

Revisión bibliográfica de la intervención educativa en el paciente colostomizado

Miguel Recuero Vázquez

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid.
miguelre@outlook.es

Tutor

Jesús Sánchez Martos

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Medicina, Pabellón II, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040 Madrid.
jsanchezma@meditex.es

Resumen: con el aumento de la incidencia del cáncer, y sobre todo del cáncer colorrectal, las intervenciones quirúrgicas resultantes en colostomía han visto aumentada también su incidencia. El paciente colostomizado verá mejorada su autonomía si la intervención educativa se lleva a cabo no solo tras la cirugía, sino antes, distinguiéndose entre tres fases: preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío. En el preoperatorio, nos dedicaremos sobre todo a buscar una localización del estoma y a preparar al paciente psicológicamente para la próxima situación. En el postoperatorio inmediato, ayudaremos al paciente a identificar las complicaciones relacionadas con el estoma y enseñaremos el manejo de la colostomía y todo lo relacionado con ella: bolsas, nutrición... además de iniciar al paciente y a su familia o cuidadores en la aceptación de la nueva situación y cómo puede afectar a su vida diaria. En el postoperatorio tardío, evaluaremos la influencia de la colostomía en la vida diaria, incidiendo sobre todo en la afectación a su imagen personal y en si el manejo de la colostomía ha sido asimilado. La conclusión es que quedan aspectos por mejorar, como una cobertura integral apoyados en la atención primaria, la existencia de consultas de estomaterapia en todos los hospitales; y que la intervención educativa es la más importante en este proceso, por garantizar la autonomía del paciente.

Palabras clave: Colostomía – Cuidados. Educación sanitaria de ostomizados.

Abstract: with the increased incidence of cancer, especially colorectal cancer, colostomy surgery have also seen increased incidence. The colostomy patient autonomy will be enhanced if the educational intervention is carried out not only after surgery but before , distinguishing between three phases: preoperative , immediate postoperative and late postoperative period . Preoperatively , we will focus mainly looking for a location of the stoma and psychologically prepare the patient for the next situation. In the immediate postoperative period, help the patient identify

complications related to the stoma and teach the handling of the colostomy and everything connected with it : pouches , nutrition log ... besides the patient and their family or carers in the acceptance of new situation and how it can affect your daily life. In the late postoperative period , we will evaluate the influence of the colostomy in everyday life , focusing especially on the effect on self-image and if the management of colostomy has been assimilated . The conclusion is that there are areas for improvement, as supported comprehensive coverage in primary care, the existence of queries stomatherapy in all hospitals; and educational intervention is the most important in this process to ensure patient autonomy.

Keywords: Colostomy – Care plans. Health education

INTRODUCCIÓN

Una ostomía es una técnica quirúrgica que puede definirse como la abocación de una víscera a otra víscera o, según el caso, al exterior. El orificio resultante de dicha técnica será denominado estoma. Aunque pueda parecer una técnica moderna, la primera referencia a un estoma fue realizada en 1710, por el médico francés Alexis Littré, y fue realizada para intentar la solución de una malformación congénita rectal. Posteriormente, ya en el siglo XX, es cuando esta técnica se ha mejorado y se ha convertido en lo que es hoy, gracias a cirujanos como Ward, Hartmann y Miles. Y no es hasta este siglo que aparece, por primera vez, la figura de la enfermera experta en tratamiento de estomas, o estomaterapeuta⁽¹⁾.

Una colostomía será, por tanto, la abocación de una porción del intestino al exterior del cuerpo, mediante lo que llamamos “estoma”, para facilitar la salida de heces al exterior. Sus indicaciones principales son las siguientes.

- Neoplasia de colon, recto o ano.
- Derivación de las heces al exterior como parte de un tratamiento descompresivo.
- En sepsis, por dehiscencias de sutura y pelviana.

Otras indicaciones para una colostomía son las enfermedades inflamatorias intestinales, el traumatismo ano-rectal o abdominal, la incontinencia anal, la fístula recto-vaginal, la enfermedad diverticular, el vólvulo de colon o la poliposis colónica familiar⁽¹⁾.

Igualmente, existen distintos tipos de colostomía, según su temporalidad o localización. De esta forma, según su temporalidad pueden ser temporales o permanentes⁽¹⁾.

Según localización, nos encontramos con las siguientes⁽¹⁾.

- **Colostomía ascendente:** se encuentra en la parte derecha del abdomen, coincidiendo con el colon ascendente. Exteriorizan heces menos formadas (consistencia líquida/semilíquida) con débito muy frecuente y de gran acidez.
- **Colostomía transversa:** se encuentra en la parte central del abdomen, coincidiendo con el colon transverso. En este caso, las heces se encuentran más formadas que en el anterior, y el débito es menos frecuente.
- **Colostomía descendente:** el estoma se sitúa en este caso en la parte izquierda del abdomen. Las heces en este caso son sólidas, y casi podría asemejarse a un débito normal.

Dado que la colostomía es, no olvidemos, la abocación de una parte del intestino al exterior de la cavidad abdominal, sostenida mediante una sutura a la pared abdominal, tenemos que tener en cuenta que se encuentra fuera de su localización anatómica habitual. Y por tanto, será una zona sensibilizada ante el exterior, además de por su condición de víscera, por la afección de la cirugía reciente.

Es por ello que será proclive a sufrir complicaciones, estructuradas en varias clasificaciones según la temporalidad (distinguiremos entre complicaciones inmediatas o precoces y tardías), presentes en la piel o por el uso de dispositivos. En el caso de las complicaciones inmediatas, encontramos las siguientes⁽¹⁾.

- **Edema:** por el propio trauma de la intervención, se presenta a los pocos días. Se da si el diámetro del orificio por el que se aboca el intestino es menor que su mucosa. Puede dar lugar a una obstrucción.
- **Hemorragia:** es poco frecuente, y se presenta a las primeras horas. Aunque tiene una fácil resolución (presión sobre el vaso o sutura), de no actuarse en esta complicación, puede acabar en una isquemia o hemoperitoneo.
- **Isquemia o necrosis:** se manifiesta en las primeras 24 horas, y es más frecuente en la existencia de obesidad y arteriosclerosis. La identificaremos mediante el color del estoma, que se tornará en grisáceo.
- **Infección y sepsis:** su presentación es frecuente, sobre todo si la intervención ha sido realizada de urgencia. Habrá que identificar los signos de infección, como son el dolor, la inflamación, la supuración o la fiebre.
- **Evisceración:** es una complicación de baja incidencia, en la que las asas intestinales salen hacia el exterior del abdomen. Generalmente, se produce por una hiperpresión abdominal.

Las complicaciones tardías son las siguientes⁽¹⁾.

- Estenosis: consiste en la reducción del diámetro de la luz del estoma, impidiéndose la salida de las heces o la posibilidad de realizar un tacto. Puede ser secundario a infección, necrosis o a una mala ubicación de la colostomía.
- Hernia: es la complicación tardía más frecuente. Se produce por la debilidad de la pared abdominal, siendo por tanto más frecuente en ancianos; y por un aumento de la presión abdominal.
- Prolapso: consiste en la salida de la mucosa a través del orificio cutáneo, por una mala fijación del colon a la piel y protruye unos 15-20 cm. Se dará, comúnmente, por un aumento de la presión intraabdominal.

Por otro lado, las complicaciones relacionadas con la piel son las siguientes⁽¹⁾.

- Dermatitis periestomal: tanto inmediata, como tardía.
- Ulceraciones: por infección bacteriana o uso inadecuado de los dispositivos.
- Dermatitis de contacto: por alergias a pegamentos de los dispositivos.

En cuanto a complicaciones por el uso del dispositivo, estas aparecerán ligadas tanto al uso de bolsas como de dispositivos continentes, aunque este está propiciado por una mala situación del estoma (en pliegues cutáneos) o a una agravación de la integridad cutánea (una ulceración o una dermatitis exacerbada). La más destacada de estas complicaciones, y la que suele llevar a las fugas por el disco, es el denominado “pancaking”, consistente en que el material fecal no entre en la bolsa de colostomía y se quede en los anejos del disco, llegando a producir fuga^(1,2,3). Detallaremos la actuación de enfermería en cada una de las complicaciones próximamente, a lo largo del desarrollo del plan de cuidados, distinguiéndolas en sus fases (preoperatoria, postoperatoria y al alta).

Dentro de las complicaciones que conlleva una colostomía, no podemos olvidar las nutricionales. Para entenderlas, deberemos remitirnos a la fisiología del colon, que será la parte del cuerpo cuya función se vea alterada. De esta forma, nos encontramos con tres funciones principales⁽⁴⁾.

- Posee la capacidad para absorber agua y electrolitos, además de almacenar y evacuar materia fecal.
- Es un reservorio para el metabolismo y la fermentación bacteriana.
- Igualmente, posee una función metabólica que afecta al metabolismo corporal.

De esta forma, deberemos reforzar el consejo nutricional centrados en estas tres funciones, cuidando la deshidratación y la pérdida de iones. Además, la microflora gastrointestinal es encargada de fermentar los carbohidratos y producir ácidos grasos de cadena corta, por lo que deberemos limitar la ingesta de carbohidratos complejos

para evitar fenómenos de malabsorción o de mala digestión, que lleven a producir flatos o a afectar a la consistencia de las heces. Así mismo, habrá que encontrar una forma de suplir las carencias calóricas por estos sucesos⁽⁴⁾.

No olvidemos, igualmente, que son pacientes que en su mayoría van a provenir de un diagnóstico neoplásico, por lo que pueden estar en tratamiento radioterápico o quimioterápico, produciéndose alteraciones que también afectan a la nutrición, como son la disgeusia, llegando a fenómenos de caquexia⁽⁴⁾.

Sin embargo, habrá que adecuar el consejo nutricional a nuestro paciente, tanto a sus costumbres como al momento en el que se encuentre. Por tanto, iremos tratando este tema a lo largo de las fases del proceso ya mencionadas^(5,6).

Nos hemos referido hasta ahora a complicaciones fisiológicas, pero no hay que olvidar el impacto a nivel psicológico y social que puede tener una colostomía. El estudio del impacto psicológico que causa una colostomía ha ido evolucionando, tanto como se han ido generando avances tecnológicos y en la práctica de esta intervención⁽⁷⁾. De esa forma, los primeros estudios de aspectos afectados de la vida diaria del paciente con colostomía, se centraban sobre todo en los problemas causados por la presencia y la necesidad del cambio de la bolsa, siendo esta la máxima preocupación según un estudio de Devlin en 1971⁽⁸⁾.

Cuando se optimizan los dispositivos, de tal forma que permiten la realización de vida social, los estudios encuentran otros resultados. Así, Wade en 1989⁽⁹⁾, encuentra que el máximo problema para el paciente ostomizado es el cambio de bolsas una vez que sale, ya sea de viaje, en una visita a otra casa o en cualquier acto social.

Los estudios continúan evolucionando, así como su metodología. Los primeros estudios centrados en aspectos fundamentalmente psicosocial, surgen en 1997 por White, y denotan la aparición de ansiedad y depresión tras el alta⁽¹⁰⁾. En 2005, Williams alude a problemas de alteración de la imagen corporal por preocupaciones relacionadas con el olor, fugas, ruidos o la posible apreciación de la bolsa bajo la ropa⁽¹¹⁾. Ya en 2006, McKenzie et al, realizó un estudio⁽¹²⁾ a ostomizados pasados cuatro meses de la intervención, encontrando lo siguiente:

- El 50% sentía su cuerpo fuera de control.
- El 45% sentía que el estoma controlaba sus vidas.
- El 55% sentía que nadie podía comprender su situación.
- El 23% se sentía menos hombre o mujer tras la cirugía.
- El 37% se sentía preocupado acerca de las fugas del dispositivo.

Además, no hay que olvidar que la patología más común por la que se realiza una colostomía es el cáncer colorrectal⁽¹⁾, añadiendo al impacto psicológico el impacto del diagnóstico de cáncer⁽¹³⁾. Por ello, a lo largo del trabajo y de las distintas fases de actuación, delimitaremos las preocupaciones psicosociales propias de cada periodo.

JUSTIFICACIÓN

Las investigaciones relacionadas con las colostomías se han orientado a mejorar sus procedimientos (quirúrgicos) o los útiles que se requieren una vez realizados (bolsas de ostomías o métodos continentes). Y a pesar de que parece tan evidente el efecto que puede causar una colostomía a nivel psicosocial, la trayectoria de la investigación de estos aspectos no supera los 50 años, con diversidad de opiniones⁽⁷⁾. De tal forma que encontramos bibliografía de hace tan solo 30 años en la cual se afirma que lo mejor es ocultarle la información al paciente y bombardearle con ella 2 días antes del procedimiento para evitar inseguridades.

Con los años, han aparecido otros estudios que demuestran que una preparación previa del paciente, en la cual acordar el sitio en el que realizar el procedimiento y la indicación por la cual es realizado, ayudan a que este se implique más en el proceso y aprenda un correcto manejo de la ostomía, lo cual repercutirá a la larga en un mejor proceso enseñanza-aprendizaje y una mejor predisposición, con lo que esto conlleva: menor cantidad de complicaciones, reintervenciones y, finalmente, mejor calidad de vida y autoestima^(2,13,14). Para el estudio desde el punto de vista epidemiológico, debemos considerar que la mayor parte de las colostomías provienen del cáncer colorrectal⁽¹³⁾.

Este cáncer se ha convertido en el cáncer más prevalente si tenemos en cuenta ambos sexos (a pesar de que en el hombre el cáncer más común es de próstata y en mujer, el de mama). De esta forma, la incidencia de cáncer en España en 2012 fue de 215.534 casos. De estos, el de mayor incidencia es el colorrectal, con un 15% (32.240 casos)⁽¹⁷⁾.

En cuanto a mortalidad, es el segundo con un 14.3% (14.700 muertos), solo por detrás del cáncer de pulmón, con un 20.6% de mortalidad⁽¹⁷⁾.

En cuanto al número de personas ostomizadas, existen unos 70.000 pacientes ostomizados en todo el territorio nacional, con una incidencia anual de unos 12.000-15.000 casos⁽¹⁸⁾.

Estos números igualmente hacen que trabajos dirigidos a este fenómeno sean realizados, y más desde el punto de vista de enfermería, dado que la parte de la que más se puede ahorrar económicamente proviene de su función en todo el proceso⁽¹⁵⁾, y no tanto de aspectos puramente quirúrgicos. Así, existen estudios que demuestran que el coste intraoperatorio no varía significativamente entre pacientes. En cambio, el coste de la colostomía se incrementará por las complicaciones surgidas en el postoperatorio, ya sea inmediato o tardío (tal y como hablamos de las complicaciones anteriormente)^(15,16). Y estas complicaciones aparecerán asociadas, sobre todo, a un mal proceso educativo, siendo este únicamente factible si estructuramos la intervención enfermera en tres partes.

- Fase preoperatoria.
- Fase postoperatoria inmediata: tras la intervención, hasta que el paciente es dado de alta.
- Fase postoperatoria tardía: cuando el paciente es dado de alta y tiene que manejarse él mismo con la ostomía.

Este proceso será realizado por enfermeros estomaterapeutas. Avalan su necesidad de la existencia de estudios que demuestran que el paciente prefiere la atención de una enfermera especializada en ostomías a la de un doctor, puesto que la enfermera dispondrá de más tiempo para la intervención educativa y de una formación específica en los cuidados del estoma⁽¹⁹⁾.

Por tanto, realizo esta revisión bibliográfica para que cualquier enfermera generalista que quiera aproximarse a este paciente pueda tener unos conocimientos básicos de las intervenciones a realizar, haciendo hincapié sobre todo en los objetivos educativos que requiere este paciente de cara a su nueva situación.

OBJETIVOS

Generales

1. Crear una guía que posibilite una aproximación al paciente colostomizado de la enfermera generalista.
2. Demostrar la importancia de la intervención educativa en estos pacientes.
3. Resaltar la importancia del estomaterapeuta en todo el proceso de atención al paciente colostomizado.

Específicos

1. Distinguir las tres fases del proceso de atención al paciente con colostomía:
 - Prequirúrgica.
 - Postoperatoria inmediata.
 - Alta y postoperatoria tardía.
2. Adaptar la intervención a las necesidades de este paciente en cada una de las fases del proceso de atención.
3. Conocer la variabilidad existente entre estos pacientes.
4. Promover la autonomía de estos pacientes.

PREOPERATORIO DE UNA COLOSTOMÍA

Diagnóstico y justificación de realización

El proceso de realización de una colostomía, como intervención quirúrgica, vendrá iniciado por un diagnóstico que haga necesaria su realización. Estos pueden ser los vistos en la introducción, como son una enfermedad inflamatoria intestinal, una descompresión del colon (siendo entonces evacuante de heces), una incontinencia anal... y el más importante, cáncer colorrectal. En este caso, además de ser la indicación más destacada para su realización (copia la mayoría de las colostomías realizadas⁽¹⁾), hará que debamos prestar atención a esta fase más de lo normal, siendo distinto un diagnóstico, por ejemplo, de incontinencia anal o enfermedad inflamatoria intestinal que de cáncer.

En los primeros casos (enfermedad inflamatoria, o descompresión de colon), el paciente no tendrá tanto problema para afrontar el diagnóstico. Y de hecho, la realización de una colostomía le permitirá, en un futuro, mantener un control de sus heces más notorio que en el caso de la más estricta incontinencia. De esta forma, la finalidad curativa de la colostomía será más entendible.

Hay que añadir a esto que una persona incontinente ha tenido mayor familiaridad con sus heces, así como con su olor, textura... lo que hace que manejar una colostomía no le resulte tan desagradable, y que incluso le resulte más cómodo que manejarse constantemente con pañales. En el caso de la enfermedad inflamatoria, con el manejo de la colostomía no será tan necesario vivir sujeto a las constantes fluctuaciones entre normalidad y diarrea o constipación.

Sin embargo, una persona diagnosticada con un cáncer sin ninguna clase de patología intestinal previa, ha tenido la misma relación con la defecación que cualquier persona normal. Por tanto, no es ya solo el estigma que supone el diagnóstico de cáncer, sino el que esa persona necesite asumir el manejo de bolsas, la pérdida de continencia, etc.⁽¹⁴⁾.

Igualmente, entenderán tanto el cáncer como la colostomía como dos procedimientos que generarán invalidez⁽¹³⁾, el primero por el comienzo de tratamientos como la radioterapia o la quimioterapia o por un mal pronóstico y la segunda como una desfiguración.

Finalmente, en esta etapa debemos tener en cuenta que si al paciente va a realizársele la colostomía por una neoplasia colorrectal, no podremos tratar de ahora en adelante únicamente las cuestiones limitantes del mismo. En primer lugar, antes de hablar de la colostomía, debemos hacer que el paciente acepte su diagnóstico, lo que puede necesitar tiempo, y sobre todo, el apoyo de su familia, por lo que todo este proceso se realizará con su compañía, o la del cuidador si se diera el caso⁽²⁰⁾. Es cierto que el paciente llegará a la consulta del estomaterapeuta (que es desde donde se

realizará toda esta fase del preoperatorio) con conocimiento de su diagnóstico, para que se le hable de los aspectos más concretos de la intervención que le va a ser realizada, es decir, la colostomía. Pero antes de ello tendremos que observar su nivel de sensibilización ante la enfermedad. De lo contrario, fomentaremos su sentimiento de invalidez, y no conseguiremos transmitir adecuadamente la finalidad curativa del estoma.

En definitiva, debemos buscar que el paciente no incurra en lo posible en los sentimientos ante la colostomía reflejados en la introducción más comunes tras la intervención, que entienda la finalidad curativa de la colostomía para este proceso (descompresión, evitar fugas a peritoneo o lograr una “continencia”). Y sobre todo, que se implique en el proceso, que comience a aceptarlo⁽⁶⁾.

Localización del estoma

Una vez aclarada la indicación del estoma, procederemos a aclarar la situación del estoma. Junto a la fase anterior, serán las más importantes de cara a reducir la ansiedad del paciente previa a la intervención. También, la elección de un sitio acorde a las necesidades del paciente y del propio estoma ayudará a prevenir complicaciones tempranas postquirúrgicas^(14, 20).

Antes de pararnos a valorar parámetros relacionados con el lugar donde donde vaya a situarse el estoma, tenemos que tener en cuenta la información sobre el entorno social del paciente, recopilando información sobre su familia o su cuidador, su grado de soporte y su grado de independencia. De esta forma, focalizaremos nuestra valoración de una forma más eficiente y orientada a las necesidades del paciente, como veremos a continuación.

En la valoración enfermera que deberemos realizar para determinar una localización adecuada del estoma nos encontramos con los siguientes datos a recoger⁽¹⁴⁾.

- Respecto a la constitución física del paciente, tendremos que tener presente:
 - ✓ El peso: por si pudiera existir obesidad o caquexia. En el caso de la obesidad, debemos evitar situar el estoma en el tercio inferior del abdomen, puesto que en este caso no será manejable por el paciente, o incluso no podrá alcanzar a verlo. Si existe caquexia, es muy posible que exista debilidad de la pared abdominal, lo que hará que haya que mantener un especial cuidado de la zona estomal⁽²¹⁾.
 - ✓ El tipo y la forma del abdomen y su fortaleza muscular: debemos tener en cuenta que por lo general, el paciente colostomizado suele ser un paciente entrado en edad y con patología previa⁽⁶⁾, y que por ello es común el problema de la sarcopenia, favoreciendo esto complicaciones como el

prolapso por la baja contención ejercida por la pared abdominal.

- ✓ En pacientes de edad avanzada: la sarcopenia, unida a la reabsorción del tejido conectivo favorecerá el encorvamiento de la columna vertebral, y con ello, la variación de la postura. Esto puede influir a la hora de situar el estoma y favorecer un manejo apropiado por parte del paciente.
- ✓ Consideraciones especiales: de igual forma, dentro de este punto deberemos analizar la existencia de cicatrices (de cualquier tipo, incluso de ostomías anteriores), pliegues cutáneos (más frecuentes en personas de edad avanzada, por la pérdida de elasticidad de la piel) o prominencias óseas (como la cresta ilíaca, o la cercanía a las costillas). Evitaremos también la cercanía al ombligo. Y en el caso de mujeres, habrá que tener cuidado de los pechos grandes, dado que pueden llegar a tapar el estoma⁽²¹⁾.

(*) En el caso de la existencia de cáncer colorrectal, es posible que se realice un tratamiento de radioterapia y/o quimioterapia a la vez que se mantiene la colostomía. Por tanto, deberemos tener en cuenta sus efectos secundarios, sobre todo en lo tocante a su afección al peso por los fenómenos de disgeusia, náuseas, vómitos, etc... que fomentan la caquexia⁽²²⁾.

- Presencia de patologías dermatológicas: como por ejemplo, psoriasis o dermatitis de contacto. Habrá que tener en cuenta la edad del paciente, puesto que esta afectará al estado cutáneo por la pérdida de elasticidad asociada a la pérdida del colágeno⁽⁶⁾. A estos tres factores debemos sumar que si existe una radioterapia concomitante es posible que en pieles sensibles puede provocarse rash^(4,6).
- Limitaciones del paciente⁽¹⁴⁾: como pueden ser motoras, sensitivas, de comprensión y/o de destreza manual. En el caso de que se encuentren presentes, deberemos evaluar distintos factores dentro del paciente:
 - ✓ La presencia de cuidadores en su entorno: ya sean familiares o no, ya provengan de una institución, deberemos incluirlos en todo este proceso y enseñarles las técnicas a desempeñar sobre el paciente^(22,23). De esta forma, podremos solventar las limitaciones enunciadas.
 - ✓ La accesibilidad del estoma: a pesar de lo anterior, debemos tener en cuenta que nos servirán como ayuda y no como medio. Tal y como hemos hablado en la anterior fase, nuestro propósito dentro de la intervención preoperatoria será proponer la colostomía con una finalidad curativa y no invalidante. Es por tanto imprescindible favorecer la autonomía del paciente desde esta fase para que se dispongan de una forma más

adecuada al posible cambio que se suceda en su vida diaria, para que se impliquen y lo acepten de forma más efectiva^(13,14,23). Y lo mejor para esto es que el paciente seleccione en la medida de lo posible, acorde a sus necesidades, la localización del estoma (tener en cuenta por ejemplo si es zurdo, si tiene problemas de movilidad, si es ciego...).

- ✓ Por ello, estos dos últimos puntos deben sinergizarse. De tal forma que el cuidador sea un apoyo para el paciente y le recuerde las actividades a realizar con su estoma en el caso de que las olvide; pero que, ante todo, le deje comenzar a él. Es decir, su papel deberá fomentar la autonomía del paciente colostomizado: ayudando a evitar la frustración pero sin solucionar cada problema, simplemente ayudándole a encontrar medios para salir de él.
- Tipo de trabajo que desempeña, aficiones: esta información nos es útil de cara a conocer las posturas que mantendrá habitualmente, así como los movimientos que va a realizar. Además, esta información nos servirá tras la intervención para aconsejarle sobre distintas bolsas y la posibilidad del uso de métodos continentales tras la familiarización con el estoma⁽²⁾.
- Información sobre su entorno social: recopilaremos información sobre su familia o su cuidador, su grado de soporte y su grado de independencia.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el estoma ideal tiene que cumplir tres condiciones^(21,24).

- Que sea fácilmente localizable/visible por el paciente.
- Que asegure la adhesión de discos/bolsas (cuidado con los pliegues cutáneos o las prominencias óseas).
- Que permita la máxima libertad de movimiento posible.

Para esto es importante que al valorar los hábitos del paciente, se haga que adopte el mayor número de posturas relacionadas con los mismos^(14,21). Por ejemplo, que adopte posturas de su deporte favorito, que se coloque en decúbito prono, supino y sentado.

También, en el caso de que tuviera prótesis, silla de ruedas o ayudas para la deambulación (bastones, andadores, etc.), que acuda con ellos para estudiar mejor como afectan a la postura.

En definitiva, que el paciente acuda en condiciones normales.

De esta forma, valoraremos que el estoma se sitúe en una zona que se mantenga plana al movimiento en su rutina; y que, evidentemente, no se encuentre en cicatrices o cercana a prominencias óseas.

Una vez establecida la localización del estoma, si se dispusiera de tiempo suficiente y para favorecer la familiarización con la situación futura, Dorman⁽²⁴⁾ propone la utilización de bolsas desde este punto. Podría combinarse con el uso de pastas que también se usan para la fijación de la bolsa para comprobar si causan dermatitis, aunque todo esto lo haremos únicamente en el caso de que el paciente se haya mostrado accesible hasta este momento.

Hemos de tener en cuenta que es mucha información para una sola sesión, y que el paciente puede agobiarse por ello. Por tanto, analizaremos su comportamiento y, en referencia a este, iremos más o menos despacio. Y en el caso de contar con presencia de familiares o cuidadores, paciencia ante ellos como ante el paciente.

Posibles dudas

Tras lo anterior, favoreceremos que el paciente y sus cuidadores, acompañantes y/o familiares nos pregunten sobre todos aquellos aspectos sobre los que hayan podido surgir dudas. Autores como Zhang et al, Readding y Dorman^(19,21,24) determinan que las preocupaciones más frecuentes dentro de esta fase son.

- Velocidad de la cirugía.
- Tiempo de ingreso y recuperación.
- Efecto en el empleo y vida familiar: debemos hacer entender al paciente que la colostomía es un proceso multidisciplinar (intervendrá el cirujano, la enfermería, pero también él). Por tanto, debemos fomentar su colaboración y su autonomía para que el impacto en la vida social sea el mínimo posible. En esto influirá que lo anterior haya funcionado adecuadamente, y sobre todo, hacerle entender que si realiza estas actividades paso por paso, tal y como le hemos dicho, no habrá ningún problema de olores o de fugas. Sin embargo, intentaremos no estresar al paciente y que no se sienta último responsable. Ante todo, mostrarle nuestro apoyo y compañía a lo largo de todo este proceso de la colostomía.

POSTOPERATORIO

Dentro de esta fase, distinguiremos a su vez dos tiempos.

- **Postoperatorio inmediato:** comprenderá la duración de la estancia hospitalaria y las primeras semanas de estancia domiciliaria.
- **Postoperatorio tardío:** la mayoría de estudios relacionados con las colostomías que investigan el manejo del estoma cifran un plazo de unos 3 o 4 meses para revisar la adaptación (o no) a los nuevos hábitos de vida.

Antes de comenzar a describir esta fase, en los estudios consultados existe un consenso: en el caso de que no haya habido un preoperatorio adecuado (o directamente, que este haya sido inexistente) por la proximidad de la cirugía o por su urgencia, esto repercutirá negativamente en el manejo de la colostomía, porque no será un estoma acorde a las necesidades del paciente. Así, de no decidirse de antemano un sitio de colostomía consensuado con el paciente en referencia a sus hábitos, puede que se encuentre en un sitio donde le suponga una molestia. P. Ej: por su trabajo o la realización de algún deporte.

Igualmente, y por esta razón, es muy posible que reniegue de él y que no consigamos que lo acepte como parte de la curación, sino como simplemente un estorbo⁽¹³⁾. Esto impedirá en gran medida conseguir un manejo autónomo por parte del paciente, tal y como afirman Tegido Valentí et al.⁽¹⁴⁾, donde se presenta un caso en el que hasta que el paciente no consigue el cierre de la colostomía no está contento, rechazando constantemente manejarlo por sí mismo. Por el contrario, en este mismo artículo se presenta otro caso en el que, gracias a la existencia de una fase preoperatoria, el paciente continúa con su vida de forma satisfactoria, rechazando una cirugía para cerrar la colostomía.

La no existencia de un preoperatorio y el rechazo de la nueva situación generará un círculo vicioso que desembocará en un mal cuidado del estoma, lo que aumentará la posibilidad de complicaciones tempranas^(14,21) y por tanto, el riesgo de reintervención, empeorando la condición del paciente.

Lo ideal en el caso de que se realizara una cirugía de urgencias y hubiera de realizarse una colostomía sería intentar la llegada de un estomaterapeuta o un enfermero con conocimientos de ostomías a la cirugía, y en la medida de lo posible, consensuar un lugar apropiado para el estoma, acorde a las necesidades del paciente⁽²¹⁾.

En resumen, nuestro objetivo dentro de esta fase, se haya logrado o no un preoperatorio será.

- Conseguir dar las directrices para que el paciente pueda manejar su estoma por sí mismo, con independencia: es importante entender que no vamos a lograr esto desde un primer momento. Sin embargo, debemos conseguir que el paciente, con tiempo y práctica, pueda desarrollar las habilidades necesarias para manejarse por sí mismo, siempre mostrando nuestra disponibilidad ante cualquier problema que pudiera surgir.
- Adiestrar al paciente, cuidadores y/o familia más cercana para la identificación de complicaciones, a pesar de que no registran el mayor nivel de evidencia dentro de la intervención educativa⁽²⁵⁾. Por ello, nuestra aproximación a ellas será de identificación de posibles riesgos, definiendo cuáles serán las condiciones normales del estoma y recomendando que acudan a nosotros en el

caso de que estas condiciones se vean alteradas.

Postoperatorio inmediato

La anterior fase, el preoperatorio, estaba dedicada, específicamente, a buscar acomodar la realización del estoma al paciente, de tal forma que su vida con él fuese lo más semejante a la anterior de la intervención posible.

De ahora en adelante, no estableceremos diferencias en la intervención educativa sea el estoma temporal o permanente, puesto que no se evidencian cambios notables en la actitud del paciente ante una circunstancia u otra⁽⁶⁾, si bien es cierto que en el manejo de la colostomía permanente existe más predisposición al aprendizaje, lo cual es lógico por su condición crónica y la necesidad de una adquisición de hábitos más óptima (aunque tampoco es una diferencia determinante).

Dentro de esta fase, en un primer momento deberemos presentarle al paciente su nueva condición:

Mostrando el estoma por primera vez:

No podemos mostrar el estoma directamente, cuando el paciente llegue a planta tras el quirófano. Antes debemos atender a unos parámetros⁽²³⁾.

- Nivel de consciencia y orientación adecuados: para asegurar que la información aportada sea recibida y asimilada de forma correcta.
- Cuidar la expresión del equipo de trabajo: en un primer momento, cuando el paciente ingrese en la planta, se revisará el estado de la colostomía. En este momento, sobre todo si el paciente se encuentra consciente y orientado (aunque se encuentre aún bajo los efectos de la sedación), deberemos mantener una actitud de absoluto respeto. Por tanto, evitaremos realizar juicios acerca del posible olor de las secreciones o del aspecto del estoma. Aunque la persona sea consciente de su condición (igualmente puede no serlo si el estoma ha sido realizado sin planificación previa), escuchar estos comentarios pueden generarle ansiedad e inseguridad. Igualmente, en el caso de que no se conociera previamente la realización del estoma, no mencionar su existencia hasta asegurar todas las condiciones enunciadas en este epígrafe.
- Presencia de cuidador y/o familiar: tanto si el paciente es completamente independiente como si tiene alguna clase de deficiencia cognitiva o sensitiva (en este caso la presencia será vital para llevar a cabo la intervención educativa). Esto nos ayudará a implicar a su entorno más inmediato y a llevar con mayor naturalidad la presencia del estoma.

La mejor forma de llevar a cabo la presentación del estoma será en tres

momentos.

- **Hablar con la familia o el cuidador:** presentaremos el caso, junto con el cirujano si es posible, para que el paciente observe que todas las piezas del equipo se encuentran implicadas en su caso. De esta forma, evitaremos que se derrumben o que la sorpresa sea excesiva delante del paciente, lo que podría desmotivarle. Instaremos a una actitud optimista. En el caso de que la realización del estoma no haya sido planificada y no tengamos un informe previo del paciente, esta fase es indispensable realizarla, para informarnos de las limitaciones que podamos tener de cara a comunicarnos con él.
- **Hablar con el paciente:** antes de realizar la presentación del estoma al paciente y a su entorno cercano en común, sería conveniente si pudiéramos, cuando existiera un nivel de receptividad adecuado y nos hayamos informado de las particularidades de la persona, presentarle el estoma en intimidad, solamente en nuestra presencia. Tras mostrárselo y evaluar su reacción inicial, le haremos saber que cuando se sienta preparado hablaremos de la colostomía con él y con su entorno más cercano. De esta forma evitaremos un contacto prematuro y dramático de ambas partes.
- **Hablar con ambos:** tras los dos momentos anteriores, podremos presentarles a ambos el estoma. Debemos asistir a esta fase con tranquilidad, sin ninguna prisa. En el caso de que no hubiera conocimiento previo de la realización de la ostomía, esta será la fase más parecida al preoperatorio. Por lo tanto, deberemos recrear una entrevista semejante a la determinada en la primera fase de este proceso.

Es aconsejable realizar las tres partes de la presentación en un momento “neutral”. Es decir, aprovechando el horario de visitas podremos realizar todo el proceso. Evitaremos el momento de la cura o cambio de bolsas y mantendremos un buen olor en la habitación a la hora de la entrevista. Esto es vital para que el paciente no se cierre en banda por la vergüenza de la situación y acceda a ella con la máxima naturalidad posible.

Conocimiento y resolución de dudas

Tras presentar el estoma y comunicarle sus cuidados (hablar de los cambios de bolsas, de la nutrición...) deberemos motivar a ambos, es decir, al paciente y al entorno para que nos comuniquen las dudas que pudieran ir surgiendo. Según Anderson et al, Burch y Zhang et al.^(13,19,26) las dudas más frecuentes son.

- Relativas al cuidado del estoma: aquí incluiríamos lo relativo al uso de bolsas de ostomía,(cambio, preparación, limpieza, vaciamiento) y al cuidado del propio estoma (suturas, tamaño, dermatitis, sangrado).

- Relativas a la nutrición: aquí incluiríamos lo relativo a la necesidad real de un cambio en la nutrición, ya sea para suplementar por un posible cambio en los requerimientos nutricionales como para cambiar hábitos por las posibles diarreas o estreñimientos.
- Relativas a la imagen personal: aquí englobaríamos los cuatro frentes más afectados, como son, el deterioro de la imagen corporal, las dudas respecto a los cambios en la vida sexual, los impedimentos que puedan surgir a nivel social y el temor por el dolor y la mortalidad.

Relativas al cuidado del estoma

Lo ideal para el aprendizaje del paciente no es relatarle como va a ser el cambio de bolsa y qué utilizar según qué situación, sino que sea él quien lleve a cabo cada una de las técnicas (siempre con nuestro asesoramiento). Desde un primer momento, siempre que se sienta preparado, debemos implicarle tanto a él como a su cuidador o su familia⁽³⁾. Es normal que en los primeros cambios experimente cierta reticencia a una actitud activa en los mismos. Es en estos casos cuando tendremos, más que nunca, que hacer que el cuidador o el familiar se implique⁽⁶⁾. Así conseguiremos que el paciente no tome su situación con gravedad, sino con naturalidad.

También puede darse la situación de que, tras unos cambios, aquello que creía haber asimilado completamente sea olvidado, o que no pueda ser realizado. La clave en todo el proceso es la paciencia, tanto por la parte del profesional de enfermería como por la del paciente y su entorno. Tenemos que transmitir seguridad y autonomía, sin aseverar ni culpabilizar. Si no sale una vez, saldrá a la siguiente. Y si uno no puede, el otro siempre ayuda.

Puede que algunos pacientes se acostumbren a realizar el cambio de bolsa y la limpieza del estoma en la posición de tumbado, tal y como les será realizada en las curas hospitalarias. Sin embargo, en cuanto el paciente pueda andar sin dificultades, es mejor realizar los cambios en el cuarto de baño. De esta forma, y ante un espejo, para valorar los movimientos a realizar en los cambios, es como mejor podrá manejarse^(22,23). Además, conseguiremos que se mire, comenzando a familiarizarse con su nueva imagen corporal. Debemos dejar al paciente espacio para afrontar su nueva situación si lo necesitara, parando si nos lo pidiera o yendo más lento de lo habitual si fuera necesario.

Así mismo, surgirán dudas propias del postoperatorio inmediato^(13,19,26), como pueden ser acerca de la textura y el olor de las heces, pues en un principio la primera será blanda y el segundo intenso. Aclarar que tras el comienzo de una dieta sólida la textura será, igualmente, más dura y el olor no tan fuerte.

Es importante, durante todo el proceso, mantener los tres momentos mencionados y sobre todo, los preceptos de esta fase. El paciente se fijará en nuestros

gestos a la hora de descubrir la colostomía, ya sea si el olor o el estoma nos parecen desagradables. Debemos concienciarnos y cuidar nuestra expresión, al igual que comunicarle esto al familiar o cuidador antes de comenzar.

Cambio de bolsas

Respecto a la frecuencia, Dorman⁽²⁴⁾ afirma que un cambio más habitual de bolsas al principio puede ser útil al comienzo del aprendizaje del manejo de la colostomía, puesto que favorecerá que el paciente se acostumbre más rápidamente a las técnicas a realizar.

Sin embargo, Ramos, Perrin et al y Reading^(1,3,21) afirman que un cambio muy habitual de bolsas favorece el riesgo de deterioro cutáneo periestomal, lo que puede causar un mal ajuste de bolsa y con ello, aumentar el riesgo de fugas (además de las molestias causadas por la dermatitis de contacto).

A su vez, Black⁽²³⁾ afirma que un cambio repetido de bolsas no provoca dermatitis de contacto puesto que los discos de estas vienen preparados con productos para proteger la piel.

- Haciendo una recopilación de todo lo encontrado, pueden extraerse varias conclusiones.
 - ✓ Si bien en un primer momento puede ser útil un cambio repetido de bolsas, ante la observación de la necesidad o para habituar a la persona a las técnicas y familiarizarse tanto con las heces como con su situación, es innegable que eso va a tener un impacto en la piel periestomal, a pesar de que utilicemos pomadas protectoras y cremas hidratantes. Por tanto, a veces habrá que actuar sobre distintos factores, como por ejemplo ¿cuándo considera el paciente que la bolsa está llena como para requerir un cambio? ¿Qué ha influido en un llenado de la bolsa más o menos rápido? El problema puede no ser tanto de la colostomía y debería estudiarse un cambio de dieta o si la bolsa tiene un filtro que permita la salida de gases y evite el llenado de la bolsa con estos, lo que provocaría que se hinchara, causando una sensación de llenado precoz.
 - ✓ También, un cambio muy continuado de bolsas puede causar una sensación limitante en el paciente⁽⁷⁾, provocando que se sienta atado al cambio de bolsa, lo que condicionaría su vida social, limitando sus salidas únicamente a sitios donde sienta que controla la situación con absoluta seguridad⁽¹³⁾.

En conclusión, en un comienzo, no hay problema en realizar los cambios de bolsa que se consideren necesarios, para mejorar el manejo de la bolsa y la familiarización con la nueva situación. Una vez que se manejen los alimentos que afecten más a la textura y olor de la defecación o a los gases, y se tenga conocimiento de cuándo habrá

que realizar el cambio de bolsa según la cantidad de débito, habrá que reducir los cambios de bolsa para fomentar la autonomía del paciente en todos los ámbitos de su vida diaria. Sobre todo, hacer llegar la sensación de que, si bien no existe una continencia como tal, ha cambiado su forma de defecar, no el acto en sí.

Respecto a los dispositivos, nos adaptaremos a lo que le resulte más cómodo al paciente. Así, nos encontramos con dispositivos de una pieza (la bolsa y el disco se encuentran unidos) o de dos piezas (bolsa y disco por separado). Perrin et al y Williams^(3,22) dan ventaja a los de dos piezas puesto que reducen el número de cambios, y con ello, reducen la lesión de la piel periestomal y el riesgo de fugas. Además, pueden resultar más económicos de cara a no necesitar de un cambio de la pieza completa en cada uno de los cambios (el disco puede cambiarse unas 3 o 4 veces por semana). Pero lo más importante es enseñar ambos métodos y dejar que sea el paciente quien escoja cual le es más favorable o cómodo.

Cuidado del estoma

El estoma podrá limpiarse con papel, o en la ducha con agua y jabón. Sin embargo, habrá que tener cuidado, sobre todo los primeros días tras la intervención, pues la mucosa intestinal estará especialmente sensible, así como los puntos. Igualmente, no será alarmante si sangra ligeramente, siendo esto normal. De todas formas, habrá que procurar no frotar el estoma, y realizar el secado a toques para no lesionarlo por arrastre⁽¹⁾.

Además de fijarnos en el cuidado del estoma, es básico el cuidado de la piel periestomal. Los problemas más comunes de esta serán^(1,3,20).

- **Dermatitis:** puede aparecer también en este periodo, no es exclusiva del postoperatorio tardío. Podrá ser irritativa, alérgica, micótica o bacteriana y mecánica. Los mecanismos de producción más frecuentes serán.
 - ✓ Frotado excesivo de la piel periestomal al lavado: lo que provocará una debilidad y una mayor afección ante el despegue de bolsas y el secado de la piel periestomal.
 - ✓ Fugas de heces mantenidas: lo que provocará que la piel periestomal se encuentre macerada, generando úlceras por humedad. Además, aunque se trate de una colostomía y las heces se encuentren más formadas que en una ileostomía, donde la agresividad de las heces es mayor, pueden ser igualmente ácidas, lo que provocará una agresión en la piel. Este fenómeno se conoce como "pancaking" y lo trataremos más en profundidad en el postoperatorio tardío, pues será más propio de este, cuando sea el paciente quien tenga que manejar los cambios de bolsa autónomamente.
 - ✓ Debilidad de la piel por otros tratamientos: por ejemplo, por la quimioterapia o la radioterapia, que trataremos más exhaustivamente en el postoperatorio tardío, cuando ya se hayan restaurado estos ciclos de

terapias. También un uso de medicación tópica en la piel periestomal debe usarse en conjunto con pomadas o sprays de barrera para evitar un mal ajuste del disco que daría lugar a las fugas mencionadas anteriormente. Si esta medicación provoca una dermatitis, habrá que estudiar su cambio o una medida para prevenirla.

- ✓ Dermatitis de contacto: por alergia a pegamentos de los dispositivos. Puede ser prevenida si se realiza el preoperatorio con la suficiente antelación, de tal forma que se estudie si aparecen alergias en la piel. En el caso contrario, deberá intentar distinguirse durante el ingreso, y si no, dar pautas de los signos que pueden indicar una alergia (enrojecimiento, prurito).

- **Foliculitis:** es la inflamación del folículo piloso, provocada en este caso por un contacto prolongado con los pegamentos de la bolsa o con las heces fugadas. Aunque de cara a la cirugía habrá una depilación del sitio quirúrgico, es importante recomendar, sobre todo a los hombres (o a las mujeres en el caso de que el vello pudiera interferir en la situación de la bolsa), mantener esa depilación para evitar la foliculitis (con cuidado de mantener una hidratación previa y posterior adecuada y un método lo más mínimamente agresivo posible (por ejemplo, pasar una cuchilla con cuidado y con espuma de afeitar), además de evitar el contacto con el estoma).

- **Ulceraciones:** causadas por infección bacteriana o por un uso incorrecto de los dispositivos (generalmente, como consecuencia final de las complicaciones mencionadas anteriormente). Debemos recomendar y realizar curas locales con antisépticos, protectores de la piel (pomadas o sprays barrera) y pomadas cicatrizantes. Y sobre todo, hacer entender a nuestro paciente la importancia de recortar el diámetro de los dispositivos acordes a su necesidad. Las complicaciones más comunes, en este caso del estoma, en el postoperatorio inmediato serán (tal y como indicamos en la introducción)^(1,3,15):

- **Edema:** causada por el propio trauma de la intervención, se da si el diámetro de la piel es inferior a la mucosa intestinal. Puede llegar a producir obstrucción intestinal.
 - ✓ Cómo actuar: mantener observación diaria del estoma por si existiera un empeoramiento del edema. Son útiles los dispositivos transparentes para comprobar que no existe una presión excesiva del estoma. Si no se rebaja, pueden usarse compresas frías o con azúcar granulado para intentar reducir el edema por ósmosis.

- **Hemorragia:** aparecer en las primeras horas tras la intervención, por lesión de algún vaso subcutáneo de la piel abdominal o de la mucosa intestinal. De no resolverse, puede terminar en isquemia o hemoperitoneo.
 - ✓ Cómo actuar: registrar el momento, la intensidad y la cantidad del

sangrado. Según el tipo de sangrado tendremos distintas líneas de actuación:

- ✓ Hemorragia cutánea: hemostasia local o compresión.
- ✓ Hemorragia de la mucosa intestinal: aplicar frío.
- ✓ Hemorragia arterial: sutura superficial.

Las hemorragias pueden estar causadas por problemas de coagulación, como puede darse en este paciente por su edad y polipatología, la medicación con anticoagulantes. En estos casos, si se presentara hemorragia, consultar si precisara tratamiento médico adicional.

- **Isquemia/necrosis:** se manifestará en el primer día tras la intervención, y se dará más en casos de obesidad y arteriosclerosis.
 - ✓ Cómo actuar: en el caso de que sea por presión de la sutura, con retirar un punto podría ser suficiente. Aunque en este caso habrá que comprobar que no existe compromiso del colon en su porción interna. Las precauciones a tomar serán las mismas que en el caso del edema: observación con uso de dispositivos transparentes. En el caso de oscurecimiento del estoma, avisar al cirujano pues el colon puede verse afectado rápidamente.
- **Infección y sepsis:** puede aparecer junto con sepsis, isquemia, hematoma y estenosis.
 - ✓ Cómo actuar: vigilar los posibles signos de infección (dolor, inflamación, supuración y fiebre).

Registraremos los cambios y controlaremos la zona afectada. Si se presenta absceso, deberemos drenarlo y realizar un desbridamiento tanto químico mediante antisépticos como quirúrgico recortando los posibles esfacelos. Para favorecer la cicatrización, usaremos geles hidrocoloides. Adecuaremos el uso de los distintos tipos las bolsas para que el mantenimiento de la cura sea más cómodo.

- **Evisceración:** las asas intestinales salen al exterior del abdomen.
 - ✓ Cómo actuar: tenemos que avisar al cirujano. Mientras tanto, aislaremos la zona con paños estériles húmedos para que la zona sufra lo menos posible hasta la reintervención.

Matizar que gran parte de las complicaciones pueden prevenirse mediante una situación del estoma acorde a las necesidades del paciente, lo que resalta la importancia del preoperatorio.

Respecto a la nutrición

Si nos ceñimos a la fisiología del colon, tal y como hicimos en la introducción, nos encontraremos con varios problemas principales⁽⁴⁾:

- Deshidratación y pérdida de iones: aunque esta es más grave en la ileostomía, puesto que en la colostomía aún se conservan porciones de colon.
- Malabsorción: que lleven a la producción de gases, diarrea o estreñimiento.
- Tratamiento del cáncer colorrectal: que puede causar problemas como la disgeusia, lo que hará que no se cumplan los requerimientos nutricionales mínimos.

Sin embargo, en estudios posteriores que tratan sobre el postoperatorio^(20,22,24,26), nos encontramos con sucintas recomendaciones nutricionales. De cualquier forma, deberemos atenernos sobre todo a la altura a la que se encuentre la colostomía. Así, cuanto más colon se encuentre impedido (el caso extremo sería la colostomía ascendente), más deberemos tratar los problemas mencionados anteriormente (excepto la disgeusia producida por el tratamiento del cáncer colorrectal, que deberá ser tratada siempre que la etiología de la colostomía sea esta patología).

Teniendo en cuenta lo anterior, respecto a la nutrición, incidiremos en los siguientes puntos, destacados por Borwell, Black y la guía de la Fundación Ayúdate^(20,23,27).

- **Comer de forma regular:** en el caso de que sea diabético, este punto será especialmente sencillo de seguir. Realizar 4-5 comidas al día, de cantidad moderada, cuidando los aportes de carbohidratos complejos para facilitar las digestiones. Estructuraremos las comidas en desayuno-media mañana-comida-merienda-cena.
- **Beber suficiente líquidos, y variados:** para controlar el aporte de iones, necesitaremos variedad y cantidad de ingesta de líquidos. Se recomienda beber de 8-10 vasos de líquidos al día, aparte de los ingeridos en comidas (unos 2.500 ml en total).
- **Y lo más importante:** no existen restricciones dietéticas, existen alimentos a controlar. Tenemos que dejar claro al paciente que lo más importante es que vaya probando, poco a poco, todo aquello que se incluyera en su dieta habitual. Y mientras no le ocasione problemas, continuar así. De todas formas, en las guías entregadas al paciente colostomizado al alta aparecen los alimentos recomendados y aquellos que deben observarse si provocan problemas.

En caso de no disponer de guía, nos serviremos de la lista a continuación, de la guía práctica para personas ostomizadas de la Fundación Ayúdate⁽²⁷⁾, contrastada con

el resto de bibliografía:

- Alimentos aconsejados: frutas, verduras (*), pescados, aves, pastas y arroces, lácteos, huevos, quesos, agua. (*) Tendremos que tener cuidado con verduras crudas en el caso de que no dispongamos de bolsas con filtros, pues es muy posible que provoquen flatulencias.
- Alimentos a controlar: carne de cerdo, embutidos, exceso de grasas, picantes, bebidas con gas, alcohol, alimentos que produzcan digestión pesada (legumbres, pastas).

Una vez conocidos los alimentos recomendados y los que no, recomendaremos mantener un control de la textura de las heces relacionado con los alimentos que se incorporen progresivamente a la dieta. Para explicarle esto al paciente, podemos servirnos de la escala de Bristol para evaluar la textura de las heces, instando a mantenerse un grado 4. Esto puede hacerse mediante una lista en la cual se anoten los alimentos que van a incluirse en la dieta y la textura de las heces que le provoca al paciente. No olvidemos que cada paciente es diferente y puede tener problemas con unos alimentos o con otros.

En el caso de diarrea, intentaremos no volver a consumir el alimento que sea culpable de la misma. Si es "básico" en la dieta, puede que la diarrea esté provocada por una excesiva ingesta de líquidos. En tal caso, reduciremos en una taza la ingesta y comprobaremos si el siguiente débito es de la textura correcta.

En el caso de estreñimiento, aumentaremos la ingesta de fibra (por ejemplo, en forma de arroces o cereales integrales, frutas sin pelar bien lavadas) y/o de líquidos.

Al igual que en anteriores epígrafes, hacer entender al paciente que si estos problemas permanecen durante mucho tiempo, acudan al estomaterapeuta para pedir consejo.

Respecto a la imagen personal

Los problemas más frecuentes que podemos encontrar según lo referenciado por Andersson et al, Zhang et al y Reading^(13,19,21) son:

- El deterioro de la imagen corporal: En un primer momento, no se aceptará el estoma como algo propio, sino como algo ajeno al propio cuerpo, como una complicación. Favoreceremos los cambios de bolsa frente al espejo, la interacción del paciente con cada actividad relacionada con el estoma, así como la del familiar; y la finalidad curativa del estoma. Y sobre todo, tal y como comentamos con anterioridad, paciencia. Puede ser frecuente la baja autoestima situacional, ante lo que debemos estar disponibles para consuelo. A cada momento ayudaremos al afrontamiento, sin desistir, y sobre todo,

implicando a la familia. Este paciente necesita cariño para aceptarse a sí mismo. Pero con sinceridad, sin intentar omitir su realidad.

- Las dudas respecto a los cambios en la vida sexual: distinguiremos entre hombre y mujer:
 - ✓ **En el caso de la mujer:** es posible que tras la intervención, las suturas y la herida quirúrgica afecten al recto o al ano, lo que haría que la penetración vaginal sea dolorosa. Además, el mantenimiento de relaciones sexuales con posterioridad puede causar la dehiscencia de tales suturas. Con lo cual, existe la posibilidad de que no pueda volver a mantenerse relaciones sexuales, aunque también podrán mantenerse en el caso de que las suturas se solucionen satisfactoriamente en un futuro. Sin embargo, en la investigación realizada por Andersson et al.⁽¹³⁾ se propone que esto no afecta especialmente a la mujer, sino que lo que verdaderamente le afectaría sería perder el cariño o la comprensión de sus seres queridos.
 - ✓ **En el caso del hombre:** las relaciones sexuales en principio no tienen por qué verse afectadas, aunque habrá que controlar posturas que aumenten la presión intraabdominal para evitar la protrusión del estoma o un excesivo débito. Sin embargo, pueden existir problemas relacionados con la radio o la quimioterapia, provocándose problemas de disfunción eréctil o esterilidad (lo que es aplicable también a la mujer, con problemas de lubricación).
- Los impedimentos que puedan surgir a nivel social: en un principio, tal y como mencionamos en el preoperatorio, puede existir una obsesión por controlar la situación (controlar que en el lugar al que se acuda exista un cuarto de baño cercano, exagerada atención a posibles fugas y olores, etc.). Hay que hacer ver que si las técnicas relacionadas con el cambio de bolsa son realizadas correctamente, no tiene por qué existir problema. Al igual que en puntos anteriores, no debemos omitir la verdad, y siempre será correcto velar por una posible complicación. Puede llevarse un neceser con bolsas extras y ropa de cambio para aumentar la confianza en la situación. Y sobre todo, no avergonzarse de ello, ni esconderlo como un secreto. El problema se hará mayor en uno mismo si no se habla, y ante una complicación de las mencionadas, puede existir una pérdida de confianza que lastre, de ese momento en adelante, las relaciones sociales del paciente.

Aun así, hasta que el paciente no se sienta seguro en la técnica de cambio de bolsa, será mejor controlar la situación para evitar lo dicho, pero no postergar esta sensación.

El temor por el dolor y la mortalidad

El estoma no tiene por qué doler y su finalidad es curativa, para mejorar su patología. En el caso de que el cáncer por el que se realiza la ostomía sea terminal, habrá que hacer entender su finalidad paliativa, para evitar dolores que pudieran haber surgido a posteriori por el empeoramiento de su patología por la obstrucción, o por perforación.

El estoma es una cura y un alivio, y debe ser entendido como tal, aunque será más sencillo con el paso del tiempo, cuando el paciente se acostumbre a él. Por ello, incidiremos en la imagen corporal también en la fase del postoperatorio tardío, donde será aún más importante.

Recomendaciones al alta

Tras todas las recomendaciones anteriores, el objetivo es que el paciente salga del hospital con unas directrices que le permitan llevar un manejo autónomo de la colostomía, transmitiendo la idea de que no es suficiente con esto, sino que deberá practicar para depurar su técnica hasta alcanzar la total autonomía. Los consejos que pueden omitirse en lo anterior y que deberían darse son.

- Relativos a técnicas para reducir la ansiedad: Seng Giap et al.⁽²⁸⁾ demuestran que las técnicas de manejo del estrés son útiles en el paciente con ostomía. De hecho, son adecuadas antes y después de la intervención: Antes, para adecuarse a los posibles problemas que surjan tras la intervención y después, para prevenir el estrés suscitado ante situaciones sociales, pueden usarse estas técnicas (siendo útil especialmente el control de la respiración) para regular la secreción adrenérgica y la tensión abdominal que afectarían, incluso, a la frecuencia defecadora.
- Relativos a la vestimenta: se recomienda utilizar ropa que no sea excesivamente ajustada para evitar un aumento de la presión abdominal o que no impida un ajuste correcto de la bolsa^(13,23). Actualmente, con la gran cantidad de tiendas de ropa existentes, no será un problema que haga variar la estética notablemente, y con usar ropa más holgada y por ejemplo, pantalones de talle bajo, atajaremos el problema.
- Identificación de complicaciones tardías: en este punto, es importante no hacer que el paciente memorice todas las posibles complicaciones, pues es posible que acabe agobiándose ante la imposibilidad de memorizarlas y el temor de no saber cómo actuar ante ellas⁽²⁵⁾. Por tanto, incidiremos en las condiciones basales de un estoma saludable⁽⁴⁾:
 - ✓ Color de rosa a rojo intenso.
 - ✓ Húmedo.

- ✓ Un ligero sangrado al lavarlo puede ser normal.
 - ✓ No tiene terminaciones nerviosas, por lo que no duele.
 - ✓ No es una herida, es mucosa intestinal.
 - ✓ Puede existir una ligera protrusión^(22,23,24), pero nunca sin exceder el centímetro (existiría riesgo de isquemia), sobre todo en pacientes con un bajo tono muscular abdominal, donde puede presentarse hernia paraestomal (la mucosa intestinal protruye por el orificio estomal). En este caso, mientras no se observen coloraciones del estoma más allá de las normales, no se experimenten dolores y vómitos y no suponga un problema manifiesto en el manejo, no será necesario reintervenir.
 - ✓ Su diámetro no excederá los 2-4 cm.
 - ✓ Si el paciente se apunta estas claves y acude a nosotros en el caso de que cualquier parámetro exceda la normalidad, evitaremos que se agobie y preste una atención extrema al detalle. Además, es más fácil memorizar el estado normal de su estoma que toda la gama de complicaciones tardías, ya mencionadas en la introducción. Con que sea capaz de identificar las inmediatas, que serán las que generalmente llevarán a las tardías, es suficiente.
- Asistencia a asociaciones de personas ostomizadas o fundaciones de apoyo: existen en todo el territorio nacional, y ayudarán a que el paciente resuelva dudas puntuales sin necesidad de acudir al hospital, además de ponerle en contacto con personas con las que compartir sus experiencias para sobrellevar mejor la nueva situación. Suelen disponer de medios de comunicación a distancia (teléfono y correo electrónico) y de estomaterapeutas que pasan consulta en su sede, así como de grupos de ayuda.

POSTOPERATORIO TARDÍO

De Frutos Muñoz et al y Zhang et al.^(6,19) sitúan el periodo de revisión de hábitos en unos 4 meses tras la intervención. Sin embargo, para nosotros el postoperatorio tardío debe comenzar en el momento en que se le da el alta al paciente. A partir de este momento es cuando comienza a manejar su estoma de forma autónoma, cuando comenzarán a surgir los posibles problemas. Por tanto, los problemas a tratar serán los mismos que en el postoperatorio inmediato, solo que en este momento del proceso no nos centraremos tanto en la intervención educativa, sino en comprobar que las nuevas costumbres adquiridas de este paciente se ajusten a sus necesidades y a lo beneficioso para él.

Centrándonos en las dudas más comunes que pueden surgir respecto al postoperatorio, comenzaremos con los mismos epígrafes con los que dábamos entrada al postoperatorio inmediato.

- **Relativas al cuidado del estoma:** en este caso, nos centraremos en evaluar si la utilización de bolsas es la adecuada, estudiándose la progresión a métodos continentes e instruyendo sobre la irrigación si detectamos que el paciente puede progresar a estos métodos. También instruiremos sobre la presentación de complicaciones a largo plazo, además de valorar el estado actual del estoma y de la piel periestomal.
- **Relativas a la nutrición:** comprobaremos si el paciente ha ido reintroduciendo los elementos clave en su dieta mediante la realización de las listas de alimentos clave mencionadas anteriormente, de tal forma que su estado nutricional sea el adecuado así como su nivel de satisfacción con la comida. Evaluaremos la presencia de diarrea y estreñimiento y su manejo. Igualmente, habremos de valorar los cambios muy pronunciados (y/o rápidos en el tiempo) de peso o las posibles situaciones de deshidratación y/o pérdida de iones.
- **Relativas a la imagen personal:** estudiaremos como ha afectado el estoma a la vida social del paciente en todos los ámbitos posibles (trabajo, amistades, familia), a su imagen corporal, a su vida sexual, si continúa temeroso por el diagnóstico del cáncer (en el caso de que esta sea la etiología de la colostomía).

Relativas al cuidado del estoma

Distinguiremos distintos apartados dentro del cuidado del estoma en esta fase:

- Uso de bolsas: a la hora de valorar si el uso de bolsas está siendo el adecuado deberemos valorar varios parámetros, según proponen Williams y Burch^(22,26):
 - ✓ Número de cambios de bolsas que se producen al día.
 - ✓ Existencia de fugas desde que se manejan las bolsas de forma autónoma ("pancaking").
 - ✓ Prueba de distintos dispositivos: una o dos piezas, y cuál resultó más satisfactorio.
 - ✓ Estado de la piel periestomal: valorar también el uso de pomadas o sprays de barrera.
 - ✓ Manejo de la nutrición adecuado: para control de la textura de las heces.

Jugando con estos parámetros, podremos establecer cuál será el dispositivo más adecuado para nuestro paciente, encontrándonos con varios ejemplos:

- ✓ Si tenemos muchos cambios de bolsa (unos 4 cambios al día), el estado de la piel periestomal podrá no ser el adecuado (maceración, dermatitis)... lo más probable es que tengamos una frecuencia mayor de fugas. Lo recomendable en este caso sería preguntar por la alimentación, pues lo más seguro es que las heces sean líquidas por un manejo inadecuado. Si a pesar de tener un buen manejo las heces son de menor consistencia por

encontrarnos con una colostomía ascendente o transversa, menos regulables por el manejo de la nutrición, habrá que preguntar por el dispositivo que utiliza, y en el caso de que no utilice dispositivos de dos piezas, que comience con ellos para reducir el impacto sobre la piel periestomal. Igualmente, habrá que aconsejar sobre el uso de pomadas o sprays de barrera en el caso de que no se estén utilizando.

- ✓ Prevalecerá en esto el grado de satisfacción del paciente. Si solo conociera dispositivos de una pieza, se mostrará el uso de los de dos. Y en caso de que no fuera de su agrado, no impondremos nuestro criterio a su bienestar.
- Métodos continentes e irrigación: a pesar de que existan variedad de métodos continentes, realmente todos se basan en el mismo principio, que es el obturador⁽²⁾, cambiando sus presentaciones (por ejemplo, con alarmas que avisan de la necesidad de cambio⁽⁷⁾). Consiste en una prótesis externa con forma de tapón que asegura continencia. Se lubrica para evitar que pueda causar daños en la mucosa intestinal. Además, la bolsa con la que se le rodea (no es un disco o una bolsa de colostomía, es para evitar que el estoma quede al aire) elimina el ruido de los gases y su olor, gracias a filtros.

La irrigación nos ayudará a provocar la distensión del intestino, de tal forma que se estimule su motilidad, dando lugar a la evacuación, regulándose esta y ayudando a prevenir la salida de heces entre irrigaciones.

Pasos para realizar la irrigación⁽²⁹⁾:

- Con una mano se sujeta la bolsa de colostomía de tal forma que el contenido fecal caiga en ella.
- Con la otra preparamos el sistema de irrigación, consistente en:
 - ✓ Una bolsa de agua tibia de unos 750/1000 ml de agua tibia con un cono o sonda que lubricaremos para penetrar en el estoma de forma atraumática (se usará lubricante hidrosoluble, que puede encontrarse en farmacias).
- Se sujeta este sistema a una altura de unos 45-50 cm sobre el estoma para generar presión y que se irrigue todo el intestino.
- Se prolongará la irrigación unos 5/10 minutos, parando si se notaran molestias y reiniciando tras unas respiraciones profundas, a un ritmo menor.
- Tras la instilación, aguantar 10 segundos el cono y retirarlo. Esperar hasta que el colon se vacíe.

Existe una forma alternativa a la irrigación, consistente en la introducción de una sonda foley lubricada (con lubricante hidrosoluble) para estimular el peristaltismo de forma mecánica, pero solamente ha sido probada a nivel hospitalario⁽³⁰⁾.

Condiciones para recomendarse métodos continentes o irrigación

- Colostomía descendente: si nos encontramos con una colostomía ascendente o transversa, estas tendrán un débito menos formado, imposibilitando la continencia mediante estos sistemas⁽²⁾. Hay que tener en cuenta que estos se encargan de "recrear" lo más semejante a un hábito de defecación. Por tanto, si no partimos de la premisa de unas heces lo más semejante a las normales, no podremos asegurar que estos métodos funcionen.
- Uso adecuado de las bolsas: podría recomendarse directamente el uso de métodos continentes o de irrigación. Sin embargo, un buen uso de bolsas nos certificará que el paciente sabe manejar los aspectos de su colostomía relativos al cuidado del estoma y de la nutrición⁽²⁴⁾, con lo cual, habrá adquirido un control casi continente, pudiendo predecir cuándo realizar los cambios de bolsa y reduciendo estos. Considerará necesario el progreso a métodos continentes por la imposibilidad de realizar ciertas actividades con mayor exigencia física, como puede ser el deporte.
- Cómo realizar el progreso a métodos continentes o irrigación: Armenta Galán⁽²⁾ afirma que el uso único del obturador puede provocar bloqueo del filtro y fugas. Lo ideal por tanto es combinar ambos métodos, de tal forma que el obturador nos sirva como precaución de escapes y la irrigación para controlar cuando evacuar.

Problemas que pueden derivarse de los métodos continentes

- La continencia no es instantánea: la continencia necesitará ser entrenada, no será un proceso adquirido simplemente con la adquisición de competencias como son la realización de la irrigación y la situación del obturador. Debemos transmitir de nuevo confianza y paciencia si fracasáramos en este progreso.
- La irrigación toma su tiempo: si bien puede asegurar un vaciamiento que se prolongue durante unas 10 horas, hasta el llenado próximo, es una actividad que puede llevar una media hora aproximadamente. Por tanto, no funciona como con las bolsas, que pueden cambiarse en medio de una actividad social. Debemos recomendar al paciente adaptar el uso de los distintos dispositivos a sus necesidades. Por ejemplo, si está teniendo diarrea y tiene algún tipo de actividad social, mejor usar bolsas y retornar al obturador y la irrigación cuando la textura de las heces vuelva a ser sólida, y la continencia, más manejable y predecible.

Respecto a la nutrición

Lo ideal en este caso, al igual que en el anterior, sería valorarla valiéndonos de controles por el médico o la enfermera de atención primaria. Esto sería mediante la

evaluación de las listas de alimentación, y si está reincorporando todo lo necesario acorde a sus necesidades nutricionales; y de analíticas de control periódicas para confirmar que sus valores de iones son los correctos, así como a nivel vitamínico, aunque no debería haber problemas puesto que se conservará parte del colon funcional.

Podremos encontrarnos distintos problemas dentro de esta fase.

- Que el paciente aún tenga miedo de reincorporar ciertos alimentos. En este caso, volveremos a recomendar la ingesta de pequeñas cantidades hasta evaluar que no resulte, efectivamente, nocivo para él.
- Que a pesar de llevar una dieta correcta, no consiga un manejo de las texturas. En este caso, evaluaremos la cantidad de alimentos "críticos" para la textura ingeridos (alimentos con fibras, ingesta de líquidos). En base a ello, reestructuraremos la dieta de forma que sea cómoda para el paciente y permisiva con sus hábitos. Lo importante dentro de este punto será que el paciente descubra que, efectivamente, no tenía que restringir en exceso la variedad de los alimentos a consumir, sino que debe consumir algunos de ellos de forma más moderada que anteriormente por la posible mayor susceptibilidad a diarreas.

Ante un aumento o disminución de peso muy pronunciados en un corto espacio de tiempo, pueden presentarse problemas de protrusión o retraimiento del estoma⁽¹⁾. Por tanto, si el paciente quiere adelgazar o engordar dentro de unos límites saludables (habrá que valorar el IMC y el estado nutricional), deberá hacerlo con prudencia para que el estoma no se vea afectado.

Respecto a la imagen corporal

En este caso la valoración toma sentido más al medio/largo plazo, entre 3/4 meses. En este periodo ya deberá haber adquirido las competencias adecuadas respecto al manejo del estoma, y se habrá reincorporado a sus costumbres, es decir, trabajo, visitas a familiares y amigos o a lugares de ocio, etc.

Habrá que tener en cuenta ciertas consideraciones.

- Que aún existan complicaciones a la hora de manejar el estoma o aceptarlo como un elemento propio y no ajeno. En este caso, deberemos revisar la técnica y reforzarla, siendo útil para esto realizar esquemas "paso a paso" por si se perdiera en alguna de las fases del proceso⁽³⁾. En el caso de que exista un problema de adaptación a nivel emocional, lo mejor es que llevemos de nuevo a cabo la técnica de los tres momentos. Hablaremos con el cuidador o familiar más cercano al paciente para distinguir los posibles problemas que haya observado de cara a la aceptación del estoma, y como lo ha llevado en este

tiempo. Hablaremos con el paciente para conocer la versión. Y una vez que tengamos ambas, intentaremos discernir los posibles problemas, siempre en común, para fomentar la confianza y la familiaridad con la situación. Será un proceso lento y que requerirá de la paciencia de todos, ya sea del afectado por la colostomía como por nosotros. Lo fundamental será, por tanto: paciencia y continuidad, y mostrarnos disponibles para el paciente ante cualquier posible necesidad.

Según de Frutos Muñoz et al.⁽⁶⁾, existirán diferencias en el caso de que la colostomía sea temporal o permanente. De tal forma que según el test SF-36, se demuestra que en el caso de que sea temporal existirán menos carencias en el área funcional y en el caso de que sea permanente es posible que aparezcan carencias en el área emocional. Adecuaremos nuestra intervención si observamos alguno de los siguientes rasgos en nuestro paciente:

- Que aún exista una obsesión con el estoma de cara a cualquier aspecto de la vida diaria. En este punto hablamos de lo mencionado anteriormente. No podemos dejar que sea el estoma el que maneja al paciente, sino al revés. Muchas veces esta sensación será percibida por el paciente⁽⁷⁾, sin una base realmente objetiva. En este caso, escucharemos los problemas del paciente e incidiremos en que si la técnica del cambio de bolsa es buena y la nutrición adecuada, el débito de la colostomía puede ser predecible. Si ambos son buenos, es posible sea un buen momento de proponer el progreso a métodos continentes e irrigación, para aumentar la confianza en sí mismo del paciente. En este último caso, proponer una cita próxima con el paciente para evaluar qué tal se ha adaptado a estos métodos.
- En el caso de que quisiera continuar con bolsas, fomentar la confianza del paciente en sí mismo y recomendarle que continúe igual, pero esta vez sin obsesionarse con ello. Un buen método es lo mencionado anteriormente^(13,20,19): ir siempre con bolsas suficientes y ropa de cambio por si existieran problemas de fuga.

A la hora de valorar la imagen corporal y la autoestima del paciente, podemos remitirnos al estudio que realizó McKenzie et al.⁽¹²⁾ y que mencionamos en la introducción, incidiendo en esos puntos.

- El 50% sentía su cuerpo fuera de control: si nos encontramos con este problema, repasaremos las técnicas de cambio de bolsa y las listas de alimentos consumidos. Si no encontramos problemas, deberemos incidir en la autoestima del paciente, junto con el familiar. Que sienta que la colostomía, con los hábitos adecuados, puede ser incluso predecible. Tal y como decíamos anteriormente, puede ser buen momento para proponer métodos continente o irrigación.
- El 45% sentía que el estoma controlaba sus vidas: mantener la idea con la que

finalizábamos la situación anterior. Al final, la colostomía consiste en una forma de evacuación ante la imposibilidad de evacuar normalmente. Por esto debe ser entendido como ello, y no como un elemento imprevisible: con un buen manejo nutricional y de bolsas no tiene por qué ser distinto a tener la necesidad de defecar en una situación social. Y si se incluye la irrigación, podrá vaciarse el colon antes de acudir a ellas.

- El 55% sentía que nadie podía comprender su situación: por esto es importante, en todos los momentos del proceso, incluir a un familiar o al cuidador, salvo que sea explícitamente pedido por el paciente (también hay lugar para la intimidad), sin que esta petición se prolongue y extienda a cada una de las consultas.
- El 23% se sentía menos hombre o mujer tras la cirugía: en este caso, por la incapacidad de mantener una vida sexual como la anterior a la cirugía, puede presentarse esta complicación. En el caso del hombre, tendrá que ver con cambios de posturas. Pero el problema puede ir más allá, y sentirse incapaz de mantener una relación de pareja por su baja autoestima. Debemos buscar la implicación total de la pareja, que le muestre cariño y comprensión, pues será lo que más valore el paciente en estos momentos. Y que la vida sexual no se acaba ahí, pues aplicando los consejos anteriormente mencionados no tendrían porque existir problemas (por ejemplo, en el caso de fugas, reducir las posturas que aumenten la presión abdominal). En el caso de la mujer, es más probable que no puedan mantenerse relaciones sexuales a corto plazo o que no puedan volver a mantenerse por dolores, tal y como describimos en el postoperatorio inmediato. El cariño y la comprensión de la pareja, según Andersson et al.⁽¹³⁾, podrán suplir la vida sexual, la cual termina por no resultar tan importante en comparación con el apoyo constante de su cónyuge, en contraste con lo que demuestran otros estudios más generales, como los realizados por Zhang et al y Burch^(19,26).
- El 37% se sentía preocupado acerca de las fugas del dispositivo: puede que la preocupación sea simplemente eso o que esté basado en fugas desde que comenzó con la utilización de bolsas de forma autónoma. De nuevo, remitirnos a la correcta utilización de bolsas y del manejo nutricional. Si repasamos las técnicas y el paciente descubre que las realiza correctamente, transmitiremos seguridad en sí mismo. En caso contrario, realizaremos en común un esquema de "paso a paso", como mencionábamos anteriormente, de tal forma que sea capaz de manejarse sin olvidar ningún detalle, lo que igualmente mejorará la confianza en sí mismo. Podemos encontrarnos con el siguiente problema:
 - ✓ Que la técnica sea la correcta y se den fugas aun así. Evaluaremos la situación de la piel periestomal, por si se encontrara en un estado que imposibilitara una adecuada colocación del disco, con la consiguiente producción de fugas. Si fuera por el estado de piel periestomal,

recomendaremos la utilización de pomadas o sprays barrera y la progresión a dispositivos de dos piezas, que necesitan de menos cambios de disco y resultan menos agresivos para la piel periestomal ⁽³⁾. También puede lubricarse la bolsa por su interior antes de ponerla (por ejemplo, con un poco de aceite de oliva) para facilitar el deslizamiento de las heces, y que estas no queden en torno al estoma, lesionando la piel periestomal y filtrándose a través del disco⁽³⁾, siendo en este caso necesario ser especialmente riguroso al recortar el diámetro del disco en el que fijar la bolsa de colostomía (justo para que no estrangule el estoma y no deje un exceso de piel periestomal en contacto con las heces).

Cómo realizar la intervención educativa en este periodo

Dado que no existe una consulta de estomaterapia dentro de los centros de atención primaria, y los enfermeros de atención primaria pueden no tener una formación específica en este campo, nos encontramos con el inconveniente de que el paciente puede necesitar atención para una duda puntual y suprimirla para no tener que acudir al hospital, donde se encuentran el grueso de profesionales formados en estomaterapia. El enfoque ideal sería el de adiestrar a enfermeros de atención primaria en estomaterapia si tienen pacientes con estomas, pues su cercanía y disponibilidad siempre va a ser mayor que la de un estomaterapeuta. Esto se observa en el estudio de Readding⁽²¹⁾ de Reino Unido, centrado en la formación de enfermeras visitadoras para conseguir una atención integral del paciente colostomizado. Sin embargo, disponemos de soluciones para mantener una atención sostenida en el paciente, lo que nos facilitará que el paciente se sienta apoyado, y sobre todo que no se sienta solo, que hay más gente con su circunstancia que sigue adelante con una vida completamente normal, lo que ayudará a que el paciente se sienta capaz de lidiar con su colostomía con mayor naturalidad. Las soluciones posibles son:

- La asistencia a asociaciones de ostomizados y fundaciones de apoyo: se encuentran por todo el territorio nacional. Algunas, como la de Madrid, se encuentran apoyadas por estomaterapeutas, que incluso pasan consulta en ellas. Habrá que incluir la asistencia a estos organismos entre las recomendaciones al alta, tal y como mencionábamos anteriormente.
- El apoyo telefónico. Zhang et al.⁽¹⁹⁾ demuestra su efectividad, incluso por encima del consejo médico, puesto que sienten que el enfermero tiene más tiempo para la intervención educativa, así como una formación específica en lo relativo al estoma. Este apoyo debe ser ofrecido por el estomaterapeuta, con una formación realmente específica en sus posibles problemas, lo que garantice que la descripción telefónica sea suficiente para ofrecer una solución.

Estos métodos no deben sustituir a la visita periódica a un estomaterapeuta, pero pueden ofrecer seguridad al paciente en el caso de una duda puntual.

Lo más importante es que se sienta apoyado, y que si falla, habrá alguien que comprenda su situación y pueda ayudarle.

LA ESTOMATERAPIA EN ESPAÑA

Para finalizar el trabajo, me gustaría comentar la situación nacional en materia de Estomaterapia. En España, el primer curso de Estomaterapia se realizó en Pamplona, en 1985, con la dirección del cirujano Héctor Ortiz y la enfermera inglesa Bárbara Foulkes, ambos de la Sociedad Mundial de Estomaterapia. Ya en 1987 se creó el título de Experto en Estomaterapia en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, pionera en la formación de estomaterapeutas, reconocido por la Sociedad Mundial de Estomaterapia e impartido desde 1989 hasta 1995. La formación, desde 1995, continuó en la Universidad Pública de Navarra. Desde aquel entonces, se generaron unidades de estomaterapia por todo el territorio nacional: 28 unidades, una en Madrid, la del Hospital Clínico San Carlos (según la Sociedad Española de Estomaterapia). En esta se llevan a cabo todos los servicios mencionados, incluyéndose en su cartera de servicios todo lo referente al postoperatorio (inmediato y tardío)⁽³¹⁾.

CONCLUSIONES

Las conclusiones alcanzadas a lo largo de la revisión bibliográfica son las siguientes.

- La intervención educativa es la parte más importante del proceso de atención al paciente colostomizado en las tres fases de su intervención: preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio tardío. Esto se trasluce de la cantidad de información existente sobre el tema en la bibliografía encontrada (teniendo en cuenta que la búsqueda bibliográfica siempre se hizo en base a términos como “colostomía” combinado con “preoperatorio” o “postoperatorio”), y sobre todo, en que las intervenciones con más evidencia científica son las educativas⁽²⁵⁾. Aportarán al paciente autonomía y seguridad en si mismo, algo básico en un manejo adecuado de la colostomía y de su vida diaria a partir de la intervención.
- Es necesaria una formación específica en la enfermería de atención primaria respecto a la estomaterapia, tal y como evidencian la gran cantidad de estudios existentes sobre su actuación en Reino Unido, y su efectividad de cara a mantener una atención integral en este paciente, que como se ha demostrado a lo largo del texto, será imprescindible. De esta manera podrían dividirse las fases, actuando en el preoperatorio la enfermera de atención primaria junto

con el estomaterapeuta, en el postoperatorio inmediato el estomaterapeuta y en el tardío, volver a la enfermera de atención primaria. Descargaríamos al estomaterapeuta y posibilitaríamos que el paciente se sintiera atendido en todo momento, por la mayor accesibilidad de la enfermera de familia. En España existen iniciativas, como la iniciada en Córdoba por Barbero Juárez⁽³²⁾, que demuestra la efectividad de una consulta independiente de estomaterapia a nivel de atención primaria, no ya solo por la descarga que mencionábamos anteriormente, sino por el fomento de la autonomía del paciente y la menor incidencia de urgencias hospitalarias o de visitas al cirujano.

- A pesar de lo anterior y de lo adecuado que resultaría un enfoque desde la atención primaria, no hay que olvidar la dedicación de asociaciones y fundaciones para garantizar la atención integral al paciente colostomizado (y ostromizado en general). De esta forma, estos ponen a disposición del paciente información e incluso a estomaterapeutas que pasan consulta en sus sedes para resolver dudas acerca de todo lo relativo a la nueva situación. Por tanto, entre las recomendaciones que se den al alta a este paciente no puede olvidarse nunca incluir la asistencia a estas asociaciones o fundaciones. Aparte de consejo, pueden ponerles en contacto con personas en su misma situación, ayudándose, entre todos, a que sea más llevadero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Girona MR. Problemas y soluciones más frecuentes en las colostomías. *Enferm Integr.* 2012;99:12-16.
2. Armenta Galán, J. Mejora de la calidad de vida de personas colostomizadas con métodos continentales. *Rev Rol Enferm.* 1999;22(1):7-23.
3. Perrin A, Redmond C, Cowin C, Wiltshire N, Smith A, Lovelady N, et al. Patients' experiences of pancaking while living with a colostomy: a survey. *Br J Nurs* [Internet]. 2013 sept 12 [cited 2014 may 30];Suppl: S6-9. Disponible en: http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2013.22.Sup16.S6?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed&
4. Londoño Schimmer E. Manejo nutricional del paciente con ostomías. En: Patiño Restrepo JF. *Metabolismo, nutrición y shock*. Bogotá: Médica Internacional; 2006. p. 463-473.
5. Bradshaw E, Collins B. Managing a colostomy or ileostomy in community nursing practice. *Br J Community Nurs* [Internet]. 2008 Nov [cited 2014 may 30];13(11):[about 4 p.]. Disponible en:

<http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2008.13.11.31523>

6. Frutos Muñoz R de, Solís Muñoz M, Hernando López A, Béjar Martínez P, Navarro Antón C, Mayo Serrano N, Layunta Acero R, et al. Calidad de vida de los pacientes con colostomía o ileostomía a corto y medio plazo. *Metas* 2011; 14(2):24-31.
7. Swan E. Colostomy, management and quality of life for the patient. *Br J Nurs* [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 may 30];20(1):[about 6 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2011.20.1.22>
8. Devlin HB, Plant JA, Griffin M. Aftermath of surgery for anorectal cancer. *Br Med J* [Internet]. 1971 Ago 14 [cited 2014 may 30];3(5771):[about 5 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1798692/>
9. Wade B. *A Stoma is for Life*. London: Scutari Press; 1989.
10. White CA. *Living with a stoma: a practical guide to coping with colostomy, ileostomy or urostomy*. London, Sheldon Press; 1997.
11. Williams J. Psychological issues in stoma care. In: Porrett T, McGrath A. *Stoma care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd; 2005. p. 157-68
12. McKenzie F, White CA, Kendall S, Finlayson A, Urquhart M, Williams I. Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *Br J Nurs* [Internet]. 2006 Mar 23-Apr 12 [cited 2014 may 30];15(6):[about 8 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjon.2006.15.6.20678>
13. Andersson G, Engström &, Söderberg S. A chance to live: Women's experiences of living with a colostomy after rectal cancer surgery. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 may 30];16(6):[about 5 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-172X.2010.01887.x/full>
14. Tegido Valentí M, Solé Ripoll P, Nebot Salabert S. Ubicación del estoma y autonomía del paciente. *Enferm Clin*. 2004; 14(1):41-45.
15. Savlovschi C, Serban D, Andreescu C, Dascalu A, Pantu H. Economic analysis of medical management applied for left colostomy. *Chirurgia (Bucur)* [Internet]. 2013 Sep-Oct [cited 2014 may 30];108(5): [about 3p.]. Disponible en: <http://revistachirurgia.ro/pdfs/2013-5-666.pdf>
16. Oliveira RA, Oliveira PG, Nobrega dos Santos AC, De Sousa JB. Morbidade e mortalidade associadas ao fechamento de colostomias e ileostomias em alça acessadas pelo estoma intestinal. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2012 Sep-Oct [cited

- 2014 may 30]; 39 (5). Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-69912012000500009&script=sci_arttext
17. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer Incidence and Mortality Worldwide [Internet]. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013 [cited 2014 may 30] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr> [
 18. Muñoz B. Mi vida atada a una bolsa de ostomía. A tu salud. 2013;10:3-4
 19. Zhang JE, Wong FKY, You LM, Zheng MC. A qualitative study exploring the nurse telephone follow-up of patients returning home with a colostomy. J Clin Nurs [Internet]. 2012 May [cited 2014 may 30];21 (9/10): [about 8 p.]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2011.03824.x/abstract>
 20. Borwell B. Stoma management and palliative care. J Community Nurs [Internet]. 2011 Jul-Ago [cited 2014 may 30];25(4):[about 6 p.]. Disponible en: <http://www.jcn.co.uk/journal/07-2011/continence/1438-stoma-management-and-palliative-care/>
 21. Readding LA. Stoma siting: what the community nurse needs to know. Br J Community Nurs [Internet]. 2003 Nov [cited 2014 may 30];8(11): [about 9 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2003.8.11.11820>
 22. Williams J. Supporting residents with stomas at the end of life. Nurs Residential Care [Internet]. 2012 Mar [cited 2014 may 30];14(3): [about 3 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/nrec.2012.14.3.138>
 23. Black P. The role of the carer and patient in stoma care. Nurs Residential Care [Internet]. 2011 Sep [cited 2014 may 30];13(9):[about 4 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/nrec.2011.13.9.432>
 24. Dorman C. Ostomy basics. RN. 2009 Jul; 72(7):22-7.
 25. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Ostomy care and management [Internet]. Toronto (ON): Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO); 2009 [cited 2014 may 30]. Disponible en: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=15613>
 26. Burch J. What does enhanced recovery mean for the community nurse? Br J Community Nurs [Internet]. 2009 Nov [cited 2014 may 30]; 14(11): [about 4 p.]. Disponible en: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjcn.2009.14.11.45007>

27. Fundación Ayúdate. Guía práctica para personas ostomizadas. Madrid: Fundación Ayúdate; 2005.
28. Ang MSG, Klainin-Yobas P, Chen HC, Siah CJ, Mien GOH, Chiu Peng C. Research in brief - Testing the efficacy of "Stress Management for Stoma Patients" intervention for patients following colostomy or ileostomy surgery: A pilot study. Singapore Nurs J [Internet]. 2013 Jan-Mar [cited 2014 may 30]; 40 (1): [about 2 p.]. Disponible en:
[http://connection.ebscohost.com/c/articles/84565001/research-brief-testing-
efficacy-of-stress-management-stoma-patients-intervention-patients-following-
colostomy-ileostomy-surgery-pilot-study](http://connection.ebscohost.com/c/articles/84565001/research-brief-testing-efficacy-of-stress-management-stoma-patients-intervention-patients-following-colostomy-ileostomy-surgery-pilot-study)
29. Pullen RL. Enseñe a su paciente a irrigar una colostomía. Nursing. 2007;25(4): 43.
30. Ruíz Quesada R. Estimulación intestinal en portadores de colostomía. Rev Rol Enferm. 2011;34(12):850-852.
31. Campo J, Caparrós MR. Pasado, presente y futuro de la unidad de estomaterapia del hospital clínico San Carlos. Psicooncología. 2006;1(3):189-94
32. Salud Innova [homepage en Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014 [actualizada 2014; citado 15 abril 2014]. Disponible en:
<http://www.saludinnova.com/practices/view/819>

Recibido: 28 enero 2016.

Aceptado: 8 junio 2016.