria disminuye el miedo y la ansiedad originando una mayor aceptación y adaptación a su nueva condición de vida^{2,14}. Una vez llegue el postoperatorio se debe animar al paciente a interesarse por su ostomía evitando agobiarle, ya que se recomienda reiniciar la educación sanitaria cuando el paciente comience a encontrarse mejor. En ese momento se debe comenzar a explicarle al paciente todas las medidas de higiene y autocuidado que necesitará conocer para hacer frente a su nueva situación. La información proporcionada debe ser clara y concisa asegurándose siempre de que haya sido comprendida por el paciente. Una vez dado de alta hospitalaria la enfermera experta en estomaterapia debe garantizar el seguimiento del paciente dejando constancia de todos los cambios para poder dispensar cuidados idóneos, adaptados y personalizados al paciente con el objetivo de prevenir, disminuir o solucionar los problemas que puedan presentar¹⁰.

Por consiguiente, la educación para la salud pone a disposición del paciente toda la información necesaria para enfrentarse a su nueva condición de vida, impuesta por la ostomía. El principal reto de los profesionales es lograr que los pacientes acepten esta nueva condición, recuperen su independencia y vuelvan a mantener la vida social que tenían previamente.

Hay estudios que evidencian que la educación sanitaria del paciente ostomizado no se realiza de forma adecuada, lo que hace que los pacientes presenten problemas y dificultades con sus cuidados^{13,15}. Para solucionarlo debe realizarse una correcta planificación y lograr así disminuir las complicaciones.

No todo el personal sanitario está capacitado para proporcionar una atención de calidad al paciente ostomizado. Generalmente es el personal de enfermería quien realiza esta tarea, pero para poder realizarla correctamente debe recibir previamente una educación sanitaria proporcionada por especialistas. Es además imprescindible que el enfermero comprenda las preocupaciones y necesidades tanto físicas como psicológicas del paciente para ayudarle a integrarse de nuevo en su vida con la mayor seguridad posible².

Considerando que los pilares fundamentales de la recuperación e integración social del paciente ostomizado son los aspectos psicológicos y los cuidados del estoma nos disponemos a comentarlos en mayor profundidad.

4.1. Cuidados del estoma

Antes de comenzar la educación del paciente ostomizado el personal de enfermería debe preguntar sobre el dolor u otra incidencia. Ya que la presencia de dolor postoperatorio disminuye las habilidades de aprendizaje del paciente.

La educación sanitaria debe ser personalizada por lo que el enfermero debe preguntar al paciente y a sus familiares las dudas y preocupaciones que presentan. Durante la enseñanza el personal debe prestar atención tanto al paciente como al cuidador y a la relación que existe entre ellos para lograr identificar el mejor método de enseñanza.

El cuidado del estoma es muy complejo y el paciente va ganando confianza y habilidades con la práctica, por lo que se deben realizar tantas sesiones de educación sanitaria como sean necesarias¹⁵. Se debe dejar claro al paciente que el estoma no es una herida por lo que su cuidado e higiene no debe realizarse de forma estéril.

Lo primero que debemos instruirle al paciente son las características normales que presenta un estoma sano¹⁶:

- El estoma ha de tener una coloración rojiza, lo cual indica que existe una buena irrigación sanguínea.
- Debe estar húmedo aunque se debe vigilar el exceso de humedad o la liberación de un exceso de secreción mucosa.
- Ha de estar abombado, un poco por encima del nivel de la pared abdominal.
- El estoma ha de ser insensible, ya que no presenta terminaciones nerviosas.
- Debe ser funcional e involuntario, ya que carece de esfínteres.

Una vez el paciente sea capaz de identificar las características normales de un estoma debemos explicarle el método correcto de cambio de bolsa, colocación y vaciado.

Cuando se prevé el alta próxima del paciente el personal debe comenzar a explicarle al paciente las técnicas de vaciado y cambio de las bolsas de recogida. Es recomendable explicarle dichas técnicas al paciente delante de un espejo para que así sea capaz de visualizar mejor la zona. Y, tras previa realización de la técnica por parte del personal decirle al paciente que la repita haciéndolo todo él mismo y consultando todas las dudas que le vayan surgiendo. Una vez explicado y tras asegurarse de que el paciente lo haya comprendido será él el encargado de realizar el cambio y vaciado de bolsa, siendo siempre supervisado por el personal para poder así corregir la técnica y resolver preguntas.

Elección del correcto dispositivo de recogida

Existe una inmensa variedad de dispositivos para ostomías, a la hora de seleccionar el más adecuado para cada paciente se debe tener en cuenta el tipo de ostomía realizada, el tamaño del estoma, la consistencia de las heces y las necesidades del propio paciente². En caso de que se produzca un cambio en la consistencia de las deposiciones del paciente, se procederá a cambiar el dispositivo tanto tiempo como sea necesario.

Técnica de cambio de una bolsa de ostomía

El lugar más adecuado para el cambio de bolsa es el cuarto de baño, ya que en él no sentirá la preocupación de

poder manchar de forma inoportuna otro espacio y, como ya se ha comentado, realizarlo frente a un espejo puede facilitar el proceso¹⁷.

Antes de comenzar el procedimiento se debe preparar la bolsa de recambio¹⁷:

- Lo primero que se debe realizar es recortar el adhesivo ajustándolo al diámetro del estoma de forma que quede completamente ajustado. Los sistemas de recogida incluyen unas plantillas transparentes que se colocan sobre el adhesivo y cuya función es ayudar a dibujar la forma de su estoma sobre el adhesivo para así recortarlo con más facilidad. Según la forma del estoma se utilizan plantillas redondas u ovaladas.
- El paciente debe asegurarse de tener todos los accesorios a mano antes de empezar el cambio: bolsa de plástico o papelería para los desperdicios, jabón neutro, esponja suave y una pequeña toalla, paño o papel higiénico suave.

Cuando ya esté todo preparado se comenzará con el procedimiento^{17,18}:

- Antes de comenzar, el paciente deberá realizar un correcto lavado de manos.
- La bolsa usada debe retirarse de arriba abajo (esto es imprescindible ya que así impedimos que el contenido se desparrame), suavemente y con cuidado, sujetando la piel con la otra mano para evitar tirones y por consiguiente, lesiones en la piel.
- Tras la retirada de la bolsa, el paciente debe limpiar la piel periestomal y el estoma suavemente con agua y jabón, realizando movimientos circulares de fuera a dentro.
- A continuación debe secar la zona "a toquecitos", sin frotar fuerte, con una toalla, paño o papel higiénico suave.
- Cuando la zona se encuentre bien limpia y seca debe observarse con atención para poder así detectar posibles complicaciones o alteraciones.
- Seguidamente procederá a la colocación de la bolsa.
- Si se trata de un dispositivo de una sola pieza, el paciente simplemente tendrá que asegurarse de que el agujero del dispositivo coincida con el estoma y que la bolsa se encuentre bien pegada. El dispositivo debe colocarse de abajo a arriba.
- Si la bolsa es de dos piezas normalmente colocaremos primero el disco y una vez colocado ajustaremos la bolsa. Existen diferentes tipos de enganches:
 - *Mecánicos*: al acoplar la bolsa en el disco hay que apretar por los extremos hasta oír un click.
 - *Adhesivo*: comenzando a pegar la bolsa al aro de abajo a arriba.
- Si la bolsa de múltiples piezas es transparente y al paciente le resulta más sencillo, podemos colocar bolsa y disco ensamblados previamente.

- Tras la colocación de la bolsa u placa adhesiva el paciente debe presionar suavemente con los dedos de dentro a fuera para lograr una buena adhesión cutánea y evitar la aparición de pliegues y arrugas.
- Finalmente el paciente deberá realizar una correcta higiene de manos.

Existen una serie de consejos y aclaraciones que el personal sanitario debe dar al paciente ya que facilitarán la tarea de cambio de bolsa de recogida¹⁷:

- El vello dificulta la adhesión de la bolsa a la piel, si existiera se recomienda cortarlo con tijeras, nunca con maquinilla.
- La bolsa debe colocarse en sentido perpendicular al suelo, y en caso de que el paciente este encamado se colocará con una angulación de 30°.
- En caso de tener que realizar un cambio de bolsa fuera de casa, y no disponer de agua y jabón, puede utilizar unas toallitas limpiadoras específicas para ostomía y secar la zona con un pañuelo de papel.
- Es importante explicarle al paciente que el estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención, por lo que habrá que medirlo habitualmente para ir reduciendo el diámetro del aro adhesivo. Esto debe realizarse para lograr que el dispositivo se ajuste perfectamente al estoma y evitar la irritación de la piel. Si el estoma es irregular, se debe medir tanto el diámetro horizontal como el vertical.
- Una vez estabilizado el estoma y para una mayor comodidad se recomienda comprar bolsas que vienen ya con el adhesivo recortado en un tamaño determinado.

Técnica de vaciado de bolsa de ostomía

La bolsa se debe vaciar o cambiar cuando se ha llenado un tercio o la mitad de su capacidad. El vaciado de la bolsa de ostomía dependerá del tipo de bolsa que porte el paciente, lo que a su vez depende de las características de sus heces¹⁹.

- *Bolsa de recogida cerrada y de una sola pieza*: se debe retirar la bolsa siempre de arriba abajo con cuidado, a continuación se limpiará la piel y el estoma y se colocará la nueva bolsa utilizando la técnica previamente descrita.
- *Bolsa de recogida cerrada y de múltiples piezas*: si hay que cambiar el disco se realizará como si se tratara de una bolsa cerrada de una sola pieza. Si no es necesario cambiar el aro, se desenchajará la bolsa también siempre de arriba abajo, se limpiará el estoma y la piel proximal y se colocará la nueva.
- *Bolsa de recogida abierta*: abriremos la bolsa por el sistema de apertura que presenta en la zona inferior y se basculará el contenido en el inodoro, se limpiará con un paño o papel la zona de cierre y se cerrará de nuevo asegurándose de que este bien cerrada.

Tanto al iniciar como al finalizar esta técnica se debe realizar una correcta higiene de manos. Es labor de los profesionales sanitarios instruir al paciente acerca del método correcto de realización de lavado de manos, ya que la higiene es fundamental en el cuidado del estoma.

Técnica de lavado de manos²⁰ (Anexo I)

- Mojar las manos con agua.
- Aplicar en la mano la cantidad de jabón suficiente para realizar un buen lavado.
- Frotar las palmas de las manos una contra la otra.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la izquierda, entrelazando los dedos, frotando los espacios interdigitales y viceversa.
- Frotar de nuevo una palma de la mano contra la otra pero entrelazando los dedos entre sí.
- A continuación frotar los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta.
- Frotar el dedo pulgar de una de las manos con la otra realizando movimientos circulares y viceversa.
- Luego frotaremos las puntas de los dedos de una mano contra la palma de la contraria y viceversa.
- Finalmente enjuagaremos las manos y las secaremos.
- Evitaremos cerrar el grifo con la mano, se recomienda hacerlo o bien con la toalla o con el codo.

A pesar de que los dispositivos de ostomías están cada vez más avanzados existen multitud de accesorios cuyo uso sigue siendo muy habitual²:

- *Pastas moldeables*: utilizadas para rellenar los desniveles de la piel y lograr así una superficie lisa en la piel periestomal lo que facilitará la adaptación y ayudará a prevenir fugas.
- *Cremas barreras*: poseen propiedades regenerativas por lo que se utilizan para realizar las curas de fístulas y dehiscencias.
- *Cremas protectoras*: se aplican cuando la piel está irritada o presenta dermatitis. Debe aplicarse en cantidades pequeñas, dejando una capa fina y una vez esta capa este seca se colocará del disco adhesivo del dispositivo de recolección, que debe ser de dos piezas para irritar la piel lo menos posible.
- *Películas protectoras*: su función es preventiva, ya que evitan la aparición de irritaciones. Forman una especie de segun piel que protege la piel de las fugas de heces.
- *Placas adhesivas para protección de la piel*: usadas para el tratamiento de la dermatitis; dado que son ricas en hidrocoloides disponen de una alta acción protectora y absorbente.
- *Pastillas gelificantes*: se utilizan en ileostomías, son unas pastillas que se meten en la bolsa y su finalidad es darle a las heces líquidas una mayor consistencia.

- *Cinturones*: su finalidad es asegurar las bolsas, evitar despegues.
- *Desodorantes*: son polvos que se introducen en la bolsa y cuya finalidad es erradicar o disminuir los malos olores.
- *Toallitas limpiadoras*: se utilizan para limpiar el estoma.
- *Pinzas para el cierre*.
- *Sistemas de obturación e irrigación*: cuya finalidad es controlar el momento de evacuación.

Como ya se ha mencionado con anterioridad el sistema de irrigación consiste en introducir de forma controlada agua en el colon con la finalidad de estimular la motilidad intestinal arrastrando así las heces al exterior. De esta forma se consigue una continencia del paciente durante unas 36 h (hasta la próxima irrigación), lo que mejora significativamente la calidad de vida del paciente. Lamentablemente, este sistema de irrigaciones solamente puede utilizarse en pacientes con colostomías descendentes o sigmoideas. Existen una serie de requisitos que deben presentarse para que un paciente sea subsidiario de utilizar estos sistemas de irrigación, que son:

- Existencia de una longitud adecuada de intestino funcionante.
- Ausencia de diarrea.
- Estomas sin complicaciones.
- Existencia de antecedentes de evacuación intestinal regular.
- Buenas condiciones físicas y capacidad de aprendizaje.
- Heces sólidas y consistentes.
- Realización de no más de tres deposiciones al día.

Por otra parte, su uso estará contraindicado en:

- Pacientes paliativos y con metástasis.
- Pacientes portadores de ileostomías, urostomías y colostomías derechas o trasversas.
- Pacientes seniles, con alteraciones cognitivas y con complicaciones en el estoma.

Es labor del personal sanitario explicar a los pacientes que puedan beneficiarse de este sistema los materiales necesarios y la correcta técnica de realización para que puedan realizarla ellos mismos de forma autónoma^{2,7}. Para realizar la irrigación se debe:

- Escoger un buen momento del día en el cual se disponga de un baño.
- Lo primero que se debe realizar es colocar la manga de irrigación, que el paciente debe ajustar bien a su cintura con ayuda de un cinturón para ostomías y se introducirá el extremo inferior de la manga en el inodoro.
- A continuación se lubricará la sonda de irrigación con agua y se introducirá con suavidad en el interior del estoma.

- Luego se rellenará la bolsa de irrigación con 100ml de agua tibia y se colocará a una altura superior a la de los hombros del paciente.
- El agua debe pasar despacio, la presencia de náuseas o dolor indica la necesidad de disminuir la velocidad de flujo.
- Finalmente se retirará la sonda y se esperará a la evacuación que suele durar 45 minutos.

Hábitos dietéticos en los pacientes ostomizados

Las medidas alimentarias en un paciente ostomizado son de gran importancia para conseguir un buen estado de nutrición y con ello, un correcto funcionamiento del estoma. Por tanto, los pacientes ostomizados requieren seguir una pauta de alimentación, durante al menos varios meses, para lograr la consistencia idónea de las heces. La dieta de estos pacientes no debe ser estricta. Por lo general se empieza con una dieta baja tanto en fibra como en residuos y se irán incorporando los alimentos paulatinamente. Una vez superada esta fase, las personas ostomizadas no tienen razones para seguir una dieta diferente a la de otras personas, ni requieren comer alimentos especiales. Como cualquier otro individuo deben llevar una dieta sana y equilibrada.

Es necesario explicarle al paciente que para disminuir la formación de gases deberá masticar bien todos los alimentos, comer despacio y beber abundantes líquidos. El paciente debe evitar ayunar o saltarse comidas ya que omitir comidas aumenta el número de evacuaciones acuosas y de gases. A parte de estas recomendaciones generales, se le deben proporcionar al paciente otras más precisas²²:

- Disminuir la utilización de la cafeína ya que puede incrementar el contenido ácido de tu estómago y aumentar el tiempo de tránsito intestinal.
- Evitar el consumo de tabaco y alcohol debido a que pueden generar alteraciones nutricionales porque producen una disminución del apetito e interfieren en la absorción de diversos nutrientes como el ácido fólico, vitamina B12...
- Proporcionar al paciente listados de alimentos según sus características y las necesidades del paciente:
 - Alimentos que contribuyen a la formación de gas:
 - » Judías, lentejas, frijoles.
 - » Col, rábano, cebolla, brócoli, coliflor, pepino.
 - » Ciruelas, manzana, pasas, plátano.
 - » Cereales con salvado.
 - » Alimentos con elevado contenido de lactosa: leche, helado, crema helada, nata.
 - Alimentos que aumentan los gases y el mal olor:
 - » Legumbres.
 - » Cebolla, ajo, col, alcachofa, espárragos y coliflor.

- » Frutos secos.
- » Huevos.
- » Cerveza y bebidas con gas.
- » Especias.
- » Carne de cerdo.
- » Pescados y mariscos.

– Alimentos que inhiben el olor:

- » Mantequilla, queso fresco y yogur.
- » Cítricos.
- » Perejil.
- » Menta.

– Alimentos aconsejados:

- » Frutas y verduras.
- » Pescados y aves.
- » Pastas y arroces.
- » Leche y derivados.

– Alimentos que se deben evitar:

- » Carne de cerdo y charcutería.
- » Grasas.
- » Picantes.
- » Alcohol y bebidas gaseosas.

– Alimentos astringentes:

- » Plátano y manzana.
- » Arroz cocido.

Si hablamos de modo más general existen unas cuantas recomendaciones que el personal sanitario debe proporcionar al paciente ostomizado que le resultarán de gran utilidad²:

- Se debe recordar al paciente que su estoma no es estéril, por tanto no debe tratarlo como si fuera una herida.
- En caso de observar cambios o lesiones en la piel de la región próxima al estoma se recomienda acudir al médico.
- Evitar la utilización de cremas o aceites en la zona ya que dificultarán la adherencia de la bolsa recolectora.
- El paciente puede bañarse sin la bolsa, es decir, dejando el estoma al aire. Pero, en caso de bañarse con ella deberá asegurarse de que el filtro este bien sellado.
- Se debe mencionar la existencia de dispositivos especiales para viajes o playa.
- Recomendar al paciente que guarde sus bolsas en un lugar seco y sin humedad.

- En caso de gases, no se debe puncionar la bolsa ya que emitirá olores, deberá abrirla para dejar salir el aire.
- Se recomienda evitar en la medida de lo posible el sobrepeso y las actividades que requieran trabajo abdominal.
- La actividad sexual no está contraindicada ni deberá evitarse.
- La presencia de un estoma no contraindica ni complica un embarazo.
- El vestuario no debe verse limitado por la presencia del estoma. Aunque se recomienda evitar las prendas muy ajustadas. Si el paciente nos comenta que los pantalones o las faldas le aprietan, debemos explicarle algunos trucos, como por ejemplo: comprar un trozo de goma con dos ojales y un botón, se debe coser el botón a un extremo del pantalón o falda (al lado contrario en el cual se encuentra el propio botón del pantalón/falda) y se colocará la goma entre ambos ojales.

Además de lo mencionado con anterioridad el personal sanitario debe informar al paciente sobre las complicaciones más frecuentes y los signos de alarma e insistirles en que si aparece alguno debe acudir a su médico. Estos signos y complicaciones son los siguientes^{2,15,21,23}:

- **Complicaciones inmediatas:**
 - *Cambio de coloración del estoma.*
 - *Infección periestomal:* aparece en las primeras semanas. Es importante conocer los signos de infección para lograr una detección precoz: inflamación, fiebre, dolor, rubor y calor.
 - *Dehiscencia:* separación entre el estoma y la piel.
 - *Retracción:* hundimiento del estoma por debajo de la pared abdominal. Suele deberse a una tensión excesiva que interfiere en la fijación del estoma. Hay que valorar si el dispositivo actual se adapta correctamente y no existen fugas y prevenir el estreñimiento en la medida de lo posible.
 - *Hemorragia:* complicación poco frecuente que suele darse en las primeras horas post-intervención. Su etiología es variada, puede deberse a rotura de vasos, a heridas producidas al limpiar el estoma, etc.
 - *Edema:* inflamación de la mucosa de aspecto pálido. Si es extenso puede ocasionar obstrucción intestinal.
 - *Evisceración:* salida de las asas intestinales a través del estoma.
- **Complicaciones tardías:**
 - *Estenosis:* estrechamiento del orificio del estoma producida por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomales, etc. Se deberá revisar la dieta, sobre todo para evitar el estreñimiento. La estenosis grave puede requerir intervención quirúrgica.
 - *Granulomas:* lesiones duras, dolorosas y sangrantes que pueden estar localizadas en la unión del estoma a la piel o en la piel periestomal.

- *Hernia:* complicación más frecuente. Cuando se produce se aconseja no realizar esfuerzos físicos y seguir una dieta de fácil digestión con fibra fragmentada.
- *Prolapso:* protrusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo. Si es muy grande requiere tratamiento quirúrgico.
- *Dermatitis:*
 - » Irritativa: alteración de la piel periestomal causada por el contacto con el material efluente.
 - » Alérgica: alteración de la piel periestomal debida a la hipersensibilidad por algún componente del dispositivo de recogida.
 - » Traumática: por maniobras bruscas durante el cambio de dispositivo.
 - » Micótica: originada por hongos o bacterias.

Es habitual que los pacientes y familiares presenten ansiedad sobre su capacidad para detectar estas complicaciones. El personal sanitario debe insistir en ellas y recordarle al paciente que ante cualquier duda de “anormalidad” en su estoma debe acudir a su médico. La mayoría de las veces estas complicaciones son debidas a un mal manejo del material y del estoma por lo cual podrían evitarse con una buena educación sanitaria y las técnicas previamente mencionadas¹⁵.

Un buen ejemplo de la importancia de la educación sanitaria en la prevención de complicaciones son los problemas cutáneos. Como ya hemos comentado, la salud de la piel periestomal es de gran importancia ya que nos va a garantizar un buen sellado y disminuirá el riesgo de fugas. Con un buen sellado de la bolsa y un correcto seguimiento de las normas previamente descritas el estoma no debería irritarse. No obstante es imprescindible saber qué hacer en caso que surjan problemas e irritaciones cutáneas.

Lo más relevante a la hora de prevenir la aparición de lesiones cutáneas es evitar dañar la piel tanto física como químicamente¹⁷. No se debe raspar ni frotar la zona, no se utilizaran desinfectantes fuertes, no se deben mantener durante mucho tiempo las heces en la bolsa, sobre todo las líquidas ya que son muy irritantes.

Una vez instaurada la irritación cutánea existen numerosas cremas y pomadas para su tratamiento. Debido a que la mayoría de las irritaciones son debidas a fugas, generalmente utilizando un dispositivo de múltiples piezas, garantizando un correcto sellado y aplicando algún tipo de pasta moldeable la irritación suele remitir por si sola¹⁷, sin necesidad de aplicar ningún otro tratamiento.

4.2. Aspectos psicológicos del paciente ostomizado

Cuando hablamos de la ostomía, generalmente lo hacemos desde el punto de vista quirúrgico, olvidando los cambios bio-psicosociales que la intervención produce en el paciente. Los pacientes ostomizados se enfrentan a una serie de problemas que impactan negativamente en su bienestar personal ya que tendrán por delante el desafío

de adquirir habilidades para adaptarse y aceptar su nuevo cuerpo y experimentarán una difícil transición psicosocial.

Todo esto va a suponer un gran esfuerzo de adaptación en el cual la enfermería desempeñará un papel fundamental ayudando al paciente a aceptar su nueva condición, proporcionando cuidados integrales que ayudarán de forma muy favorable al proceso de recuperación del paciente. La individualización del tratamiento es de gran importancia en estos pacientes, ya que cada persona gestiona sus emociones de forma distinta y en consecuencia no todos los individuos reaccionarán de igual manera al cambio que supone una ostomía.

La persona ostomizada puede presentar diferentes reacciones ante la ostomía²⁴:

- Alivio, tras la intervención quirúrgica.
- Preocupación y nerviosismo.
- Pena y depresión intensa durante un periodo más o menos largo de tiempo, manifestando incluso cierta hostilidad.
- Aceptación en el postoperatorio inmediato a la que sigue un periodo de depresión.

La revisión realizada muestra que, desde hace ya muchos años, existe una relación entre el estoma y el impacto negativo en la calidad de vida del paciente, generando ansiedad, depresión y pérdida de relaciones sociales. También se ha visto que el diagnóstico influye; la reacción será mejor en los pacientes oncológicos ya que ven el estoma como la cura de la enfermedad²⁵. Otro aspecto importante a tener en cuenta es la temporalidad de la ostomía, como es lógico las temporales se aceptarán mejor que las permanentes.

En lo relativo a la edad, los pacientes jóvenes suelen presentar una mayor predisposición a la hora del autocuidado aunque tienen gran dificultad para retomar su vida social; mientras que los pacientes ancianos lo llevan peor. Esto se debe fundamentalmente a que los ancianos suelen presentar dificultades físicas y mentales, problemas de aislamiento social y además requieren más tiempo y dedicación para el aprendizaje, es por esto por lo que muchos nunca llegan a aceptar el estoma²⁶.

El uso de sistemas recolectores y otros dispositivos, obliga al paciente a adoptar un estilo de vida diferente y está asociado a cantidad de sentimientos negativos, como pueden ser el miedo, la angustia y la tristeza, que pueden vincularse a sensaciones de infravaloración, pérdida de salud y bajada de autoestima. Los pacientes ostomizados experimentan por tanto numerosos cambios en su vida, principalmente relacionados con su sexualidad y relaciones sociales, ya que se sienten inseguros y tienen miedo al rechazo⁹. Estas alteraciones pueden ser reversibles o irreversibles, dependiendo de la condición clínica de cada paciente, del soporte profesional, del apoyo de la familia y de la utilización de estrategias de afrontamiento²⁷ como son entre otras²⁴:

- Buena información.
- Búsqueda de apoyo: intenta encontrar la comprensión del problema.

- Atribución del problema a causas externas para poder mantener su propia estima de forma positiva.
- Negación, ya que al evitar la confrontación directa con el problema disminuyen las emociones negativas y protege la autoestima.
- Afrontamiento directo y activo de la situación para intentar dominarla.

Se ha observado que los ancianos ostomizados solamente emplean una pequeña parte de sus mecanismos de afrontamiento para hacer frente a su nueva situación. Esto limita su capacidad para enfrentarse y hacer frente a las adversidades relacionadas con su condición, generando potencialmente mayores complicaciones a su salud²⁸.

Apoyo social y familiar

Entre los aspectos a trabajar se encuentra el entorno familiar, donde existe un amplio margen de mejora para la calidad de vida tanto del paciente, como del familiar o cuidador a cargo del mismo. Ya que a ambos les supone una modificación de su estilo de vida, lo cual puede tener consecuencias negativas para su salud¹³.

El apoyo familiar es de gran importancia para el paciente ostomizado, ya que además de interferir positivamente en su recuperación, ayuda a disminuir los sentimientos negativos, a aumentar su autoestima y a aceptar con mayor facilidad su nueva condición. A pesar de esto, la mayoría de los pacientes con ostomías no acuden a sus familiares en busca de ayuda. Esto puede verse en un estudio realizado en 2014²⁹ en el cual el 32% de los integrantes afirmó que nunca había acudido a ningún familiar en busca de apoyo; y solamente el 4% declaró que suele pedir ayuda a su familia. Esto seguramente se deba a que la mayoría de estos pacientes aún no hayan asumido su nueva situación.

Por consiguiente, cuando el paciente comienza a hablar con su familia y amigos a cerca de sus sentimientos, sin miedo ni hostilidad, es cuando empieza a superar sus problemas y aceptar su condición²⁶; este proceso será más corto y sencillo si cuenta con un buen apoyo. La enfermería es clave en este aspecto pues debe apoyar y dirigirse a la familia y al paciente como un todo, favoreciendo el diálogo abierto y facilitando la expresión de preocupaciones y fomentando la unión familia-paciente.

Existe una estrecha relación entre la aceptación del estoma y la actitud que muestra la familia, sobre todo la de la pareja. Un estudio realizado en el año 2014³⁰, concluyó que la pareja es fundamental para el paciente portador de ostomía, cuando la enfermedad presenta complicaciones, siendo su principal red de apoyo. Por tanto, la familia del paciente en el periodo de adaptación es de gran ayuda a la hora de conseguir que el paciente acepte su nueva condición³¹.

La falta de apoyo social y familiar puede llevar, con facilidad, al paciente a caer en profundas depresiones e incluso a pensar en suicidarse³². Para prevenirlo se debe informar a los pacientes sobre la existencia de asociaciones y grupos de apoyo de ostomizados que ayudan al paciente

a asumir su nueva imagen corporal y a enfrentarse con conocimiento, positivismo y energía a su nuevo estilo de vida. Conocer a personas que han pasado por experiencias similares puede ser de gran utilidad para el paciente recientemente ostomizado. No solamente les reconfortará psíquicamente, también facilitará el proceso de afrontamiento y adaptación a su ostomía al darse cuenta de que existen más personas como ellos que han superado la situación y han podido retomar su vida con éxito³³.

Si hablamos de la *población infantil*, para los padres el hecho de que a sus hijos tengan un estoma supone "un duro golpe", ya que se trata de un evento inesperado. El modo en el cual los miembros de una familia gestionan sus emociones y se enfrentan a los cambios y las crisis, afecta a la distribución de roles y responsabilidades de autocuidado del niño. Por consiguiente, conocer el impacto que ha causado el estoma en la dinámica familiar y en la vida de los padres resulta de gran importancia para garantizar el éxito de los cuidados y las intervenciones de enfermería.

Por lo general, el cuidado del niño ostomizado recae sobre las madres. Esto puede verse en un estudio realizado en el año 2013³⁴ donde los cuidados del niño portador de una ostomía era asumido por la madre en un 64% de los encuestados, en este estudio también se ha visto que el 23,17% de los participantes dividen los cuidados entre ambos progenitores.

Es frecuente que los núcleos familiares que atraviesan periodos difíciles presenten problemas a la hora de expresar y compartir sentimientos, por lo que es labor del personal sanitario proporcionar los medios necesarios para facilitar dicha expresión emocional. Generalmente al ser las madres las que suelen encargarse del cuidado del estoma de su hijo, son también estas las que tienen mayor facilidad para hablar e iniciar conversaciones relacionadas con el estoma infantil³⁵. Cabe destacar el hecho de que el método más común de expresar frustración entre los padres es el llanto (29,36%), seguido muy de cerca por el silencio (20,73%)³⁵. Por esta razón, el personal sanitario debe interpretar, con especial atención, el significado de cada una de las posibles formas de manifestación emocional para poder prever con antelación los puntos de conflicto y de consenso en el tratamiento y cuidado del niño ostomizado. Debido a que la mayor carga de cuidados recae en las madres, se les debe brindar especial atención para poder garantizar una atención de calidad del niño³⁵. Probablemente la mayor necesidad de estos padres no sea tanto el manejo instrumental del estoma, sino el apoyo emocional para asumir este estado de salud de su hijo.

La deshidratación se produce con mayor frecuencia en los niños y adolescentes con ostomizados, por lo que, para evitarlo, será necesario estar más pendientes de que tomen los líquidos necesarios.

La actividad física no está restringidas, los niños pueden realizar todas aquellas que se propongan, consultando con el especialista en caso de practicar deportes de contacto, donde se pueda golpear el estoma.

También se aconseja acudir al colegio o instituto con bolsas extras y material de repuesto, e informar y proporcionar a

alguno de los profesores las instrucciones e indicaciones necesarias sobre el cuidado del estoma, para que sirvan de apoyo en caso de que fuera necesario.

Aspectos relacionados con la sexualidad

Muy ligado al apoyo familiar se encuentra la sexualidad. Diversos estudios relacionan la existencia de una ostomía con trastornos sexuales y posteriores alteraciones psicológicas que afectarán a la autoestima y la seguridad personal. La mayoría de los problemas sexuales experimentados después de una cirugía de ostomía son emocionales, y generalmente se deben a la falta de información. Por tanto, se considera un problema que los profesionales de la salud deben abordar, ya que se para obtener una rehabilitación satisfactoria, es preciso aceptarse a uno mismo.

Existen una serie de mitos que el personal sanitario debe aclarar al paciente³⁶:

1. *Nadie me amará jamás a causa de mi estoma*: es comprensible sentirse así. La actitud de la persona ostomizada desempeña un papel fundamental, si te sientes cómodo y aceptas tu nuevo cuerpo entonces tu pareja hará lo mismo.
2. *El olor de mi estoma causará malestar a mi pareja*: actualmente existen desodorantes especialmente diseñados para ostomías que ayudan a reducir el olor. Además, los dispositivos más modernos se realizan con materiales libres de olor.
3. *Los movimientos y la presión de nuestros cuerpos lastimarán mi estoma*: el movimiento y contacto próximo de los cuerpos no dañará tu estoma durante el acto sexual.
4. *No puedes quedar embarazada si tienes un estoma*: las mujeres portadoras de ostomías pueden quedarse embarazadas, y tienen bebés sanos. Sin embargo, es muy importante que los profesionales de la salud hagan un seguimiento durante el embarazo.

También se ha comprobado que los pacientes ostomizados cuya pareja es compresiva y estable, aceptan con mayor facilidad su cuerpo, lo que les ayuda a mejorar su deseo sexual²⁶. Aunque abordar la sexualidad es un tema complicado ya bien por la timidez del paciente, el miedo a exponer sus dudas o el déficit de información del personal sanitario sobre este tema, se debe formar siempre al profesional y este debe tratar el tema con naturalidad con todos los pacientes.

La falta de información sobre el estoma y su funcionamiento, aumenta los temores e inhibe el deseo sexual, por lo tanto contar y explicar a tu pareja lo que es un estoma y como funciona será beneficioso³⁶. Por tanto, cuanto más información compartas con tu pareja más sencillo será el abordaje de los temas sexuales.

Existen una serie de recomendaciones para aumentar la comodidad del paciente durante el acto sexual³⁶:

- Se recomienda procurar centrarse en los sentimientos, no en la bolsa.

- Vaciar la bolsa antes de iniciar la actividad sexual.
- Asegurarse de que la bolsa esté bien sujeta.
- Si te preocupa la apariencia de la bolsa, utiliza un cobertor de bolsa o una bolsa que no sea transparente. También existen bolsas de menor volumen, cerradas y desechables, que resultan de gran utilidad para las relaciones sexuales ya que pasan más desapercibidas.
- Si tu pareja se preocupa porque podría herir tu estoma, no lo interpretes como un rechazo.
- Si tiene una colostomía descendente o sigmoidea y utiliza irrigaciones, se recomienda realizarla justo antes de mantener relaciones sexuales ya que le permitirá usar un tapón obturador durante el acto.
- Se recomienda evitar todas aquellas posturas en las cuales la bolsa permanece oprimida.

Imagen corporal

Otro aspecto psicológico importante a tratar es la imagen corporal, que se define como la representación mental que cada persona tiene sobre su propio aspecto físico que comienza a formarse en la infancia y está muy ligada a la autoestima. Este concepto también incluye la percepción que cada persona considera que tienen de su cuerpo el resto de personas. Los individuos ostomizados experimentan pérdida de autoestima debido a los cambios a los que se ven sometidos y a las dificultades que deben superar, como son: el cuidado del estoma, la opinión de los demás, la compra y el uso de dispositivos, las diversas consultas médicas, las posibles complicaciones, etc.

El impacto psicológico de una ostomía puede ser devastador para la imagen corporal del paciente ya que supone un cambio en el aspecto corporal del individuo y además se generan innumerables dudas e incertidumbre sobre cómo será su vida a partir de ese momento. Muchas personas quieren retrasar el momento de ver su estoma por primera vez, es un momento que genera diversas sensaciones entre las que se encuentran el miedo, o la curiosidad. Algunas personas verbalizan su preocupación y miedo, mientras que otras optan por interiorizarlo.

El paciente debe aceptar esta nueva situación, para lograrlo pasará por un periodo de duelo pasando por las diversas fases que describió en su día Kübler-Ross (Anexo III), esta adaptación requiere tiempo que dependerá tanto de las habilidades de enfrentamiento que tenga el paciente como del apoyo social del que disponga. Además, el estoma le provocará ansiedad, depresión u otros trastornos psicológicos que dificultarán la aceptación del estoma, causando agresividad y retraimiento de las relaciones personales, por lo que es fundamental ayudar a estos pacientes. Numerosos autores que han estudiado los problemas psicológicos de los pacientes ostomizados consideran que la aceptación de la nueva imagen corporal del paciente es imprescindible para que acepte el estoma y no se aisle socialmente²¹. Y es que, en numerosas ocasiones el paciente teme ser rechazado por su círculo cercano, temor que fomenta el aislamiento social. Para evitar esto tanto el personal sanitario como la familia y amigos del paciente deben mostrarle su apoyo

animándolo y planteándole planes o actividades para realizar juntos. Es importante saber que los hombres toleran peor que las mujeres esta nueva fase de su vida, delegando, muchos de ellos, el cuidado de su estoma en su mujer o hijos²¹.

Una vez aceptada la nueva situación, hay personas que recalcan la importancia de ver el estoma como algo normal que deben aceptar como parte de su cuerpo. Sin embargo, otras personas no lo ven así, para ellos el estoma es algo anormal y tienden a cosificarlo³⁷. Muchos pacientes ostomizados muestran preocupación sobre cómo la presencia del estoma les podría afectar de cara a encontrar pareja o a la dificultad de acostumbrarse a esta modificación que se ha producido en sus cuerpos. También existe controversia en lo relacionado con la ocultación del estoma. Muchos pacientes opinan que no deben ocultar su estoma, ya que no es algo por lo que tengan que avergonzarse y no tienen ningún problema en que los demás conozcan su situación. Por el contrario, otros tienden a ocultarlo por miedo al qué dirán³⁷.

Trabajo

Una vez superado el tiempo de recuperación el paciente podrá reincorporarse de forma paulatina a las actividades de su vida diaria. Una vez haya logrado recuperarse completamente será el momento de retomar su vida laboral².

El paciente no tendrá ningún inconveniente para regresar a su empleo, la única restricción que deberá tener en cuenta es que no podrá levantar grandes pesos ya que realizarlo, podría derivar en hernias o prolapsos. Aun así, hay personas con ostomías que cargan cosas pesadas como bomberos, mecánicos y camioneros.

Consejos³⁸:

- Hable con su jefe y explíquele su nueva situación.
- Incremente las horas de trabajo gradualmente.
- Prepare un pequeño neceser con todo el material que necesite.
- Necesitará disponer de un baño accesible que le ofrezca la intimidad necesaria para cambiarse el dispositivo.
- Haga algunas pruebas antes de comenzar a trabajar, pensando en la dieta y la ropa, etc.

Generalmente las personas ostomizadas presentan grandes dificultades a la hora de volver a su trabajo, ya que temen ser rechazados. Así, hay pacientes que acaban solicitando la jubilación anticipada por invalidez². Esta falta de habilidades laborales fomenta aún más el aislamiento social, perjudicando también la calidad de vida del paciente.

Calidad de vida

La realización de una ostomía genera una gran preocupación y afecta profundamente la calidad de vida de los pacientes, sobre todo durante los primeros meses, según va pasando el tiempo y de forma gradual la calidad de vida va aumentando.

Los pacientes ostomizados suelen experimentar multitud de sentimientos negativos que expresan de forma diferente, muchos de ellos no tienen facilidad para exteriorizar dichas emociones, y tiene miedo de no ser comprendidos. Esto significa que los profesionales sanitarios deben disponer de las habilidades necesarias para comprender ese lenguaje e intentar mitigar esos sentimientos negativos explicándole al paciente todos los procedimientos y estando presente en todo el proceso de la enfermedad hasta su recuperación.

Se ha observado que las preocupaciones de los pacientes ostomizados que más interfieren en su calidad de vida son²¹:

- Temor a la incontinencia.
- Desprendimiento de malos olores.
- Miedo por sufrir un deterioro en sus relaciones sociales y sexuales.

Un estudio realizado en el año 2012³⁵ concluye que, en la recuperación de la calidad de vida del paciente, tiene gran importancia el correcto funcionamiento de las bolsas de ostomía, además se afirma que su mal funcionamiento puede generar trastornos del sueño y que las complicaciones del estoma interfieren de forma negativa en la calidad de vida del paciente. Otros estudios²¹ han demostrado que la edad no interfiere en la calidad de vida del paciente ostomizado, sin embargo se ha visto que las mujeres suelen presentar una percepción de calidad de vida menor que la de los hombres. También se ha visto que los pacientes portadores de ostomías con empleo responden de manera más positiva a los cambios que genera la presencia del estoma que los parados. Por lo tanto, el trabajar, aumentaba la confianza en sí mismos y su utilidad a la sociedad²¹.

En un estudio realizado en el año 2016³⁹, se expone el caso de un paciente de 40 años de edad, buzo profesional, portador de una colostomía permanente. El paciente deseaba con todas sus fuerzas retomar su profesión, gracias al consejo y apoyo de la enfermera estomaterapeuta y otros profesionales sanitarios, se logró planificar una estrategia para que el paciente pudiera volver a ejercer su profesión. Gracias al programa elaborado, el paciente fue capaz de llevar a cabo una vida normal realizando irrigaciones y utilizando tapones obturadores. Se observó que fue capaz de realizar inmersiones submarinas de hasta 40 metros, sin manifestar complicaciones o limitaciones. Este estudio, es por consiguiente un claro ejemplo de que con apoyo y ayuda se puede recuperar en mayor o menor de vida la calidad de vida presente antes del estoma.

Medir la calidad de vida es difícil debido a que se trata de una evaluación subjetiva de la propia satisfacción del paciente, respecto a su salud y bienestar. Por ello la inmensa mayoría de los cuestionarios sobre calidad de vida incluyen gran diversidad de ítems, entre los que se incluyen⁴⁰:

- Problemas sexuales.
- Depresión.
- Emisión de gases.
- Estreñimiento.

- Rechazo de la imagen personal.
- Cambio de ropa.
- Dificultades para viajar.
- Cansancio.

Inserción social

Como se ha mencionado en puntos anteriores el hecho de vivir necesariamente 24 horas al día conectado a una bolsa de ostomía genera infinidad de sentimientos negativos que fomentan el aislamiento social. Numerosos estudios describen como causas de aislamiento del paciente ostomizado: la vergüenza o la distorsión de la autoimagen. Por consiguiente, son muchos los pacientes que cambian su manera de vestir, tendiendo a utilizar ropa holgada para poder ocultar el sistema colector. Además se observa que la mayoría de estos pacientes no regresa al trabajo, lo que aumenta aún más el aislamiento^{41,42}.

La reinserción social debe ir destinada al paciente, pero es imprescindible trabajar en la creación de un ambiente familiar óptimo, en el que todas las partes implicadas busquen su bienestar personal. La ostomía no es impedimento para realizar una vida social activa, de hecho estar activo y ocupado resultará beneficioso.

Es labor del servicio sanitario fomentar la inserción y poner al alcance de los pacientes todas las estrategias disponibles.

Es importante recordarle al paciente que no está sólo y que hay muchas personas en su misma situación. Las estrategias de interacción grupal con pacientes que están viviendo la misma experiencia pueden ser de gran utilidad en la práctica clínica, principalmente para mayor proximidad y enfoque de cuestiones psicosociales⁹ ya que comunicarse con personas que se encuentran en la misma situación resulta más sencillo.

Actividad física y ocio

La realización de actividad física aumenta el bienestar físico y ayuda a potenciar las relaciones sociales. Se considera, por tanto, una forma de aceptar con mayor facilidad la ostomía.

Ser portador de una ostomía no impide la realización de ejercicio, se debe comenzar de forma progresiva teniendo siempre en cuenta el estado de salud del paciente y sus capacidades. Es importante saber que están totalmente desaconsejados aquellos deportes que requieran un gran esfuerzo abdominal o que pueden causar lesión directa sobre la ostomía como el judo, kárate o boxeo entre otros.

Recomendaciones generales que se deben dar a todas las personas portadoras de ostomías para realizar ejercicio físico⁴³:

- No debe iniciarse la práctica deportiva hasta pasados 3 meses de la intervención.
- Comprobar que el dispositivo se encuentra bien adherido a la piel antes de comenzar a realizar ejercicio físico.

- Vaciar siempre todo el contenido de la bolsa antes de comenzar.
- En deportes considerados de riesgo, se recomienda proteger el estoma, utilizando por ejemplo una faja.
- Si el paciente es portador de una urostomía o ileostomía debe ingerir abundantes líquidos antes de iniciar la práctica deportiva.
- En caso de que existan hernias, está totalmente contraindicada cualquier práctica deportiva.

El hecho de portar una ostomía no debe impedir al paciente realizar actividades que realizaba con anterioridad.

Una persona portadora de ostomía podrá viajar sin problemas en cualquier medio de transporte. En caso de conducir, es importante asegurarse de que el cinturón no comprima el estoma. Si el viaje a realizar es de larga duración el paciente deberá llevar consigo suficiente material de recambio por si no pudiera adquirirlo². Es también importante prestar atención al agua y a los alimentos consumidos, sobretodo en determinados países, ya que pueden producir graves diarreas. Si va a volar, asegúrese de disponer de suficientes dispositivos, se recomienda repartirlos en diferentes bolsos por si se pierde el equipaje o se demora el vuelo, así mismo se recomienda llevar consigo un pequeño neceser. Recuerde que no se permite llevar tijeras en el equipaje de mano, de modo que debe llevar los discos adhesivos ya cortados. Si la bolsa se hincha demasiado, no se preocupe ya que es debido a los cambios de presión que se producen durante el vuelo y los dispositivos están preparados para soportarlas³⁸.

El paciente no debe renunciar a la playa ni a la piscina. Actualmente existen numerosos dispositivos especiales para bañarse que presentan un menor tamaño para poder disimularlos fácilmente². Existen una serie de recomendaciones generales que todos los pacientes deberían conocer⁴³:

- Antes de acudir o bien a la playa o bien a la piscina el paciente deberá colocarse el dispositivo adecuado, asegurarse de que este bien cerrado para evitar la entrada de agua y/o arena que puede causar infecciones.
- Si es posible utilizar bolsas minis o cubre estomas ya que resultan más cómodos y pasan más desapercibidos.
- Nunca se debe exponer directamente el estoma al sol, debe de estar siempre protegido por un dispositivo.
- Se recomienda aplicarse las cremas o aceites solares una vez tenga la bolsa colocada, ya que pueden interferir en la correcta fijación, impidiendo que la bolsa se adhiera correctamente.
- En caso de precisar realizar un cambio de disco adhesivo se recomienda realizarlo unas horas antes de nadar.
- Es importante asegurarse de que el filtro este bien tapado y se recomienda vaciar antes del nado la bolsa recolectora.
- Aunque todos los discos adhesivos sean resistentes al agua, se recomienda la utilización de potenciadores de la placa adhesiva.

- Para una mayor fijación de la bolsa se recomienda a los hombres colocarse un calzoncillo o short de licra bajo el bañador.
- Si no desea mostrar su bolsa puede utilizar fundas de tela. En el caso de las mujeres, la utilización de bañadores de una pieza y estampados ayudan a que la ostomía pase desapercibida.
- En caso de ir a balnearios, evitar chorros y presión de agua directamente sobre el abdomen, vigilar los adhesivos al terminar los tratamientos.

Afrontamiento de la situación

El estoma representa una pérdida de integridad corporal, continencia, confianza, independencia y estilo de vida; es por ello por lo que afrontar esta situación le resulta tan difícil al paciente. El afrontamiento es diferente en cada persona y depende:

- La forma que tiene cada persona de abordar los problemas.
- La calidad del apoyo familiar del individuo.
- Los recursos financieros y asistenciales recibidos durante el tratamiento.

Según las estrategias de afrontamiento de la situación podemos clasificar a los pacientes portadores de ostomías en tres grupos:

1. *Personas que fueron mal informadas sobre el proceso:* tendrán grandes problemas para asumir su nueva condición.
2. *Personas que comprenden que la ostomía es la única solución:* estos individuos aceptan su nueva situación porque no hay otra alternativa, saben que será difícil adaptarse a ella pero no se sienten enfermos.
3. *Personas que aceptan sin reparo la ostomía:* son pacientes con buen apoyo familiar que tienen una expectativa de recuperación breve.

Debido a las grandes diferencias que existen entre las personas a la hora de afrontar nuevas situaciones, los profesionales sanitarios deberán encontrar los medios más adecuados para motivar a cada paciente en particular. Atendiendo, en cada caso, a sus dificultades físicas, psíquicas y sociales se consigue un cuidado integral que facilita la superación personal y la aceptación de su nueva condición crónica.

Por ejemplo, los ancianos ostomizados no suelen emplear todos sus mecanismos de defensa como parte del proceso de afrontamiento, utilizan solamente una pequeña parte. Esto limita, en gran medida, la capacidad de estas personas para aceptar su situación y hacer frente a las adversidades generando la aparición de múltiples sentimientos negativos y aumentando la probabilidad de desarrollar complicaciones. Las estrategias más utilizadas por los ancianos son aquellas encargadas de regular el impacto emocional frente al estrés, generando procesos

defensivos que en ocasiones hacen que el individuo se aleje de la realidad. También se ha visto que algunos de ellos tienden a utilizar aquellas estrategias dirigidas a administrar los problemas y hacer frente a la realidad, lo que será beneficioso para el anciano ostomizado ya que facilitará la aceptación de la situación²⁸.

Un estudio realizado en el 2014⁴⁴, remarca la importancia del abordaje bio-psico-social del paciente basándose en que mediante un tratamiento integral se consigue aumentar el estado emocional del paciente y en consecuencia se incrementará la capacidad de afrontamiento llevando a rehabilitación más rápida y eficaz. Consecuentemente, se puede afirmar que el personal sanitario requiere fortalecer las medidas de educación y capacitación para lograr que los pacientes obtengan mejores respuestas adaptativas.

4.3. Discapacidad y ayudas sociales

Otros temas relevantes y algo olvidados sobre los cuales el personal sanitario debe tener conocimientos son las ayudas sociales que disponen los pacientes ostomizados y los aspectos relacionados con la discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la discapacidad como toda restricción o ausencia, causada por una deficiencia, de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen considerado normal para el ser humano. Es importante diferenciar el término discapacidad del de minusvalía ya que tienden a confundirse. Una minusvalía es una situación de desventaja originada como consecuencia de una discapacidad.

Ostomías y discapacidad

Según el capítulo 7 del Real Decreto 1971/1999 del 23 de Diciembre (Anexo IV) de procedimientos para el reconoci-

miento, declaración y grado de minusvalía, que trata los problemas digestivos, ser portador de una ostomía equivale a una discapacidad del 24%.

Para poder beneficiarse de las ayudas sociales y fiscales, una persona debe presentar una discapacidad igual o mayor del 33%. Los pacientes ostomizados pueden alcanzar este grado de discapacidad si presentan alguna otra alteración y si cumplen una serie de factores sociales (estos factores solo se baremarán si la discapacidad es mayor o igual al 25%)⁴⁵.

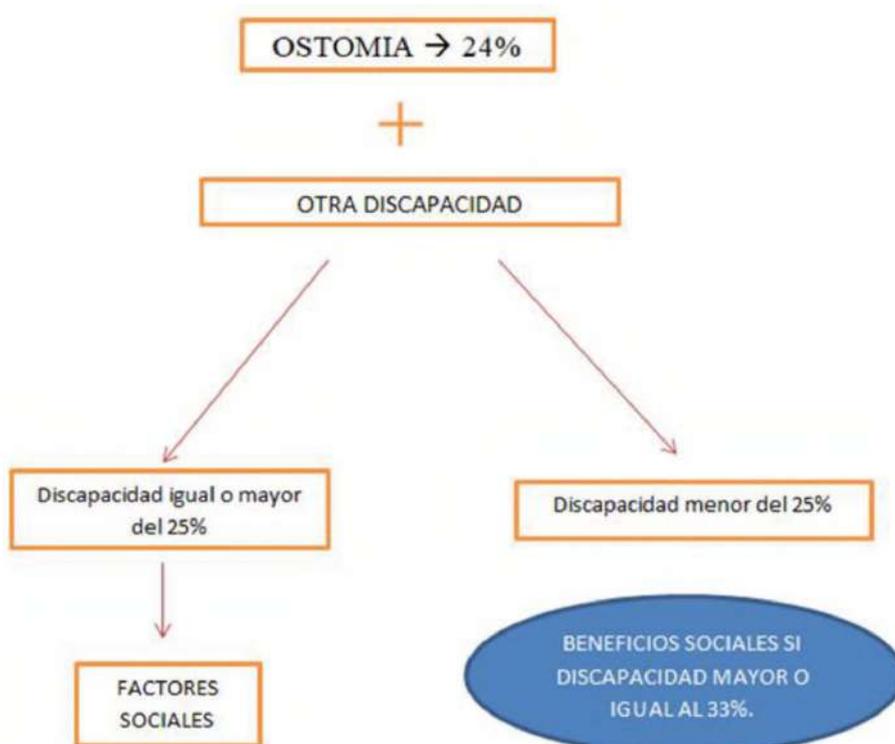
Los factores sociales que se tendrán en cuenta son⁴⁵:

- Factor familiar.
- Factor económico.
- Factor laboral.
- Factor cultural.
- Factor entorno.

La máxima puntuación alcanzable es 15.

Existen diferentes grados de discapacidad²:

- *Grado I o discapacidad nula:* signos, síntomas o secuelas mínimas que no justifican una disminución de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria.
- *Grado II o discapacidad leve:* signos, síntomas o secuelas leves que pueden justificar una disminución de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, pero suelen poder realizarlas sin problemas.
- *Grado III o discapacidad moderada:* signos, síntomas o secuelas que causan una disminución importante de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, la persona es independiente para su autocuidado.



- *Grado IV o discapacidad grave:* signos, síntomas o secuelas mínimas que producen una gran disminución de la persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria, debe estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.
- *Grado V o discapacidad muy grave:* signos, síntomas o secuelas que imposibilitan a la persona realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Para determinar el porcentaje de discapacidad se han establecido 5 clases según la importancia de la patología o deficiencia y el grado de discapacidad que produzca²:

- *Clase I:* se engloban en esta clase todas las deficiencias permanentes que hayan sido diagnosticadas y demostradas pero que no causan ningún tipo de discapacidad. El porcentaje otorgado es del 0%.
- *Clase II:* en esta clase se sitúan todas aquellas deficiencias permanentes demostradas que produzcan una discapacidad leve. A esta clase corresponde un porcentaje de entre 1 y 24%. En esta clase se situarían las ostomías.
- *Clase III:* deficiencias permanentes demostradas que causan una discapacidad moderada. El porcentaje que corresponde a esta clase es del 25 al 49%.
- *Clase IV:* deficiencias permanentes demostradas que cursan con discapacidad grave. Se otorga un porcentaje comprendido entre el 50 y 70%.
- *Clase V:* se incluyen en esta clase las deficiencias demostradas que generan discapacidades muy graves. En esta clase las personas suelen necesitar depender de otras para llevar a cabo las actividades más rudimentales. A esta clase corresponde un porcentaje del 75%.

Una vez alcanzado un grado de discapacidad igual o mayor del 33%, el paciente ostomizado presentará grandes beneficios, tanto sociales como fiscales^{2,46}:

Beneficios sociales

- Bono taxi.
- Zonas de aparcamiento reservado.
- Tarjetas de aparcamiento.
- Ayudas domiciliarias.
- Ayudas para materiales ortopédicos y sillas de rueda.

Beneficios fiscales

- *Disminución del IRPF:* en el artículo 58 del Real Decreto 3/2014 del 5 de Marzo, se indica que se reducirá la base imponible en 2000 euros anuales en todos los contribuyentes discapacitados. En caso de que la minusvalía sea igual o superior al 65% se reducirá en 5000 euros/año.
- *Impuestos sobre el Valor Añadido (IVA):* a la hora de adquirir un vehículo adaptado a personas discapacitadas el IVA se verá reducido, pasando del 16% al 4%.

- *Exención en el impuesto de circulación de vehículos:* estarán exentos de pago del impuesto sobre vehículos de tracción mecánica, vehículos para personas con movilidad disminuida y vehículos matriculados a nombre de una persona minusválida cuyo uso vaya a ser exclusivo.
- *Renta Activa de Inserción (RAI):* subsidio extraordinario al cual pueden acceder las personas con una discapacidad igual o superior al 33% que hayan agotado las prestaciones de desempleo, siempre y cuando sus rentas no superen el 75% del salario mínimo interprofesional.
- *Fomento del empleo autónomo para personas con discapacidad:* las personas discapacitadas que deseen emprender una actividad por cuenta propia pueden acogerse al programa de fomento del empleo autónomo y recibir así una ayuda de hasta 10000 euros para iniciar su negocio.

4.4. Preguntas más frecuentes del paciente ostomizado

Una vez realizada la ostomía, al paciente suelen surgirle infinidad de dudas al verse ante una situación nueva, como ya hemos comentado es labor del personal sanitario ayudar y apoyar al paciente durante todo el proceso al igual que deberá animarle a expresar sus dudas y solucionarlas.

Según diversas asociaciones de pacientes ostomizados, estas son las preguntas más frecuentes^{47,48}:

¿Cómo suele evolucionar el estoma?

El estoma suele cambiar de aspecto las primeras semanas después de la intervención, cambiando de diámetro e incluso de forma. Pasado un tiempo, la mayoría de estomas adquieren un aspecto definitivo. Es muy importante adaptar el diámetro de la bolsa al estoma para evitar complicaciones cutáneas y fugas.

¿El estoma duele?

En el estoma no existen terminaciones nerviosas, por ello es posible tocar el estoma con total confianza ya que no debería doler. Si duele, es probable que venga de la piel periestomal, por lo que se recomienda consultar con el profesional sanitario.

¿Es normal que el estoma cambie de tamaño?

Sí, se trata de algo normal, este cambio de tamaño suele notarse más después de la cirugía, tras unas 6-8 semanas. Luego el estoma permanecerá invariable tanto en forma como en tamaño.

¿Cómo se mide el estoma?

El diámetro del estoma se puede medir con una plantilla medidora que se adjunta dentro de la caja de las bolsas.

¿El estoma puede sangrar?

El estoma es una mucosa muy vascularizada y en ciertas ocasiones, durante el higiene o cambio de bolsa colectora puede sangrar pero no debe ser alarmante, ya que suele

ceder casi de inmediato. Si no cediera o se observará sangre en el interior de la bolsa, sería necesario consultar con el médico.

¿Si bebo menos, conseguiré tener las heces más espesas?

Esta duda es común en portadores de ileostomía. Pensar esto es un error, ya que beber menos, puede provocar deshidratación y desnutrición ya que también se suele restringir la ingesta de alimentos.

¿Por qué se recomienda no ganar mucho peso?

Es normal que tras una intervención y debido a los tratamientos el paciente gane algo de peso. Pero, si este peso es excesivo, la pared abdominal se expandirá demasiado y pueden producirse cambios en el estoma y piel proximal que dificultarán la correcta adaptación del dispositivo, lo que puede causar fugas. Con el aumento excesivo de peso también aumenta la presión abdominal y existe mayor riesgo de aparición de una hernia.

¿Puede despegarse la bolsa?

Los adhesivos de los dispositivos de ostomias están diseñados para que se adhieran a la piel y se mantengan bien pegados. La producción de despegues frecuentes puede ser debido a la realización de un procedimiento o dispositivo incorrecto. Para solucionarlo se requiere una valoración de la situación y ofrecer las recomendaciones adecuadas para su caso concreto.

¿Mi forma de vestir se verá alterada?

Los dispositivos que se utilizan son cada vez más discretos y permiten seguir llevando la misma ropa que antes de la realización de la ostomía. La única precaución a tener en cuenta es que no deben oprimirse, por lo que suele recomendarse utilizar tirantes en vez de cinturones.

¿Es normal sentir ganas de defecar?

Es frecuente presentar una sensación similar a la de evacuar por la vía natural aún después de haberse practicado la ostomía. Muchas personas incluso se sienten aliviadas al sentarse en el inodoro. Aunque parezca una sensación molesta, con el tiempo desaparecerá.

¿Debo tener cuidado a la hora de tomar medicamentos?

Generalmente no existen grandes inconvenientes, pero es necesario saber que algunos medicamentos pueden modificar tanto el olor como el color de la orina o heces. Por lo que siempre se recomienda comentarle al médico el hecho de ser portador de una ostomía.

¿Es posible controlar los gases y olores?

Ser una persona portadora de una ostomía supone ser incontinente y en consecuencia, perder el autocontrol tanto de la salida de heces como de los gases. Las bolsas de ostomía llevan un filtro cuya función es minimizar los olores y a través del cual se expulsan los gases. Aunque no es posible controlarlo, existen una serie de alimentos que ayudan a disminuir tanto los gases como los olores.

¿Sufre el estoma en contacto con el agua?

Ni sufre ni permite la entrada de agua a su interior. La ducha puede realizarse tanto con como sin bolsa, cada paciente elegirá lo que le resulte más cómodo. En caso de baños en playas y piscinas siempre ha de hacerse con bolsa, se debe informar al paciente de la existencia de fundas con diferentes estampados para cubrir las bolsas y de dispositivos especiales de playa cuyo tamaño es menor.

¿Cómo debo informar a otras personas a cerca del estoma?

Será el propio paciente el que decida a quien quiere informarle sobre su estoma. Lo normal es informar primero a las personas más cercanas. Hablar con los seres queridos también es una forma saludable de encarar sus emociones y fomenta la aceptación de la ostomía.

¿Cuándo es urgente consultar con un especialista?

- Presencia fiebre igual o superior a 38 °C
- Si la ostomía no excreta nada.
- Existencia de dolor, cólicos, náuseas o vómitos.
- Diarrea no controlada con dieta durante más de tres días.
- Presencia de complicaciones importantes como hemorragia extensa o cambios de coloración del estoma, entre otras.

¿Qué necesito cuando salgo de casa?

Suele recomendarse llevar un pequeño neceser con todo lo necesario para efectuar un cambio imprevisto de dispositivo. Esto hará que la persona se sienta más tranquila y podrá cambiarse en cualquier lugar y cuando lo necesite.

Se recomienda llevar:

- Una bolsa de plástico para desechar lo utilizado.
- Un recambio de bolsa de ostomía.
- Unas toallitas húmedas sin aceites grasos para que no dificulten la adhesión.
- Pañuelos de papel para poder secar la zona antes de colocar el dispositivo.

¿Qué debe hacerse en caso de diarrea?

En caso de diarrea existen unas recomendaciones dietéticas que toda persona portadora ostomía debería conocer:

- Tomar alimentos astringentes: arroz, patata, pasta, zanahoria cocida, pan, plátanos, carne y pescado a la plancha...
- Tomar líquidos abundantes en pequeñas tomas para evitar la deshidratación: agua, caldo de arroz, zumo de manzana, infusiones de manzanilla, poleo, agua de limón...
- Tomar yogurt natural o descremado, leche sin lactosa...

- Evitar los alimentos como verduras, cereales la leche entera, el café y en general alimentos que contengan mucha fibra...
- Evitar tomar alimentos muy calientes; es mejor templados o a temperatura ambiente.

En caso de que la diarrea no cese con las recomendaciones dietéticas, se deberá acudir al médico.

¿Cuánto pagaré por las bolsas?

En España, desde el año 2012 si el paciente está jubilado deberá abonar el 10% del precio de los fármacos o dispositivos.

Existen además unos topes:

- *Renta inferior a 18.000 euros anuales:* no pagarás más de 8 euros al mes.
- *Renta entre 18.000 y 100.000 euros anuales:* no pagarás más de 18 euros al mes.
- *Renta superior a 100.000 euros al año:* no pagará más de 60 euros al mes.

5. CONCLUSIONES

- Existen infinidad de dispositivos recolectores para pacientes ostomizados, siempre se elegirá el dispositivo que mayor beneficio tenga para el paciente, teniendo en cuenta el tipo de estoma y la consistencia de las heces.
- Los sistemas de irrigación permiten la evacuación deliberada de heces y resultan de gran utilidad para el paciente, lamentablemente no puede usarse en cualquier tipo de ostomía; solamente se utiliza en pacientes portadores de colostomías descendentes o sigmoideas.
- El tapón obturador es un dispositivo similar a un tapón que se introduce dentro del estoma y que evita fugas o escapes. Suele utilizarse tras la realización de irrigaciones y proporciona al paciente una mayor comodidad, siendo además un dispositivo muy discreto, prácticamente inapreciable.
- La eliminación completa de malos olores o gases no es posible, pero existen numerosos alimentos que los disminuyen.
- La educación sanitaria es imprescindible ya que no solamente ayuda al paciente en los temas relacionados con los cuidados del estoma, también juega un gran papel en los aspectos psicológicos y en la recuperación.
- La presencia de una ostomía produce en el paciente la aparición de multitud de sentimientos negativos como son, entre otros, la tristeza, la angustia, el miedo y la ansiedad. Estos sentimientos deben ser abordados por el personal ya que de no ser así interferirán de manera negativa en la calidad de vida y la integración social del paciente.
- Todas las personas necesitamos tiempo para adaptarnos a cambios, una ostomía es un cambio en la estructura

corporal que el paciente deberá superar para ello debe atravesar una serie de etapas. El tiempo que requieren para adaptarse a su nueva condición varía según la persona, siendo esencial el apoyo y estímulo familiar, de amigos y del personal sanitario.

- La mayoría de las personas portadoras de ostomía tienden a ocultar sus sentimientos y no abordar dicho tema con facilidad hasta que hayan logrado superarlo y aceptar su nueva situación.
- El apoyo familiar y de la pareja del paciente es imprescindible e incrementa, en gran medida la aceptación del estoma.
- La presencia de un estoma en un niño, no debe limitar en absoluto sus actividades diarias.
- El cuidado de la mayoría de los estomas de los niños ostomizados recae en las madres.
- Los padres más que educación sanitaria dirigida al cuidado del estoma, necesitan apoyo emocional para lograr asumir la situación de su hijo/a.
- La falta de apoyo social suele causar depresión. Es por tanto labor del personal sanitario informar, tanto a los pacientes que cuenten con un buen apoyo familiar, como a aquellos que no disponen de él, de la existencia de asociaciones para pacientes ostomizados.
- Ser portador de una ostomía interfiere en la vida sexual del paciente. Se ha comprobado que tener una pareja estable y comprensiva aumenta la autoconfianza y el deseo sexual.
- La ostomía produce un impacto psicológico devastador en la imagen corporal del paciente. La aceptación de la nueva imagen corporal es imprescindible para la aceptación del estoma.
- En lo relativo al ámbito laboral, el paciente podrá retomar su trabajo una vez se haya recuperado por completo siempre y cuando su trabajo no requiera grandes esfuerzos abdominales. Muchas personas ostomizadas deciden solicitar la jubilación anticipada, se ha comprobado que este hecho fomenta el aislamiento social.
- Ser portador de una ostomía genera una disminución de la calidad de vida del paciente, para evitarlo, es aconsejable el uso de los servicios de estomaterapia.
- Una persona portadora de ostomía suele presentar temor por la incontinencia, olores y pérdida de relaciones sociales y sexuales. Se ha visto que el buen funcionamiento del estoma así como un buen apoyo social aumenta la calidad de vida de estas personas.
- Las asociaciones de ostomizados y la interacción grupal con personas que se encuentren en la misma situación ayuda a fomentar la inserción social del ostomizado.
- El hecho de tener una ostomía no impide a la persona realizar las actividades que realizaba con anterioridad. De hecho, se ha demostrado que realizar deporte y actividades de ocio fomenta el bienestar personal y ayuda a aumentar las relaciones sociales.

- Ser portador de una ostomía otorga una discapacidad del 24%, si solamente se le concede al paciente este grado de discapacidad no obtendrá ningún tipo de beneficio ni social ni fiscal.
- En caso de que el paciente ostomizado presenta alguna que otra alteración y cuente con factores sociales que se tengan en cuenta a la hora de baremar la discapacidad y, siempre y cuando alcance un grado de discapacidad igual o mayor del 33%, contará con una serie de beneficios sociales y fiscales.
- Existen numerosas preguntas que resultan muy frecuentes entre las personas ostomizadas, es labor del personal sanitaria conocerlas para poder proporcionarle toda la información al paciente en caso de que el/ella no pregunte al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society [Internet]. EEUU; 1913 (actualizado en 2018, citado 20 Jul 2018). Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias.html>
2. Formación Alcalá. Manual de estomaterapia. Jaén: Formación Alcalá. 2018.
3. FEDAO, Federación Española De Asociaciones de Ostomizados [sede web]. Madrid: Federación Española De Asociaciones de Ostomizados; 2016 (citado el 20 Jul 2018) Disponible en: www.fedao.es
4. Alvarez Sanchez AB et al. Guía de cuidados en pacientes con urostomía. Hacia una mejora en la calidad de los cuidados. ENFURO [Internet]. 2012 (citado el 20 Jul 2018); 121: 25-7. Disponible en: <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/Dialnet-GuiaDeCuidadosEnPacientesConUrostomiaHaciaUnaMejor-4093903.pdf>
5. Ostomiaprofesional.com [Internet]. España; 2017 (citado 20 Jul 2018). Disponible en: <http://ostomiaprofesional.com/area-pacientes/soy-colostomizado/localizacion-y-efluente/>
6. American Cancer Society [Internet]. EEUU; 1913 (citado 20 Jul 2018). Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/efectos-secundarios-fisicos/ostomias/urostomia.html>
7. Ostomiaprofesional.com [Internet]. España; 2017 (citado 20 Jul 2018). Disponible en: <http://ostomiaprofesional.com/area-pacientes/soy-colostomizado/que-es-la-irrigacion/>
8. Batista MRFF, Rocha FCV, Silva DMG, Junior FJGS. Self-image of clients with colostomy related to the collecting bag. Rev Bras Enferm [Internet]. 2011 (citado el 23 Jul 2018); 64(6): 1043-7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000600009>
9. Michelato Silva N, Dos Santos MA, Rodrigues Rosado S, Galvao CM, Megumi Sonobe H. Aspectos psicológicos de pacientes ostomizados intestinales: revisión integrativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2017 (citado el 23 Jul 2018); 25:2950. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2950.pdf
10. Gómez del Río N, Mesa Castro N, Caraballo Castro C, Fariña Rodríguez A, Huertas Clemente M, Gutiérrez Fernández Y. Los cuidados de Enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. ENE Revista de Enfermería. 2013; 7(3):3.
11. AOMA, Asociación de Ostomizados de Madrid [sede web]. Madrid: Asociación de Ostomizados de Madrid; 2009 [citado el 23 Jul 2018]. Disponible en: <http://www.asociaciondeostomizados.com/conocenos/>
12. Ferreira Umpiérrez AH. Living with an ostomy: perceptions and expectations from a social phenomenological perspective. Enferm Florianópolis [Internet]. 2013 (citado el 23 Jul 2018); 22(3): 687-94. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a15.pdf>
13. Bodega Urruticoechea C, Marrero González CM, Muñiz Toyos N, Pérez Pérez, AJ, Rojas González AA, Vongsavath Rosales S. Cuidados holísticos y atención domiciliar al paciente ostomizado. ENE [Internet]. 2013 (citado el 1 Ago 2018); 7(2). Disponible en: ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/262/pdf_9
14. Hernán A, Umpiérrez F. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2013; 22(3):687-693.
15. Kirkland-Kyhn H, Zaratkiewicz S, Whitmore M, Young MH. Ostomy Care at Home: Educating family caregivers on stoma management and potential complications. AJN [Internet]. 2018 (citado el 1 Ago 2018). 118(4): 63-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29596259>
16. Educainflamatoria.com [Internet]. España; 2007 (actualizado en 2018, citado el 1 Ago 2018). Disponible en: <https://www.educainflamatoria.com/que-es-y-como-es-un-estoma>
17. PACE. Manual práctico: Una ayuda para personas ostomizadas y sus familiares [Internet]. Madrid; 2015 (citado el 2 Ago 2018). Disponible en: https://www.coloplast.de/Global/Germany/Ueber%20uns/Documents_PDF/OC/Coloplast_Stomaratgeber_Spanisch_Una%20ayuda%20para%20las%20personas%20ostomizadas%20y%20sus%20familiares.pdf
18. Enfermera.io [Internet]. España; 2014 (actualizado en 2018, citado el 2 Ago 2018). Disponible en: https://enfermera.io/colostomia/#Como_se_Coloca_una_Bolsa_de_Colostomia
19. CMED.es [Internet]. Madrid; 2000 (actualizado en 2018, citado 2 Ago 2018). Disponible en: https://www.cmed.es/actualidad/ostomia-causas-dieta-y-cuidados_186.html

20. OMS [Internet]. Ginebra; 1948(actualizado en 2018, citado el 2 Ago 2018). Disponible en: http://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_lavarse_manos_poster_es.pdf?ua=1
21. Ayudate.es [Internet]. Madrid; 2001 (citado el 1 Ago 2018). Disponible en: <https://www.ayudate.es/complificaciones>
22. Oliva Ayana C. Recomendaciones nutricionales a pacientes ostomizados. España (citado el 8 de Ago 2018). Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/uvs/cirured/recomendaciones_nutricionales_a_pacientes_ostomizados.pdf
23. Gómez Ayala AE. El paciente ostomizado Consejo farmacéutico. Farmacia profesional [Internet]. 2006 (citado el 8 Ago 2018). 20 (8): 50-55. Disponible en: file:///C:/Users/Administrador/Downloads/13092624_S300_es.pdf
24. Boloncol.com [Internet]. Aragón; 2013 (actualizado en 2018, citado el 14 Ago 2018). Disponible en: <http://www.boloncol.com/boletin-7/enfermeria-oncologica-cuidados-del-paciente-ostomizado.html>
25. Coggrave, MJ; Ingram, RM; Gardner, BP; Norton, CS. The impact of stoma for bowel management after spinal cord injury. *Spinal Cord* [Internet]. 2012 (citado el 15 Ago 2018); 50(11):848-852.
26. Gómez del Rio N. Los cuidados de enfermería en el impacto psicológico del paciente ostomizado. *ENE* [Internet]. 2013 (citado el 15 Ago 2018); 7(3). Disponible en: ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/download/279/pdf_18
27. Cheng F, Meng AF, Yang LF, Zhang YN. The correlation between ostomy knowledge and self-care ability with psychosocial adjustment in Chinese patients with a permanent colostomy: a descriptive study. *Ostomy Wound Manage* [Internet]. 2013 (citado el 15 Ago 2018); 59(7):35-8. Disponible en: http://www.o-wm.com/files/owm/pdfs/OWM_July2013_Meng.pdf
28. Ortiz Rivas MK, Moreno Pérez NE, Vega Macías HD, Jiménez González MJ, Navarro Elías MG. Nivel de adaptación de la autoimagen y mecanismos de defensa en ancianos con estoma complicado. *Enferm Clin* [Internet]. 2014 (citado el 15 Ago 2018); 24(6):339-344. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240989>
29. Acosta Mendoza AA, Tuárez Solórzano KG. Impacto psicoemocional en pacientes con ostomía ambulatoria atendidos en la Consulta Externa del Hospital "Dr. Verdi Cevallos Balda". Portoviejo: Universidad Técnica de Manabí; 2014.
30. Reis FF, Carvalho AAS, Santos CSB, Rodrigues VMCP. Perceptions of the social support for colostomized men in northern Portugal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2014 (citado el 15 Ago 2018); 18(4):570-577. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400570&lng=es&tlng=en
31. Weller J. Holistic nursing care and the ostomate. *J World Council of Enterostomal Therapists Journal*. 2009 (citado el 15 Ago 2018);29(4):37-42.
32. Martin, ST; Vogel, JD. Intestinal stomas: indications, management, and complications. *Adv Surg* [Internet]. 2012 (citado el 15 Ago 2018);46:19-49. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22873030>
33. Martín Muñoz B, Montesinos Gálvez AC. Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. *Biblioteca Lascasas* [Internet]. 2011 (citado el 16 Ago 2018); 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0600.pdf>
34. Guerrero Gamboa NS, Tobos de Álvarez LS. Cuidado de un hijo ostomizado: cambios en la familia. *Avances en enfermería* [Internet]. 2013 (citado el 16 Ago 2018); 31(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100007&lang=pt
35. Erwin-Toth, P; Thompson, SJ; Davis, JS. Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 2012 (citado el 18 Ago 2018); 39(4):417-422.
36. United Ostomy Associations of America. Guía sobre la intimidad después de una cirugía de ostomía. EEUU: UOAA; 2018.
37. Hueso Montoro C et al. Vivencias y afrontamiento ante el cambio de imagen corporal en personas con estomas digestivos. *RLAE* [Internet]. 2016 (citado el 18 Ago 2018); 24. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02840.pdf
38. Coloplast.es [Internet]. Madrid; 2000 (citado el 18 Ago 2018). Disponible en: https://www.coloplast.es/ostomia/cuidados-para-ostomias/after-stoma-surgery/#section=Regreso-al-trabajo_248610
39. Cresto Fontan B et al. La ostomía como causa de incapacidad laboral. *Metas de enfermería* [Internet]. 2016 (citado el 18 Ago 2018); 19(1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5323627>
40. Vonk Klaassen S, de Vocht H, den Ouden M, Hans Eddes E, Schuurmans M. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res* [Internet]. 2016 (citado el 20 Ago 2018); 25:125-133. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706578/>
41. Salomé G, de Almeida S. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology* [Internet]. 2014 (citado el 20 Ago 2018); 34(3):159-166. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632014000300159&lng=es&tlng=en
42. Uqur O, Elciqil A, Arslan D, Sonmez A. Responsibilities and difficulties of caregivers of cancer patients

in home care. Asian Pac. J. Cancer Prev [Internet]. 2014 (citado el 20 Ago 2018); 15(2): 725-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568486>

43. Grupostomia.com [Internet]. España; 2012 (citado 20 Ago 2018). Disponible en: <https://sites.google.com/site/grupoostomia/deportes-y-actividades-de-recreo-1>

44. Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. Rev. Latinoam. Enferm. 2014 (citado el 20 Ago 2018); 22(2):241-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292603/>

45. Grupostomia.com [Internet]. España; 2012 (citado 20 Ago 2018). Disponible en: <https://sites.google.com/site/grupoostomia/seguridad-social>

46. Grupostomia.com [Internet]. España; 2012 (citado 20 Ago 2018). Disponible en: <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbW-FpbxncnVwb29zdG9taWF8Z3g6N2I1NjBLOGU1Mj-g3ZWJjMg>

47. Ayudate.es [Internet]. Madrid; 2001 (citado el 22 Ago 2018). Disponible en: <https://www.ayudate.es/preguntas-frecuentes>

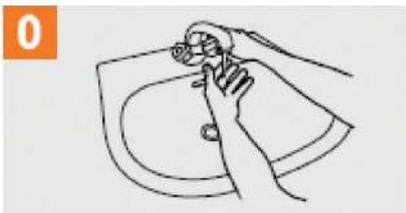
48. Ostomiaprofesional.com [Internet]. España; 2017 (citado 23 Ago 2018). Disponible en: <http://ostomiaprofesional.com/preguntas-frecuentes/voy-a-ser-ostomizado/>

Anexo I

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

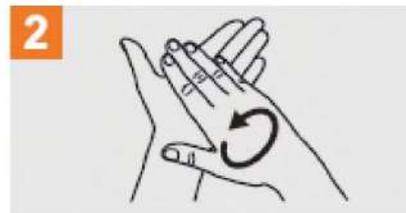
 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



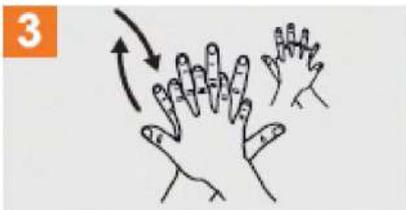
0 Mójese las manos con agua;



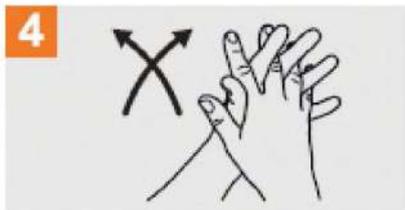
1 Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



2 Frótese las palmas de las manos entre sí;



3 Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;

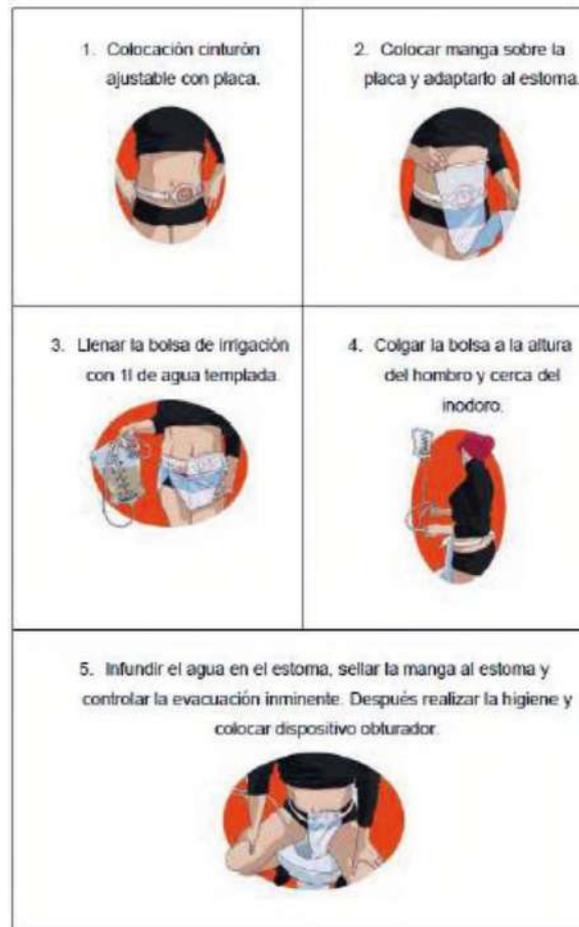


4 Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



5 Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;

Anexo II



Anexo III

MODELO DE KÜBLER-ROSS

El modelo de Kübler-Ross divide el duelo en 5 etapas:

1. **Negación:** es una reacción que se produce de forma muy habitual inmediatamente después del cambio o pérdida, ligada con frecuencia a un estado de shock o embotamiento emocional e incluso cognitivo.
2. **Ira:** el final de la etapa de negación va ligado a sentimientos de frustración e impotencia relacionada con la incapacidad modificar las consecuencias de la pérdida. Dicha frustración conlleva a su vez la aparición de enfado y de ira, como sucede en general y no sólo durante el duelo.
3. **Negociación:** en esta fase la persona sabe que nada va a cambiar pero guarda la esperanza de que sus actos o comportamientos puedan influir de algún modo en la situación.
4. **Depresión:** la persona empieza a asumir de forma definitiva la realidad de la pérdida, lo que genera sentimientos de tristeza y de desesperanza así como el aislamiento social o la falta de motivación.
5. **Aceptación:** estado de calma asociado a la comprensión de que la muerte y otras pérdidas son fenómenos naturales en la vida humana. Por tanto, la fase de aceptación se relaciona con la inevitabilidad de la pérdida.

Anexo IV. Real Decreto 1971/1999, de 23 de Diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía

CAPÍTULO 7

Aparato digestivo

En este capítulo se proporcionan normas y criterios para la valoración de la discapacidad originada por deficiencias del aparato digestivo: tubo digestivo, páncreas, hígado, vías biliares e hipertensión portal.

En primer lugar se establecen normas y criterios para la valoración de patologías que asientan en tubo digestivo y páncreas exocrino, haciendo mención específica a la valoración de fístulas, incontinencia y defectos de la pared abdominal.

En segundo lugar se determinan normas y criterios para la valoración de la discapacidad derivada de hepatopatías, hipertensión portal y patología de vías biliares.

NORMAS DE CARÁCTER GENERAL PARA LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD ORIGINADA POR ENFERMEDADES DEL TUBO DIGESTIVO Y PÁNCREAS EXOCRINO

1. Sólo serán objeto de valoración aquellas personas que padezcan enfermedades digestivas crónicas con un curso clínico de al menos seis meses tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento.
2. En caso de enfermedades del aparato digestivo que clínicamente cursen en brotes, la evaluación de la discapacidad que puedan producir se realizará en los períodos intercíticos. En estos supuestos se ha introducido un criterio de temporalidad, que evalúa el grado de discapacidad según la frecuencia y duración de estos brotes, que deberán estar documentados médicamente.
3. Dado que el tubo digestivo es asiento frecuente de alteraciones funcionales sin evidencia de lesión orgánica, es importante en estos casos la evaluación de su posible origen psicógeno.
4. No serán objeto de valoración aquellas patologías susceptibles de tratamiento quirúrgico mientras éste no se lleve a cabo. En estos casos la valoración deberá realizarse al menos seis meses después de la cirugía. En el supuesto de que el enfermo no acepte la indicación quirúrgica sin causa justificada, no será valorable.
5. Cuando la enfermedad digestiva produzca manifestaciones extraintestinales no sistémicas (caso de la colangitis esclerosante primaria en la colitis ulcerosa) deberá combinarse el porcentaje de discapacidad originado por la deficiencia del tubo digestivo con el porcentaje correspondiente a las otras manifestaciones.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ATRIBUIBLE A DEFICIENCIAS DEL TUBO DIGESTIVO Y PÁNCREAS EXOCRINO:

- *Clase 1:* 0 %. El paciente presenta clínica de afectación del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica. y Con o sin tratamiento dietético y/o médico,

se controlan los síntomas, signos o el estado nutricional. y Mantiene un peso corporal adecuado (hasta un 10% inferior al peso ideal para su sexo, talla y edad).

Se incluirá en esta clase al paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

- *Clase 2:* 1 a 24 %. El paciente presenta clínica de afectación orgánica del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica. y Precisa tratamiento continuado, sin que se logre el control completo de los síntomas, signos o estado nutricional. y Se da una de las siguientes circunstancias:
 - Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las A.V.D., pero son compatibles con la realización de la práctica totalidad de las mismas. o Durante los brotes de la enfermedad es necesaria la restricción de la actividad física, siendo los períodos de remisión de los brotes superiores a 6 meses.
 - Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.
- *Clase 3:* 25 a 49 %. El paciente presenta clínica de afectación orgánica del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica. y El tratamiento continuado no logra el control de los síntomas y signos o el estado nutricional y Se da una de las siguientes circunstancias:
 - Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que causan una disminución importante de la capacidad del sujeto para realizar algunas de las A.V.D., siendo independiente en las actividades de autocuidado. o Durante los brotes de la enfermedad es necesaria la restricción de la actividad física, siendo los períodos de remisión de los brotes inferiores a 6 meses.
 - Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.
- *Clase 4:* 50 a 70 %. El paciente presenta clínica de afectación orgánica del tubo digestivo o páncreas, o hay evidencia de alteración anatómica. y El tratamiento continuado no logra el control de los síntomas y signos o el estado nutricional. y Se da una de las siguientes circunstancias:
 - Se detectan manifestaciones sistémicas de su enfermedad (anemia, fiebre o pérdida de peso corporal) que causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad del sujeto para realizar la mayoría de las A.V.D., pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado. o No hay remisiones de su patología de base, manteniéndose de forma crónica con disminución o imposibilidad de su capacidad para realizar la mayoría de las A.V.D., pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.
 - Se incluirá en esta clase el paciente que haya sido sometido a cirugía y cumpla los criterios anteriores.

- *Clase 5:* 75 %. El paciente cumple los criterios objetivos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

CRITERIOS PARA LA ASIGNACIÓN DEL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD ORIGINADO POR DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS

Incontinencia fecal

Las enfermedades orgánicas del ano susceptibles de tratamiento quirúrgico sólo podrán ser objeto de valoración trascurridos seis meses desde la cirugía.

En caso de que el paciente rechace el tratamiento quirúrgico sin causa justificada, no será valorable.

- *Clase 1:* 0 %. Hay incontinencia de grado 1 (incontinencia para gases, urgencia rectal) de forma intermitente o controlable parcialmente con tratamiento.
- *Clase 2:* 1 a 24 %. Hay incontinencia de grado 2 (incontinencia para gases y para heces líquidas o pastosas) o grado 3 (incontinencia total). y Los síntomas no son continuos y no responden por completo al tratamiento, precisando pañales de incontinencia menos de dos meses al año.
- *Clase 3:* la valoración de la discapacidad tendrá un máximo de 40 %. Hay incontinencia de grado 2 ó 3 que precisa el uso de pañales durante más de dos meses al año, no existiendo respuesta al tratamiento.

Fístulas enterocutáneas permanentes

Las fístulas enterocutáneas permanentes de origen quirúrgico serán valoradas de forma combinada con las deficiencias producidas por la enfermedad base que motivó la indicación quirúrgica. Las fístulas enterocutáneas espontáneas aparecidas en el curso de una enfermedad del tracto gastrointestinal no se valorarán si son susceptibles de tratamiento quirúrgico corrector.

Las personas que presenten fístulas enterocutáneas permanentes se considerarán en clase 2, atribuyéndose el porcentaje que a continuación se especifica. Este porcentaje de discapacidad no se combinará con el que corresponde por la incontinencia fecal.

Estas mismas normas y puntuación se aplicarán para la valoración de fístulas entero- vaginales, recto-vaginales y perianales.

Fístulas eferentes: Ileostomía → 24 %, Colostomía → 24 %.

Defectos de la pared abdominal

Las herniaciones de la pared abdominal sólo podrán ser objeto de valoración una vez transcurridos seis meses desde su tratamiento quirúrgico, excepto en aquellos casos en que exista contraindicación o imposibilidad para el mismo.

- *Clase 1:* 0 %. El paciente presenta un defecto en la pared abdominal. y Existe o no protrusión del contenido abdominal permanente o frecuente cuando se aumenta la presión abdominal mediante la maniobra de Valsalva, que puede o no reducirse manualmente. y Aparecen síntomas locales que no disminuyen la capacidad para realizar las A.V.D.
- *Clase 2:* 1 a 24 %. El paciente presenta un defecto en la pared abdominal. y Existe protrusión permanente del contenido abdominal no reducible manualmente. y Aparecen síntomas locales que justifican alguna dificultad para llevar a cabo las A.V.D., pero son compatibles con la práctica realización de las mismas. y Existe contraindicación o imposibilidad de reparación quirúrgica.
- *Clase 3:* 25 a 49 %. El paciente presenta eventración abdominal que causa disminución importante o imposibilidad para realiactividades de autocuidado. y Existe contraindicación o imposibilidad de reparación quirúrgica.
- *Clase 4:* 50 a 70 %. El paciente presenta eventración abdominal que causa disminución importante o imposibilidad para realizar la mayoría de las A.V.D., pudiendo estar afectada alguna de las de autocuidado. y Existe contraindicación o imposibilidad de reparación quirúrgica.
- *Clase 5:* 75 %. El paciente cumple los criterios específicos de la clase 4 y depende de otra persona para realizar las actividades de autocuidado.

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 (olor, 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 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).

Ansiofíticos

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:

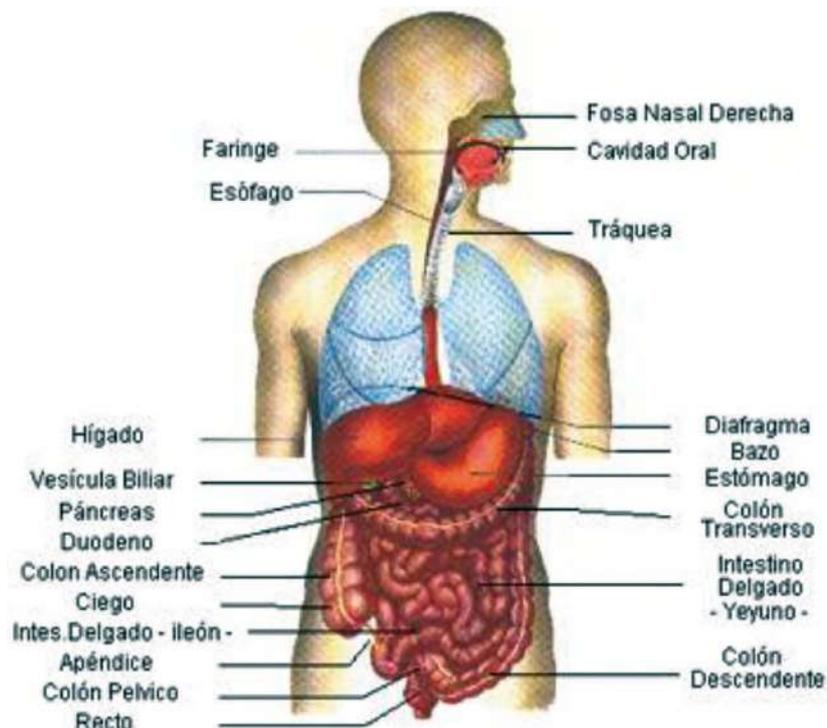
Boca.

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 "isletos 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.
- *Cremas 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/
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.
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
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...
 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
 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
 51. Sivó Agulló R, Bañón Gutierrez S, Sivó Agulló A, Gilberte 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 patiens 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.*

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Gestión del cuidado de Enfermería en la atención al paciente con síndrome de disfunción multiorgánica

Evelin Noriega Campos

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso. La Habana, Cuba. Licenciada en Enfermería. Máster en Enfermedades Infecciosas. Profesor instructor.

Regla María Dreke Fernández

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana, Cuba. Licenciada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería

RESUMEN

Introducción: La atención al paciente con síndrome de disfunción multiorgánica requiere de profesionales de Enfermería autónomos y con un juicio clínico en el desempeño de su rol. Deben tener una formación continua que les permita ser capaces de dar respuestas a los problemas y necesidades de los pacientes.

Métodos: Se realizó revisión bibliográfica en diferentes Bases de Datos sobre el tema de interés, en los meses de Enero y Junio del año 2021. Se utilizaron buscadores de internet en español e inglés como: Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier. Se analizaron un total de 50 artículos y se seleccionaron 25. Los métodos utilizados fueron: análisis documental, histórico lógico y como descriptores los términos: gestión del cuidado y atención de Enfermería a pacientes con disfunción multiorgánica.

Objetivos: Realizar una revisión de la bibliografía sobre los aspectos esenciales para lograr una adecuada gestión de cuidado y como es aplicable en estos pacientes.

Resultados: Definir gestión del cuidado puede ser compleja, varía según la experiencia de cada profesional de Enfermería o del área de trabajo en el cual se ha desempeñado; sin embargo, existe un punto en común, donde se busca garantizar y mejorar directa o indirectamente el cuidado de la salud de las personas.

Conclusiones: Para establecer un cuidado óptimo y enfocado en la resolución de problemas en los pacientes con disfunción multiorgánica, se hace necesario una valoración de Enfermería exhaustiva e integral. La implementación del

PAE orienta y justifica los cuidados pertinentes y coherentes para poder satisfacer las necesidades afectadas.

Palabras claves: Gestión del cuidado, profesional de Enfermería, síndrome de disfunción multiorgánica.

ABSTRACT

Introduction: Care for patients with multiorgan dysfunction syndrome requires autonomous nursing professionals with clinical judgment in the performance of their role. They must have continuous training that allows them to be able to respond to the problems and needs of patients.

Methods: A bibliographic review was carried out in different databases on the subject of interest, in the months of January to June of the year 2021. Internet search engines in Spanish and English were used, such as: Scielo, Pubmed, Dialnet, and Elsevier. A total of 50 articles were selected 25. The methods used were: documentary analysis, logical history and as a descriptor the term care management and nursing care to patients with multiorgan dysfunction syndrome

Objectives: Carry out a review of the bibliography on the essential aspects to achieve an adequate management of care and how it is applicable in these patients.

Results: Defining care management can be complex, it varies according to the experience of each nursing professional or the work area in which they have worked; However, there is a point in common, where it seeks to guarantee and directly or indirectly improve people's health care.

Conclusions: To establish optimal care focused on problem solving in patients with multi-organ dysfunction, a comprehensive and comprehensive Nursing assessment is necessary. The implementation of the EAP guides and justifies the pertinent and coherent care to be able to satisfy the affected needs

Keywords: Care management, nursing professional, multi-organ dysfunction syndrome.

INTRODUCCIÓN

La enfermería siempre se ha esforzado en alcanzar conocimientos sólidos que le aporten autonomía en la toma de decisiones durante la práctica, para poder brindar cuidados a los pacientes, este es el objeto de la profesión. Según Watson y Foster en el año 2003 afirmaron que "Cuidar es para la Enfermería su razón moral y es un proceso interconectado, intersubjetivo, de emociones compartidas entre el profesional y el paciente.^(1, 2, 3)

Ibarra X, en el año 2006 declara que la gestión del cuidado es el punto de equilibrio donde confluyen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios de cada área; es la búsqueda de posibles vías de acción para garantizar y proveer el cuidado, es la consolidación de una cultura efectiva dentro del sistema de sa-

lud y de educación, puede ser visualizado cada día en los servicios asistenciales, donde el rol del profesional de Enfermería es preponderante para gestionar las actividades que permiten generar un funcionamiento óptimo en las unidades de trabajo.⁽¹⁾

La atención al paciente con síndrome de disfunción multiorgánica (SDMO) requiere de profesionales de Enfermería autónomos y con un juicio clínico en el desempeño de su rol. Deben tener una formación continua que les permita ser capaces de dar respuestas a los problemas y necesidades de los pacientes, en la medida que también aportan seguridad física mediante el saber tecnológico y seguridad psicología de manera personalizada, ética y humana, a través de este equilibrio poder gestionar el cuidado.

Los cuidados brindados a los pacientes con SDMO deben ser fundamentados en la filosofía de cuidado holístico, la búsqueda del bienestar ante las alteraciones de las necesidades básicas hay que tener en cuenta no solo los aspectos biológicos o físicos sino también los emocionales o espirituales.^(4, 5, 6)

La atención integral durante este proceso de vulnerabilidad del paciente supone el actuar de profesionales de Enfermería competentes, capaces de enfrentarse a la complejidad del SDMO, que garanticen la seguridad del paciente al aplicar el tratamiento tecnológico específico al mismo tiempo que fomenta sensibilidad. Es el camino que posibilita una relación terapéutica significativa de ayuda y respeto, razón por la cual las autoras se trazaron como objetivo realizar una revisión de la bibliografía sobre los aspectos esenciales para lograr una adecuada gestión de cuidado y como es aplicable en estos pacientes.

MÉTODOS

La revisión bibliográfica consistió en la búsqueda en diferentes Bases de Datos de artículos sobre el tema de interés. La búsqueda se realizó en los meses de Enero y Junio del año 2021. Se utilizaron buscadores de internet en español e inglés como: Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier. Se obtuvieron un total de 50 artículos y se analizaron 25 de los últimos diez años. Se utilizaron los siguientes métodos: análisis documental, histórico lógico. Se emplearon como descriptores los términos: gestión del cuidado y atención de Enfermería a pacientes con disfunción multiorgánica.

RESULTADOS

Diversos autores han abordado en sus trabajos la gestión del cuidado en Enfermería, en el año 2004 Zarate R, plantea sobre la imposibilidad de hablar de nuevos modelos de gestión del cuidado en un vacío contextual, agrega que los profesionales de Enfermería debe proponer estrategias a fin de dar respuesta a las demandas sociales que mejoren de la calidad del sistema de salud. La experiencia y la actividad de Enfermería demuestran que son acciones reactivas, que responde a las políticas del propio sistema, lo que ha delineado su comportamiento laboral. Pero se requiere un ejercicio profesional independiente, renovado con acciones proactivas, que atiendan las necesidades de cuidado en usuarios reales y potenciales de los servicios de salud.⁽⁷⁾

Rojas A, al evaluar la gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea Orem, en pacientes ingresados en el Hospital "Amalia Simoni" en el año 2009, concluye que en la atención secundaria las acciones de autocuidados se dirigen a la prevención de complicaciones como la infección y a las medidas sanitarias necesarias en momentos concretos como en el deterioro físico del paciente debido a una enfermedad crónica o en una cirugía donde el esfuerzo de la enfermera en función de la actividad del autocuidado se hace evidentemente transcendental.⁽⁸⁾

Por otra parte Tarín J, describe en su trabajo la importancia de la gestión del cuidado como puerta principal al liderazgo y el camino a la autonomía, señala lo preponderante de tomar en cuenta los diferentes roles de trabajo del profesional de Enfermería en la UCI; aspectos como la formación en prácticas avanzadas hacen la diferencia en la gestión de los servicios de salud, especialmente en estas unidades donde es necesario un conocimiento científico con fundamentos teóricos fuertes.^(9,10)

Ramírez M, se propone en investigación efectuada en el año 2017 brindar un aporte científico de cómo se gestiona la calidad del cuidado de Enfermería en los hospitales de categoría II en Perú. Según los resultados obtenidos se nota debilidad en relación a los objetivos estratégicos y las políticas de calidad de los departamentos/Jefaturas de Enfermería en algunas instituciones, otras no tienen definido un Modelo de cuidado para la Institución, donde la enfermera lidere la implementación, sin embargo la aplicación y ejecución de las guías clínicas, protocolos y manuales, han demostrado contribuir a mejorar la calidad de la atención, y la efectividad de las decisiones de Enfermería.⁽¹¹⁾

Moreno D, abordó el proceso de gestión del cuidado en las áreas clínicas de la especialidad de oftalmología lo define como un proceso dinámico y sistemático de obtención de datos válidos y fiables, cuyo objetivo es comprobar y valorar la calidad de la atención que ofrecen los profesionales de Enfermería a los pacientes y/o familiares, es un despliegue de sus capacidades asistenciales, competencias, responsabilidad laboral unido a las relaciones interpersonales con el colectivo de trabajo, pacientes, familiares y directivos.⁽¹²⁾

Alonso O, en el año 2017 aborda gestión del cuidado en pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas como la integración armónica, planificada, organizada y controlada de las acciones que conforman las etapas del proceso del cuidado, que van desde la correcta aplicación del Proceso de atención de Enfermería (PAE) (...), sustentada toda esta integración en la preparación continua y permanente con un profundo sentido humanista (...).^(13, 14)

En el año 2018 Gallego AM, et al, al investigar sobre los aspectos que determinan la gestión del cuidado de Enfermería en la UCI, apunta que calidad del cuidado, va de la mano con la gestión profesional, y el empeño laboral del profesional de Enfermería, afirma que el PAE permite desarrollar la gestión del cuidado en la UCI de forma consciente, reflexiva y cronológica, parten del diagnóstico de un problema potencial y finalizan en la consecución de

logros, lo que posibilita planear el trabajo de forma organizada, en equipo, alcanzar la eficacia, calidad y por ende potencializar el liderazgo de Enfermería.⁽¹⁾

La gestión del cuidado en la atención primaria de salud (APS) según el estudio de Olaya R, realizado en Colombia en el año 2018, refleja algunas deficiencias al detectarse retraso en la atención del dolor y un agravamiento de la morbilidad. La demanda de los servicios y la falta de personal en la APS los convierte en un proceso deficiente donde no se garantiza el cuidado a los sujetos que requieren ayuda asistencial y temporal en los niveles básicos.⁽¹⁵⁾

DISCUSIÓN

El entorno de la UCI, en no pocas ocasiones coloca a los profesionales en dilemas y situaciones complejas cuando se enfrenta a un paciente con SDMO, poder contar con la tecnología ya sea blanda (protocolos, directrices, guías de actuación) o dura (monitores, bombas de infusión, equipos de ventilación) ayudará a mantener al paciente con vida pero no da la certeza de que va a salir indemne.^(16, 17, 18)

Las acciones de Enfermería se caracterizan por ser polivalentes y multidisciplinarias, deben ir encaminadas a brindar cuidados que satisfagan las demandas de los pacientes con SDMO, en estrecha colaboración con otros profesionales como parte del equipo de salud a fin de asegurar el cumplimiento de las terapéuticas.^(19, 20)

Es importante la aplicación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella. Así, los planes de cuidado estandarizados que existen en la literatura pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar PAE será sin dudas necesario para hacer la diferencia.

Los pacientes con SDMO se caracteriza por sufrir graves lesiones, alteraciones fisiopatológicas y un serio compromiso de sus funciones vitales, pero susceptibles de recuperación, hay cuatro características que definen a estos pacientes, enfermedad grave, reversibilidad potencial de la enfermedad, necesidad de asistencia con cuidados de Enfermería continuos y permanencia en un área tecnificada.^(21, 22)

Son pacientes con alto grado de dependencia que requieren supervisión constante, muchas veces inestable que no pueden ser atendidos fuera de la UCI, que en ocasiones obliga a una intervención inmediata. El profesional dedicado a su atención necesita de un enriquecimiento permanente de sus conocimientos teóricos de forma integradora con la práctica y la adquisición de nuevas habilidades donde los modos de actuación deben estar determinados desde su formación académica en correspondencia con la actualidad de las UCI.

Es importante que el profesional de Enfermería realice un monitoreo exhaustivo de parámetros de medición como el gasto cardiaco, presión venosa central (PVC), presión arterial media (PAM), resistencia vascular sistémica entre otros. Las manifestaciones clínicas en estos pacientes pueden cambiar con frecuencia, puede haber fiebre o hipotermia por la existencia previa de una disfunción termorregulado-

ra, las manifestaciones neurológicas son muy frecuentes y las disfunciones aparecen en órganos anteriormente disfuncionantes.^(23, 24, 25)

Al tener en cuenta lo apuntado por los diferentes autores^(1, 3-9), y su valoración sobre la gestión del cuidado, se constatan las siguientes regularidades:

- La necesidad que la práctica de la enfermería sea una profesión independiente.
- Es importante que exista liderazgo en la toma de decisiones.
- La preparación de los profesionales de enfermería debe ser sistemática para poder mantener o mejorar la calidad de atención.
- La gestión del cuidado es un proceso que posibilita planear y organizar el trabajo de Enfermería en cualquier nivel de atención de salud.

Todo esto demuestra que definir gestión del cuidado puede ser algo complejo, que varía según la experiencia de cada profesional de Enfermería o del área de trabajo en el cual se ha desempeñado y conoce ampliamente, sin embargo, existe un punto en común, donde se busca garantizar y mejorar directa o indirectamente el cuidado de la salud de las personas.

Los autores afirman la necesidad del empoderamiento del profesional de Enfermería, que permita un desarrollo organizado y garantizar la calidad del cuidado, por lo que se ha valido de modelos y teorías para fortalecer el reconocimiento social, a través de la práctica basada en evidencias científico-técnicas, que ayuden a desempeñar su rol con autonomía.

La sistematización realizada por la autora le permitió definir la gestión del cuidado en la atención al paciente con SDMO: como un proceso donde se organiza y planifica el trabajo de Enfermería, basado en el análisis y la valoración de aspectos sociológicos, fisiológicos, psicológicos y bioquímicos, donde los profesionales establezcan su propio juicio y le permita proponer acciones acordes con las necesidades detectadas en los pacientes y participar de forma activa e independiente en la toma de decisiones.

CONCLUSIONES

En los pacientes con SDMO para poder establecer un cuidado óptimo y enfocado en la resolución de problemas se hace necesario una valoración de Enfermería exhaustiva e integral. La implementación del PAE orienta y justifica los cuidados pertinentes y coherentes para poder satisfacer las necesidades afectadas en estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gallego Marín AM, Giraldo Ramírez JA. Aspectos que determinan la gestión del cuidado de enfermería en las unidades de cuidado intensivo, descritos en la última década. Tesis de grado. Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería. 2018 [Acceso

- 21/04/2021]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/10433>
2. Saltos Rivas M, Pérez Cardoso CN, Suárez Mella R, María Linares Giler S. (2018) "Análisis de la carga laboral del personal de Enfermería, según gravedad del paciente" en Rev. Cubana de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 2018 34(2) [Acceso 21/04/2021] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2170/366>
 3. Ferreira Umpiérrez A, Galdámez Cabrera L. (2016) "Red internacional de gestión del cuidado de enfermería: alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud" en Rev. Cubana de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 32(3) [Acceso 21/04/2021] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1249/197>
 4. Jover Sancho MC. La práctica reflexiva en el desarrollo profesional de las enfermeras de atención al paciente crítico: liderazgo de cuidados. Tesis doctoral. (2016) Universidad de Barcelona [Acceso 21/04/2021]; Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/382832>
 5. Sánchez Rodríguez JR, Aguayo Cuevas C, Galdames Cabrera L. (2017) "Desarrollo del conocimiento de Enfermería, en busca del cuidado profesional. Relación con la teoría crítica" en Rev. Cubana de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas. 33(3) [Acceso 21/05/2021] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2091/296>
 6. Pazetto Balsanelli A, Kowal Olm Cunha C. (2015) "Liderazgo en enfermería en las unidades de cuidados intensivos y su relación con el entorno laboral" en Rev. Latino-Am. Enfermagem. 23(1) 106 -13 [Acceso 20/05/2021] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiWqcT147DyAhXWSzABHaBoA6oQ-FnoECA4QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fj%2Frlae%2Fa%2F5ZLv78FgSVf4ZKMfWK7jz-jH%2F%3Flang%3Des%26format%3Dpdf&usq=AOvVaw0BVZsAHwPY8_EyVABG9F9H
 7. Zarate Grajales RA. (2004) "La gestión del cuidado de Enfermería" en Rev. Índice de Enfermería 13(44- 45): 42 - 46 [Acceso 21/05/2019], Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 8. Gallo Rojas A, Pérez Pimentel S, Bonet Lluch A, Cabrera Adán M. (2009) "Gestión del cuidado enfermero en la teoría de déficit de autocuidado" en Rev. Cubana de Enfermería 25(3-4) [Acceso 21/05/2020], Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002
 9. Tarín García J M. (2014) Diseño y Gestión de una Unidad de Enfermería de atención al paciente crítico en HUGITP. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona. [Acceso 10/02/2019], Disponible en <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54763/1/tesina>.
 10. Ribeiro Dos Santos J. (2017) "Conducta gerencial de la enfermera en cuidados intensivos" en Revista Multidisciplinaria Científica Centro del Conocimiento 1(9): 30 - 46 [Acceso 21/04/2021]; Disponible en: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/linea-de-gestion-enfermeras>
 11. Ramírez Preciado M. (2017) Gestión del cuidado de enfermería en hospitales de complejidad II. Áncash. Tesis de Maestría Universidad San Pedro. Chimbote - Perú. [Acceso 10/05/2021]; Disponible en: <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPE-DRO/7090>
 12. Moreno Lavín D. (2018) "Fundamentos del diseño de un modelo de Atención de Enfermería para la gestión del cuidado" en Rev. Cubana de Enfermería. Editorial Ciencias Médicas 34(1): 167 - 181. [Acceso 21/4/2021, Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/rt/printerFriendly/1238/334>
 13. Alonso Ayala O. (2017) Modelo de cuidados de enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas. Tesis Doctoral. Facultad de Enfermería Lidia Doce. La Habana. Cuba [Acceso 20/06/2021], Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjeoO-K17DyAhUGaDABHTRUCUkQFnoECAQQAQ&url=http%3A%2F%2Ftesis.sld.cu%2Findex.php%3FP%3DDownloadFile%26Id%3D811&usg=AOvVaw0RpVQqLffuFZ8Jdaw44IM>
 14. Alonso Ayala O, Duany Osoria L, Samame Chero M, Paredes Ojeda RV. (2019) "Gestión del cuidado de Enfermería en la atención a los pacientes con afecciones traumatológicas y ortopédicas" en Rev. Cubana de tecnología de la salud. 10(4):2-6 [Acceso 21/04/2021] Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/1335/1194>
 15. Olaya Zúñiga R. La gestión del cuidado de Enfermería en el marco de la renovación en la atención primaria en salud. Tesis de grado. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. Facultad de ciencias de la salud. Bogotá. 2017 [Acceso 21/02/2020]; Disponible en: <https://repository.udca.edu.co/handle/11158/1186?show=full>
 16. Escobar-Castellanos B, Cid-Henríquez P. (2018) "El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud" en Acta bioeth 24(1), [Acceso 21/04/2021] Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2018000100039-B25
 17. Águila RN, Bravo PE, Montenegro CT, Herrera FLR, Duany BLE, Rodríguez CY. (2020) "Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético" en Medisur. 18(2):244-255. [Acceso 22/06/2021] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99100>
 18. Ledesma Y, Casanova Moreno MC, Sánchez Pérez CF, Rodríguez López M, Ferro González B. (2019) "Fun-

- damentos teórico-metodológicos sobre gestión de riesgos asociados al cuidado de Enfermería al paciente crítico" en Rev. Ciencias Médicas. P. Rio 23(5): 772 - 86 [Acceso 21/05/2020] Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4112/html>
19. Joven Beltrán ZM. (2017) Percepción del paciente crítico sobre los comportamientos de cuidado humanizado en enfermería. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. [Acceso 22/05/2021] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiQkpHM97DyAhV5QjABHZ-VDRAQFnoE-CBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fpdfs.semanticscholar.org%2F09fd%2Ffc7bcbf820e2b683153515afbc5060b88c6b.pdf&usq=AOvVaw03VEa2XcokslUFnO9Zn_jc
 20. Rodríguez Duarte KJ. (2018) El cuidado crítico en las unidades de cuidados intensivos: una revisión integradora de la literatura. Tesina. Universidad autónoma de San Luis Potosí. Facultad de enfermería y nutrición unidad de posgrado e investigación. [Acceso 22/05/2021] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiQkpHM97DyAhV5QjABHZ-VDRAQFnoE-CBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fpdfs.semanticscholar.org%2F09fd%2Ffc7bcbf820e2b683153515afbc5060b88c6b.pdf&usq=AOvVaw03VEa2XcokslUFnO9Zn_jc
 21. Bello López C. Evolución de los cuidados de enfermería en unidades de medicina intensiva. Escuela Universitaria de Enfermería. Trabajo de fin de grado. España. Curso académico 2015-2016 [Acceso 21/02/2019] Disponible en: <https://studylib.es/doc/6915463/>
 22. Avilés Reinoso L, Soto Núñez C. (2014) "Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado" en *Enferm. Glob.* 13(34): 323-327 [Acceso 04/06/2021] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015
 23. Ciccioli F. (2016) Técnicas de monitoreo clínico en el shock séptico. Curso online. Actualización en el paciente crítico. Argentina [Acceso 21/05/2021] Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjg7O-yqMntAhXOWVkkHfyiACQQFjAAeg-QIAxAC&url=https%3A%2F%2Fredemc.net%2Fcampus%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F08%2FL2_Ciccioli-T%25C3%25A9cnicas-Monitoreo-schock-REV1.pdf%3F97239&usq=AOvVaw0itH2xpA37D5FH5gLRMDbP
 24. Ochoa Solana AL. (2015) "Monitorización hemodinámica en Cuidados Intensivos" en *Acta Colombiana de Cuidado Intensivo.* 15(2): 109 -118 [Acceso 21/05/2021] Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-monitorizacion-hemodinamica-cuidado-intensivo-S0122726215000051>
 25. Rodríguez Sola D, Fortes Díaz D, González Bernal M, Godoy García JE. (2021) "Manejo de Enfermería de la monitorización hemodinámica continua invasiva en paciente crítico" en *Rev. Ocronos. Editorial Científico - Técnica* 4(3): 162 [Acceso 06/06/2021] Disponible en: <https://revistamedica.com/manejo-enfermeria-monitorizacion-hemodinamica-invasiva/>

+ Publicación Tesina

(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



Universidad
Isabel I

1500
HORAS

60
ECTS

ARTÍCULO DE REVISIÓN

La salud bucodental durante el embarazo

Laura Navarro López

Enfermera en colegio de educación especial de Toledo (JCCM).

RESUMEN

La salud bucodental refiere una buena calidad de vida. Existen diferentes alteraciones en el área bucodental que producen dolencia y consecuencias graves, algunos factores de riesgo que favorecen a la presencia de patologías son la mala alimentación con excesivo consumo de hidratos de carbono, una higiene bucodental inadecuada, el consumo de tabaco y alcohol. En este artículo se hace referencia a la salud bucodental durante en el embarazo siendo una etapa que si aparecen estos problemas pueden dar lugar a graves consecuencias al no prevenirlas o curarlas. Otro punto a tratar es la importancia del flúor como herramienta de Salud Pública que aumenta la resistencia al ataque ácido al esmalte. También se nombra el bruxismo infantil que es una patología que aunque es más prevalente en adultos también afecta a la población joven y por último se señala la detección de problemas ortodóncicos.

Palabras clave: Embarazo, salud, bucodental.

ABSTRACT

Oral health refers to a good quality of life. There are different alterations in the oral area that produce disease and serious consequences, some risk factors that favor the presence of pathologies are poor diet with excessive consumption of carbohydrates, inadequate oral hygiene, consumption of tobacco and alcohol. In this article we refer to oral health during pregnancy being a stage that if these problems appear can lead to serious consequences by not preventing or curing them. Another point to address is the importance of fluoride as a public health tool that increases resistance to acid attack on enamel. It is also named the infantile bruxism that is a pathology that although it is more prevalent in adults also affects the young population and finally the detection of orthodontic problems is noted.

Keywords: Pregnancy, health, oral.

En la salud materno infantil la salud bucodental es uno de los aspectos más importantes en la sociedad. Diferentes estudios señalan que cuando una mujer está embarazada no quiere tomar tratamiento dental durante la gestación a no

ser que tenga algún problema, esta situación puede dar lugar a caries, gingivitis o afecciones bucales afectando a la salud de la madre y el hijo.

Diferentes estudios muestran que una afectación periodontal puede dar lugar a partos prematuros, nacimientos de bajo peso o predisposición a que los hijos en un futuro padezcan de caries en la dentición (transmitida verticalmente). Por ello es fundamental que las gestantes conozcan y prevengan las caries, la gingivitis por su salud y la de su futuro hijo, granuloma del embarazo y la enfermedad periodontal.

Durante el embarazo aparecen condiciones favorables para tener caries. La relación no está clara pero los cambios de la composición de la saliva, la flora bucal, vómitos por reflujo, higiene deficiente, los cambios en los hábitos dietéticos favorecen a su presencia y la gingivitis está relacionada debido al aumento hormonal que padece, estas hormonas son los estrógenos y la progesterona. La intensidad de la patología depende del nivel hormonal de la mujer embarazada. La gingivitis puede complicarse dando lugar a los llamados "tumores del embarazo" que son masas que aparecen en la encía. También aumenta la movilidad dental, la profundidad de la bolsa y el fluido gingival. Estos sucesos tienden a disminuir tras el parto.

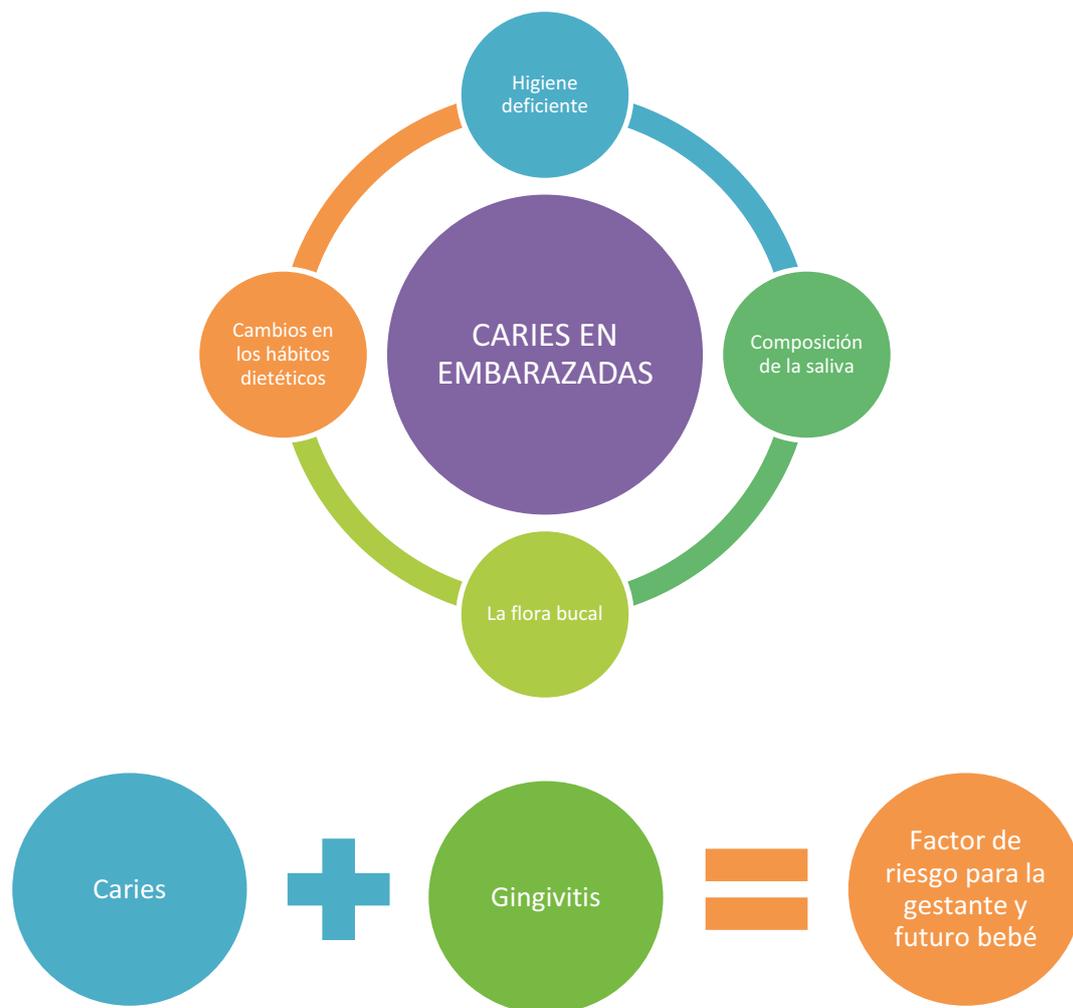
La frecuencia de alguna de estas patologías es más frecuente según la etapa gestacional. La gingivitis gravídica es más frecuente en el segundo trimestre del embarazo siendo el punto máximo el octavo mes. El granuloma del embarazo es habitual en los primeros embarazos (durante el primer y segundo trimestre).

Por todas estas razones la mujer tiene que prevenir las caries y la gingivitis porque es un factor de riesgo para tener un parto prematuro o embarazo de bajo peso. Tras hacer revisiones bibliográficas podemos observar que la salud oral de la madre está directamente relacionada con la del hijo, este es el motivo por el que la matrona desempeña un papel fundamental en la prevención. Algunas acciones fundamentales para mejorar la salud oral materno infantil es el uso de flúor. El uso de flúor tópico en lactantes que tienen más de 10 meses con alto riesgo de caries, también el abandono del biberón y chupete como máximo a los 2 años, evitar abuso de hidratos de carbono y usar pasta dental fluorada estándar desde la erupción dental y visita odontológica al año de edad del niño.

Como conclusión se puede decir que el embarazo es un periodo que da lugar a cambios fisiológicos y las gestantes deben seguir un control médico y odontológico para alcanzar un buen estado de salud.⁽¹⁾⁽²⁾⁽³⁾ Es imprescindible este seguimiento porque la salud bucal y calidad de vida en la gestante está directamente relacionado.

EL FÚOR COMO HERRAMIENTA DE SALUD PÚBLICA

La salud bucal en España es un problema de salud pública debido a la elevada prevalencia de caries. El objetivo principal en Salud Pública es promover la salud y prevenir las



enfermedades, así es imprescindible en seguir con la gestión de actividades promocionales, preventivas y de rehabilitación en todas las etapas de vida dentro de la atención integral de salud. El problema que existe en la actualidad es que la mayoría de los pacientes acuden al odontólogo cuando tiene molestias porque su problema está en la fase más avanzada.

La afectación más frecuente de la boca son la carie dental, la desmineralización de la superficie del diente producido por la presencia de bacterias que hay en la placa bacteriana. La carie es una de las enfermedades de mayor prevalencia e incidencia en niños preescolares y escolares entre tres y seis años de edad. Lo importante de este problema no es revertir la enfermedad, sino prevenirla. Los hábitos de higiene bucal actúan como factores protectores. El flúor, que aumenta la resistencia al ataque ácido al esmalte, es una de las medidas de prevención más importante junto con la técnica correcta del cepillado de dientes con pasta fluorada unas tres veces al día. El flúor es un mineral que ayuda a hacer más resistente a la dentina ante los ácidos de las bacterias que se encuentran en la placa de los dientes. El uso de flúor es una de las formas más seguras de prevenir las caries en adultos y niños ya que hace más fuerte y resistente a los dientes. Este mineral no sólo evita caries sino que ayuda a evitar el deterioro de los dientes con los años. Por estas razones fue el éxito del flúor del agua en la Salud Pública. La forma de cepillarse los dientes es fundamental para realizar una buena técnica:

- El cepillo se tiene que colocar a cuarenta y cinco grados de la encía.
- El cepillo se tiene que mover de atrás hacia delante con movimientos suaves y cortos.
- Cepillar las superficies externas, internas y masticatorias de todos los dientes.
- Colocar el cepillo en forma vertical y hacer varios movimientos de arriba hacia abajo para limpiar la superficie interna de los dientes.
- También es importante cepillar la lengua para eliminar bacterias y tener un buen aliento.

Una medida de Salud Pública es el programa escolar de colutorios semanales:

- Está técnica requiere diez minutos a la semana.
- Es barata, sencilla y práctica.
- Puede estar supervisado por personal no especializado.
- El material utilizado son:
 - vasos pequeños desechables
 - botellas de plástico de medio litro
 - servilletas de papel
 - bolsa de plástico para residuos

Para modificar la conducta de los pacientes tenemos que hacer educación para la salud modificando la conducta individual con el fin de disminuir el riesgo de padecer una alteración bucal, o de aumentar la salud y el bienestar, es uno de los objetivos de la salud pública, donde la promoción de salud es su herramienta fundamental.⁽⁴⁾⁽⁵⁾

BRUXISMO INFANTIL

Es un trastorno del sueño que consiste en realizar una acción involuntaria, rechinar los dientes y está asociado a trastornos respiratorios durante el sueño, mala calidad del sueño, trastornos genéticos, trastornos psicosociales como la ansiedad y malos hábitos orales. Con esto podemos afirmar que la causa es multifactorial porque no existe un único factor que pueda desencadenarlo sino que son un conjunto de ellos y por esto el tratamiento tiene que tener un enfoque multidisciplinario.

Esta afectación es más prevalente en adultos pero también afecta a la población joven, la edad más frecuente en los jóvenes de padecer esta patología es entre los cuatro y los seis años de edad. Esta patología afecta por igual a hombres que a mujeres. Algunas medidas para su tratamiento son: la terapia psicológica cuando la presencia de esta enfermedad es debido al estrés, por ejemplo entre los seis y los tres años comienzan a socializarse y pueden sufrir estrés adaptativo, también podemos ayudarles a manejar la relajación muscular dirigida y fomentar la autoconciencia del movimiento. Un fármaco que funciona bien es buspirona y la inyección de toxina botulínica pero es una técnica muy invasiva para los niños (este tipo de fármacos tiene como objetivo la relajación muscular).⁽⁶⁾ La acción más frecuente ante esta enfermedad es la de aplicar férulas oclusales, actúa reduciendo la manifestación clínica de los pacientes con bruxismo y trastorno de la articulación temporomandibular. El efecto de las férulas es mejorar la posición condílea permitiendo

una posición más estable de manera terapéutica.⁽⁷⁾ Es un dispositivo muy útil y fácil de utilizar.

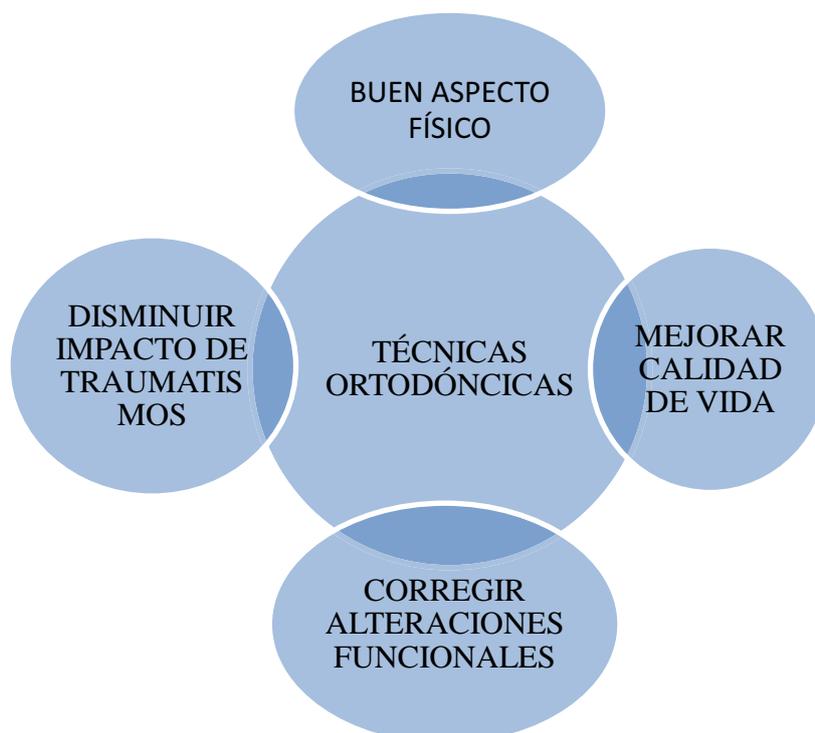
Alguna medida natural para evitar el bruxismo son:

- Evitar alimentos duros que requieran fuerza en la masticación.
- Realizar ejercicios de estiramiento.
- Relajación para la musculatura facial.
- Beber mucha agua.
- Tomar alimentos ricos en calcio para aumentar la resistencia en los dientes.

Este conjunto de opciones y las circunstancias de cada paciente requiere una atención multidisciplinar, éste es el motivo por el que el tema ha sido estudiado por numerosos investigadores. Para concluir, es fundamental una higiene de sueño, realizar ejercicio físico, llevar una dieta saludable y aprender a gestionar el alto nivel de estrés.

DETECCIÓN DE LOS PROBLEMAS ORTODÓNCICOS

Actualmente existen diferentes técnicas ortodóncicas, cada una de ellas está indicada para una situación determinada. Algunas de las razones por las que aplicamos tratamiento ortodóncico son para tener un buen aspecto físico, mejorar la calidad de vida del paciente, corregir las alteraciones funcionales, disminuir el impacto de los traumatismos sobre la dentición y utilizar terapias restauradoras. Por todas estas razones existen diferentes tipos de técnicas según las circunstancias que padezca la persona. El ortodoncista realiza el diagnóstico y el tratamiento dependiendo de la maloclusión y la deformidad dentofacial, pero es imprescindible valorar el interés del paciente y así elegir el método más indicado. Es imprescindible consi-



derar los cuatro principios básicos de no maleficencia, justicia, beneficencia y autonomía.⁽⁸⁾

La detección de problemas ortodóncicos es imprescindible para evitar dolencias y malformaciones, una detección precoz reduce la severidad de maloclusión y disminuye la necesidad del tratamiento de ortodoncia. Es imprescindible tanto para la población adulta como joven siendo en estos últimos muy determinante. Por esto tenemos que concienciar a la población. El éxito del tratamiento ortodóncico es tanto del profesional que lo aplica como del paciente que sigue sus pautas de cuidados. Para concluir podemos decir que tenemos que prevenir las alteraciones y realizar un tratamiento precoz.⁽⁹⁾

La primera consulta con ortodoncista que tiene que tener un niño es a los seis años porque así se puede evitar un largo periodo de ortodoncia en el futuro, además de evitar la mordida cruzada, malos hábitos y futuras deformaciones. Por lo tanto, aunque la mejor edad para ponerse brackets es entre los diez y los trece años nunca es tarde de ponerse ortodoncia.

En la mayoría de los casos los tratamientos para adultos se realizan a personas que no pudieron o quisieron ponerse brackets de niños, que han sufrido movimientos dentales por las muelas del juicio o a pacientes con enfermedades bucales específicas. El usar brackets los adultos tiene ventajas desventajas. Los aspectos positivos son que conseguirán resultados beneficiosos para su salud bucodental y los inconvenientes es que es un proceso más doloroso porque los dientes llevan muchos años sin movimiento y hay enfermedades bucales difíciles de revertir.

El tiempo que requieren los brackets para enderezar los dientes de los niños son una media de dos años pero depende de la alteración del menor. Lo importante de esta técnica es corregir la maloclusión dental y mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Díaz Vldes L, Valle Lizama RL. Influencia de la salud bucal durante el embarazo en la salud del futuro bebé. *Gac Méd Espirit* (serie en Internet). 2015(consulta 2 enero 2020); 17(1): 111-125. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1608-89212015000100012&lng=es
- Cahuana A, Palma C, González Y, Palacios E. ¿Podemos mejorarla?. *Matronas Profesion* (serie en internet) 2016 (consulta 7 enero 2020);17(1):12-19. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=d5d00e9a-9cb5-4354-924f-740db2f7f320%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l-0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=115072656&d-b=edb>
- Bouza Vera M, Martínez Abreu J, Carmenate Rodríguez Y, Betancourt González M, García Nicieza M. El embarazo y la salud bucal. *Rev. Med. Electrón. (serie en internet)*. 2016 (consulta 7 enero 2020); 38(4) 628-634. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000400013
- Tolentino Valencia RE. Salud bucal y calidad de vida en gestantes del Centro de Salud Cooperativa Universal febrero-julio 2016. *Horiz. Med (serie en internet)*. 2017 (consulta 10 enero 2020); 7(4): 35-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000400007
- P. Ramírez V, Aravena N. Creencias y prácticas de salud bucal de padres de párvulos: estudio cualitativo. *Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil. Oral* (serie en internet). 2015(consulta 9 enero 2020); 8(3):217-222. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072015000300007
- Firmani M, Reyes M, Becerra N, Flores G, Weitzman M Espinosa P. Bruxismo de sueño en niños y adolescentes *Rev Chil pediatr* (serie en Internet). 2015 (consulta 27 diciembre 2019); 86(5):373-379. Disponible es: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000500012
- Hernandez Reyes B, Diaz Gomez SM. Bruxismo: Panorámica actual. *AMC* (serie en internet). 2017(consulta 9 enero 2020); 21(1):913-930. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000100015
- Matthews F, Cartes-Velásquez R. Factores que influyen las decisiones terapéuticas en Ortodoncia: Revisión de la literatura. *Odontoestomatología* (serie en internet). 2017(consulta 9 enero 2020); 19(29):33-45. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-93392017000100033&lng=es
- Gonzalez Valdes D, Aleman Sanchez PC, Delgado Díaz Y. Prevención y tratamiento precoz de la Oclusión Invertida en la Atención Primaria de Salud. *Rev Haban cienc méd* (serie en internet). 2015 (consulta 9 enero 2020);14(6):795-805. Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600009

CASO CLÍNICO

Ventriculografía isotópica de equilibrio. Funciones de enfermería

Javier María Naval Morelli

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Lucía Olivares Polo

Hospital Universitario Miguel Servet

RESUMEN

La ventriculografía isotópica de equilibrio es una prueba de imagen de medicina nuclear, que consiste en tomar imágenes del corazón para valorar la función cardíaca. La prueba consiste en inyectar al paciente sus propios hematíes (previamente extraídos por venopunción) marcados con un trazador que emite radiación y que permite formar la imagen. Para su realización es imprescindible la colaboración de la enfermería, por un lado para apoyar al paciente en todo el proceso y por otro para realizar las técnicas necesarias para la correcta devenida de la prueba. La enfermera responsable de realizar esta prueba debe estar en posesión de la licencia de operador de medicina nuclear.

Palabras clave: Medicina nuclear, enfermería, cardiología.

ABSTRACT

Multiple Gate Acquisition Scan is a nuclear medicine imaging test that involves taking images of the heart to assess heart function. The test consists of injecting the patient with their own red blood cells (previously extracted by venipuncture) marked with a tracer that emits radiation and allows the image to be formed. To carry it out, the collaboration of nursing is essential, on the one hand to support the patient throughout the process and on the other to carry out the necessary techniques for the correct evolution of the test. The nurse responsible for performing this test must be in possession of a nuclear medicine operator's license.

Keywords: Nuclear medicine, nursing practices, cardiology.

La ventriculografía isotópica de equilibrio (en inglés: multiple gate acquisition scan (MUGA)) es un estudio de Medicina Nuclear en el cual se evalúa la función cardíaca.⁽¹⁾

En Medicina Nuclear se forman imágenes al procesar la radiación que emite el paciente, al contrario de la radiología que la fuente de radiación es el aparato diagnóstico. Por lo

tanto, al paciente hay que inyectarle un trazador que emita radiación para poder adquirir las imágenes.

Para la ventriculografía isotópica de equilibrio se marcan los hematíes del paciente, para lo que se requiere una muestra de sangre del mismo, con Tecnecio. Este elemento se adhiere a los glóbulos rojos y pasa a través del corazón.

Para este estudio se utiliza el Tecnecio 99 metaestable (Tc^{99m}), un isótopo ideal para este tipo de pruebas ya que posee un periodo de semidesintegración de 6h y se puede obtener fácilmente en el lugar donde se realiza la prueba eluyéndolo en un generador a partir del Molibdeno 99 (Mb^{99}).⁽²⁻³⁾

Su principal aplicación es controlar la función cardíaca de pacientes expuestos a ciertos quimioterápicos cardiotóxicos (sobre todo de cáncer de mama). Fármacos como las antraciclinas, extensamente utilizados para este tipo de tumores pueden producir arritmias y miocardiopatías.⁽⁴⁾

Para valorar la función cardíaca en esta prueba se utiliza la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). Desde el ventrículo izquierdo se bombea toda la sangre oxigenada hacia la aorta y el resto del cuerpo. Este estudio permite medir cuánta sangre bombea el corazón con cada latido. Se considera una buena FEVI si el valor se encuentra por encima del 50-55% (lo fisiológico se encuentra en torno al 70%).⁽⁵⁾

FUNCIONES DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA PRUEBA

Lo primero que haremos será explicar bien el procedimiento al paciente: procedimiento, técnica, duración, riesgos.

El paciente no necesita ninguna preparación previa específica para la realización del estudio, no son necesarias las ayunas y es recomendable estar bien hidratado.

Antes de empezar con el procedimiento de la prueba habrá que asegurarse que la paciente no esté embarazada o este dando lactancia, no es una contraindicación absoluta, pero sí que deberá ser comunicado al médico responsable para que sea el que valore los riesgos y beneficios derivados de exponer a la paciente a la radiación.

La única contraindicación absoluta sería una alergia al Tc^{99m} utilizado como trazador, y estas son bastante infrecuentes. En Europa, la prevalencia de reacciones adversas a los radiofármacos es de uno por cada $2,3 \times 10^5$ pacientes y mayoritariamente son reacciones de tipo I, provocando hipersensibilidad y alergia local.⁽⁶⁾

Procedimiento y técnica:

- Se tomará una muestra de unos 5 ml de sangre en una jeringa con heparina para que no se coagule la muestra. Es importante que la muestra se extraiga de manera

aséptica, se intentará elegir en la medida de lo posible elegir una vena de buen calibre para intentar no hemolizar la muestra, ya que si esto ocurre se rompen los hematíes y no se pueden marcar de manera correcta.

- Es muy importante identificar de manera correcta la muestra con los datos del paciente, ya que esa muestra se va a volver a inyectar al propio paciente.
- La muestra se dejará en radiofarmacia donde se marcan los hematíes in vitro con Tc^{99m} .
- Se reinyectará la muestra debidamente identificada al paciente, la administración se realizará en bolo y ante la sospecha de que pueda estar extravasado se detendrá inmediatamente. Se puede valorar el canalizar un catéter periférico corto para evitarle al paciente varios pinchazos, dicho catéter se retirará debidamente al completar la inyección.
- A continuación, se le realizarán las imágenes del corazón en la gammacámara, para lo cual deberemos colocar tres electrodos al paciente, para la realización de las imágenes el paciente deberá estar lo más quieto posible en decúbito supino.

La duración de la prueba suele ser en torno a 90 min aproximadamente (60 min de marcaje de los hematíes, 15 min de adquisición de imágenes, a lo que hay que sumar los tiempos de extracción, reinyección y colocación del paciente en la gammacámara).

Riesgos y radioprotección:

- Para el paciente los riesgos son tienen un riesgo muy bajo. La exposición al radioisótopo libera una pequeña cantidad de radiación.
- Para el trabajador: en España los riesgos vienen regulados por el Consejo de Seguridad nuclear (CSN) mediante el

Reglamento sobre Protección Sanitaria contra Radiaciones ionizantes, aprobado por el Real Decreto 783/2001. El CSN otorga al trabajador la licencia de tenencia obligatoria para poder trabajar con isotopos radiactivos y verifica el cumplimiento del criterio ALARA (Todas las exposiciones a la radiación deben ser mantenidas a niveles tan bajos como sea razonablemente posible).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Cancer Society. Estudios de medicina nuclear y el cáncer. Acceso 1 nov,2021. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/estudios-de-medicina-nuclear-y-el-cancer.html#referencias>
2. Yzeiraj, E., Barakat, A. F., Cremer, P., & Jaber, W. Variability in left ventricular ejection fraction by radio-nuclide multigated acquisition scan versus echocardiography: implications for primary prevention implantable cardioverter defibrillators. Journal of the American College of Cardiology 2017, 69(11 Supplement),431.
3. Calvo Rebollar M. Construyendo la tabla periódica. 1ª ed. Zaragoza. Prames: 2019.
4. Plana, J. C. La quimioterapia y el corazón. Revista Española de Cardiología 2011, 64(5), 409-415.
5. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica. 13.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2016.
6. Pérez Iruela J, Rioja Martín M, Díez Jiménez L, Rodríguez Gómez P, Sánchez Martínez G, Crespo Díez A. Reacción adversa al $99mTc$ -oxidronato tras reexposición al radiofármaco. Alasbimn Journal 2012.

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



Máster en atención de enfermería en las unidades de cuidados intensivos



1500
HORAS
60
ECTS

Índice

- 1. Atención de enfermería al paciente ostomizado..... 4
- 2. Cáncer colorectal: calidad de vida y educación para la salud de los pacientes con ostomías digestivas 33
- 3. Calidad de vida en pacientes con ostomías: Intervención de enfermería 52
- 4. El paciente ostomizado: aspectos psicológicos y cuidados del estoma 78
- 5. Salud sexual en los pacientes ostomizado..... 102

Álvarez Sariago, María - 52
 Gómez Rodríguez, Irhina - 4
 Reguera Suárez, Lucía - 33
 Vallejo Sánchez, Vanesa - 102
 Vázquez Álvarez, Andrea - 78

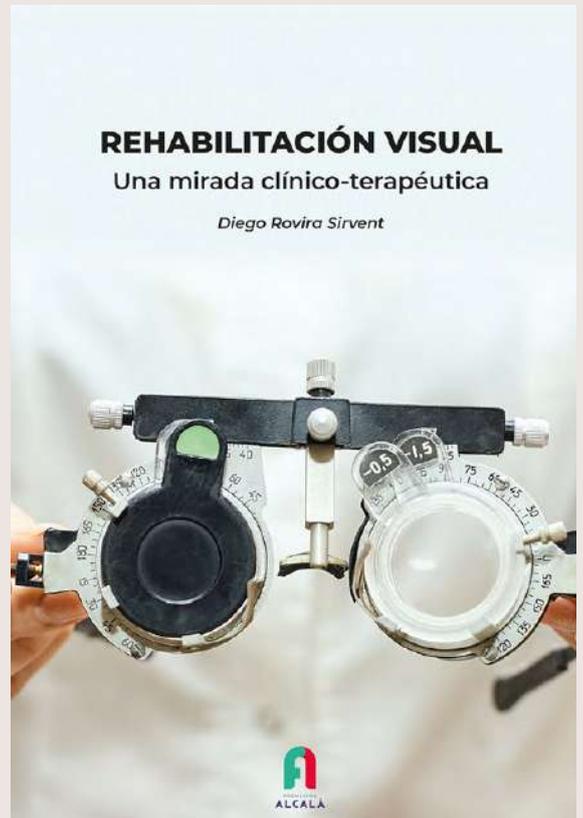
NUESTRA RECOMENDACIÓN

EDITORIAL

Rehabilitación visual

El presente manual desarrolla diferentes aspectos relacionados con la rehabilitación visual ofreciendo un enfoque global de esta especialidad que se ha convertido en una de las de mayor futuro desde un punto de vista multidisciplinar. A lo largo de la obra abordamos desde una perspectiva histórica de los orígenes de dicha especialidad, así como secciones dedicadas a los conceptos generales, el examen clínico y la exploración del paciente con baja visión, las ayudas ópticas, las diferentes técnicas de rehabilitación visual y de mejorar la autonomía personal con el objetivo fundamental de destacar los beneficios de la rehabilitación visual para el paciente, ya que con ella es posible mejorar aspectos tan básicos como el acceso a la lectura, la seguridad en los desplazamientos y la eficacia en la realización de tareas de la vida cotidiana dadas las múltiples posibilidades de mejora objetiva y funcional en los pacientes.

Diego Rovira Sirvent. Médico especialista en Neurología. Especial interés y experiencia profesional demostrada en el área de epilepsia y esclerosis múltiple, así como en la atención de urgencias neurológicas y código ictus. Máster universitario en investigación en medicina clínica. Actualmente, ejerce en la Fundación Instituto San José dentro del Programa de atención a pacientes con daño cerebral rehabilitable y crónico severo.



NP Puntö