



Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

Cuidado de las personas con **OSTOMÍA,** **INCONTINENCIA** **y HERIDA QUIRÚRGICA**

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN
Paloma de la Quintana Jiménez
Enfermera estomaterapeuta



Hospital Universitario La Paz
Fundación para la Investigación Biomédica

 Comunidad de Madrid





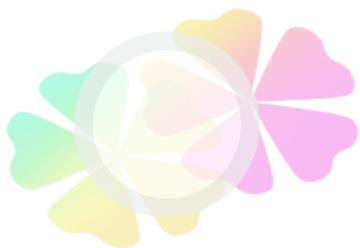
Cuidado de las personas con **OSTOMÍA, INCONTINENCIA y HERIDA QUIRÚRGICA**

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Paloma de la Quintana Jiménez



*Dedicado a mi marido Manuel, a mis hijas
Mónica, Sara, Marta e Irene y a mi nieto Héctor*



Agradecimientos

En primer lugar quiero hacer un recordatorio a quienes nos han precedido en el estudio de estos campos pues sin sus contribuciones hubiera sido muy difícil llegar hasta aquí. Quiero una vez más expresar mi gratitud a los/as 66 autores y autoras que han contribuido con sus experiencias, conocimientos, gran esfuerzo y de forma totalmente desinteresada, a los/as pacientes voluntarios y voluntarias que han participado a lo largo de todo el proyecto y también a las supervisoras de las Consultas Externas del Hospital Universitario La Paz por su generosidad, comprensión y respeto hacia la Unidad de Ostomías.

Quiero manifestar por otro lado mi especial agradecimiento a las Empresas B. Braun, Convatec, Hollister, Coloplast e Igrobe por su apoyo incondicional a esta etapa final del Proyecto “Calidad de vida de las personas ostomizadas”, pues gracias a su colaboración ha sido posible finalizar estos tratados. También a la ONG Información Sin Fronteras, Madrid-Salud, al Colegio de Enfermería de Madrid y, por supuesto, a la editorial IM&C por su profesionalidad, dedicación y paciencia para su confección y resultado.

Con la elaboración de estos dos libros para pacientes/ciudadanía y profesionales damos por concluido el Proyecto, con la esperanza de que resulten de utilidad a todas las personas que se dedican o estén interesadas en estos temas.

Paloma de la Quintana Jiménez

© Los autores

Diseño, realización y coordinación editorial:



Alberto Alcocer 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70 · Fax: 91 353 33 73
www.imc-sa.es · imc@imc-sa.es

ISBN: 978-84-7867-772-6

Ni el propietario del copyright, ni el coordinador editorial, ni los patrocinadores, ni las entidades que avalan esta obra pueden ser considerados legalmente responsables de la aparición de información inexacta, errónea o difamatoria, siendo los autores los responsables de la misma.

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenamiento de información, sin permiso escrito del titular del copyright.



Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

AUTORES

- Alfredo Aguilera Bazán. *Facultativo Especialista del Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz.*
- María Fátima Albízuri Prado. *Facultativa Especialista en Dermatología Médico-Quirúrgica. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.*
- Ane Miren Andrés Moreno. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.*
- María Encina Arias Álvarez. *Enfermera Experta en Ostomías. Unidad de Ostomías. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.*
- Yumana Awad Parada. *Enfermera Especialista en Pediatría. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.*
- Helena Barahona Álvarez. *Psicóloga clínica. Profesora Universidad de Castilla-La Mancha y Psicóloga Asociación Esclerosis Múltiple de Ciudad Real.*
- Casto Barbero Ruano. *Enfermero. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.*
- Ana Borobia Pérez. *Facultativa Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Unidad de Suelo Pélvico. Hospital Universitario La Paz.*
- Aurora Burgos García. *Facultativa Especialista. Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz.*
- Diego M. Carrión Monsalve. *Facultativo Especialista. Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz.*
- Elena Corpa Rodríguez. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Paz.*
- Lorena Crespo Santos. *Enfermera Especialista en Pediatría y Neonatología. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.*

(Continúa)

AUTORES *(continuación)*

- Lidia Cristóbal Poch. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.*
- Daniel Gaínza Miranda. *Facultativo Especialista. Equipo de soporte de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Príncipe de Asturias.*
- Ismael Ghanem Cañete. *Facultativo Especialista. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz*
- Carmen Gómez Candela. *Facultativa Especialista. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz.*
- Juan Alejandro Gómez Rivas. *Facultativo Especialista. Servicio de Urología. Hospital Universitario La Paz.*
- Carolina C. González Gómez. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sección Colorrectal. Hospital Universitario La Paz.*
- Alicia Hernández Gutiérrez. *Facultativa Especialista. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz.*
- María Antonia Lacasta Reverte. *Facultativa Especialista en Psicología Clínica. Unidad de Cuidados Paliativos y ESH. Hospital Universitario La Paz.*
- Baltasar Liebert Álvarez. *Médico Residente del Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Paz.*
- Ana López Carrasco. *Facultativa Especialista. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz.*
- María Dolores Martín Arranz. *Facultativa Especialista. Servicio del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz.*
- María Martín Cameán. *Facultativa Especialista. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario La Paz.*
- Leopoldo Martínez Martínez. *Facultativo Especialista. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz*
- Blanca Beatriz Martínez Serrano. *Facultativa Especialista. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Universitario La Paz.*
- Jesús Miranda Poma. *Facultivo Especialista. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz.*

- Lorena Ostios García. *Facultativa Especialista. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz.*
- Ángela Palao Tarrero. *Psiquiatra psicoterapeuta. Programa de Enlace de Psico-oncología y Dolor crónico. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz.*
- Samara Palma Milla. *Facultativa Especialista. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz.*
- Concepción Partida González. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Paz.*
- Isabel Pascual Migueláñez. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sección Colorrectal. Hospital Universitario La Paz.*
- Francisco Peñato Luengo. *Médico Residente. Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario La Paz.*
- Teresa Pérez Manrique. *Enfermera Experta en Cuidados Paliativos. Servicio de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario La Paz.*
- Juan Pedro Pérez Robledo. *Facultativo Especialista. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sección Hepatobiliar. Hospital Universitario La Paz.*
- Isabel Prieto Nieto. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Sección Colorrectal. Hospital Universitario La Paz.*
- Marta Pulido Vega. *Enfermera Especialista en Nutrición y Dietética. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Hospital Universitario La Paz.*
- Paloma de la Quintana Jiménez. *Enfermera Experta en Ostomías, Continencia y Herida Quirúrgica. Unidad de Ostomías. Hospital Universitario La Paz.*
- Cristina Rocamora González. *Psicóloga general. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz.*
- Isabel Rodríguez Rodríguez. *Facultativa Especialista. Oncología Radioterápica. Hospital Universitario La Paz.*
- Nuria Rodríguez Salas. *Facultativa Especialista. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz.*

(Continúa)



AUTORES (continuación)

- Beatriz Rodríguez Vega. *Psiquiatra psicoterapeuta. Coordinadora de los programas de Enlace. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz.*
- Darío Sánchez Cabrero. *Facultativo Especialista. Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario La Paz.*
- Alba Sánchez Orta. *Facultativa Especialista. Servicio de Dermatología. Hospital Universitario La Paz.*
- Estela Sánchez Simón. *Licenciada en Derecho y Abogada miembro del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid. Gestora de innovación en la Unidad de Apoyo a la Innovación de IdiPAZ. Hospital Universitario La Paz.*
- Eva María Sanz Peces. *Enfermera de Soporte y Atención Paliativa Domiciliaria. Hospital Universitario La Paz.*
- Ana Tordable Ramírez. *Enfermera Técnica de Apoyo en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)*
- Carlos de la Torre Ramos. *Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.*
- Sergio Torres Cobos. *Enfermero Experto en Ostomías. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz.*
- Marta Torrijos Zarcero. *Psicóloga clínica. Programa de Enlace con Hematología y Psico-oncología. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario La Paz.*
- Jacobo Trébol López. *Facultativo Especialista en Cirugía General y del Aparato Digestivo. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca. Profesor Asociado. Departamento de Anatomía e Histología Humanas. Universidad de Salamanca. Asesor y Revisor científico.*
- Alejandra Vilanova-Sánchez. *Facultativa Especialista. Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo del Hospital Infantil. Hospital Universitario La Paz.*

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1. APARATO DIGESTIVO Y CIRUGÍA	17
1.1 Breve recuerdo de la anatomía y fisiología del aparato digestivo	17
1.2 ¿Qué enfermedades o lesiones condicionan o pueden condicionar la formación de una ostomía digestiva?	23
1.3 Prevención y cribado de la detección precoz del cáncer colorrectal	27
1.4 ¿Qué es un estoma?, ¿y una ostomía? Tipos de ostomías	29
1.5 Elección y confección de los estomas. Localización y cierre	45
1.6 Herida quirúrgica: concepto y cuidados	54
1.7 Estreñimiento y/o diarrea. ¿Por qué?: concepto, estudio y tratamiento	58
1.8 Preparación necesaria para la realización de una endoscopia: colostomía, ileostomía	63
1.9 Continencia, cuidados, medidas higiénico-dietéticas y tratamiento rehabilitador	67

CAPÍTULO 2. CUIDADOS DE LOS ESTOMAS Y RECOMENDACIONES	83
2.1 Conceptos	83
2.2 Higiene del estoma y recomendaciones generales	86
2.3 Problemas de los estomas	96
2.4 Recursos materiales y accesorios para ostomías	115
2.5 La importancia de la autonomía	123
2.6 Abordaje de la persona portadora de un estoma en su hábitat	126
CAPÍTULO 3. APARATO UROLÓGICO Y CIRUGÍA	129
3.1 Anatomía y fisiología del aparato urinario	129
3.2 Enfermedades o lesiones que condicionan un estoma urinario	131
3.3 Tipos de ostomías urinarias y localización	132
3.4 Complicaciones de las urostomías	134
3.5 Otras alteraciones asociadas a los estomas: la función sexual y la reproducción	139
CAPÍTULO 4. APARATO GINECOLÓGICO Y CIRUGÍA	141
4.1 Introducción	141
4.2 Enfermedades ginecológicas que pueden condicionar un estoma	142
4.3 Complicaciones en la esfera ginecológica de los estomas	144
4.4 Alteraciones en la función sexual y la reproducción	148
CAPÍTULO 5. PEDIATRÍA Y CIRUGÍA	149
5.1 Introducción	149
5.2 Enfermedades que requieren un estoma digestivo o urológico	149

5.3	Apoyo educativo y emocional al niño, padres o cuidadores	153
5.4	¿Qué cuidados se requieren en las complicaciones de los estomas?	154
CAPÍTULO 6. APARATO RESPIRATORIO Y CIRUGÍA		161
6.1	Introducción	161
6.2	Enfermedades o causas que condicionan la elaboración de una ostomía respiratoria	161
6.3	Complicaciones en portadores crónicos de traqueostomía	162
6.4	Cuidados y recomendaciones generales	163
6.5	Tipos de cánulas	165
CAPÍTULO 7. ONCOLOGÍA MÉDICA		167
7.1	Introducción	167
7.2	¿Qué es la quimioterapia?	167
7.3	Absorción de fármacos en pacientes ostomizados	168
7.4	Cambios en las deposiciones asociados al uso de fármacos	169
7.5	Otras complicaciones médicas en pacientes ostomizados	170
CAPÍTULO 8. ONCOLOGÍA-RADIOTERAPIA		173
8.1	¿Qué es la radioterapia? Efectos beneficiosos	173
8.2	Complicaciones de la radioterapia y tratamiento (orientado a los estomas)	173
8.3	Recomendaciones y cuidados de los estomas durante la radioterapia	174
CAPÍTULO 9. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA		177
9.1	Introducción	177
9.2	Hidratación	178

9.3	Impacto nutricional en la persona portadora de un estoma	179
9.4	Procedimientos dietéticos en las ostomías digestivas	182
9.5	Recomendaciones	183
9.6	Soporte nutricional en ostomías complejas	188
CAPÍTULO 10. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA CLÍNICA		191
10.1	Aspectos psicosociales de la persona portadora de una ostomía y afrontamiento de la enfermedad	191
10.2	¿Cuándo está indicada la intervención desde Salud Mental para personas con ostomías?	200
CAPÍTULO 11. CUIDADOS PALIATIVOS		205
Abordaje y cuidados al final de la vida		205
CAPÍTULO 12. REPERCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICO/PACIENTE		209
12.1	Consentimiento informado	209
12.2	Confidencialidad	210
CAPÍTULO 13. RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS		213
13.1	Conceptos de deficiencia, incapacidad, minusvalía	213
13.2	Políticas de protección en la Comunidad de Madrid	217
CAPÍTULO 14. ASOCIACIONES		221
ANEXOS		223



INTRODUCCIÓN

Este documento que presentamos a continuación es la parte final del Proyecto “Calidad de vida de las personas ostomizadas”. El Proyecto se ha podido llevar a cabo gracias a la Fundación para la Investigación Biomédica del Hospital Universitario La Paz (FIBHULP) de Madrid y la colaboración desinteresada de distintos profesionales de la salud y pacientes de las asociaciones ASOE y AOMA, ambas con sede en Madrid. Tiene como objetivo sensibilizar, formar y dar a conocer a la población quién es este colectivo y a qué situaciones se enfrenta. Quiere ayudar a resolver los posibles problemas, dudas o complicaciones que pueden surgir después de una intervención con resultado de un estoma. Está dirigido no solo a este tipo de pacientes, sino a cualquier persona interesada en el tema.

Se pretende que este manual, realizado por un equipo de profesionales de distintos servicios médicos y de enfermería, dé la suficiente seguridad y soporte al paciente, a la familia, al cuidador o cuidadora y al resto de ciudadanía interesada en el aprendizaje y manejo de distintas cuestiones a las que la persona portadora de un estoma se debe enfrentar.

A lo largo del tiempo y de la historia, poco a poco se ha ido teniendo más conocimiento y, por tanto, se ha ido perfeccionando no solo las técnicas quirúrgicas, sino también los cuidados asociados a las personas con ostomías y todo lo que conlleva.

Por otro lado, las curas de las heridas quirúrgicas y la rehabilitación de la incontinencia tanto fecal como urinaria, han supuesto un hito histórico en la supervivencia y bienestar de los/as pacientes. Con el desarrollo tecnológico y la aparición de nuevos materiales y dispositivos en el mercado, se ha logrado una importante mejora en la calidad de vida de los pacientes, porque se ha redu-

cido significativamente las complicaciones y se ha conseguido que estas personas puedan llevar una vida absolutamente normalizada, realizando las actividades cotidianas, laborales, deportivas, lúdicas, etc., sin apenas problemas.

Imagen 1. Quirófano inteligente con equipo de cirugía laparoscópica. Hospital Universitario La Paz



Fuente: C.C. González Gómez.

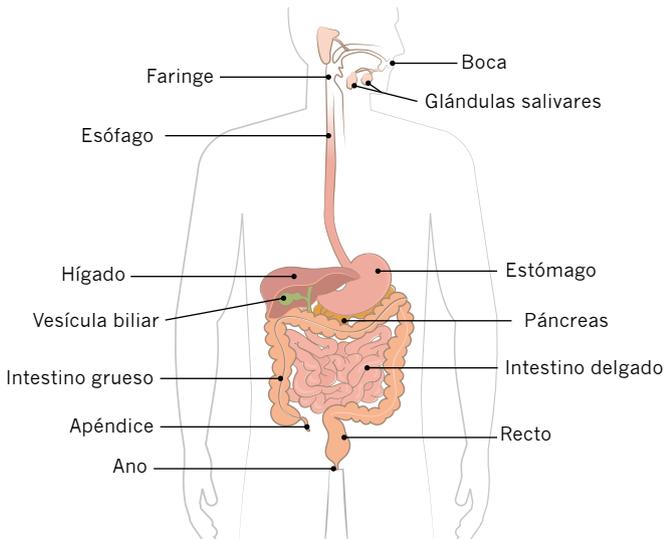
Así, la aparición de la cirugía laparoscópica y robótica y la evolución de la formación de profesionales de enfermería expertos en los cuidados en ostomías, continencia y herida quirúrgica ha permitido una importante mejora en la atención de la salud.

1.1 BREVE RECUERDO DE LA ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO DIGESTIVO

María Dolores Martín Arranz y Aurora Burgos García

Consideramos importante que se adquieran unos conocimientos básicos del funcionamiento del aparato digestivo (figura 1) para comprender más tarde los distintos aspectos que se derivan de una operación con resultado de una ostomía digestiva.

Figura 1. Esquema general del aparato digestivo en el adulto



Fuente: las autoras.

El sistema digestivo es el conjunto de órganos encargados del proceso de la digestión, es decir, la transformación de los alimentos para que estos puedan ser absorbidos. Está constituido por un tubo o tracto gastrointestinal de unos 11 metros de longitud abierto en dos extremos (la boca y el ano), por donde hacen el recorrido los alimentos, y por una serie de órganos accesorios (glándulas salivares, hígado, vesícula biliar y páncreas). Por orden de paso, los alimentos realizan su recorrido a través de la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon), el intestino grueso (ciego, colon y recto) y el ano.

Recorrido de los alimentos:

Boca → Faringe → Esófago → Estómago → Intestino delgado → Intestino grueso → Recto → Ano

Las sustancias nutritivas o nutrientes se encuentran en los alimentos, esto quiere decir que no podemos comprar en el mercado proteínas o calcio (nutrientes), pero sí podemos comprar leche (alimento) que contiene las dos sustancias; por tanto, se hace necesario realizar una alimentación adecuada a cada tipo de intervención para evitar cualquier tipo de carencia nutricional.

Los alimentos, una vez masticados e ingeridos, descienden por el **esófago**, que mide alrededor 22-25 cm de longitud y presenta 2 cm de diámetro; pasan al **estómago**, que es una dilatación del tubo digestivo en forma de “J” y se encuentra entre el esófago y el duodeno, con una capacidad aproximada de 1-1,5 litros. Las funciones del estómago son la de actuar como reservorio de los alimentos y secretar el jugo gástrico. En los jugos digestivos existen unas sustancias llamadas enzimas que transforman los alimentos para que el organismo pueda aprovechar los nutrientes que contienen: este proceso se llama “digestión”. Una vez descompuestos, forman una mezcla líquida circulante de, aproximadamente, 5 litros, cuya absorción, es decir, el paso de nutrientes a la sangre, tiene lugar en el **intestino delgado**.

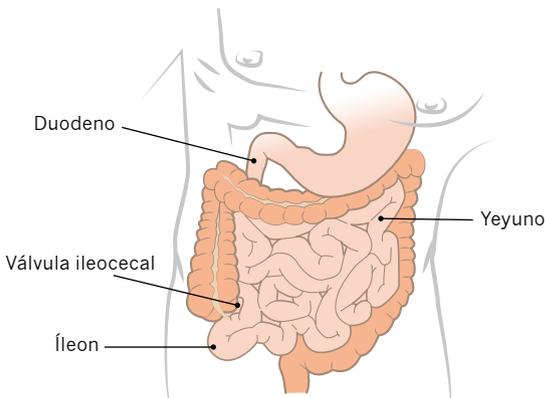
El intestino delgado es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el intestino grueso (figura 2). Su longitud oscila entre 3 y 6 metros. Consta de tres partes: duodeno, yeyuno e íleon:

- **Duodeno:** conforma una “C” que rodea la cabeza del páncreas, mide unos 25 cm y se divide en cuatro porciones. En la segunda porción duodenal se encuentra la ampolla de Vater o papila

duodenal, donde se localiza el esfínter de Oddi, relacionado con el control del jugo pancreático y biliar.

- **Yeyuno e íleon:** miden en conjunto más de 4,5 metros de longitud y pueden ser considerados como una unidad, ya que el límite entre ambos es impreciso: el yeyuno representaría el 40 % y el íleon el 60 % restante. Ambas estructuras están suspendidas en la cavidad peritoneal y unidas a la pared abdominal por el mesenterio. El íleon desemboca en el colon a través de la válvula ileocecal o válvula de Bauhin, y sus últimos centímetros pueden ser visualizados durante una colonoscopia en la mayoría de los casos; esto es clave en determinadas enfermedades, como la enfermedad de Crohn.

Figura 2. Partes del intestino delgado



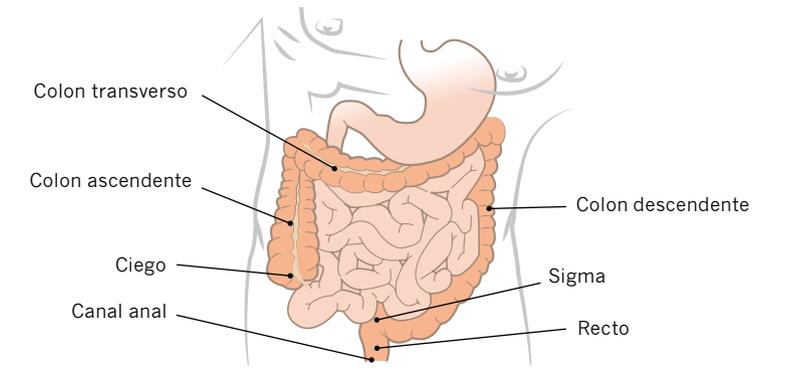
Fuente: adaptada de Hollister.

La principal función del intestino delgado es la digestión y la **absorción de los nutrientes**, es decir, las vitaminas, minerales, proteínas, grasas e hidratos de carbono. Así, el intestino delgado absorbe la mayoría del agua, electrolitos, glucosa, aminoácidos y ácidos grasos del quimo procedentes del estómago. Por tanto, el intestino delgado no solo suministra nutrientes al cuerpo, sino que también juega un papel importante en el balance hídrico y en el equilibrio ácido-base. La digestión se completa en el intestino delgado con la ayuda de la secreción hepática y pancreática, y los desechos son transportados al intestino grueso para su elimina-

ción. El **intestino grueso** mide, aproximadamente, 1,5-2 m de longitud, que se extiende desde la válvula ileocecal hasta el ano. Los alimentos y residuos que no son absorbidos en el intestino delgado pasan al **intestino grueso** para formar las heces; **se absorbe agua y se segrega moco** para que estas se puedan deslizarse por el mismo. Además, por la acción de algunas bacterias, se produce la fermentación de estos restos, dando lugar a la producción de gases cuya expulsión puede provocar malos olores.

De forma general, podemos dividir el intestino grueso en colon, recto y conducto anal. De forma más específica, podemos diferenciar varios segmentos, representados en la figura 3:

Figura 3. Segmentos del intestino grueso



Fuente: adaptada de Hollister.

El segmento del ciego es la parte inicial del intestino grueso y suele localizarse en la fosa ilíaca derecha, donde termina el intestino delgado; en su lado inferior tiene un final ciego con una zona sobresaliente, que es el apéndice, y en el superior se continúa con el **colon ascendente** o derecho, que mide 15 cm de longitud, uniéndose al ciego a nivel de la unión ileocecal; asciende por el lado derecho del abdomen hasta el nivel del hígado, en donde forma el ángulo cólico derecho o hepático al dirigirse hacia la izquierda con un ángulo de 90 grados, y continúa por el **colon transverso**, que mide 45 cm de longitud y se extiende desde la flexura hepática, en el lado derecho del abdomen, hasta la flexura cólica izquierda o esplénica (del bazo), pasando por delante del duodeno y del estómago. En el hipo-

condrio izquierdo se curva por debajo de la parte inferior del bazo, forma el ángulo esplénico, que se encuentra en una posición más elevada y profunda que el ángulo hepático, y se dirige hacia abajo como colon descendente o izquierdo. Esta parte del colon tiene una longitud de 25 cm y se dirige hacia abajo, en la cara lateral del abdomen izquierdo, desde el hipocondrio izquierdo hasta el nivel de la cresta ilíaca izquierda, donde cambia la dirección hacia dentro formando una S que correspondería al **colon sigmoide o sigma**, que tiene 36 cm de longitud y comienza cerca de la cresta ilíaca y termina a nivel de la tercera vértebra sacra, donde se convierte en el recto. Es móvil, cubierto completamente de peritoneo y relacionado de forma estrecha con la vejiga en el hombre y con el útero en la mujer. **El recto** mide 13 cm y se encuentra situado en la parte posterior de la pelvis; comienza donde el colon pierde su mesenterio y termina 2-3 cm anterior e inferior a la punta del coxis, en donde se curva hacia abajo para formar el **canal o conducto anal**. Este segmento terminal del intestino grueso mide 4 cm de longitud y se abre al exterior como ano. El conducto anal contacta en la cara anterior con el bulbo del pene en los hombres y con la porción inferior de la vagina en las mujeres, y en la cara posterior con el coxis. En el conducto anal se encuentra el esfínter anal interno, compuesto de músculo liso, y el esfínter externo de músculo esquelético.

Por último, decir que el aspecto externo del colon se diferencia del intestino delgado por su mayor calibre y presenta tres estructuras típicas: las tenias, las haustras y los apéndices epiploicos. Y recordar que las principales funciones del colon son la secretora, la digestiva y la absorbente. La membrana mucosa del colon secreta un líquido compuesto de agua y moco que sirve para neutralizar los ácidos irritantes producidos por la actividad bacteriana, proteger la mucosa contra las agresiones y lubricar las heces.

En la función digestiva del intestino grueso juega un gran papel la flora bacteriana que se encuentran en su luz. Estas bacterias fermentan los carbohidratos, eliminan hidrogeniones, dióxido de carbono y gas metano, sintetizan la vitamina K y algunas vitaminas, como la B, siendo también responsables de la reducción de la bilirrubina en urobilinógeno.

La capacidad absorbente del intestino grueso de los contenidos del intestino delgado que pasan a su interior es mayor en el colon ascendente y, aunque se absorben vitaminas, ácidos grasos volá-

tiles y compuestos nitrogenados, la absorción de agua es la más importante. La capacidad máxima de absorción es de 5 litros al día. Estas funciones se ven favorecidas por la actividad motora segmentaria no propulsora del colon, que es la más frecuente, y que consiste en unas contracciones circunferenciales que ocluyen la luz intestinal. Estas contracciones originan un freno al avance del contenido intestinal, promovido por el peristaltismo propulsor, y un movimiento de vaivén que favorece su mezcla.

Microscópicamente, señalar que el intestino grueso consta de una serie de capas: mucosa, submucosa, muscular propia y serosa. Cuanto más profunda sea la invasión de estas capas de una hipotética lesión, mayor riesgo de afectación de estructuras sanguíneas y linfáticas.

Recordar que, después de algunos tipos de cirugía del colon, recto o intestino delgado con resultado de una ostomía, se va a alterar el camino natural de salida de las heces u otros fluidos.

CONCLUSIONES

- Por orden de paso de los alimentos, el aparato digestivo está formado por los siguientes órganos: boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado (duodeno, yeyuno e íleon), intestino grueso (ciego, colon y recto) y ano.
- Su principal función es realizar la digestión para obtener los nutrientes que necesitamos de los alimentos que ingerimos.
- En la boca se produce la masticación y la mezcla con la saliva. Una vez deglutidos, pasan al estómago a través de la faringe y el esófago, donde se mezclan con los jugos gástricos que, gracias a su acidez, continúan el proceso de digestión. En el intestino delgado (duodeno) se continúan mezclando con los demás jugos digestivos (pancreáticos y hepáticos) y adquieren un estado líquido que facilita la absorción de los nutrientes en el resto del intestino delgado (yeyuno e íleon). El residuo resultante líquido se vierte en el intestino grueso, que se encargará de absorber el agua y algunos iones y vitaminas, dando como resultado un residuo cada vez más sólido y unos gases característicos que son fruto de la fermentación bacteriana de dicho residuo. También se produce el moco, que actúa como lubricante para facilitar el tránsito de las heces y su expulsión por el ano.

1.2 ¿QUÉ ENFERMEDADES O LESIONES CONDICIONAN O PUEDEN CONDICIONAR LA FORMACIÓN DE UNA OSTOMÍA DIGESTIVA?

Carolina C. González Gómez y Lidia Cristóbal Poch

A lo largo de este capítulo veremos las causas más frecuentes por las que se puede realizar una ostomía.

¿EN QUÉ SITUACIONES SE PUEDE LLEGAR A SER PORTADOR DE UNA OSTOMÍA?

Las enfermedades o lesiones que pueden requerir la realización de un estoma son muy variadas (figura 1). Algunos estomas se realizan debido a una enfermedad maligna (cáncer), otros son debidos a enfermedades benignas, traumatológicas, infecciosas, congénitas, etc.

Figura 1

Las enfermedades relacionadas con la formación de una ostomía			
Enfermedad inflamatoria: <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad de Crohn• Colitis ulcerosa• Colitis indeterminada	<ul style="list-style-type: none">• Megacolon• Malformación congénita• Vólvulo de sigma	<ul style="list-style-type: none">• Diverticulitis• Endometriosis• Traumatismo• Estreñimiento• Enfermedad perianal	<ul style="list-style-type: none">• Carcinoma colorrectal• Otras causas

Fuente: las autoras.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Tanto la enfermedad de Crohn como la colitis ulcerosa pertenecen a un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que afectan al tubo digestivo. La enfermedad de Crohn se caracteriza por una inflamación crónica que puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo, pero la localización más frecuente es el íleon.

Los síntomas son anorexia, astenia, náuseas, vómitos, pérdida de peso, etc. La colitis ulcerosa se caracteriza por una inflamación que afecta solo a la mucosa del colon, no afectando a las capas profundas. Los síntomas y signos son diarrea con sangre y moco, tenesmo y dolor abdominal. En pacientes con inflamación del recto se producen más síntomas rectales, como tenesmo y urgencia defecatoria, etc.

Es importante recordar que, dada la complejidad de estas enfermedades, los tratamientos deben realizarse por médicos expertos en Gastroenterología y Coloproctología, con el fin de saber cuál es la mejor opción para cada paciente.

MEGACOLON

Se define como la dilatación masiva del intestino grueso que no se debe a una obstrucción mecánica. Las causas pueden ser congénitas, por falta de células ganglionares y fibras nerviosas en la parte distal del colon, o adquiridas por infecciones, fármacos, etc.

MALFORMACIÓN CONGÉNITA

Son defectos o alteraciones de órganos que se dan antes de nacer, en la etapa intrauterina.

VÓLVULO DE SIGMA

Es un cuadro clínico en el que el colon se torsiona impidiendo la salida de las heces y provocando una obstrucción intestinal. Se da principalmente en pacientes de edad avanzada y afecta principalmente al sigma. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, etc.

DIVERTICULITIS

La enfermedad que provoca los divertículos se denomina diverticulosis, que son pequeños sacos que se producen a nivel de la pared del intestino grueso, sobre todo a nivel del colon sigmoide. Es una enfermedad muy frecuente en nuestro país y afecta, sobre todo, a pacientes de edad avanzada. Cuando los divertículos se infectan o se inflaman se produce la diverticulitis, cuyos síntomas son: dolor abdominal, malestar general y fiebre. La diverticulitis

puede ser desde un cuadro leve, que se recupera con tratamiento farmacológico en su domicilio, hasta ser necesario intervenir de manera urgente.

ENDOMETRIOSIS

Enfermedad benigna que cursa con la salida del tejido endometrial fuera del útero.

TRAUMATISMO

Tanto el colon como el intestino delgado son órganos que se pueden lesionar en caso de un traumatismo. El traumatismo puede ser:

- **Traumatismo abierto:** por ejemplo, en el caso de una lesión por un arma cortopunzante.
- **Traumatismo cerrado:** como en el caso de un accidente de coche.

Lo principal que se debe tener en cuenta en estas situaciones es que hay que tomar las medidas oportunas para salvar la vida del paciente y evitar las secuelas posteriores.

ESTREÑIMIENTO

Es la falta de movilidad del intestino, cuya consecuencia es la eliminación de heces duras y poco frecuentes.

ENFERMEDAD PERIANAL

Se denominan así a todas las anomalías del ano y el recto, como las fisuras, fístulas o abscesos, repliegues cutáneos, maceración perianal, etc. El tratamiento debe individualizarse en cada paciente, incluyendo tratamiento médico y quirúrgico. A grandes rasgos, la cirugía perianal puede dividirse en dos grandes grupos: **cirugía local**, para el tratamiento específico de lesiones perianales, y **cirugía mayor y radical**, mucho menos frecuente y reservada para casos graves de enfermedad perianal. La ileostomía o colostomía derivativa puede estar indicada en algunos pacientes con la finalidad de mantener el recto aislado de las heces y facilitar la cicatrización de las lesiones perianales.

CARCINOMA COLORRECTAL

Es uno de los tumores más frecuentes en la población española. Se denomina así a la localización de un tumor maligno en el colon o el recto. La palabra carcinoma colorrectal es un término muy amplio que abarca muchos tipos de tumores distintos (cáncer de colon, de recto, etc.), por lo que los tratamientos así mismo son muy diferentes, y va a depender de las características del paciente, la localización de tumor, así como de la fase en la que se encuentre la enfermedad. El tratamiento será determinado por un equipo multidisciplinar, el cual establecerá si se necesita tratamiento con quimioterapia, radioterapia previa o cirugía. Los avances científicos y tecnológicos ofrecen a los pacientes tratamientos cada vez mejores y con mayores tasas de supervivencia. Existen situaciones en las que no es posible quitar el tumor totalmente, porque la enfermedad se ha extendido a otros órganos (metástasis). En este caso y, en ocasiones, se realiza un estoma paliativo para asegurar que las heces se puedan expulsar al exterior y evitar problemas, como la obstrucción o perforación.

OTRAS CAUSAS

La colonoscopia es un procedimiento habitual utilizado para diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades del colon. La perforación del colon es una complicación poco frecuente, pero de importantes consecuencias. Existen casos específicos en los que se puede tratar de manera conservadora, pero en otros casos se requiere de cirugía urgente. El tipo de cirugía va a depender de multitud de factores, entre otros, si existiera una importante contaminación fecal, pues cursaría con estoma terminal.

Por otro lado, se pueden dar obstrucciones intestinales que son procesos que impiden el movimiento de la materia fecal a través del intestino delgado o grueso. Las causas principales son adherencias, hernias, vólvulos, tumores o, incluso, determinados fármacos.

1.3 PREVENCIÓN Y CRIBADO DE LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

María Dolores Martín Arranz y Aurora Burgos García

En España, el cáncer colorrectal (CCR) es, en la actualidad y en términos absolutos, el tumor maligno más frecuente. Se estima que en España uno de cada 19 hombres y una de cada 30 mujeres sufrirán un CCR antes de los 75 años de edad. En fases iniciales, donde el tratamiento es más eficiente, no suele presentar síntomas. No obstante, es importante saber que la mayoría de estos tumores se desarrollan a partir de pólipos adenomatosos y normalmente en un plazo de 10 o más años, por lo que es posible prevenir o detectar de forma precoz el CCR y mejorar su pronóstico y curación.

Por ello, el Consejo Europeo, en el año 2003, recomendó la instauración de programas de prevención y forma parte de la Estrategia del Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) desde el año 2006. Desde entonces se han ido poniendo en marcha programas en las distintas comunidades autónomas.

PREVECOLON es un programa dirigido a personas asintomáticas entre 50 y 69 años que permite detectar lesiones precancerígenas o cáncer en fase inicial con el objetivo de reducir la incidencia y la mortalidad del cáncer de colon y recto mediante la detección temprana y el tratamiento precoz de los tumores.

Se realiza a través de una prueba de sangre oculta en heces (figura 1), es decir, sangre no visible en la deposición. Se trata de una prueba muy sencilla y poco molesta, que se realiza en domicilio.

Si la prueba es negativa, significará que no existen indicios de sangre en heces y será invitado de nuevo al programa en 2 años.

En caso de que sea positiva (aproximadamente un 7 % de casos), será necesario realizar otra prueba llamada colonoscopia para determinar el origen de ese sangrado y extirpar las lesiones pre-neoplásicas si es posible.

Figura 1



Fuente: tomada de Asociación Española Contra el Cáncer.

Como prevención, se tendrá en cuenta una serie de factores que no se pueden modificar, pues son congénitos, otros que son modificables y que dependen de cada individuo, pues se pueden cambiar, y, por último, factores que ayudan a evitar enfermedades:

Factores personales innatos

- Edad, sexo, raza.
- Antecedentes familiares de tumores.
- Antecedentes personales de enfermedades intestinales.

Factores que se adquieren

- Tabaco.
- Alcohol.
- Obesidad.
- Enfermedades.

Factores que actúan como prevención

- Ejercicio físico diario.
- Evitar el tabaco.
- Alimentación rica en frutas y verduras (dieta mediterránea).
- Ingesta líquida de 1,5/2 litros diarios.

Es importante destacar que si usted pertenece a un grupo especial de riesgo de cáncer de colon (por ejemplo: cáncer familiar, enfermedad inflamatoria intestinal, etc.), no seguirá este programa, sino uno individualizado a su situación, y entonces se debe dirigir a su médico de Atención Primaria.

1.4 ¿QUÉ ES UN ESTOMA?, ¿Y UNA OSTOMÍA? TIPOS DE ESTOMAS

Paloma de la Quintana Jiménez y Sergio Torres Cobos

La palabra **estoma** deriva de la palabra griega “*stomat*”, que significa literalmente boca o abertura. Por tanto, el estoma es una abertura natural o creada con cirugía, que une una parte de una cavidad corporal con el exterior.

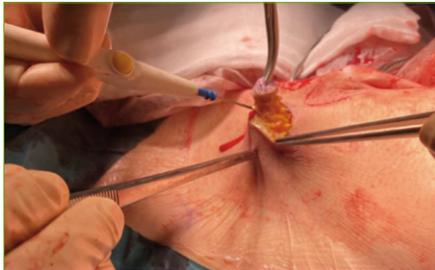
La **ostomía** no es un orificio natural, sino creado mediante un procedimiento quirúrgico. Es un término final de una palabra (sufijo), que implica una intervención quirúrgica en el que se establece la comunicación de una víscera hueca, órgano o conducto con el exterior a través de una abertura (estoma) artificial.

Para designar la intervención, se comienza con un prefijo que denota el órgano o área que se aboca al exterior y se termina con el sufijo ostomía. Por ejemplo:

- Prefijo: yeyuno; sufijo: ostomía; término: yeyunostomía.
- Prefijo: colon; sufijo: ostomía; término: colostomía.
- Prefijo: uréter; sufijo: ostomía; término: ureterostomía.

Por tanto, las comunicaciones producidas de forma espontánea o traumática no se consideran ostomías, sino fístulas estercoráceas, y son solo las quirúrgicas las que deben llamarse ostomías (imagen 1). Sin embargo, también se considera una ostomía cuando se comunica la luz de la víscera al exterior a través de un tubo o una sonda.

Imagen 1. *Incisión circular de unos 2 cm en el punto de marcaje en fosa iliaca izquierda, con extirpación de “botón” de tejido subcutáneo*



Fuente: J. Trébol López.

La finalidad de las ostomías es permitir la eliminación parcial o total de los productos de deshecho (contenido ileal, orina o heces) al exterior, de forma temporal o definitiva, y recogerlos en un dispositivo o bolsa destinado a tal fin, o para introducir en el organismo alimento, medicamentos, etc.

¿QUÉ TIPOS DE OSTOMÍAS EXISTEN?

Las ostomías se pueden clasificar de la siguiente forma:

- **Según la permanencia:** quiere decir que la ostomía se puede reconstruir o no. Si son **temporales**, existe la posibilidad de reconstruir el tránsito intestinal mediante una nueva cirugía, y si son **definitivas**, la posibilidad de reconstruir el tránsito intestinal no se puede realizar.
- **Según la localización anatómica**, es decir, según el órgano afectado:
 - A nivel respiratorio: se sitúan en el cuello, faringe, tráquea, etc.
 - A nivel digestivo: se sitúan en el estómago, intestino delgado e intestino grueso.
 - A nivel urológico: se sitúan en los uréteres, riñón, vejiga, etc.
- **Según la finalidad:** pueden ser de eliminación y de alimentación.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, describiremos en primer lugar:

Estomas digestivos de eliminación o evacuación

Ostomías digestivas de eliminación: colostomías, ileostomías

Estos estomas adquieren su nombre según el órgano que se exterioriza normalmente a la pared abdominal, y pueden ser:

Colostomía

Es la exteriorización de una porción del colon (intestino grueso) a través de la pared abdominal; se puede localizar en el lado derecho, en la zona transversal o izquierda. Dependiendo de la situación, las heces que se eliminan pueden ser semiblandas o

espesas. Esta abertura (estoma) que realiza el cirujano en el acto quirúrgico tiene como fin extirpar un segmento del colon o el recto que está afectado. Sirve para poder eliminar las heces, el moco y los gases de forma temporal o definitiva. La colostomía ideal (imagen 2) tendrá un aspecto carnososo de color rojo brillante y un revestimiento mucoso, sobresaliendo 1 cm de la piel.

Imagen 2. Colostomía



Fuente: S. Torres Cobos y P. de la Quintana Jiménez.

La **colostomía temporal** es aquella que puede cerrarse una vez resuelto el problema inicial, restableciendo la continuidad del tránsito intestinal hasta el orificio natural de salida. Al conservar el recto en este tipo de intervención, se eliminará moco por el ano o pequeñas cantidades de materia fecal (al principio), y se tendrá la sensación de ganas de defecar, siendo completamente normal. Esta situación se alivia realizando baños de asiento con agua templada en bidé (tres veces al día), durante 5-10 minutos.

La **colostomía definitiva** es aquella que no puede cerrarse una vez tratada la enfermedad y donde no puede restablecerse la continuidad del tránsito intestinal, ya que el segmento final del intestino (recto y ano) ha sido extirpado.

Existen otros tipos de ostomías que son definitivas, aunque no se hayan extirpado recto y ano.

En definitiva, las heces dejan de evacuarse por el ano y se eliminan a través de la pared abdominal, por lo que no se podrá

controlar de forma voluntaria la salida de la materia fecal ni de los gases y, en consecuencia, se necesitará llevar una bolsa desechable.

Ileostomía

Es la exteriorización de un segmento del íleon a la pared abdominal mediante una intervención, por donde sale la parte final del intestino delgado. Su fin es derivar al exterior el contenido intestinal. En algunas ocasiones se extirpa quirúrgicamente el colon, junto con el recto y el ano, y se deja una ileostomía definitiva. No se podrán evacuar las heces por el orificio natural y se eliminarán por la ileostomía. A veces se eliminará moco por el ano, siendo completamente normal. Las deposiciones serán líquidas, de color amarillo/verdoso/marrón. Son heces muy corrosivas, por su alto contenido en ácidos y enzimas digestivas. Este tipo de ostomía tiene un aspecto carnososo y de color rojo brillante que sobresale 3-5 cm de la piel, como se muestra en la imagen 3. Se construye de esta forma para prevenir la irritación de la piel, que se produce por el contacto con el fluido intestinal (altamente corrosivo), y para el mejor vertido de las heces a una bolsa abierta.

Imagen 3. *Ileostomía*



Fuente: S. Torres Cobos y P. de la Quintana Jiménez.

Tanto las colostomías como las ileostomías pueden tener una boca o dos bocas, siendo estas últimas normalmente temporales. Las ostomías de dos bocas se denominan en asa o cañón de escopeta (imagen 4) y se practican dividiendo el intestino, ya sea grueso o delgado, y realizando dos salidas: una activa, que sobresale de la

piel y se comporta como un estoma convencional, y otra inactiva y más plana a la piel, por donde sale el moco.

Imagen 4. Estoma en asa (izquierda) o en cañón de escopeta (derecha)



Fuente: P.de la Quintana Jiménez.

Estomas digestivos de alimentación o descompresión

Samara Palma Milla y Marta Pulido Vega

Ostomías de alimentación: gastrostomías, gastroyeyunostomías y yeyunostomías

Como ostomías para alimentación, nos referimos a la colocación mediante diferentes técnicas (endoscópica, radiológica o quirúrgica) de una sonda o catéter en cualquier segmento del tubo digestivo.

La nutrición enteral a través de sondas de ostomías está indicada cuando se prevé que el paciente va a precisar esta forma de alimentación por un tiempo superior a las 4-6 semanas y, especialmente, en aquellos casos en los que el paciente va a mantenerla en domicilio (nutrición enteral domiciliaria). La infusión de las fórmulas de nutrición enteral se podrá hacer en el estómago o en el intestino delgado (yeyuno) en base al funcionamiento del tubo digestivo, del riesgo que exista de que el alimento ascienda desde el estómago hacia la boca (reflujo) y pase a las vías respiratorias y de la dificultad técnica para la colocación en cada paciente.

Cuando el paciente va a mantener la nutrición enteral por sonda en domicilio, es muy importante que reciba un programa de formación para que pueda usarlo de forma segura y eficaz, así como unas pautas para el cuidado de la sonda y del estoma.

Antes de continuar, es importante tener claros algunos conceptos:

- **Fístula gastrocutánea:** es el canal que se crea artificialmente al colocar la gastrostomía, de tal forma que conectamos el estómago con el exterior. En este canal estará colocada la sonda.
- **Estoma de gastrostomía:** abertura creada artificialmente. En el caso de la gastrostomía, representa el orificio externo de la misma. Precisa de unos cuidados que detallaremos más adelante.
- **Sonda de gastrostomía inicial:** es la que suele colocarse por vía endoscópica. Es una sonda que consta de una parte interna o tope interno firme (con apariencia de seta o de disco) que queda colocada dentro del estómago y que impide que se salga. La parte externa impide que se movilice la sonda y se compone de un tope que se ajusta a la pared abdominal. La parte final de la sonda tiene una apertura a la que se conecta un adaptador, generalmente con dos orificios (uno para la alimentación y otro para la administración de medicamentos).
- **Sonda de gastrostomía con balón:** suele ser de silicona y se compone de una parte interna (dentro de la cavidad gástrica), en la que se encuentra un globo hinchable que evita que la sonda se salga, y de una parte externa, en la que encontramos un tope externo y, en su parte final, las distintas conexiones: para alimentación, medicación y para el inflado/desinflado de globo interno.
- **Botón de gastrostomía/sondas de conexión:** dispositivo de silicona transparente de menor longitud que una sonda de gastrostomía. Previamente a la colocación del botón gástrico se suele colocar una gastrostomía percutánea, que será reemplazada por el botón. Son más cómodas para el paciente y estéticamente también suelen ser más llevaderas, las cuales usamos, sobre todo, en pacientes jóvenes. Consta de tres partes:
 - La porción extragástrica, en la que se encuentran la válvula para hinchar el globo y el orificio en el cual se conectan las

sondas de conexión para la alimentación y la medicación, con un tapón de cierre.

- La porción intraparietal, que es el canal que conecta la parte externa del botón con el balón interno. Esta porción es la que varía de tamaño para adecuarse a la longitud de la fístula realizada.
- La porción intragástrica, en la que se encuentra el balón y la salida de la alimentación.
- **Adaptador de la sonda:** se refiere al lugar donde se encuentra el conector universal para la alimentación y las vías accesorias por donde se administran los fármacos y por donde se infla/desinfla el globo en caso de que la sonda lo posea.

Tipos de sondas

Podemos encontrar distintos tipos de sonda. A continuación se describen las sondas de ostomías más frecuentemente utilizadas, es decir, gastrostomías, yeyunostomías y gastroyeyunostomías.

Gastrostomía

Generalmente, se propone a pacientes que presentan dificultades para tragar y/o cuando el propio acto de tragar no es seguro. Esto puede ocurrir en caso de que existan enfermedades o procesos a nivel de la boca, faringe o esófago que dificulten el paso del bolo alimentario o enfermedades neurológicas, como puede ser el Alzheimer, que afectan a la capacidad y a la seguridad para tragar. En otras ocasiones, se coloca para completar una alimentación oral insuficiente en pacientes con requerimientos nutricionales muy elevados, como puede ser el cáncer o la fibrosis quística (imagen 5).

Imagen 5. Sondas de gastrostomía



- **Gastrostomía percutánea:**
 - Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG): se realiza en la sala de endoscopias, requiriendo sedación con anestesia.
 - Gastrostomía radiológica percutánea (PRG): la punción se hace por fluoroscopia previa insuflación del estómago con aire. Se utiliza cuando no se puede recurrir a la técnica endoscópica o cuando esta no puede realizarse por motivos técnicos.
- **Gastrostomía quirúrgica:** se suele realizar cuando no se puede colocar vía percutánea o bien aprovechando una intervención ya programada.

Yeyunostomía

Consiste en la colocación de una sonda en el intestino delgado, generalmente en el yeyuno, para administrar la nutrición enteral. Generalmente se coloca aprovechando un acto quirúrgico ya programado, aunque también puede colocarse por vía radiológica percutánea. La yeyunostomía permite comenzar de forma más temprana la nutrición y minimiza el riesgo de aspiración con respecto a una sonda de gastrostomía.

Gastroyeyunostomía

Consiste en colocar una sonda que finalmente nos permitirá administrar los alimentos en yeyuno a través de una gastrostomía. En ocasiones estas sondas permiten extraer contenido del estómago a la par que se administra la alimentación en yeyuno.

Cuidados de las sondas

Cuidados de las gastrostomías

Cuidados de la fístula gastrocutánea:

La fístula necesita, aproximadamente, 3-4 semanas para formarse por completo. Si por algún motivo la sonda se saliera antes de este tiempo, no se debe intentar recolocarla, ya que al no estar conformado el trayecto fistuloso, podemos producir una falsa vía o trayecto alternativo que puede dar lugar a complicaciones importantes, como peritonitis. Hay que acudir con urgencia al

hospital para poder recolocar la sonda, bien mediante endoscopia o mediante radiología intervencionista.

Una vez pasadas estas 4 semanas, en caso de que se salga la sonda, como el trayecto fistuloso ya estaría conformado, se debe colocar otra sonda rápidamente para evitar que se cierre (aproximadamente en 1-2 horas).

Algunos pacientes muy entrenados pueden hacer ellos mismos el recambio de la sonda sin necesidad de acudir al hospital. Si no se dispone de la sonda adecuada, se puede introducir una sonda tipo Foley de un calibre similar hasta conseguirla. Es importante recalcar que las sondas tipo Foley no se pueden dejar de forma permanente.

Cuidados del estoma

Los cuidados de la piel periestomal van destinados fundamentalmente a evitar posibles complicaciones, como infecciones, granulomas, irritación, aparición de lesiones por presión, fugas, etc. A continuación, se detallan los cuidados principales de las sondas de gastrostomías.

- Cuidados del estoma durante los primeros 10 días tras la colocación de la misma:
 1. Lavarse las manos con agua y jabón neutro.
 2. Levantar de forma suave el tope externo de la sonda (nunca tirar de él) y girarlo 360° para liberar el trayecto fistuloso y evitar la presión que produce el globo interno en la superficie de la mucosa gástrica.
 3. Comprobar cómo se encuentra la piel periestomal: si existe irritación, inflamación, secreción o dolor, aparición de granulomas, etc.
 4. Lavar el estoma con suero fisiológico (también se puede aplicar agua y jabón neutro) realizando movimientos circulares desde dentro hacia fuera. Posteriormente secar bien.
 5. Aplicar solución antiséptica y dejar secar.
 6. Cubrir con una gasa estéril (las primeras 2 semanas) para evitar el roce del tope externo sobre la piel que pueda provocar irritación. La gasa debe cambiarse diariamente o cuando esté manchada o deteriorada.

7. No cubrir por completo ni colocar un apósito sobre la sonda a no ser que exista riesgo de tracción de la misma.
 8. Ajustar el tope externo, tirando con una mano ligeramente de la sonda y ajustando con la otra mano el tope externo, aproximándolo lentamente hacia la pared abdominal. Hay que asegurarse de que no quede muy apretado, no deben aparecer marcas de presión en la piel.
 9. Es importante mantener seca la zona periestomal para evitar maceraciones.
- Cuidados del estoma pasados los primeros 10 días tras la colocación de la misma:
 1. Los cuidados a realizar son los mismos que en el punto anterior, a excepción del punto 5. Una vez pasados 10-15 días, no haría falta aplicar solución antiséptica, bastaría con lavar con agua y jabón y posteriormente secar bien la zona.
 2. Una vez transcurridos de 7 a 10 días, hay autores que no recomiendan la utilización de gasas, ya que incrementan la tracción de la sonda y la posibilidad de la migración de la misma en la pared abdominal o en la mucosa gástrica. Además, puede incrementar la humedad y favorecer así la aparición de infecciones.
 3. En ocasiones podemos encontrar un ligero enrojecimiento periestomal, no mayor de 5 mm, que se considera normal.
 4. Es posible que aparezcan secreciones secas que cuesta eliminar con agua y jabón. Se puede utilizar agua oxigenada diluida al 25 % (mezclar tres partes de solución salina o agua con una parte de agua oxigenada).
 5. No se aconseja el uso de cremas ni de talco en el estoma, ya que puede irritar la piel o macerarla, provocando infecciones en la misma. Las cremas pueden favorecer que el disco externo se movilice de forma excesiva, e incluso deteriorar el material de la sonda.
 6. Se podrán aplicar pomadas o productos específicos para el cuidado de la piel cuando aparezca enrojecimiento o irritación. Una vez resuelto el problema, dejar de aplicar y continuar con los cuidados habituales de la sonda.

Cuidados de las sondas de gastrostomías

Es importante realizar un cuidado minucioso de la sonda o botón de gastrostomía para evitar que puedan deteriorarse, obstruirse, migrar, etc. (imagen 6).

Imagen 6. Partes de una sonda de gastrostomía



Fuente: los autores.

A continuación, detallamos los cuidados de las sondas de gastrostomías:

1. Para limpiar la parte externa de la sonda se debe utilizar agua y jabón neutro. Hay que empezar por la parte más cercana al estoma e ir ascendiendo hacia la parte más distal de la misma (donde se encuentran ubicadas las conexiones).
2. Para limpiar las conexiones es aconsejable el uso de bastoncillos de algodón o torundas impregnadas en agua y jabón neutro o soluciones antisépticas. Es frecuente que se adhieran restos de alimento que, por su contenido en grasas y azúcares, formen una película que se deposita en la conexión, de forma que, al conectar los sistemas de infusión, se pueda producir un efecto pegamento y aparezca dificultad al intentar desconectar el sistema. Es importante cerrar el tapón del conector cuando no se utilice.
3. En el caso de utilizar soluciones desinfectantes, hay que empaquetar una gasa con el producto recomendado y dejar actuar alrededor de 30 segundos. A continuación, secar con cuidado. No se deben utilizar soluciones yodadas, ya que tiñen la sonda y pueden deteriorarla.

4. Para mantener limpio el interior de la sonda, debemos inyectar agua (entre 20-40 ml), preferiblemente con jeringa, antes y después de administrar el alimento.
5. Es importante comprobar a diario, sobre todo antes de administrar la alimentación, que la sonda esté bien posicionada. Para ello es importante comprobar que las marcas de referencia coinciden con las referidas al colocar la sonda. Es importante resaltar que estas referencias pueden variar si se produce un aumento o disminución del perímetro abdominal del paciente.
6. No se debe pinzar la sonda con ningún objeto. Hay sondas que traen una pinza incorporada y disponen de una localización específica que puede ser pinzada.
7. Hay que vigilar el volumen del balón cada 2-3 semanas, ya que el contenido del mismo se puede evaporar provocando la salida de la sonda. El contenido del balón es variable, dependiendo del calibre de la sonda (ver recomendaciones del fabricante). El volumen viene indicado en la válvula de llenado que se encuentra en el extremo distal de la sonda.
Si al realizar la comprobación se observa que se ha perdido agua, se procederá a reemplazar la misma. Si se sospecha que el globo está roto, se deberá reemplazar por una nueva.
8. Hay estudios que indican que las sondas deben cambiarse a los 6 meses de su colocación, siendo el tiempo medio de duración de la sonda de unos 4-7 meses.

Cuidados de la piel

La fijación de la sonda a la piel puede favorecer la aparición de lesiones. Para evitar que aparezcan, es importante:

- Mantener la piel bien hidratada.
- Utilizar esparadrapos hipoalergénicos.
- Modificar la posición de la sonda, procurando mantenerla siempre por encima del orificio de inserción para evitar reflujo de alimento o de jugos gástricos que pueden provocar lesiones y deterioro de la sonda por las condiciones químicas del mismo.
- Procurar no realizar tracción de la sonda sobre la piel del abdomen para evitar que aparezcan lesiones.

- Si aparecen heridas en la piel, se pueden proteger mediante el uso de apósitos hidrocoloides.

Cuidados de las sondas gastroyeyunales y yeyunales

Cuidados específicos de las sondas gastroyeyunales

Los cuidados son similares a los de la sonda de gastrostomía, con algunas peculiaridades (imagen 7):

- No se deben rotar, para evitar que la sonda se desplace y pierda su posición.
- Las medicaciones pueden ser administradas en el estómago o en el yeyuno, dependiendo del fármaco y de las posibilidades de absorción de este; dicha información debe consultarse al equipo sanitario. El orificio yeyunal no debe utilizarse para medicaciones ni otras sustancias viscosas, para prevenir la obstrucción.
- Se deben vigilar los signos sugestivos de que la sonda se ha desplazado (vómitos con contenido gástrico, problemas para respirar, distensión abdominal).
- Si aparece distensión abdominal, se debe abrir el acceso gástrico.
- La duración de la sonda depende de los cuidados, ya que se obstruyen con mayor facilidad.
- El orificio yeyunal debe ser instilado con agua con mayor frecuencia.

Imagen 7. Sonda gastroyeyunal



Fuente: P.de la Quintana Jiménez.

Complicaciones mecánicas más frecuentes en relación con el uso de la gastrostomía

Las complicaciones asociadas a las gastrostomías son en general leves y fácilmente tratables. Existen otro tipo de complicaciones denominadas mayores, que aquí no las trataremos. Las más frecuentes son las denominadas complicaciones mecánicas (tabla 1), que son las relacionadas con la rotura, la obstrucción de la sonda, etc.

Tabla 1. Complicaciones mecánicas más frecuentes

Complicación	Causas	Prevención/tratamiento
Obstrucción de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de restos de nutrición, medicación, etc. Especial cuidado a fórmulas más densas o con alto contenido en fibra, son más viscosas • Mantenimiento inadecuado de la sonda • Sonda de calibre pequeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Lavar la sonda antes/después de administrar la nutrición y/o medicación. Si la administración es continua, lavar cada 4 horas. No intentar desobstruir con fiadores, por riesgo de rotura. No administrar alimentos que no sean preparados específicos para las sondas • Enseñar manejo adecuado de la sonda • Cambiar calibre de la sonda si es posible
Crecimiento de tejido de granulación	<ul style="list-style-type: none"> • Mala posición del tope externo de la sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Fijar tope externo de la sonda para evitar excesivo movimiento
Extracción/migración (signo de Buried Bumper) de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • Vaciamiento del contenido del globo • Pacientes con disminución/alteración del nivel de conciencia • Migración: presión excesiva del tope interno provocada por tracción externa repetida e inadecuada rotación de la sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar el contenido del mismo cada 15 días • Mantener tapada la sonda para evitar que pueda manipularse • Cura diaria de la sonda realizando un giro de 360, ajustando el tope externo sin que llegue a presionar excesivamente (5 mm)
Infección del estoma	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de jugo gástrico en torno a la sonda • Maceración de la piel periestomal 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento antibiótico S/P • Mantener seco el estoma. Realizar cura del mismo si precisa, siguiendo las indicaciones dadas por el personal sanitario

(Continúa)

Tabla 1. Complicaciones mecánicas más frecuentes (continuación)

Complicación	Causas	Prevención/tratamiento
Salida del contenido entérico/ irritación de la piel peristomal	<ul style="list-style-type: none"> • Mal ajuste del tope externo de la gastrostomía • Inadecuado inflado del globo interno de la gastrostomía • Diámetro del estoma mayor que el de la sonda colocada • Comprobar la posición de la sonda 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el tope: debe quedar pegada a la pared abdominal, sin que llegue a presionar • Verificar inflado del globo cada 15 días • Adecuar el calibre de la sonda
Dolor a la movilización de la sonda	<ul style="list-style-type: none"> • El tope interno de la sonda se ha podido desplazar hacia el conducto de la fístula o que el tope interno se haya quedado recubierto por completo por la mucosa del estómago 	<ul style="list-style-type: none"> • Cura diaria de la sonda realizando un giro de 360°, ajustando el tope externo sin que llegue a presionar excesivamente (5 mm) • Precisa recambio de la sonda

Fuente: las autoras.

Estomas de eliminación urológicos (ver capítulo 3)

Son derivaciones urinarias con resultado de un estoma, es decir, aberturas en el abdomen, en la zona lumbar, púbica o periné, que se crean mediante la cirugía y que permiten la salida de la orina al exterior. Dependiendo de la zona dañada o enferma, se puede hacer la derivación en diferentes niveles del sistema urinario. Tras la cirugía con resultado de urostomía (imagen 8), el paciente no tendrá control voluntario sobre la micción.

Imagen 8. Urostomía con catéter y nefrostomía en fosa renal derecha



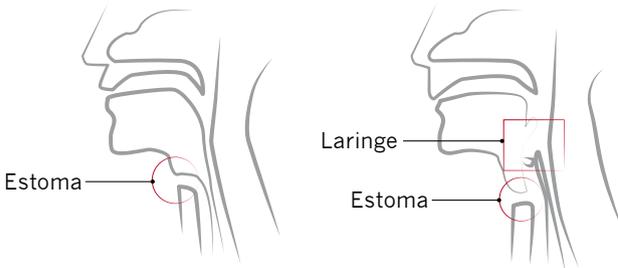
Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

La orina saldrá de forma constante a lo largo del día a través del estoma y se recogerá en una bolsa con válvula de vaciado.

Estomas respiratorios (ver capítulo 6)

Son procedimientos quirúrgicos en donde se realiza una incisión en la tráquea y se coloca una cánula o tubo para posibilitar el paso de aire a los pulmones y poder así respirar.

Figura 1



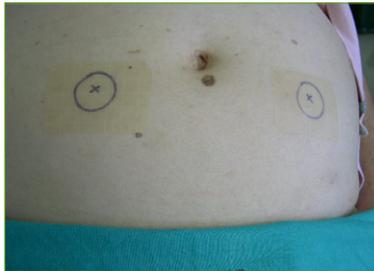
1.5 ELECCIÓN Y CONFECCIÓN DE LOS ESTOMAS. LOCALIZACIÓN Y CIERRE

*Jacobo Trébol López, Isabel Prieto Nieto,
Paloma de la Quintana Jiménez y Sergio Torres Cobos*

ELECCIÓN, LOCALIZACIÓN ANATÓMICA Y SEGMENTO DEL INTESTINO EXTIRPADO

Como norma general, cualquier paciente antes de la intervención será valorado/a por el/la estomaterapeuta para localizar y pintar el punto idóneo (imagen 1) donde el/la cirujano/a realizará el estoma. Debe ser visible y fácilmente accesible para el/la paciente. El objetivo es facilitar el autocuidado, disminuir las posibles complicaciones, favorecer la adaptación de los dispositivos colectores y la confortabilidad del paciente. Se realizará el día antes de la intervención.

Imagen 1



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Una vez realizada la intervención, y en función de la localización anatómica del intestino grueso y del segmento extirpado, pueden ser:

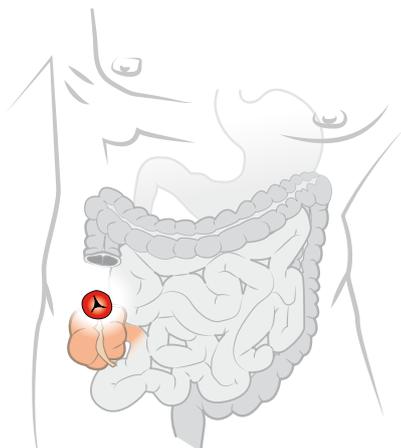
COLOSTOMÍA ASCENDENTE

La intervención se efectúa a nivel del colon ascendente (figura 1). Se puede llegar a extirpar o excluir todo el colon y el recto, pero normalmente se preservan.

Su resultado consiste en:

- **Estoma:** que se localiza en la parte derecha e inferior del abdomen.
- **Tipo de efluente:** son heces semilíquidas continuas e irritantes.
- **Gases:** con poca cantidad y el olor de baja intensidad.
- **Bolsa adecuada:** una o dos piezas, abierta.

Figura 1. Colostomía ascendente



Fuente: adaptada de Convatec.

COLOSTOMÍA TRANSVERSA O EN ASA

La intervención se efectúa en el colon transverso (figura 2). Se puede o no extirpar o excluir el colon descendente, el sigmoide y el recto, y sacar al exterior un segmento del colon transverso. También se puede exteriorizar una parte del colon mediante dos bocas y sobre una varilla de plástico rígido, para evitar que el segmento intestinal (colon) se introduzca en la cavidad abdominal. El tutor o varilla se retira entre los 8-14 días después de la intervención.

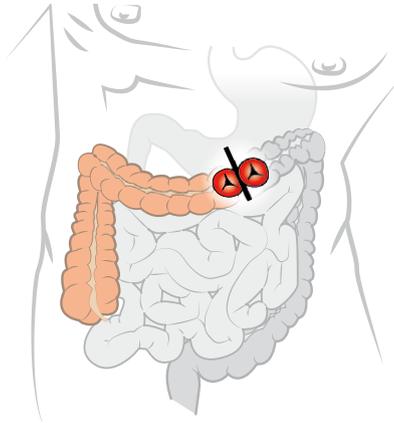
Su resultado consiste en:

- **Estoma:** grande, que se localiza en la parte superior izquierda o derecha del abdomen, en la línea media entre el reborde costal

y el ombligo. Si tiene dos bocas, por el estoma activo saldrán heces y por el estoma inactivo moco.

- **Tipo de efluente:** son heces semisólidas/líquidas y poco corrosivas.
- **Gases:** son abundantes y varían dependiendo de la alimentación. El mal olor que producen es debido a la intensa actividad bacteriana.
- **Bolsa adecuada:** de una o dos piezas, abierta.

Figura 2. Colostomía transversal



Fuente: adaptada de Convatec.

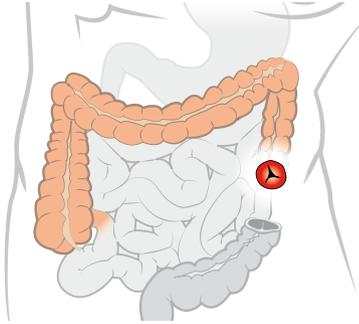
COLOSTOMÍA DESCENDENTE

La intervención se realiza a nivel del colon descendente (figura 3). Se puede extirpar o excluir el sigma y/o el recto.

Su resultado consiste en:

- **Estoma:** que se localiza en la parte inferior izquierda del abdomen.
- **Tipo de efluente:** son heces formadas, poco corrosivas, con una frecuencia de salida de una o dos deposiciones diarias.
- **Gases:** abundantes, con olor fecal característico.
- **Bolsa adecuada:** una o dos piezas, cerrada.

Figura 3. Colostomía descendente



Fuente: adaptada de Convatec.

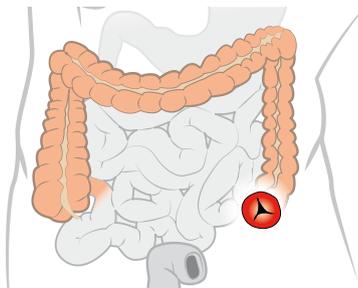
COLOSTOMÍA SIGMOIDE

El estoma se realiza a nivel del colon sigmoide (figura 4). Se puede extirpar o excluir parte del colon sigmoide y el recto.

Su resultado consiste en:

- **Estoma:** que se localiza en la parte inferior izquierda del abdomen.
- **Tipo de efluente:** son heces sólidas con deposiciones ya formadas y poco irritantes.
- **Gases:** los habituales y olor típico fecal.
- **Bolsa adecuada:** una o dos piezas, cerrada.

Figura 4. Colostomía sigmoidea



Fuente: adaptada de Convatec.

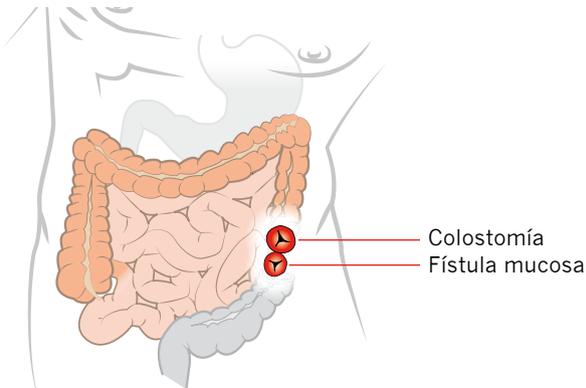
COLOSTOMÍA EN CAÑÓN DE ESCOPETA

Normalmente son temporales y su función es derivar temporalmente el contenido fecal, excluyendo un segmento del intestino grueso. Se exterioriza parte del colon con la formación de dos estomas unidos o dejando un puente cutáneo entre ambos y/o una varilla de plástico rígido (se retira entre 8 y 14 días). Por uno saldrá la materia fecal y otro producirá un vertido mucoso (figura 5).

Su resultado consiste en:

- **Estoma:** es grande y de forma ovalada. Se exteriorizan dos bocas, que pueden estar juntas o separadas.
- **Tipo de efluente:** por el estoma activo saldrán heces y por el estoma inactivo moco.
- **Gases:** los habituales y olor típico fecal.
- **Bolsa adecuada:** una o dos piezas, cerrada.

Figura 5

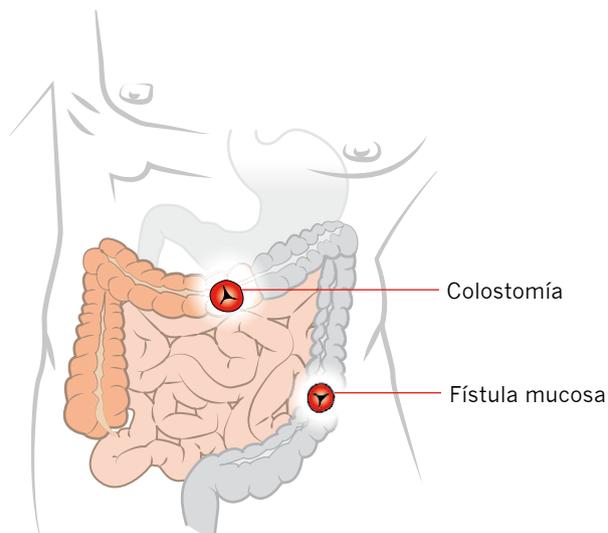


Fuente: adaptada de Convatec.

COLOSTOMÍA DIVIDIDA

Consiste en exteriorizar dos segmentos de colon separados entre sí formando dos estomas distantes, uno es la colostomía y el otro es una fístula mucosa (figura 6).

Figura 6



Fuente: adaptada de Convatec.

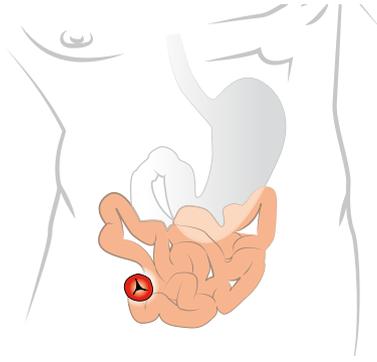
Su resultado consiste en:

- **Estoma:** se exterioriza una boca en el colon, por donde salen las heces y los gases, separada de la otra boca desconectada.
- **Tipo de efluente:** por el estoma activo saldrán heces y por el estoma inactivo (fístula mucosa) saldrá moco.
- **Gases:** los habituales y olor típico fecal.
- **Bolsa adecuada:** una o dos piezas, abierta, para las heces, y bolsa pequeña, cerrada, para la fístula mucosa.

ILEOSTOMÍA

Consiste en exteriorizar una porción del íleon a la pared abdominal, normalmente en la fosa ilíaca derecha (FID). Se puede extirpar todo el colon y el recto, siendo esta una ileostomía definitiva (figura 7) o, en otros casos y por distintas enfermedades, se construye una ileostomía temporal, preservando parte del colon y del recto.

Figura 7. Ileostomía definitiva

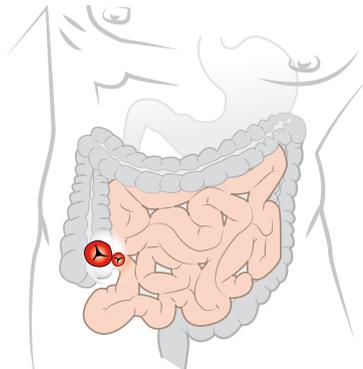


Fuente: adaptada de Convatec.

Su resultado consiste en:

- **Estoma:** sobresale de la piel entre 3-5 cm. Se localiza normalmente en el cuadrante inferior derecho del abdomen.
- **Tipo de efluente:** son heces líquidas y muy corrosivas.
- **Gases:** son poco abundantes y varían dependiendo de la alimentación. El mal olor es mínimo, ya que no existe actividad bacteriana.
- **Bolsa:** una o dos piezas, abierta.

Figura 8. Ileostomía lateral



Fuente: adaptada de Convatec.

La ileostomía lateral o en asa (figura 8), que suele ser temporal, se practica dividiendo el íleon y realizando un estoma con dos bocas, una activa, que sobresale de la piel y se comporta como una ileostomía convencional, y otra inactiva, más plana a la piel, por donde sale moco. Su resultado es el mismo que el anterior, salvo lo comentado.

ELECCIÓN DEL CIERRE DEL ESTOMA

Solo en algunas indicaciones, los estomas son irreversibles por distintos factores que lo condicionan, siendo en su mayoría teóricamente reversibles, con la recomendación de que este tipo de cirugía debe ser realizada por profesionales expertos en la materia.

Factores a tener en cuenta para considerar el cierre de un estoma de evacuación

A pesar de la reversibilidad de la mayoría de estomas (un 15-30 % de los creados con intención temporal), hay algunos que nunca llegan a reconstruirse por múltiples razones. Entre ellas se encuentran: el estado general del paciente, la enfermedad neoplásica, el tratamiento con quimioterapia o radioterapia, el tiempo transcurrido desde la intervención y las enfermedades del paciente de otra índole (imagen 2).

Imagen 2



Fuente: J. Trébol López y P. de la Quintana Jiménez.

El cierre de un estoma o la reconstrucción del tránsito intestinal no está exento de complicaciones, dado que se pueden dar infecciones, fallos de sutura, fístulas, incontinencia, etc., por lo que, a la hora de la reintervención, hay que considerar multitud de factores de riesgo que el paciente tiene que conocer mediante la información recibida por el cirujano y optar o no a la intervención.

1.6 HERIDA QUIRÚRGICA: CONCEPTO Y CUIDADOS

Sergio Torres Cobos

INTRODUCCIÓN

La herida quirúrgica es la incisión que realiza el cirujano mediante bisturí en la piel del paciente después de la cirugía. En nuestro caso puede ser a nivel abdominal y/o perineal, dependiendo de la técnica y la zona afectada. Las incisiones se pueden realizar por vía laparotómica o abierta, es decir, seccionando la pared abdominal, o por vía laparoscópica, a través de la introducción de un laparoscopio de fibra óptica, efectuando pequeñas incisiones abdominales. Este último procedimiento es menos invasivo y el paciente tiende a recuperarse con mayor rapidez. Normalmente se cierra o sutura con grapas (imagen 1) o con distintos tipos de hilos (imagen 2).

Imagen 1. Sutura con grapas



*Fuente: S. Torres Cobos
y P. de la Quintana Jiménez.*

Imagen 2. Sutura con hilo



*Fuente: S. Torres Cobos
y P. de la Quintana Jiménez.*

La reparación de los tejidos después de la intervención se puede dar por:

- **Primera intención:** cuando la herida cicatriza sin problemas.
- **Segunda intención:** cuando los bordes de la herida no se han aproximado y han causado algún tipo de infección con salida de exudado seroso o purulento.

- **Tercera intención:** cuando es necesario suturar la herida nuevamente por algún tipo de problema.

Cuidado de la herida quirúrgica

La curación de una herida quirúrgica consiste en prevenir y controlar las infecciones y promover la cicatrización. La mayoría de las heridas quirúrgicas cicatrizan por primera intención (imágenes 3, 4 y 5).

Imagen 3. Herida laparotómica con cierre por primera intención



Fuente: S. Torres Cobos
y P. de la Quintana Jiménez.

Imagen 4. Herida laparoscópica con resultado de ostomía



Fuente: S. Torres Cobos
y P. de la Quintana Jiménez.

Imagen 5. Herida perineal con cierre por primera intención



Fuente: S. Torres Cobos y P. de la Quintana Jiménez.

Existen una serie de factores de riesgo que se deben tener en cuenta a la hora de contemplar la buena cicatrización de una herida y evitar así las infecciones, estos son: la contaminación

durante la cirugía, la presencia de tubos de drenaje, el estado del paciente, la edad, las enfermedades, como obesidad, diabetes, malnutrición, tabaquismo, etc.

Se considera que existe infección cuando se dan los siguientes signos inflamatorios: dolor, calor, olor e hinchazón en el lecho de la herida o sus proximidades (imagen 6). En estos casos es necesario consultar a su cirujano o enfermera de referencia.

Imagen 6. Herida infectada



Fuente: S. Torres Cobos y P. de la Quintana Jiménez.

Limpieza de la herida quirúrgica

La limpieza de la herida quirúrgica se puede realizar con distintas soluciones que no dañen los tejidos. La solución salina es la más recomendada, seguida del agua potable o hervida y enfriada. No obstante, el seguimiento debe realizarlo el profesional de referencia.

Elección del apósito

Un apósito es un producto sanitario que cubre y protege la herida del medio externo y actúa absorbiendo el exudado y proporcionando las mejores condiciones para una buena cicatrización.

Existe una gran variedad de apósitos en el mercado y pueden ser apósitos basados en cura seca (imagen 7) o cura húmeda (imagen 8).

Imagen 7. Apósito de gasa (cura seca)



Fuente: el autor.

Imagen 8. Apósito de resinas (cura húmeda)



Fuente: el autor.

Actualmente, para la elección del apósito idóneo es necesario tener en cuenta el tipo de herida, exudado, infección, coste y comodidad del paciente.

1.7 ESTREÑIMIENTO Y/O DIARREA. ¿POR QUÉ?: CONCEPTO, ESTUDIO Y TRATAMIENTO

Juan Pedro Pérez Robledo

La diarrea y el estreñimiento son las alteraciones de la función intestinal más frecuentes en los pacientes ostomizados.

Las causas de estos trastornos son múltiples, dependiendo de la enfermedad intestinal residual, la longitud y el tramo del intestino que haya quedado después de la operación, la localización del estoma, el tipo de alimentación, los fármacos, la quimioterapia, la radioterapia y los cambios de hábito.

Al estudiar las complicaciones de los estomas y comparar las colostomías versus las ileostomías, se encuentra que la diarrea es más común en las ileostomías.

DIARREA

La complicación metabólica más frecuente e importante asociada a la ileostomía es la diarrea.

La definición específica de la diarrea es muy dispar. Por lo general, se considera una diarrea aguda cuando existe una evacuación frecuente, más de tres deposiciones sin formar o de materias líquidas por la colostomía durante un periodo de 24 horas, y que dura más de 4 días.

Por otro lado, y de forma normal, se expulsa por la ileostomía alrededor de 500-1.000 ml/día. La mejor definición es considerar una diarrea por ileostomía como el paso de más de 1 litro al día de contenido, o cuando los pacientes vacían el dispositivo o bolsa de ostomía seis o más veces al día. Cuando la salida por la ileostomía es menor de 1 l/día no suele ocasionar un déficit nutricional o metabólico.

La capacidad de absorción del intestino delgado está preservada hasta que se extirpa la mitad de su longitud. Otras causas de una pérdida mayor de 1 l/día son la obstrucción parcial del intestino delgado, la estenosis de la ileostomía, las adherencias, los fárma-

cos, las infecciones de cualquier causa y los brotes de enfermedad de Crohn.

La obstrucción, ya sea tanto por adherencias como por estenosis, ocasiona un aumento del flujo por la ileostomía, debido a una reducida absorción de líquido y electrolitos y a un aumento de la secreción proximal de líquido. Otros factores asociados con un aumento del flujo por la ileostomía son el estrés emocional, la intolerancia a la lactosa y la sobreproducción de ácido gástrico en pacientes con síndrome de intestino corto.

La diarrea puede presentar un volumen excesivo de líquido por la ileostomía, que se complica con un desequilibrio hidroelectrolítico y un deterioro de la función renal. El mayor riesgo es la **deshidratación**, que se puede dar en la primera semana del posoperatorio o más adelante. Se produce un tránsito rápido, lo que da origen a un cuadro de desnutrición calórica, pérdida de peso y déficit de vitamina B₁₂ a corto y largo plazo. También sucede una malabsorción de sales biliares y ácidos grasos que aumentan la diarrea. Existen otros síntomas que se pueden presentar, como dolor o distensión abdominal, fiebre y vómitos, en cuyo caso conviene dirigirse al Servicio de Urgencias para valorar la situación.

En los pacientes con una colostomía, la diarrea se intenta explicar por una disminución de la capacidad o de la superficie de absorción en una colectomía parcial (extirpación de una parte del colon), una reducción de la luz del colon distal, un tránsito más acelerado (por la alimentación, quimioterapia, radioterapia, etc.), el sobrecrecimiento bacteriano y los efectos de una preparación intestinal para un estudio diagnóstico.

El tratamiento de la diarrea por las ostomías, ya sea una ileostomía o una colostomía, consiste, en primer lugar, en la **identificación de la causa**, pero la mayoría de los pacientes con diarrea por ileostomía no tienen una causa identificable y deben tratarse inicialmente para evitar la deshidratación.

Ante síntomas y signos de pérdida de líquidos o deshidratación por el estoma, como **fatiga, mareo, sed, disminución de orina, sudoración, etc.**, se debe realizar una reposición de agua y electrolitos por vía intravenosa o administrar a los pacientes soluciones orales, como limonada alcalina (1 litro de agua, el zumo de un limón, punta de cuchillo de sal, punta de cuchillo de bicarbonato

y azúcar) o suero oral. En la fase aguda, se debe limitar la ingesta de café, té y alcohol. En los pacientes con ileostomía se debe evitar la ingesta de líquidos durante las comidas, ya que acelera el tránsito, y se recomienda aumentar el contenido en sal para favorecer la reabsorción de los líquidos.

El tratamiento nutricional para aliviar la diarrea en el paciente con una colostomía consiste en una dieta hiperproteica y sin residuos, y eliminar de la dieta las verduras, sobre todo acelgas y espinacas, legumbres, como las lentejas y garbanzos, y los jugos, sobre todo el de naranja. Debe beber abundantes líquidos, como mínimo 2 litros a temperatura ambiente, y evitar tomar alcohol, café y fritos. Si es posible, se puede tomar pan blanco y tostado, patatas cocidas, pastas, plátano maduro, manzana asada y arroz. Cuando la diarrea comience a disminuir, puede incorporar el yogurt natural, dos veces al día, para reponer la flora intestinal y comenzar a incorporar alimentos poco a poco. Entre los fármacos utilizados para disminuir el flujo por la ileostomía tenemos los antidiarreicos, los antiseoretos, etc. En estas situaciones siempre hay que informar a su médico para posibilitar el tratamiento.

En algunos pacientes es necesario realizar un tratamiento endoscópico o quirúrgico. Así, en los pacientes con una estenosis se puede realizar una dilatación endoscópica con balón o una cirugía que permita mejorar los síntomas.

ESTREÑIMIENTO

El estreñimiento se define como una frecuencia de defecación menor a tres veces por semana, debido a un movimiento lento de las heces por el intestino grueso. Cuanto mayor es el tiempo del tránsito de las heces por el intestino grueso, mayor es la absorción de líquidos, y tiene como consecuencia el paso de heces secas y duras, que da como resultado molestia o dolor abdominal.

Entre los factores que contribuyen al estreñimiento en los pacientes con una colostomía nos encontramos la alimentación (dieta con bajo contenido en fibra), la ingesta insuficiente de líquidos, la falta de ejercicio y la alteración de los hábitos intestinales por un uso excesivo de laxantes o de enemas; también los efectos de diversos fármacos, entre los que se encuentran los utilizados en el tratamiento del cáncer, contribuyen al estreñimiento: quimioterá-

picos, analgésicos, como los opioides, anticolinérgicos, antiácidos con calcio y aluminio, diuréticos, suplementos vitamínicos, tranquilizantes e hipnóticos para conciliar el sueño.

Otras causas que pueden llevar al estreñimiento son la depresión, la ansiedad y la inmovilidad prolongada por problemas respiratorios y cardíacos.

El estreñimiento también puede ser debido a una contracción o estenosis del estoma y, en ocasiones, una obstrucción parcial al paso del contenido fecal.

Los síntomas y signos asociados con el estreñimiento son flatulencia, meteorismo, cólico, molestia y distensión abdominal. Además, los pacientes refieren un paso incompleto de heces secas y duras por la colostomía, unos periodos prolongados entre los movimientos intestinales, así como dolor al paso del efluente fecal por el estoma. Si hay una retención fecal y las heces son suaves, se pueden eliminar manualmente, cuando se lo indique el/la cirujano/a o estomaterapeuta.

Si no hay retención fecal durante el examen por la colostomía, es posible que tenga la retención a un nivel más alto. En estos casos, y si los antecedentes lo justifican, se debe valorar por el cirujano o estomaterapeuta la administración de un enema por el estoma o un laxante oral.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que la manipulación del estoma en pacientes inmunodeprimidos con neutropenia no debe realizarse de manera innecesaria mediante exámenes físicos o con la administración de enemas o supositorios, porque pueden dar lugar a pequeñas erosiones o abscesos que son una puerta de entrada a las infecciones.

Si el estreñimiento no se trata, puede producirse una impactación fecal, que consiste en una acumulación de heces secas y endurecidas en el colon. Se debe tratar el estreñimiento para que el paciente se encuentre más cómodo y con el fin de prevenir problemas más graves. El tratamiento del estreñimiento incluye la prevención, la eliminación de los factores causantes y la administración de laxantes, supositorios y enemas.

Después de una colostomía no es necesaria una restricción dietética rígida, pero, para prevenir el estreñimiento, se recomienda aumentar el residuo de la dieta con una alimentación rica en fibra

mediante la ingesta de verduras, zumos de frutas sin colar, frutas enteras, legumbres, cereales y tomar líquidos (2 litros al día): agua, infusiones no astringentes y licuados, que aumentan el consumo de líquidos, aunque no aporten fibra. Tenemos que tener en cuenta que la dieta rica en fibra puede producir un cúmulo de gases y causar algunas molestias, que se evitan al desechar el agua de la cocción de los primeros minutos de las legumbres (lentejas, garbanzos, judías) o de las verduras flatulentas. También se pueden ingerir laxantes naturales, como pasas, grosellas, ciruelas, higos y dátiles, y, por otro lado, fomentar el ejercicio físico regular.

Si persiste el estreñimiento, se debe comunicar a su cirujano o estomaterapeuta. Por último, si la cantidad de heces aún no es adecuada, se pueden emplear enemas. Los estadios menos severos de estenosis del estoma se pueden tratar con dilataciones digitales o instrumentales, bajo supervisión de su estomaterapeuta o cirujano/a.

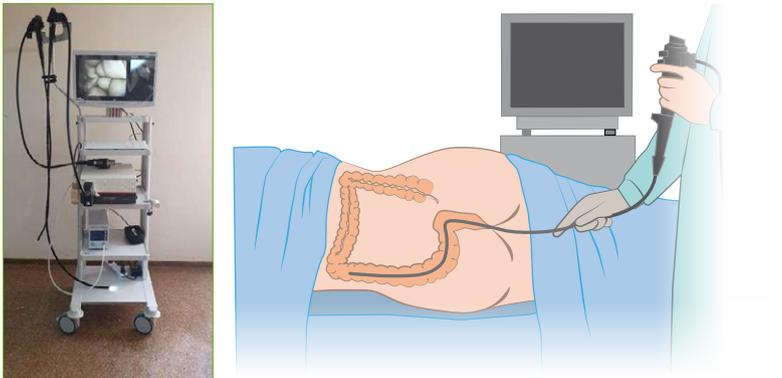
1.8 PREPARACIÓN NECESARIA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENDOSCOPIA: COLOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA

María Dolores Martín Arranz y Aurora Burgos García

INTRODUCCIÓN

La endoscopia consiste en la introducción de un **tubo flexible**, denominado endoscopio, a través de orificios naturales (boca y ano) (figura 1) o artificiales (ostomía, ojal quirúrgico) con fines diagnósticos y/o terapéuticos. El término que se emplea varía según el órgano explorado y el tipo de endoscopio utilizado (gastroscopia, enteroscopia, colonoscopia, etc.).

Figura 1



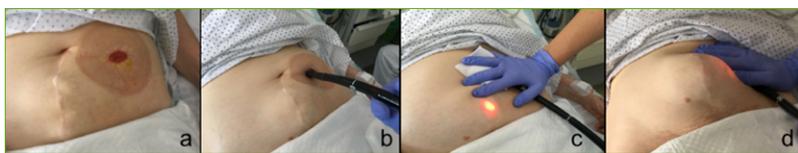
La endoscopia es la técnica de referencia para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de numerosas lesiones del tubo digestivo. En el paciente ostomizado, es fundamental realizar una preparación adecuada del intestino, que variará según la alteración anatómica que presente. Una buena exploración médica, el seguimiento de unas medidas generales y la resolución de las dudas con el médico responsable son claves para el éxito del procedimiento.

ANTES DE LA EXPLORACIÓN

Antes de realizar el procedimiento, se debe tener en cuenta o recomendar no realizar la endoscopia por la ostomía hasta pasadas 4 semanas de su confección.

La preparación del paciente puede variar en función del tipo de ostomía que porte. Si la endoscopia solo exige explorar el intestino delgado a través de una yeyunostomía o ileostomía, una dieta con líquidos claros el día anterior sin preparación adicional puede ser suficiente. Sin embargo, los portadores de colostomía requieren la preparación completa descrita en el anexo I. En el caso de existir un tramo desfuncionalizado (por ejemplo, el recto), puede aplicarse un enema de limpieza por el ano la noche anterior a la prueba y otro 4 horas antes de la misma, dado que el endoscopio también se introducirá por el recto para ver la mucosa (imagen 1a). Si el colon está desfuncionalizado con una salida al exterior (por ejemplo, colostomía en cañón de escopeta con la denominada “fístula mucosa”), la preparación también será mediante enemas o administración de solución salina a través de la fístula mucosa (imagen 1b). Por otro lado, como ya se ha comentado, es conveniente que los pacientes ostomizados aporten una bolsa abierta de repuesto para su recambio posterior.

Imagen 1. Inspección de la ostomía (colostomía) antes de comenzar la colonoscopia: a. Colostomía; b. Introducción del endoscopio a través de la colostomía; c. Sujeción de la pared abdominal para el procedimiento (se aprecia luz del endoscopio por transluminación); d. Hernia paraestomal (pared débil que exige exploración cuidadosa)



Fuente: las autoras.

Preparación intestinal: anexo

- Solución evacuante recomendada por su médico.
- Enemas de limpieza en los tramos desfuncionalizados.
- Dieta y líquidos recomendados:
 - Colostomía y preservación de un tramo del recto: tomar solución **oral** evacuante prescrita, que se eliminará por

el estoma. Completar 2,4 litros. Enema de limpieza por el recto la noche anterior a la prueba y 4 horas antes de la misma. Si el periné estuviera cerrado, no se requieren enemas.

- Dos estomas, uno activo y otro pasivo: tomar solución **oral** evacuante prescrita, que se eliminará por el estoma. Completar 2,4 litros. Enema de limpieza por estoma disfuncionante, que se eliminará por el recto y por el mismo estoma.

LA EXPLORACIÓN

La exploración endoscópica a través de una ostomía presenta una duración similar a una endoscopia convencional: entre 30 y 60 minutos.

El paciente se coloca echado boca arriba (decúbito supino) en la camilla, con el lado de la ostomía próximo al endoscopista. Es fundamental la correcta inspección tanto del abdomen como de la propia ostomía para descartar complicaciones (por ejemplo, hernia paraestomal) (imagen 1).

La técnica de la exploración a través de la colostomía no difiere esencialmente a la de la población general.

DESPUÉS DE LA EXPLORACIÓN

Tras la colonoscopia, el paciente puede sentir que el abdomen está inflamado o calambres abdominales por la insuflación de aire durante el procedimiento. Se recomienda aportar una bolsa de repuesto abierta, independientemente de la que se use habitualmente y sin tapar el filtro, pues el aire introducido saldrá por la misma y se inflará. Una vez haya finalizado la recuperación, se pueden dar algunas complicaciones, aunque son infrecuentes, pero posibles, por lo que, ante signos de sangrado, dolor, fiebre, etc., debe acudir al Servicio de Urgencias para valoración.

Recomendaciones para realizar una endoscopia en una colostomía o ileostomía

1. Retirar todos los objetos metálicos (pulseras, reloj, anillos, etc.).

2. Aportar una o dos bolsas de repuesto abiertas.
3. En caso de colostomía de una o dos bocas, donde se mantiene el recto y el ano, se realizará la preparación habitual (anexo I) y se pondrán dos enemas de limpieza de 150 ml por el ano; uno se introduce (no forzar) la noche antes de la prueba y otro 4 horas antes de la misma.
4. Si solo se quiere explorar el recto, es suficiente con un enema de 150, 250 o 500 ml, según la capacidad de recto preservado después de la cirugía.
5. En caso de ileostomía, una dieta con líquidos claros el día anterior sin preparación adicional puede ser suficiente.
6. La exploración se realizará bajo sedación y suele durar entre 30 y 60 minutos, dependiendo de su complejidad.
7. Es importante que venga acompañado/a y no deberá conducir ni realizar actividades que comporten peligro durante las 4 horas siguientes a la prueba.
8. Deberá mantener reposo durante 2 días.
9. Si existen signos de sangrado, dolor, fiebre, etc., debe acudir al Servicio de Urgencias.

1.9 CONTINENCIA, CUIDADOS, MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS Y TRATAMIENTO REHABILITADOR

Isabel Pascual Migueláñez, Sergio Torres Cobos y Ana Borobia Pérez

La **continencia fecal** es la capacidad de atrasar la defecación hasta encontrar el momento y lugar apropiado, por lo tanto, es una característica inherente a los seres humanos y ligada a su socialización. La continencia fecal se basa en la presencia de un ritmo intestinal normal, en la integridad anatómica del recto, del aparato esfinteriano y del suelo pélvico, y en la existencia de una adecuada y coordinada inervación del mismo. Un fallo en cualquiera de estos factores puede dar lugar a incontinencia fecal (IF), por lo que es necesario un diagnóstico etiológico preciso para encontrar el mejor tratamiento en cada caso.

La IF puede dividirse en dos tipos: la **incontinencia de urgencia**, que es aquella en la que el paciente siente la necesidad de realizar deposición, pero es incapaz de diferir el momento de la misma, y la **incontinencia pasiva**, en la que el paciente no es consciente del paso de las heces a través del ano cuando se producen los episodios de incontinencia.

El estudio de la continencia comienza con la recogida de la historia del/la paciente y de los datos pertinentes mediante escalas de continencia o realizando el diario defecatorio.

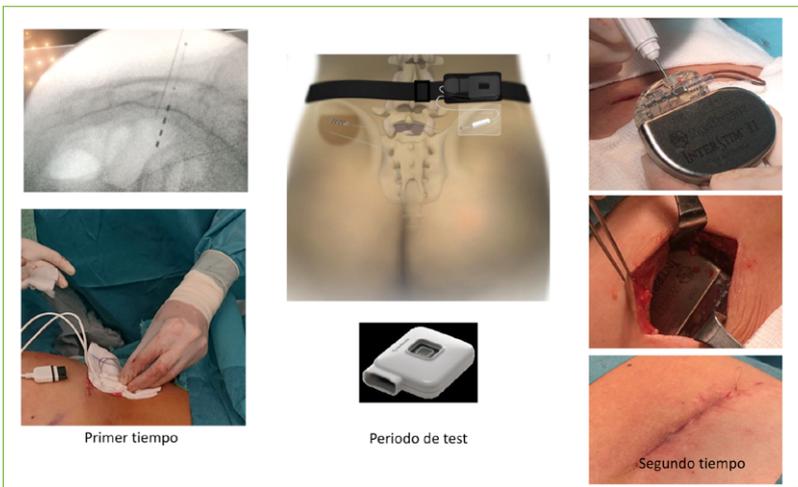
Los pacientes portadores de una ostomía temporal pueden tener **problemas de continencia** tras la reconstrucción del tránsito intestinal (es decir, tras la cirugía del cierre de la ostomía). Puede aparecer incontinencia a gases o heces, urgencia defecatoria con escapes si no hay un baño cerca y un aumento en el número de las deposiciones, apareciendo incluso la necesidad de realizar deposición durante la noche. Esto es debido a que el proceso de la defecación se ha anulado durante el tiempo en el que ha habido una ostomía y existe un déficit tanto de sensibilidad como de fuerza de los músculos del complejo esfinteriano y del suelo pélvico. Si la ostomía se ha realizado por una **resección de recto** (especialmente en los pacientes que han recibido radioterapia), pueden aparecer también secuelas, como alteraciones de tipo urinario (aumento en el número de veces que el paciente siente ganas de orinar, incontinencia o incapacidad para orinar) y de tipo

sexual (en el hombre, disminución o ausencia de erección y eyaculación retrógrada, y en la mujer, dolor con las relaciones sexuales o dispareunia y disminución de la lubricación). Todos estos trastornos en su conjunto constituyen el “**síndrome de resección anterior baja**” y alteran la calidad de vida del paciente de forma importante, condicionando su estilo de vida tras la cirugía de cierre del estoma.

El **tratamiento** de la IF comienza con una entrevista médica en la que se pueden cambiar los hábitos del paciente que pueden contribuir a esta condición, así como potenciar la musculatura del suelo pélvico mediante ejercicios de tonificación pélvica y *biofeedback*. Las medidas dietéticas pueden combinarse con medicación en caso de diarrea: loperamida (disminuye la frecuencia de las deposiciones), colestiramina (quelante de sales biliares) o de fibra para aumentar el volumen de las heces, como el plantago o la metilcelulosa (consultar con su médico).

En los pacientes que no responden al *biofeedback*, aquellos con defectos esfinterianos no reparables o cuya continencia reaparece tras una esfinteroplastia, se usa la neuromodulación, ya sea periférica mediante **neuromodulación del nervio tibial posterior o neuromodulación de las raíces sacras**, que se suele realizar en dos tiempos (imagen 1).

Imagen 1



Fuente: Medtronic.

CUIDADOS Y MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS

Para que la defecación y la continencia se lleven a cabo de forma satisfactoria, la estructura anatomofisiológica debe funcionar correctamente y no siempre es así. Pequeños problemas estructurales o funcionales de los mecanismos de la defecación normal, que tienen como resultado la emisión involuntaria de gases o heces, conllevan en muchos casos consecuencias devastadoras en las esferas psicológicas y sociales de las personas.

La IF genera en las personas que la padecen miedo al rechazo social, empujan al aislamiento y afecta a la vida laboral normal. Pueden provocar sentimientos de desmotivación, soledad, sufrimiento, vergüenza, ansiedad y depresión. Suponen una pérdida de la libertad y autonomía individual y, por tanto, una mala calidad de vida. Afortunadamente, aunque sigue siendo un problema desconocido por los prejuicios que aún crea, se ha avanzado mucho en los distintos tratamientos.

Medidas higiénico-dietéticas

Las medidas higiénico-dietéticas son todas aquellas medidas no farmacológicas ni quirúrgicas que modifican el perfil defecatorio y que tienen como objetivo disminuir el número de escapes tanto de heces como de gases de forma involuntaria. Suponen el primer escalón del tratamiento de la IF y deben adaptarse a las necesidades individuales de cada persona.

Independientemente del grado de incontinencia y de la causa que la origina, esta serie de medidas son la base del tratamiento e influyen en los resultados que se obtienen con el resto de medidas terapéuticas, por lo que tienen una relación directa con la calidad de vida de las personas.

Los objetivos principales del tratamiento dietario son conseguir una consistencia adecuada de las heces y reducir la presencia de gases intestinales. Estas medidas deben adaptarse a la situación de cada persona, así como a las posibles patologías añadidas que presente. Para ello se utiliza la escala de Bristol para la consistencia de las heces, siendo los tipos 3 y 4 las heces normales (figura 1).

Figura 1



Escala de Bristol para clasificar la consistencia de las heces

Escala de Bristol

Tipo 1		Trozos duros separados, como nueces
Tipo 2		Con forma de salchicha, pero gruesa
Tipo 3		Con forma de salchicha, pero con grietas
Tipo 4		Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave
Tipo 5		Bolas suaves con bordes definidos
Tipo 6		Trozos suaves con bordes desiguales
Tipo 7		Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida

Tomado de: Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997;32(9):920-4.

Cuando la escala de Bristol nos presenta una situación de diarrea de tipos 5, 6 o 7, el objetivo será aumentar la consistencia de las heces (ver dieta, tabla 1). Por otro lado, cuando la escala nos muestra una situación de estreñimiento de tipos 1, 2 o 3, el objetivo será el contrario, es decir, disminuir la consistencia de las deposiciones (ver recomendaciones y dieta, tabla 2).

Tabla 1. Escala de Bristol 5/6/7

Guía para la elección de alimentos mientras que las heces sean líquidas o semiblanda		
Grupo de alimentos	Recomendados	Desaconsejados
Lácteos	Leche sin lactosa, yogur natural y de sabores, quesos frescos y cuajada	Leche, yogurt con frutas, cereales, frutos secos, flan, natillas, nata, crema de leche, quesos grasos
Cárnicos, pescados y huevos	Carnes magras (solomillo, lomo), jamón cocido o serrano desgrasado, conejo, pollo sin piel, pescado blanco y huevos sin freír	Embutidos, carnes grasas y fibrosas, patés, mariscos, pescados azules, ahumados o en salazón
Cereales, legumbres, tubérculos	Pasta italiana, tapioca, pan blanco y biscotes, arroz y patatas	Cereales integrales y sus derivados, legumbres
Verduras y hortalizas	Zanahoria, calabaza, calabacín	
Frutas	Plátano, manzana, pera, maduras sin piel. Membrillo y frutas en compota	Otras frutas crudas
Bebidas	Agua, infusiones, caldo sin grasa	Café, bebidas con gas, alcohol, zumo de frutas
Alimentos grasos	Aceites de oliva y girasol	Mantequilla, margarina, mayonesa, frutos secos
Dulces y bollería	Miel, azúcar, galletas tipo María, repostería casera	Chocolate, cacao, repostería y bollería industrial, galletas integrales
Condimentos y otros	Sal, hierbas aromáticas	Platos cocinados o precocinados, sopas y salsas comerciales

Tabla 2. Escala de Bristol 1/2/3 (estreñimiento)

Recomendaciones de enfermería para evitar el estreñimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Beber abundante líquido diario: 2 litros al día • Comenzar la jornada tomando un vaso de agua o zumo de frutas en ayunas • Aumentar el contenido de fibra en la dieta (verduras, frutas, cereales, etc.). Siempre que sea posible, realizar las comidas a la misma hora • Buscar la disciplina en el hábito defecatorio. Lo ideal es marcar un horario fijo (por ejemplo, al levantarse por la mañana, después de desayunar o después de cenar), sin prisas y siendo recomendable no reprimir el deseo de evacuar y realizarlo sin esfuerzos excesivos • Evitar el sedentarismo con ejercicios físicos moderados y diarios • Evitar laxantes y pomadas, salvo prescripción facultativa. Pueden inducir a alteraciones intestinales y crear hábito • Reservar espacios de tiempo para la relajación, así como dormir entre 7 y 8 horas diarias

Fuente: los autores.

Las recomendaciones reflejadas se recomiendan en caso de estreñimiento teniendo en cuenta la escala de Bristol 1, 2 y 3, y los alimentos ricos en fibra soluble e insoluble (tabla 3), junto a la ingesta de abundante líquido.

Tabla 3. Tipos de fibra

Soluble	Insoluble
<ul style="list-style-type: none"> • Cereales: avena y cebada • Semillas: lino y linaza • Legumbres: lentejas, frijoles • Frutas: ciruelas, albaricoque, cítricos • Hortalizas: puerro 	<ul style="list-style-type: none"> • Cereales: productos integrales, trigo, arroz • Semillas: sésamo • Legumbres: guisantes, alubias • Frutas: fresa, piña, higos • Verduras: coles, acelgas, espinacas, lechuga, berros
BEBER ABUNDANTES LÍQUIDOS	

Fuente: los autores.

La fibra merece una mención especial, ya que existen dos tipos, la soluble y la insoluble; de esta manera, si el objetivo es evitar las heces blandas, la recomendación general es reducir el consumo de fibra insoluble, ya que, aunque aumenta el volumen fecal, también disminuye su consistencia y aumenta la frecuencia deposicional, pudiendo agravar la sintomatología de la IF (imagen 2).

Imagen 2



En cambio, la fibra soluble aumenta y compacta el bolo fecal, además de reducir ligeramente la velocidad del tránsito, lo que da como resultado deposiciones más formadas.

Para evitar sus efectos adversos más importantes, que son el meteorismo (aumento de gases intestinales fruto de la fermentación) y la excesiva deshidratación de la masa fecal, que puede llevar a situaciones de impactación fecal, recomendamos siempre la introducción progresiva de estos alimentos en la dieta para mejorar la adaptación gastrointestinal a los gases y, sobre todo, acompañarlos de una ingesta hídrica adecuada de entre 2 y 2,5 litros si no hay contraindicación médica.

Por otro lado, la regulación de los gases y su contención es un apartado muy importante que requiere unas medidas generales y nutricionales, entre las que se encuentran:

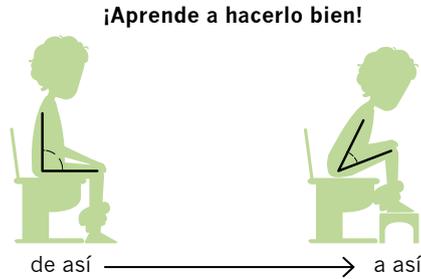
- Comer despacio, masticar bien los alimentos y procurar hablar poco durante la comida.
- Evitar: masticar chicle y caramelos, especialmente sin azúcar (sorbitol), beber en posición acostado, el estreñimiento, acostarse inmediatamente después de comer, bebidas y alimentos que produzcan gases, edulcorantes, grasas.
- Realizar ejercicio físico diario.
- Utilizar calor local abdominal (manta eléctrica...).

Entrenamiento intestinal

Consiste en crear hábitos defecatorios y/o planificar el momento de la evacuación. Es necesario para ello marcar unos objetivos:

- Intentar la defecación todos los días a la misma hora (planificar), preferiblemente por la mañana (reflejo gastrocólico).
- No posponer el acto cuando hay deseo defecatorio.
- Favorecer un ambiente relajado y sin interrupciones.
- Postura adecuada: pies ligeramente elevados (taburete) y cuerpo ligeramente inclinado hacia delante (figura 2).
- No estar más tiempo del necesario.
- Evitar esfuerzos excesivos.
- Maniobra de Valsalva.
- Masaje abdominal en sentido del trayecto colónico.
- Estimulación digital.
- Evaluar periódicamente los resultados.

Figura 2

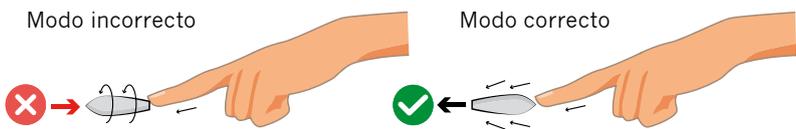


Dispositivos de ayuda

Son productos que se utilizan para llevar a cabo la deposición y son:

- **Supositorios de glicerina:** bajo control médico y no más de 7 días seguidos (figura 3).

Figura 3



- **Enemas de limpieza o irrigación intestinal:** bajo control médico, con vigilancia de las alteraciones hidroelectrolíticas y de la mucosa anorrectal (imagen 3).

Imagen 3



Fuente: los autores.

Tonificación muscular pélvica

Consiste en la realización de ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico con el objetivo de ayudar a controlar los problemas de escapes de heces, gases y también orina:

- Se recomienda practicarlos diariamente.
- Series de 20 repeticiones y frecuencia de 5-10 veces al día.
- Acompañando con la respiración las contracciones.
- Primero en decúbito supino, para más tarde hacerlos en diferentes posiciones.
- Alternando contracciones rápidas con otras más lentas.
- De manera preventiva antes de las reconstrucciones del tránsito intestinal tras portar una ostomía.

Cuidados perianales

La finalidad de estos cuidados es prevenir las lesiones de la piel perianal provocadas por el contacto de las heces en la IF.

Recomendaciones generales:

- Higiene diaria de la zona perianal con agua y jabón.
- No usar papel higiénico.
- Eliminar la humedad de la zona.
- Ropa interior de algodón.
- Utilizar productos hidratantes o cremas barrera contra la humedad.

- Utilizar dispositivos de protección absorbentes (compresas, gasas, pañales).

TRATAMIENTO REHABILITADOR EN LA INCONTINENCIA FECAL

El tratamiento rehabilitador constituye la primera línea de tratamiento en la incontinencia fecal leve a moderada que no responde a las medidas conservadoras iniciales, como son la dieta, los fármacos y la reeducación del hábito intestinal.

A pesar de esto, los médicos rehabilitadores somos una especialidad médica que disponemos de varias opciones de tratamiento conservador y mínimamente invasivas que debemos aplicar siempre de forma individualizada, analizando las características de cada paciente y coordinándonos con los diferentes especialistas médicos, cirujanos y enfermeros, pudiendo intervenir en las diferentes fases de la incontinencia fecal.

Es fundamental abordar estas patologías en equipo debido a la complejidad del mecanismo de la continencia fecal, donde interaccionan múltiples factores (funcionales, de tránsito, alimenticios, anatómicos, de inervación) y en donde también interviene la musculatura del suelo pélvico, componente sobre el que podemos trabajar, sobre todo, desde el punto de vista de rehabilitación.

Este suelo pélvico está constituido fundamentalmente por el músculo elevador del ano, en donde uno de sus haces, el puborrectal, forma una lazada alrededor del ano, teniendo una función de sostén de las vísceras y una función esfinteriana; junto con el tejido conjuntivo, fascia y ligamentos, constituyen la base de la continencia, soportando el peso de las vísceras y ofreciendo una resistencia ante un aumento de presión intraabdominal que aparece durante los esfuerzos, por ejemplo, al toser o al coger un peso, manteniendo así la continencia.

Pero además de esta musculatura del suelo pélvico, debemos de tener en cuenta otro elemento, que es fundamental, la llamada cincha abdominal, que es una unidad funcional que se debe trabajar de una forma coordinada, formada por el diafragma, la musculatura abdominal, los músculos paravertebrales lumbares y el suelo pélvico. La perfecta sincronización y el trabajo entre estos

cuatro elementos contribuyen a mantener un equilibrio adecuado de la presión intraabdominal, evitando un exceso de presión sobre el suelo pélvico ante los esfuerzos. De forma que, con ejercicios dirigidos a esta musculatura, contribuimos también a mejorar la incontinencia fecal.

Para tratar estas disfunciones del suelo pélvico, en concreto la incontinencia fecal, disponemos de varias herramientas de rehabilitación, en donde el pilar fundamental son los ejercicios de tonificación de suelo pélvico (EMSP), junto con el *biofeedback*. Pero en varias ocasiones no es suficiente, o por el tipo de incontinencia no van a mejorar, por lo que disponemos de muchas más herramientas, como la electroestimulación, los balones de presión y la estimulación del tibial posterior. Estas técnicas se pueden utilizar de forma independiente, pero con más frecuencia se utilizan conjuntamente, asociando los ejercicios de tonificación siempre con el *biofeedback*, la estimulación eléctrica neuromuscular (EENM) y el entrenamiento con balones rectales, en función de la etiología, de las características de cada uno y de los objetivos que persigamos con el tratamiento rehabilitador, consiguiendo mayores beneficios.

Ejercicios de tonificación del suelo pélvico

Con los ejercicios de tonificación del suelo pélvico (EMSP) vamos a conseguir aumentar la fuerza de la musculatura del suelo pélvico, aumentar la presión y duración del cierre del canal anal, mejorar la habilidad del paciente para retrasar la defecación ante las urgencias y mejorar la contracción voluntaria de este músculo ante los esfuerzos, evitando así los escapes de gases o de heces en estas circunstancias, al toser, al agacharnos, al coger un peso, al correr o, simplemente, al andar.

Estos EMSP constan de tres fases: de concienciación, de entrenamiento y de mantenimiento.

Fase de concienciación

Tenemos que aprender a localizar y contraer correctamente la musculatura del suelo pélvico; lo que nosotros llamamos “la pro-piocepción”. Para empezar a trabajar esta musculatura, recomendamos primero la posición de decúbito supino, tumbados boca

arriba, o bien con las piernas algo flexionadas y abiertas más o menos a la altura de los hombros, para descargar la pelvis, o colocando las piernas apoyadas sobre unas tres almohadas y algo separadas. Colocar dos dedos en el espacio entre los genitales y el ano (piel del periné) (figura 4). A continuación, contraer como si quisiera aguantar las ganas de orinar y mantener unos segundos, notando a través de nuestra mano cómo se contrae la musculatura del periné. Mientras hacemos la contracción del periné, es importante no hacer fuerza con las piernas, los glúteos, ni con los abdominales.

Figura 4



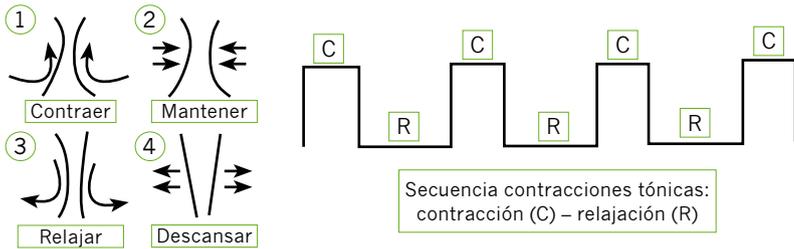
Fuente: A. Borobia Pérez.

Es muy importante que los ejercicios se coordinen con la respiración; primero se debe inspirar (coger aire) y después espirar (soltar el aire), y, poco a poco, mientras se suelta el aire, realizaremos la contracción del suelo pélvico.

Fase de entrenamiento

Se deben de distinguir y trabajar dos tipos de ejercicios. Las **contracciones lentas**, en donde primero se coge aire y después, mientras se suelta, se va contrayendo la musculatura del suelo pélvico, manteniendo esta contracción durante 3-4 segundos al principio y posteriormente se relaja unos 3 u 8 segundos (la relajación debe ser el doble de la contracción) (figura 5). Este ejercicio se debe repetir 10 veces por la mañana y 10 veces por la noche.

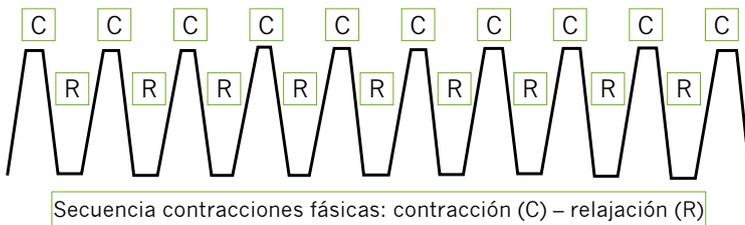
Figura 5



Fuente: A. Borobia Pérez.

Debemos practicar también las **contracciones rápidas**, donde se contrae la musculatura del suelo pélvico solamente 1 o 2 segundos y posteriormente se relaja 2 segundos (figura 6). Este ejercicio se debe repetir 10 veces seguidas y se pueden realizar 3 series (cada una de 10 repeticiones), con un descanso de 3-4 minutos entre series; incluso se puede hacer varias veces al día.

Figura 6



Fuente: A. Borobia Pérez.

Fase de mantenimiento

Es crucial, y se deben incorporar estos EMSP en nuestro día a día para conseguir mantener los beneficios de estos, ya que, si se abandonan, volverá a empeorar su incontinencia.

Biofeedback

El *biofeedback* es una técnica que se utiliza como toma de conciencia de la musculatura perineal, para mejorar la identificación de esta y ayudar así a trabajar sobre ella, mejorando, sobre todo, la acomodación y la sensibilidad, la coordinación rectal y la fuerza de contracción del esfínter anal externo (EAE).

Mediante una sonda rectal y un electrodo de superficie abdominal que se conecta a una pantalla, y por medio de estímulos visuales, auditivos o táctiles, se recoge una señal mientras la paciente realiza una contracción y relajación del suelo pélvico, y esta se visualiza en la pantalla, observando si esta contracción se hace de forma correcta o no (imagen 4). De esta forma se ayuda a identificar y tonificar la musculatura del suelo pélvico de forma aislada. Está indicado de forma complementaria cuando tenemos una baja propiocepción, cuando en la manometría existe una debilidad del EAE, una hiposensibilidad de la ampolla rectal y en el caso de una disinerгия.

Imagen 4. Biofeedback



Fuente: <https://www.sapd.es/revista/2018/41/1/05#group-3>

Electroestimulación

La electroestimulación consta de un estímulo eléctrico que se aplica mediante electrodos con sondas rectales (imagen 5). Cuando el paciente percibe la contracción provocada por la corriente, se debe unir de forma activa mediante una contracción voluntaria, mejorando así el efecto.

Está indicada cuando en nuestra valoración inicial percibimos un tono muy bajo en la contracción voluntaria, pero siempre se debe asociar a los ejercicios de tonificación del suelo pélvico, mejo-

rando con esta técnica el tono, la fuerza, la resistencia muscular y del esfínter anal externo y la sensibilidad anal.

Imagen 5. Electroestimulación



Fuente: A. Borobia Pérez.

Entrenamiento con balones rectales

Respecto al entrenamiento con los balones rectales, el objetivo que se persigue es trabajar el reflejo recto-esfinteriano estriado, coordinando la sensación de llenado rectal con la contracción anal voluntaria. Para ello se introduce el balón en la ampolla rectal próxima al conducto anal, se insufla, y la repetición de la insuflación, con pausas de desinflado para evitar la acomodación, permite la adquisición y automatización del reflejo (imagen 6). También se usa este dispositivo para reproducir la maniobra de la defecación y aprender una maniobra de Valsalva adecuada, así como para mejorar la capacidad rectal. Y, por otro lado, también se ha visto su utilidad para mejorar el control de la urgencia fecal.

Imagen 6. Balón de presión



Neuromodulación periférica

Por último, disponemos de otra técnica, la neuromodulación periférica, donde, estimulando el nervio tibial posterior a nivel distal, que interviene sobre la función motora y sensorial que controla el funcionamiento de las vísceras, en este caso sobre la función intestinal, conseguimos disminuir la peristalsis, disminuir el movimiento intestinal, disminuir la relajación del esfínter anal interno y, por lo tanto, controlar la defecación (imagen 7). Esta técnica está indicada, sobre todo, en la incontinencia fecal de urgencia, mejorando dichos episodios de urgencia, retrasando la misma y, por lo tanto, disminuyendo los episodios de incontinencia.

Imagen 7. Neuromodulación periférica: estimulación del nervio tibial posterior



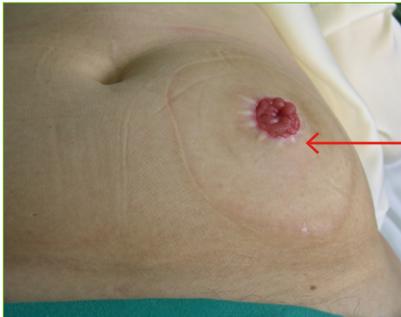
Fuente: (Imagen derecha) <http://www.palexmedical.com/es/family.cfm?id=neuromodulacion%2Ddel%2Dtibial#.X2ngoWgza00>; (imagen izquierda) <https://funcionales.es/exploraciones-y-pruebas/electroestimulacion-y-neuromodulacion-tibial-posterior/>

2.1 CONCEPTOS

Sergio Torres Cobos

La **piel periestomal** es la piel que rodea al estoma (imagen 1). Actúa como barrera protectora frente al medio externo y es sensible al dolor, al tacto y a la temperatura. Es necesario mantenerla limpia y seca y no aplicar ningún producto que no le haya recomendado su estomaterapeuta o médico.

Imagen 1

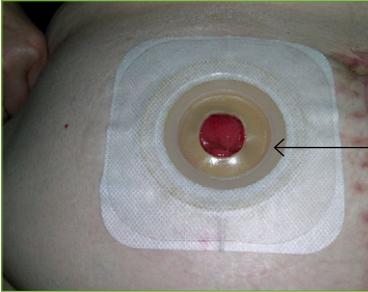


PIEL
PERIESTOMAL

Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Para impedir que la piel se deteriore, hay que evitar que las heces, orina o mucosidad que salen de la propia mucosa del estoma entren en contacto con la piel, ya que estas situaciones la dañan. Se debe realizar una buena higiene y cuidado de la misma, utilizando la bolsa adecuada y un buen ajuste del adhesivo al estoma “como anillo al dedo” (imagen 2).

Imagen 2



AJUSTE
“COMO ANILLO
AL DEDO”

Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Para descubrir cualquier zona inflamada, examine con detalle la piel que circunda al estoma, pues no siempre la piel irritada es dolorosa, por lo que la vigilancia debe ser escrupulosa.

Si surge algún problema en la piel que persista durante más de dos cambios de bolsa, póngase en contacto con su profesional de zona o con el/la estomaterapeuta.

La **mucosa del estoma** es una porción del intestino que sobresale a través del estoma quedando a la vista (imagen 3). Su color es rojo por estar muy vascularizada y se mantiene húmeda (se parece al interior de la boca); no es dolorosa, pues carece de terminaciones nerviosas.

Imagen 3



MUCOSA
DEL ESTOMA

Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Los estomas se realizan normalmente en la pared abdominal, pero se pueden dar en distintas partes del cuerpo. El tipo, la forma y el tamaño del estoma/ostomía varían según la localización anatómica y, por tanto, es probable que el estoma de cada paciente tenga sus peculiaridades. Puede tardar varios meses en adquirir su tamaño definitivo. Normalmente, después de la intervención, la mucosa adquiere un color rojo brillante al estar inflamada y puede sangrar ocasionalmente, sobre todo si se roza, se frota o se recibe un golpe.

2.2 HIGIENE DEL ESTOMA Y RECOMENDACIONES GENERALES

Sergio Torres Cobos y María Encina Arias Álvarez

HIGIENE DIARIA Y MATERIALES QUE SE NECESITAN PARA LA LIMPIEZA DE LA MUCOSA Y PIEL PERIESTOMAL

La higiene hace referencia a los métodos que se utilizan para la limpieza y el aseo del cuerpo con el fin de evitar gérmenes y bacterias que pueden afectar directamente a la piel.

La higiene impide que la piel se deteriore o pierda sus propiedades, ya que existen multitud de factores que pueden dañar su integridad, por lo que es necesario mantener un cuidado escrupuloso.

El cuidado de la mucosa del estoma y la piel periestomal no es un procedimiento estéril, por lo que solo es necesario realizar el proceso de limpieza de forma rigurosa.

Procedimiento paso a paso

1. **Lavar las manos antes y después** del cambio de bolsa (imagen 1). El lavado de manos de forma adecuada previene las infecciones y la propagación de bacterias (OMS/2004).

Imagen 1



Fuente: los autores.

2. **Despegar la bolsa** con cuidado, presionando la piel periestomal con la mano en sentido contrario de la lámina del dispositivo e ir despegando con suavidad, sin movimientos bruscos, “no arrancar” (imagen 2). En urostomías, sujetar el catéter con una gasa al retirar el dispositivo para evitar su salida.

Imagen 2



Fuente: los autores.

3. **Recortar el vello** que se encuentre alrededor del estoma con unas tijeras curvas de punta redonda o cortadora de vello con cabezal desechable. Su fin es evitar el dolor en la retirada de la bolsa. No son recomendables las cremas depilatorias y/o depilación con láser, ya que pueden interferir sobre la mucosa del estoma.
4. **Lavar la zona** con agua corriente templada y jabón o gel neutro, utilizando una esponja suave de uso exclusivo (imagen 3). No efectuar fricciones enérgicas ni colocar directamente el teléfono de ducha sobre la mucosa para aclarar.

Imagen 3



Fuente: los autores.

5. **Secar** bien la zona, con toalla o papel de celulosa absorbente (papel higiénico o de cocina), con suavidad y sin que queden residuos, para garantizar la adhesión de la bolsa (imagen 4). No utilizar secador de pelo.

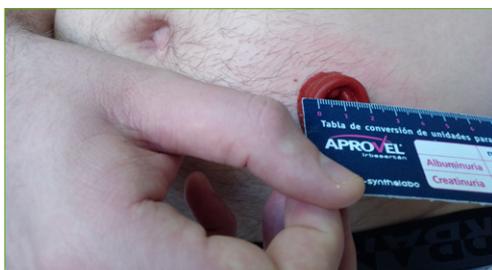
Imagen 4



Fuente: los autores.

6. **Medir el diámetro del estoma**, pues no siempre es redondo. Hacer una plantilla para adaptar la lámina de la bolsa al estoma (imagen 5). No debe quedar piel descubierta.

Imagen 5



Fuente: los autores.

7. **Cortar el orificio** de la lámina o disco de la bolsa con una tijera curva de punta redonda, dibujando previamente el contorno calculado (imagen 6). La finalidad es **ajustar el recorte** para optimizar el sellado bolsa/piel y evitar el riesgo de fugas.

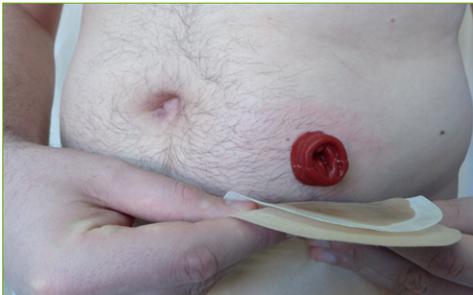
Imagen 6



Fuente: los autores.

8. **Colocar la bolsa** en el abdomen frente a un espejo de cuerpo entero, en bipedestación (de pie) o sentado. Retirar el film protector del dispositivo y aplicarlo de forma centrada sobre el estoma (“como anillo al dedo”), evitando cualquier pliegue (imagen 7). Si la bolsa es de doble sistema (disco/lámina/base y bolsa), se puede colocar primero el disco/lámina/base y luego la bolsa (si tiene cierre de seguridad, cerrarlo previamente) o los dos elementos unidos conjuntamente.

Imagen 7



Fuente: los autores.

9. **Aplicar el calor de la mano** sobre la bolsa durante 1 minuto, aproximadamente, pues de esta forma aumenta la adherencia de la lámina de resinas a la piel (imagen 8). No utilizar otros elementos o métodos.

Imagen 8



Fuente: los autores.

- 10. Desechar la bolsa (nunca al inodoro).** No reutilizar las bolsas. Vaciar los restos en el inodoro y posteriormente introducirla en una bolsa de plástico, antes de tirarla al contenedor de residuos biológicos (imagen 9).

Imagen 9



Fuente: los autores.

RECOMENDACIONES GENERALES

La higiene se debe realizar en un **espacio limpio** (no se requiere esterilidad) y con todos los utensilios al alcance: espejo, agua corriente, jabón o gel neutro, esponja, toalla o papel de celulosa, bolsas de plástico, contenedor, plantilla, tijeras y/o maquinilla, bolsa adecuada para ostomías y otros accesorios, si procede.

Se recuerda:

- **Lavar las manos con agua y jabón** antes y después de realizar todo el procedimiento. No es necesario el uso de guantes.

- No se recomienda lavar la piel periestomal con productos desinfectantes o sustancias irritantes, como alcohol, colonia, cremas, etc.
- Se recomienda **la ducha**, mejor que el baño con inmersión. La higiene corporal se puede realizar con la bolsa situada en el abdomen o retirada, ya que generalmente son impermeables. Esto va a depender del fluido y de las preferencias de cada persona. Si es portador de una colostomía, se recomienda ducharse sin la bolsa con el fin de reactivar la zona periestomal, y si es una ileostomía y/o urostomía, conviene hacer la higiene a diario con la bolsa colocada. Cuando se retire la base/lámina/disco (cada 2 o 3 días), puede ducharse de forma natural sin ningún dispositivo adherido a la piel. Si realiza una inmersión (bañera, piscina, mar, etc.), es necesario **cubrir el filtro de la bolsa** con un parche (están en las cajas del producto), pero con ducha no es necesario.
- No dejar que la bolsa se llene de orina y/o heces más de un tercio de la misma, ya que no están adaptadas al peso y pueden perder adherencia y, por tanto, dar salida al contenido.
- **No perforar** el dispositivo para eliminar los gases, las bolsas llevan sus filtros correspondientes ya perforados por donde se expulsan los gases.
- El cambio de la bolsa se realiza dos o tres veces al día si es de una pieza, abierta, cerrada o con válvula de vaciado. Si es de dos piezas, la placa que se adhiere a la piel puede mantenerse 2 o 3 días, y el cambio de bolsa puede realizarse entre una y tres veces al día, dependiendo de la frecuencia y la densidad de las heces y la orina.
- La mucosa del estoma puede sangrar con la higiene diaria. Si persiste el **sangrado**, se debe presionar con una toalla humedecida con **agua fría** y/o papel de celulosa.
- A la hora de viajar o salir a la calle, llevar los productos necesarios dentro de un neceser/estuche.

CONSEJOS PARA LA VIDA DIARIA

En general, una preocupación constante de las personas portadoras de una ostomía es la discreción de la bolsa a la hora de ves-

tirse, ir a la piscina, hacer deporte, etc., dado que puede notarse por debajo de la ropa. En realidad, se puede utilizar el mismo tipo de ropa que antes de la operación, salvo cinturones que puedan presionar o rozar el estoma, por lo que se recomienda usar tirantes. Los tejidos estampados de la ropa se eligen con más frecuencia que los colores lisos porque disimulan más, pero de todas formas cada cual puede vestirse como desee. Las bolsas actuales son muy finas y se ajustan perfectamente al cuerpo, siendo probable que nadie se dé cuenta de que la lleva.

Al igual que en otro tipo de intervenciones, se necesita un tiempo de convalecencia antes de incorporarse al trabajo y/o viajar. Normalmente este tipo de operaciones y su rehabilitación están condicionados por la patología de base del paciente y los posibles tratamientos. La recuperación física y psicológica de la persona portadora de una ostomía puede tardar entre 3 y 6 meses y va a depender de un sinfín de factores. Conviene, por otro lado, estar en contacto con el/la cirujano/a y el/la médico/a de cabecera y estomaterapeuta para su seguimiento y rehabilitación.

Con respecto a la conducción, es necesario esperar, por lo menos, 2 meses hasta estar en condiciones físicas y psicológicas adecuadas. Si se viaja en coche, se recomienda colocar una amortiguación (cojín...) en la zona del estoma antes de utilizar el cinturón de seguridad. Si se viaja en avión, saber que la presión de aire no afectará a la bolsa, pero, se ha de tener en cuenta que los cambios de temperatura, es decir el calor y la humedad, pueden deteriorar los productos de ostomía.

También es necesario llevar siempre una bolsa de mano con el material necesario para evitar problemas en caso de tener algún percance (pérdida de maletas). Normalmente se dispone de productos de ostomías en tiendas especializadas o en farmacias y en casi todos los países del mundo.

se recomienda:

- Llevar suficiente material ya sea si sale a la calle o viaja.
- Bolsas de plástico para desechar las bolsas de ostomía.
- Investigar dónde se pueden obtener los productos necesarios si se desplaza fuera de su domicilio.

- Cuidado con el cinturón de seguridad. Evitar el rozamiento mediante amortiguación.
- Si viaja en coche, mantener los materiales en la parte más fresca del vehículo. Evitar guardarlos en el maletero.
- Si viaja, llevar medicación tanto para el estreñimiento como para la diarrea.

Después de la recuperación, podrá conducir, volver a trabajar o viajar a cualquier parte, la ostomía no debe poner límites.

Se puede disfrutar de la misma actividad física que se realizaba antes de la intervención, pero con la excepción de deportes de contacto muy bruscos o levantamiento de grandes pesas, o aquellos donde la musculatura abdominal se someta a gran tensión. No se recomienda levantar más de 2 kilos de peso hasta 6 meses después de la operación.

Por otro lado, se recuerda con respecto a la natación, la importancia de tapar siempre el filtro de la bolsa para evitar que el agua se introduzca dentro y:

se recomienda:

- Utilizar bolsas opacas.
- No tirarse al agua de cabeza.
- Vaciar la bolsa y comer de manera ligera.
- Elegir telas de bañador con colores oscuros, para disimular la bolsa.
- Bañador con falda integrada para las mujeres y pareo, y un bañador con talle alto y ancho y camiseta ancha para los hombres. Prendas elásticas (faja de neopreno) de soporte por debajo del traje de baño.

Por otro lado, los deportes como el tenis, senderismo, bicicleta, deportes de nieve, etc., se pueden realizar protegiendo el estoma con una faja tubular o braga/faja, con poca presión y algún tipo de amortiguación. Se recomienda, como norma general, realizar algún tipo de actividad diaria adaptada a las condiciones físicas de la persona. Evitar la inmovilidad o el sedentarismo.

Caminar es una actividad física saludable que se puede practicar procurando ir acompañado con amigos o familiares (imagen 10).

Imagen 10



Con respecto a la intimidad y las relaciones de pareja, se debe ser cuidadoso. El estoma no tiene por qué dañarse en las relaciones sexuales. Sí es importante mostrarse cálidos, sensibles y delicados y:

se recomienda:

- Utilizar una bolsa limpia antes de las relaciones sexuales.
- Usar ropa interior que cubra la bolsa (imagen 11).
- Utilizar posiciones que no presionen el estoma.
- Lubricación previa de los órganos sexuales.
- Utilizar la irrigación, si está indicada, y bolsa mini u obturador.

Imagen 11



Por último, no hay que dar explicaciones de lo que se porta a toda persona que le pregunte. Con una respuesta clara y breve es suficiente y:

se recomienda:

- Comunicarse con los hijos, nietos y amigos íntimos. Una explicación sencilla y veraz es suficiente para ellos. Enseñar el estoma y la bolsa para disipar ideas incorrectas.

- Si está en una relación estable con su pareja, hablar con otras parejas en las mismas circunstancias puede ser útil.
- Comunicarlo a su pareja reciente, no esperar a que se descubra durante el contacto íntimo.
- Comunicarlo a su jefe y compañeros de trabajo cercanos o a quien considere.

2.3 PROBLEMAS DE LOS ESTOMAS

Paloma de la Quintana Jiménez y Sergio Torres Cobos

INTRODUCCIÓN

Después de la intervención se pueden dar problemas que habitualmente se solucionan poniéndose en contacto con su cirujano/a o estomaterapeuta.

Existen varios tipos de complicaciones y solo destacaremos las más frecuentes. Nos centraremos en las crónicas o tardías, es decir, cuando el paciente ha regresado a su casa después de la intervención. Las complicaciones agudas se suelen dar al principio de las operaciones estando en el hospital y no las trataremos aquí.

Es necesario vigilar y prestar atención a lo siguiente:

- **De carácter urgente:** requieren la valoración en el Servicio de Urgencias:
 - Cambio de color del estoma de rojizo a azulado (isquemia).
 - Desaparición repentina de la visualización del estoma en la pared abdominal.
 - Sangrado abundante por mucosa que no cesa.
 - Prolapso de la mucosa del estoma con importante exteriorización de la misma.
 - Deshidratación, con sudoración, inestabilidad, mareo, etc.
 - Dolor abdominal importante, con náuseas y/o vómitos.
- **De seguimiento:** requieren la valoración por su cirujano/a o enfermera/o estomaterapeuta si aparecieran las siguientes complicaciones:

PROBLEMAS DE LA MUCOSA DEL ESTOMA

Sangrado de la mucosa del estoma

Hay que diferenciar el sangrado leve, que se produce en la superficie de la mucosa del estoma al realizar la higiene, del sangrado abundante y continuado, que procede del interior del estoma. En el primer caso no hay que alarmarse, ya que simplemente limpiando y aplicando una pequeña presión con un papel de celulosa o gasa y agua

fría será suficiente para detenerlo (imagen 1). En el segundo caso, y si no se corta la hemorragia, se debe acudir al Servicio de Urgencias.

Imagen 1

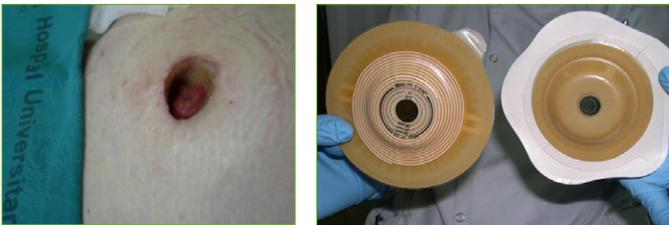


Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Hundimiento del estoma (retracción)

Si el estoma queda plano o hundido por debajo de la piel, pueden aparecer problemas de adaptación de las bolsas y fugas incontroladas de heces y orina. Para solucionar el problema se deben utilizar dispositivos convexos y nivelar la zona con productos de resina. En cualquier caso, acudirá a la consulta de su estomaterapeuta, que le recomendará los accesorios y dispositivos adecuados (imagen 2).

Imagen 2



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Estrechamiento del orificio del estoma (estenosis)

Si es moderado, se realizan dilataciones diarias con el dedo meñique, con guante y vaselina o con algún tutor y previa supervisión de su estomaterapeuta. Debe evitar el estreñimiento, y en ocasiones se recomiendan irrigaciones por el estoma. Si la estenosis no

permite el paso de las heces diariamente, se debe consultar con el/la cirujano/a para posible tratamiento quirúrgico (imagen 3).

Imagen 3



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Salida excesiva del asa intestinal a través del estoma (prolapso)

Si la mucosa se exterioriza de manera excesiva, puede originar problemas de sangrado y mala adaptación de los dispositivos.

Se recomienda tumbarse para intentar reducir el prolapso de forma manual, ejerciendo una ligera presión hacia el abdomen. Para ello puede ayudarse de lubricante y guantes; se dan suaves masajes al estoma en la dirección de la pared abdominal, presionando la punta del intestino prolapsado hacia el orificio de la colostomía, ileostomía, urostomía (imagen 4). Nunca forzar, y si es la primera vez, puede acudir al Servicio de Urgencias o ponerse en contacto con su estomaterapeuta o cirujano/a.

Imagen 4



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Separación mucocutánea o dehiscencia

Es la separación de la piel de la mucosa del estoma (imagen 5). Se da al principio de la intervención por tensión o infección. Conviene aplicar ciertos productos para ostomías y ajustar el dispositivo para evitar el contacto de la dehiscencia con las heces. Consulte previamente con su estomaterapeuta o cirujano/a.

Imagen 5



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Crecimiento de masas carnosas en mucosa (granuloma)

Son lesiones abultadas que aparecen en la mucosa debido en muchas ocasiones al roce del dispositivo, a puntos no absorbidos o pólipos (imagen 6). Pueden ocasionar molestias y sangrado. Se tratan con nitrato de plata y se requiere seguimiento por parte de su estomaterapeuta.

Imagen 6



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Salida de heces por un orificio diferente del estoma (fístulas intestinales)

Son comunicaciones entre dos vísceras huecas o entre una víscera y piel con salida al exterior de distintos tipos de fluido (imagen 7). Son valoradas y seguidas por el cirujano/a y estomaterapeuta.

Imagen 7



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Estreñimiento (ver capítulo de Estreñimiento)

Tiene múltiples causas que habrá que determinar, siendo más frecuente en la colostomía. El tratamiento, en principio, va dirigido a realizar medidas dietéticas. Estas son aumentar el consumo de fibra (verduras, frutas y cereales) y la ingesta de líquidos. Cuando no es suficiente y persiste, se requiere un tratamiento médico con laxantes o enemas previa consulta con su estomaterapeuta o cirujano/a.

Diarrea (ver capítulo de Diarrea)

Puede tener diferentes causas y se da con mayor frecuencia en las ileostomías, pero lo principal es asegurar una correcta hidratación con abundante ingesta de líquidos y electrolitos. En ocasiones está causada por determinados alimentos; si es así, retírelos temporalmente de la dieta y establezca una dieta astringente hasta que se resuelva la situación. Durante el episodio de diarrea se pueden utilizar dispositivos abiertos para evitar realizar cambios tan frecuentes de la bolsa. Si es persistente, deberá acudir a su cirujano/a, estomaterapeuta o nutricionista, y si aparecen síntomas de deshidratación, deberá acudir al Servicio de Urgencias.

Fugas

Es importante saber que no es una condición normal. Las fugas son prevenibles y evitables. Entre las causas más frecuentes están: una incorrecta colocación, elección o recorte del dispositivo, una mala posición del estoma y diarrea. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta.

Gases (ver capítulo de Nutrición: aerofagia)

El control en la cantidad de gases que salen por el estoma es fundamental para las personas ostomizadas, ya que la falta de control en su emisión puede provocar molestias y ruidos. El meteorismo tiene como causas fundamentales la dieta y la falta de actividad. Los alimentos que producen gases son las bebidas con gas, las coles (brócoli, coliflor, coles de Bruselas) y algunas legumbres.

Defecto o debilidad de la pared abdominal del estoma con zona abultada (eventración/hernia)

La piel que rodea al estoma se encuentra más abultada de lo normal. En estos casos se aconseja: no realizar esfuerzos abdominales ni coger pesos, utilizar una faja cerrada y mantener el peso ideal (imagen 8). Las hernias solo se reparan con la intervención. Se recomienda consultar a su estomaterapeuta o cirujano/a.

Imagen 8



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Mala posición del estoma

La ubicación del estoma debe realizarse antes de la intervención para que el paciente pueda verlo y posteriormente manejar con facilidad la bolsa. Si esto no se realiza, se pueden dar complicaciones por mala visión y afectar a la calidad de vida del propio paciente (imagen 9). En ocasiones es necesaria la intervención.

Imagen 9



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Mal ajuste del dispositivo

Para asegurar un ajuste correcto del dispositivo al diámetro del estoma, este deberá rodearlo 0,3-0,5 mm entre estoma y la base del dispositivo. De lo contrario, las heces o la orina se pueden poner en contacto con la piel y producir una dermatitis, con los inconvenientes que esto produce (imagen 10).

Imagen 10. Mal ajuste de la bolsa. Buen ajuste de la lámina



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

PROBLEMAS DE LA PIEL PERIOSTOMAL

María Fátima Albízuri Prado, Alba Sánchez Orta, Casto Barbero Ruano, Paloma de la Quintana Jiménez y Sergio Torres Cobos

Estructura y función de la piel

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, tiene una superficie media de 1,6 m² y un peso de, aproximadamente, 4 kg y su espesor varía de 1 a 8 mm. En el/la niño/a es más frágil, es fina, con tendencia a la sequedad y falta de desarrollo de la función secretora. En el anciano, o conforme se va envejeciendo, el colágeno y la elastina, que son proteínas que mantienen la piel tersa, van disminuyendo hasta convertir la piel en más delgada, traslúcida, rugosa y con manchas, es más frágil, con menor sensibilidad y tendencia a la sequedad, prurito y lesiones por pérdida de la capa protectora grasa (imagen 11).

Imagen 11



Tiene un pH entre 5,5-6, es decir, ácido. El pH es un símbolo químico que indica la potencia de hidrógeno de una solución. Es una medida de alcalinidad o acidez de una determinada sustancia. Si el pH es igual a 7, se dice que es neutro; si el pH es menor que 7, se considera ácido, y si es mayor de 7, alcalino.

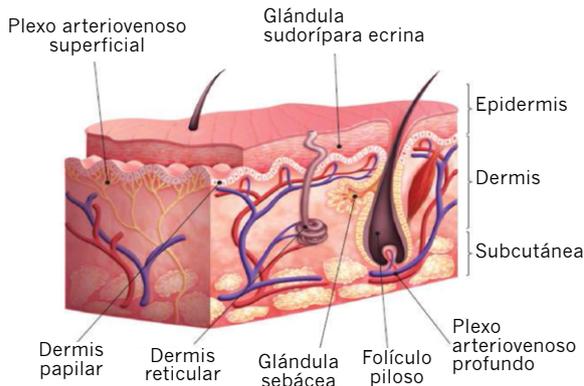
La piel está constituida por tres niveles:

- **Epidermis:** es la capa más externa de la piel y la más resistente, su pH es ácido y su composición celular son los queratinocitos.
- **Dermis (tejido conectivo):** se encuentra debajo de la epidermis, su composición celular son los fibroblastos y células productoras de colágeno. Aquí se encuentran las raíces capilares, las glándulas sudoríparas y sebáceas.

- **Hipodermis o tejido graso (adiposo o subcutáneo):** es un tejido laxo, su composición celular son los adipocitos y tabiques de colágeno.

La piel tiene múltiples funciones que son desarrolladas por las diferentes estructuras, células y anejos que la componen (figura 1).

Figura 1



Funciones básicas de la piel

La piel actúa como barrera protectora ante las agresiones físicas, mecánicas o biológicas y aísla al organismo del medio. Sus funciones son: de protección, termorregulación, sensorial/relación, secretora y de regulación metabólica:

- Protección frente a las agresiones del exterior: golpes, traumatismos, accidentes, radiación solar, microorganismos, etc.
- Termorregulación, mantenimiento de la temperatura corporal a 37 °C.
- Sensorial/relación, sensaciones recibidas a través de la piel: tacto, presión, calor, frío, dolor, etc.
- Secretora: eliminación del sudor.
- Regulación de la síntesis de la vitamina D.

Problemas dermatológicos de los estomas: prevención y tratamiento

La construcción de un estoma es un acto quirúrgico que está condicionado por distintas causas que pueden provocar alteraciones en la piel de aparición inmediata o tardía, las cuales inciden de manera importante en la calidad de vida del paciente.

La integridad cutánea de la piel periestomal es una de las cuestiones más importantes para que los/as pacientes ostomizados/as puedan mantener una vida normal.

Los problemas dermatológicos suelen ser comunes, afectando al 60 % de los pacientes en alguna ocasión y pueden interferir en el uso de los sistemas de ostomía. Además, cualquier alteración cutánea de la zona periestomal puede desencadenar un círculo vicioso, donde un problema de piel provoca un fallo a la adhesión de las bolsas de ostomías, lo que a su vez perpetúa o empeora los problemas dermatológicos.

La pérdida de integridad cutánea puede estar relacionada con causas de origen químico, mecánico, infecciosas, reacciones inmunológicas o condiciones asociadas a la enfermedad. Iremos revisando, según la causa, los diferentes problemas dermatológicos que podemos encontrarnos con más frecuencia en la piel periestomal (tabla 1).

Tabla 1

Causas	Problemas
Químicas	Dermatitis irritativa. Hiperqueratosis
Mecánicas	Arrancamiento, presión, úlceras
Infecciosas	Foliculitis, candidiasis, impétigo
Inmunológicas	Dermatitis de contacto alérgica
Relacionadas con otras enfermedades	Psoriasis, pioderma gangrenoso, dermatitis seborreica, dermatitis atópica, varices

Fuente: los autores.

Químicas

El problema dermatológico más frecuente es la **dermatitis irritativa**, causada por el daño químico directo que provocan la orina o las heces en la piel periestomal.

La piel tiene un pH ácido de 4,0 a 5,5 (ácido), que se ve afectada por el pH alcalino de la orina y las heces. En la mayoría de las ocasiones se produce por cuidados inadecuados de la piel periestomal o por la aplicación inadecuada de los dispositivos. Es más frecuente en las ileostomías que en las colostomías, al ser las heces más líquidas y su emisión más frecuente.

Irritación de la piel

La piel periestomal a veces puede doler, picar o escober o estar enrojecida. Estos son síntomas y signos que avisan de que existe un problema. El motivo más frecuente es una irritación de la piel, que puede aparecer desde un enrojecimiento hasta una ulceración periestomal. El enrojecimiento se puede deber a cambios continuos de la bolsa, por contaminación fecal o por alergia al adhesivo del dispositivo (imagen 12).

Imagen 12



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Si es una irritación por orina o heces, las recomendaciones son mantener la piel limpia y seca, cambiar periódicamente los dispositivos, realizar un buen ajuste del recorte del dispositivo al diámetro del estoma y controlar la diarrea y el pH de la orina.

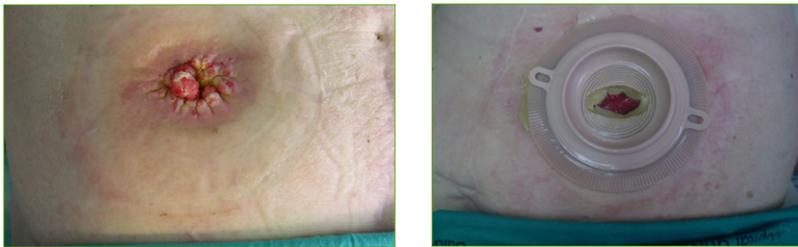
En ocasiones es necesario el uso de accesorios, como los protectores cutáneos o polvos para ostomía. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o cirujano.

Si no se encontrase una causa irritativa y la situación se mantiene, se debería valorar realizar pruebas de contacto para descartar una causa alérgica.

Dermatitis hiperqueratosa crónica

Es un crecimiento exuberante y desmesurado del tejido de granulación (imagen 13). Es una reacción de la piel por exposición crónica con la orina, más frecuente en urostomizados, pero puede ocurrir en ileostomizados. Puede deberse a irritación mecánica o química. Estas lesiones tienen el aspecto similar a las cicatrices hipertróficas. Son de difícil tratamiento, se pueden deber a la fricción de la sonda, cuerpo extraño, infección, exceso de humedad, mala colocación del dispositivo, etc. En cualquier caso, se debe presionar la zona periestomal con resinas y un disco convexo y ser valorado por su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 13



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Mecánicas

Suelen estar relacionadas, por un lado, con la irritación de la piel al despegar o arrancar de manera inadecuada los adhesivos de las bolsas de la piel y, por otro lado, por los propios dispositivos, que pueden producir áreas de presión, o el uso inadecuado de sistemas convexos (imagen 14). Para evitar el cambio frecuente, han de utilizarse dispositivos de ostomía adecuados a cada paciente,

por lo que se recomienda ser valorado/a por su estomaterapeuta para las recomendaciones oportunas.

Imagen 14



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Úlcera por presión

Al principio, la piel puede aparecer eritematosa, pero posteriormente se va infiltrando y ocasionando erosiones, costras y/o ulceración (imagen 15). Lo primero que debemos hacer es investigar la causa de roce o presión que ha podido ocasionar la úlcera y retirarla o adaptarla, siempre que sea posible, así como comenzar el tratamiento con curas adecuadas para evitar su progresión o sobreinfección. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 15



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Infecciosas

Aproximadamente el 7 % de los problemas dermatológicos periestomales son de causa infecciosa (imagen 16). Entre ellas se encuentra la alteración de la integridad cutánea, la disminución de la inmunidad sistémica por la enfermedad de base (enfermedad oncológica o enfer-

medad inflamatoria intestinal), la diabetes o los tratamientos inmunosupresores que suelen precisar estos pacientes. Comentaremos aquellas infecciones de origen bacteriano y fúngico más frecuentes.

Imagen 16



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

La infección bacteriana puede ser primaria o secundaria. Dentro de las primarias, se incluyen la foliculitis y el impétigo.

Foliculitis

La foliculitis es una infección del folículo piloso causada por *Staphylococcus aureus* o *Streptococci spp.*, y frecuentemente se asocia al afeitado o tracción del pelo en los cambios de bolsa. Las lesiones principales consisten en pústulas y erosiones circulares de pequeño tamaño (imagen 17). El tratamiento se realiza mediante antibiótico tópico u oral específico, así como intentando resolver el problema de base con un método adecuado de afeitado previo a la colocación de la bolsa. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 17



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Impétigo

El impétigo periestomal suele estar causado por *Staphylococcus aureus* o especies de estreptococo. Suelen darse ampollas, costras o pústulas (imagen 18). Según la extensión o afectación de las lesiones, se utilizarán antibióticos tópicos u orales específicos. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 18



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

En cuanto a las infecciones de origen fúngico (hongos), la candidiasis es la más común.

Candidiasis

La *Candida albicans* es la especie más frecuentemente aislada. Suele proliferar en ambientes húmedos. Las características clínicas incluyen un eritema brillante, macerado y pruriginoso, con pápulas y pústulas salpicadas en la zona perilesional (imagen 19). Cuando la infección progresa, se puede observar descamación y erosiones. El tratamiento consiste en mejorar las condiciones de humedad de la piel intentando secar la zona en cada cambio y aplicar el tratamiento recomendado por su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 19



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Inmunológicas

La dermatitis de contacto alérgica es la más característica de este grupo. Puede desarrollarse por el uso de los adhesivos, productos barrera, bolsas o cinturones. Es una condición muy poco frecuente. El contacto mantenido con los productos, junto con un ambiente húmedo y la irritación que sufre la zona, puede condicionar la sensibilización a diferentes alérgenos.

Dermatitis de contacto alérgica

La dermatitis de contacto alérgica es una reacción de hipersensibilidad poco frecuente dentro de las dermatitis periestomales, ya que menos del 0,6 % de las dermatitis son de causa alérgica. Suelen desarrollar sensibilidad a productos tópicos adhesivos, limpiadores o desodorantes (bálsamo del Perú, fragancias, etc.); también a la lanolina, las gomas de la bolsa y los adhesivos.

Su clínica suele ser indistinguible de otras de causa irritativa y suele consistir en una erupción eritematosa con la forma del dispositivo que se utiliza habitualmente (imagen 20). Se recomienda realizar pruebas de contacto alérgico. Si la alergia de contacto se confirmase, se debería evitar y sustituir todo el material que contenga dichas sustancias por otro más adecuado. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 20



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Relacionadas con otras enfermedades

Existen diferentes enfermedades dermatológicas de base que pueden desarrollarse en la zona periestomal debido a las condiciones de humedad, irritación y colonización. Dentro de las patologías dermatológicas preexistentes, están la psoriasis, la der-

matitis atópica y la dermatitis seborreica, que abarcan hasta el 20 % de los problemas cutáneos periestomales observados en los pacientes. Se trata de un alto porcentaje de afectados, por lo que es importante estar atentos/as.

Psoriasis

El diagnóstico de psoriasis se basa en las lesiones típicas de placas eritematosas y descamativas con distintos grados de grosor o infiltración (imagen 21). Su tratamiento a veces tiene también algunas limitaciones. Se ha descrito mejoría de las lesiones utilizando únicamente apósitos de hidrocoloide que normalmente llevan las bolsas de ostomías. Debemos tener en cuenta que las lociones alcohólicas pueden ocasionar molestias en pieles erosionadas y que algunos geles o espumas pueden también alterar la adhesión de las bolsas.

Imagen 21



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

En ocasiones, la severidad de la enfermedad puede requerir tratamiento sistémico, siendo necesario en ese caso consultar con el Servicio de Dermatología, previa consulta con su estomaterapeuta.

Dermatitis seborreica

Los pacientes con dermatitis seborreica periestomal presentan eritema y descamación que suele afectar también a cuero cabelludo, cejas, surcos nasogenianos o región centropectoral (imagen 22). El tratamiento va orientado a disminuir la inflamación con lociones o emulsiones tópicas que definirá el/la dermatólogo/a.

Imagen 21



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Eccema/dermatitis atópica

Los pacientes con eccema localizado en la piel periestomal suelen tener lesiones en otras localizaciones o historia previa de dermatitis (imagen 23). El tratamiento va orientado a disminuir la inflamación con lociones o emulsiones tópicas que definirá el/la dermatólogo/a.

Imagen 23



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Pioderma gangrenoso

Como la dermatitis de contacto alérgica periestomal, el pioderma gangrenoso (PG) también es una enfermedad dermatológica poco frecuente. Ocurre en, aproximadamente, el 2-4 % de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que son sometidos a

cirugías intestinales con colocación de estomas, y en el 0,6 % de todas las cirugías con ostomías.

Normalmente consiste en una úlcera periestomal, dolorosa, de rápido crecimiento, con unos bordes elevados, bien definidos, eritemato-violáceos (imagen 24). Se suele realizar una biopsia para su diagnóstico; se debe tomar del borde de la úlcera para descartar otros procesos, como infección, malignidad o vasculitis. El manejo es complicado y no existe hoy en día un tratamiento de elección. Se emplean tratamientos sobre la piel que dificultan la adherencia de las bolsas y apósitos y, además, requieren cambios frecuentes en dichos dispositivos, lo que puede provocar pequeños traumatismos y puede empeorar la enfermedad. En cualquier caso, consulte con su estomaterapeuta o dermatólogo/a.

Imagen 24



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

2.4 RECURSOS MATERIALES Y ACCESORIOS PARA OSTOMÍAS

Paloma de la Quintana Jiménez

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, el ser humano ha creado, descubierto o inventado un sinnúmero de utensilios para satisfacer distintas necesidades o propósitos a lo largo de sus vidas. Gracias al ingenio y a las necesidades creadas por las distintas enfermedades que se han venido padeciendo a lo largo de la historia, las personas han tratado de adaptarse a las adversidades con el fin de mejorar su calidad de vida.

La derivación quirúrgica al exterior de la materia fecal o urinaria data de tiempos inmemoriales, siendo las heridas de guerra, obstrucciones intestinales, atresias anorrectales o hernias incarceradas las causantes de la creación de estomas.

Con la creación de los estomas vino el problema de cómo recoger los residuos, que en un primer momento se manejaban con paños absorbentes o se ocluían con esponjas. A finales del siglo XVIII se comenzó a usar un pequeño saco de cuero para recoger las heces que salían del ano artificial o “ano contra natura”; posteriormente, y después de la Segunda Guerra Mundial, se crearon unos contenedores hechos con las cantimploras de los soldados. Estos recipientes se colocaban sobre el estoma y se mantenían en su lugar con cinturones, pero presentaban fugas importantes del efluente que ocasionaban importantes lesiones tanto en el estoma como en la piel de alrededor. Más tarde se desarrollaron unos recipientes colectores de ostomía de goma cuya adherencia a la pared abdominal se realizaba mediante una arandela de goma, esta producía un sellado que impedía la salida del contenido intestinal (imagen 1).

Imagen 1



A mediados del siglo xx se comienza a utilizar la karaya (goma para proteger la piel), por su poder de absorción del líquido intestinal, y comienzan a desarrollarse unos dispositivos de ostomía de plásticos desechables, siendo en los años 60 cuando aparecen las primeras bolsas desechables compuestas de óxido de zinc y caucho (imagen 2).

Imagen 2



A partir de los años 70 comienzan a mejorar los dispositivos gracias a la colaboración de los pacientes, los profesionales de la salud implicados en los cuidados y la industria.

Hoy día contamos con productos y accesorios que se adaptan a cada persona, logrando la estabilidad de las bolsas y una mejor calidad de vida para la persona portadora de una ostomía (imagen 3).

Imagen 3



Fuente: la autora.

¿QUÉ ES UNA BOLSA?

La bolsa es un objeto fabricado en distintos materiales que se utiliza para la recogida cómoda y eficaz de las excreciones (heces, orina...). La elección del dispositivo o bolsa más adecuado va a depender de una serie de factores que el paciente y el profesional deben tener en cuenta. Pueden ser bolsas colectoras y bolsas continentes.

Bolsas colectoras

Características determinadas (imágenes 4, 5 y 6):

- Se fijan a la piel mediante resinas.
- Llevan un filtro para dar salida a los gases.
- Son impermeables.
- Pueden llevar un sistema de cierre y vaciado.
- Insonorización del material plástico.
- Bolsas abiertas o cerradas, de una o dos piezas, opacas y transparentes, y de distintos tamaños.

Imagen 4. Bolsa coollectora



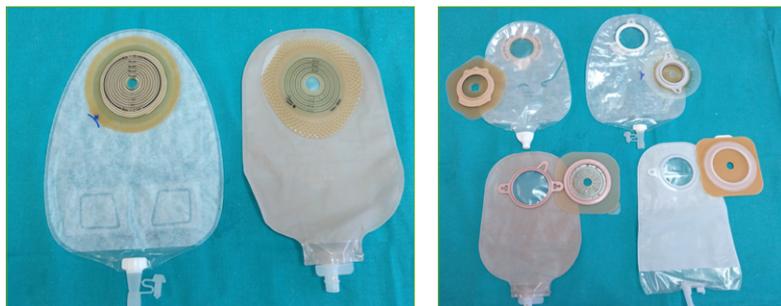
Fuente: la autora.

Imagen 5. Bolsas cerradas y abiertas, de una o dos piezas



Fuente: la autora.

Imagen 6. Bolsas con válvula de vaciado, de una o dos piezas. El extremo inferior de la bolsa tiene forma de grifo para poder dar salida a la orina y otros elementos



Fuente: la autora.

Elección del dispositivo o bolsa

La elección de la bolsa adecuada para el paciente va a depender de distintos factores:

- **Características del paciente:** limitaciones físicas, nivel de comprensión, actividad laboral, hábitos y costumbres, relación familiar, ocio y recursos económicos, interés del paciente.
- **Características del estoma:** tipo de estoma, tamaño y protuberancia, estado de la piel periestomal, ubicación y dificultad derivada de la misma, frecuencia y consistencia de las descargas fecales y si es temporal o definitivo.

Existen otros factores a tener en cuenta y que influyen en la adherencia de las bolsas y son: sudoración, piel grasa, quimioterapia/radioterapia, cicatrices y pliegues, aumento o disminución de peso, ejercicio físico, alimentación, conservación de la bolsa y tipo de bolsa.

Como norma general, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- **En la colostomía izquierda:** la bolsa será cerrada, ya que las heces son habitualmente pastosas (imagen 7).

•

Imagen 7



Fuente: la autora.

- **En la colostomía derecha o transversa:** se utilizan bolsas abiertas o cerradas, según la consistencia de las heces del paciente.
- **En la ileostomía:** se utilizan bolsas abiertas porque las heces son semilíquidas y su salida es continua (imagen 8).

Imagen 8



Fuente: la autora.

- **En las urostomías o nefrostomías:** se utilizan bolsas con válvula de vaciado. El interior de la bolsa tiene una válvula antirreflujo que impide el reflujo de la orina hacia arriba (imagen 9).

Imagen 9



Fuente: la autora.

A estas últimas bolsas se les suele acoplar una **bolsa nocturna** (imagen 10), que consiste en un sistema de recogida de orina a través de una bolsa colectora cuya capacidad es de 2 litros y va anexada a la bolsa de urostomía mediante un conector, que conduce la orina fuera de la bolsa de urostomía. Se utiliza durante la noche para permitir un descanso sin interrupciones y sin necesidad de evacuar la bolsa con frecuencia. La bolsa se cuelga de la cama mediante un gancho, procurando que quede por debajo de la bolsa de urostomía. El drenaje de la orina se hace por gravedad.

Imagen 10



Fuente: la autora.

También se emplea la **bolsa de pierna** (imagen 11). Esta bolsa tiene una capacidad 500-750 ml. Para adaptarla se utilizan unas ligas que rodean la pierna y se conecta de la misma forma que la bolsa nocturna. Normalmente se utiliza para salir a la calle y evitar que la bolsa de urostomía se llene.

Imagen 11



Fuente: la autora.

Bolsas continentes

Son dispositivos o sistemas de irrigación que se utilizan para evitar la evacuación de las heces durante un periodo de tiempo de 48-72 horas (imagen 12).

Imagen 12



Fuente: la autora.

Resultado después de la irrigación por colostomía

El irrigador, el obturador o la combinación de ambos son dispositivos alternativos (imagen 13) que se utilizan para conseguir el control voluntario y el dominio del momento de evacuación de las heces. La irrigación persigue educar el colon para que se vacíe a una hora determinada todos los días. El procedimiento dura, aproximadamente, 35-40 minutos. A veces pueden convertirse en una opción para una persona que tenga una colostomía descendente o sigmoide sin complicaciones (imagen 14), pero nunca para una ileostomía. Esta técnica solo puede ser recomendada por el cirujano/a o enfermero/a estomaterapeuta de referencia.

Imagen 13



Fuente: la autora.

Imagen 14



Fuente: la autora.

ACCESORIOS Y PROTECTORES CUTÁNEOS

Existe una gran variedad de productos y accesorios para el cuidado del estoma y que se utilizan cuando existe algún problema (tabla 1). Para su aplicación, consultar previamente con su estomaterapeuta de referencia.

Se recuerda que el material de ostomía se adquiere en la farmacia y no es necesario que pase por inspección. Para facilitar el recurso, el/la enfermera/o estomaterapeuta prescribe los productos sanitarios pertinentes a través del informe elaborado en la Unidad de Ostomías, con los códigos nacionales y referencias apropiados para que el médico de cabecera de zona transcriba lo recomendado a través de la receta en papel o electrónica.

Tabla 1

Categoría	Descripción	Indicaciones	Contraindicaciones	Producto
Pasta Discos Tiras moldeables Aros semicirculares	Resinas en distintos formatos	No son pegamentos. Sirven para rellenar zonas irregulares de la piel o mejorar el ajuste de la lámina	Algunas tienen un componente de alcohol. No usar en niños o pieles con pérdida de epidermis	
Polvos	Silicona. Barrera cutánea	Se usan en pieles húmedas. Absorben la humedad de la piel deteriorada	No utilizar en pieles íntegras	
Pulverizadores	Pectina. Barrera cutánea	Pieles levemente irritadas o con picor	No utilizar en pieles íntegras	
Toallitas	Eliminan el adhesivo de la piel	Se usan para retirar el adhesivo de la piel	No utilizar si no existen restos de adhesivo	
Cinturón	De algodón elástico	Mayor sujeción del disco o bolsa. Personas obesas, con estoma hundido, hernias, etc.	No presionar en exceso	
Desodorantes	Carbón, en pastillas, gel, líquido	Reducen el mal olor	No utilizar si no existe mal olor	

Fuente: la autora.

2.5 LA IMPORTANCIA DE LA AUTONOMÍA

Eva María Sanz Peces

CONCEPTOS DE AUTONOMÍA PERSONAL Y DEPENDENCIA

La autonomía personal se define como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las Actividades Básicas de la Vida Diaria” (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia). Como puede observarse, la autonomía tiene dos dimensiones: por un lado, hace referencia a la capacidad de las personas para la toma de decisiones de acuerdo a sus valores, preferencias y creencias, y por otro, tiene relación con la capacidad para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

En este capítulo haremos referencia a la importancia de la autonomía personal en el sentido de la capacidad de cada individuo para realizar las ABVD y nos centraremos en la valoración, necesidades y promoción de la autonomía personal en las personas ostomizadas.

Para valorar la autonomía personal, se considera el grado o nivel de ejecución de las actividades de la vida diaria. Estas se dividen en: actividades básicas y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las ABVD engloban el autocuidado y el mantenimiento personal, siendo imprescindibles para el mantenimiento de la vida. Las AIVD son actividades avanzadas, necesarias para vivir en comunidad y adaptarse al entorno (tabla 1).

Tabla 1. *Actividades de la vida diaria*

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Son las actividades necesarias para poder vivir de forma independiente. Se incluyen las actividades de autocuidado (aseo, vestido, alimentación...) y de funcionamiento físico básico (desplazamientos dentro del hogar) y mental (reconocimiento de personas y objetos, orientación y ejecución de instrucciones y/o tareas sencillas)

(Continúa)

Tabla 1. Actividades de la vida diaria (continuación)

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Son más complejas que las ABVD y requieren un mayor nivel de autonomía personal. Incluyen la realización de tareas domésticas, de administración del hogar y de la propiedad, utilizar el teléfono, acordarse y tomar adecuadamente la medicación, hacer desplazamientos en transportes públicos, cocinar, cuidar la ropa, comprar lo necesario para vivir, ir al médico, hacer gestiones y administrar el propio dinero, entre otras

Fuente: la autora.

AUTONOMÍA EN LA PERSONA PORTADORA DE UN ESTOMA

La cirugía de ostomía altera radicalmente las vías naturales de eliminación fecal o urinaria, lo que obliga a la persona ostomizada a aprender nuevos conocimientos y destrezas para su autocuidado y el cuidado de la ostomía. Estos aprendizajes requieren habilidades psicomotrices y una adecuada capacidad cognitiva. Por otro lado, también se requiere que la persona esté motivada y participe de forma activa en este proceso de aprendizaje, por lo que la capacidad de adaptación, el estilo de afrontamiento y la red de apoyo social van a jugar un papel importante. Actualmente, es conocido el papel facilitador que tiene la implicación de la familia cercana en la adaptación del paciente a una ostomía.

La realización de una ostomía plantea la necesidad de formación y entrenamiento para adaptarse de forma autónoma a esta nueva situación. Las personas ostomizadas necesitan hacer ajustes y cambios en sus autocuidados, y para ello se requiere algún cambio o modificación en las ABVD. Estos cambios tienen relación directa con las actividades para la continencia urinaria y fecal, pero también con la higiene, el vestido, la alimentación, la adquisición de los productos y dispositivos necesarios para el cuidado de la ostomía y las visitas de referencia a la Consulta de Ostomías para sus cuidados.

Se **considera independiente** aquella persona que realiza de forma autónoma: la limpieza del estoma, el cuidado de la piel periestomal, la colocación del dispositivo o bolsa y la eliminación de los residuos. Es posible que algunas personas necesiten que algún

familiar o cuidador les facilite o coloque cerca los productos y el material necesario.

Las medidas encaminadas a promover la autonomía personal y la implicación del paciente en sus autocuidados deben iniciarse desde el primer momento en que se decide la necesidad de realizar una ostomía. Es necesario desde la familia prestar ayuda y apoyo al principio, pero siempre evitando la sobreprotección que impide el desarrollo de la autonomía personal.

La promoción de la autonomía personal incluye elementos del autocuidado que van más allá del cuidado de la ostomía, dirigidos a conseguir la continencia y el cuidado del estoma, como son:

- Prevención y detección precoz de complicaciones.
- Prevención y actuación en caso de fugas de la bolsa.
- Prevención e intervención en problemas de la piel periestomal (eritema, dolor, ulceraciones).
- Cómo adquirir el material necesario.
- Preparación de un kit de urgencia o de bolsillo.
- Actuación para contener los olores.
- Adecuación de la alimentación e hidratación.
- Cambios en la ropa, si procede.
- Actividad sexual.
- Retorno a la vida cotidiana: actividad física, laboral, de ocio...

Como conclusión, destacar que, independientemente de la capacidad y ritmo de aprendizaje de cada persona, el fin último es conseguir la adaptación de la persona ostomizada a su nueva situación, de forma que sea independiente en sus autocuidados y pueda desarrollar plenamente su autonomía personal.

2.6 ABORDAJE DE LA PERSONA PORTADORA DE UN ESTOMA EN SU HÁBITAT

Ana María Tordable Ramírez

La asistencia y atención al paciente ostomizado en su hábitat tiene como objetivos: conseguir el máximo nivel de autonomía, aumentar la calidad de vida de la persona y conseguir su reinserción y adaptación a su medio social y/o laboral. Para lograr estos objetivos es necesaria la intervención de un equipo de profesionales (médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, estomaterapeuta, etc.) que ofrezca cuidados personalizados, adaptados a las necesidades y ámbito de actuación, para que tanto el propio paciente como la familia puedan asumir de forma progresiva las habilidades de autocuidado.

ATENCIÓN PRIMARIA

En el ámbito de Atención Primaria se ha adaptado sus servicios a la necesidad del paciente, de tal forma que el paciente y/o familia puedan ser atendidos en su Centro de Salud, si su estado de movilidad lo permite, o bien ser atendido en su propio domicilio, si este está inmovilizado, tanto en un proceso de vulnerabilidad temporal transitoria como definitiva tras el alta hospitalaria. Para ello será necesario que el paciente y/o cuidador conozcan a su médico y enfermera del Centro de Salud de referencia.

Es importante esta primera cita, dado que serán sus profesionales de Atención Primaria los interlocutores directos con las Unidades correspondientes de referencia para la resolución de cualquier duda, aclaración, complicación que pueda aparecer en el proceso de la enfermedad y de adaptación a la nueva situación.

A tener en cuenta

Si su situación de enfermedad ha hecho que actualmente no viva en su domicilio habitual y se desplace a la casa de algún familiar, puede pedir, en la administración del Centro de Salud al que pertenezca la nueva ubicación, un documento de desplazamiento temporal y ser atendido por los profesionales que requiera, durante el periodo que precise.

Si, por el contrario, es su domicilio habitual, acudirá al Centro de Salud al que esté adscrito.

Atención domiciliaria

El domicilio en sí tiene valor terapéutico por la acogida de un lugar conocido y propio. El hogar establece un vínculo indudable que le aporta la seguridad que se necesita, pero es cierto que pueden darse situaciones donde el paciente o el propio cuidador pueden necesitar ayuda y aclaraciones.

Las características que determinan que la atención sea en el domicilio, además de la pérdida de autonomía del paciente, son el deterioro en la movilidad y el deterioro cognitivo (confusión, deterioro de memoria, pérdida de atención, etc.).

Para que el paciente pueda permanecer en domicilio, a veces se requiere de una adaptación del propio hogar, como plato de ducha en vez de bañera, recursos materiales, como una cama alta y articulada, un andador, o simplemente ayudas técnicas, como confirmar que adapta bien la bolsa (dispositivo) al estoma. En la visita domiciliaria que realicen los profesionales del Centro de Salud se valorarán las necesidades y recursos necesarios para prevenir y potenciar la salud.

Dicha visita requiere de un tiempo específico para poder reconocer las necesidades del paciente, el cuidador y la familia, así como del entorno.

CUIDADOR

El paciente en situación de mayor dependencia precisa de un cuidador (cuidador contratado, un miembro de la familia o ambos) que supla aquellos cuidados que no pueda realizar. A veces, la falta de conocimiento o pericia hace que requiera asesoramiento de un profesional sanitario. Si no se han puesto en contacto desde su Centro de Salud tras el alta hospitalaria, deberá contactar para explicarles la nueva situación del paciente y puedan concertar una visita domiciliaria, pudiendo aportar el informe de alta tanto del médico como de la enfermera/o estomaterapeuta.

Desde el alta hospitalaria, el paciente y cuidador deben de haber iniciado los cuidados pertinentes con respecto al estoma. Los

profesionales del Centro de Salud realizarán el seguimiento y se podrán consultar todas las dudas y miedos que surgen tras el alta a casa.

Es acertado tener a mano el nombre de los profesionales del Centro de Salud que le atienden, así como el teléfono de contacto de la Consulta de Ostomías, por si se diera una situación de duda o de urgencias; estos teléfonos dan tranquilidad y seguridad al paciente y a la familia. En la atención domiciliaria puede haber libre elección de profesional sanitario, pero solo puede ser del Centro de Salud asignado a su domicilio habitual.

ORIENTACIÓN E INFORMACIÓN EN ASPECTOS SOCIALES

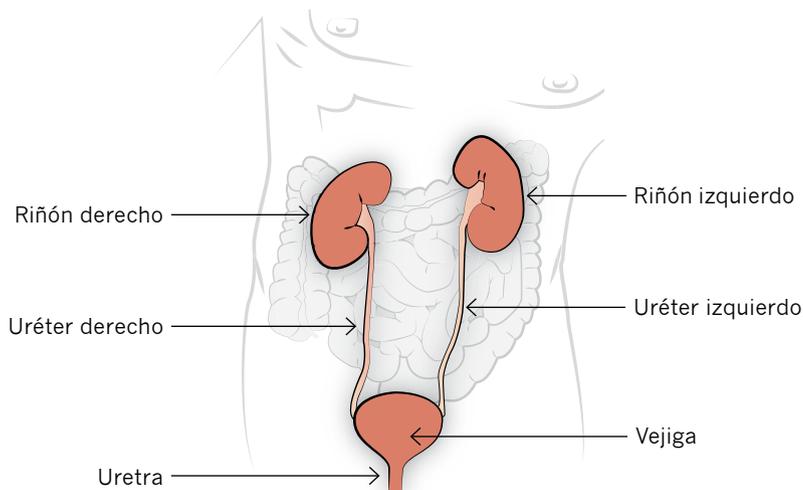
Las necesidades sociales, aparte de las sanitarias, son importantes detectarlas lo antes posible, para lo cual es acertada una valoración del trabajador social dependiente de los Centros de Salud o bien desde los Servicios Sociales de los municipios locales. Necesidades tales como asesoramiento y orientación, apoyo y atención a la familia en su conjunto, gestiones laborales y/o administrativas, servicio de ayuda a domicilio, servicios de situaciones de dependencia, servicio de atención residencial, servicio de teleasistencia, tramitaciones de grado de minusvalía para acceder a las prestaciones correspondientes o información sobre asociaciones de ostomizados.

La valoración estará centrada en el nivel de dependencia del paciente, la valoración del cuidador, la valoración económica, los recursos propios, etc.

3.1 ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL APARATO URINARIO

El sistema urinario es un conjunto de órganos que son los encargados de la producción de orina, por la cual se eliminan desechos del metabolismo (urea, creatinina y ácido úrico). Se divide en varias partes: los riñones, los uréteres, la vejiga urinaria y la uretra (figura 1).

Figura 1



Fuente: adaptada de Hollister.

- **Los riñones:** son dos órganos grandes, con forma de alubia, y que están situados fijamente en la pared trasera superior de la cavidad abdominal. Un riñón se encuentra situado al lado izquierdo y el otro al lado derecho de la columna vertebral y están protegidos por las costillas. Su principal función es filtrar la sangre y eliminar el exceso de agua, sal y desechos del cuerpo, dando como resultado la formación y secreción de orina. Su tamaño, en el adulto, es de unos 12 cm de largo, 7 cm de ancho y 3 cm de grosor, siendo ligeramente mayor el riñón izquierdo.
- **Los uréteres:** son dos conductos que miden de 21 a 30 cm de largo y 3-4 mm de diámetro. Salen de los riñones hasta llegar a la vejiga. Transportan la orina mediante contracciones musculares (peristaltismo) hasta la vejiga.
- **La vejiga:** es un órgano hueco con paredes musculares flexibles, cuya función es almacenar la orina. La vejiga de un adulto medio tiene una capacidad aproximada de 300 a 450 cc en su interior. El vertido al exterior de la orina se realiza de forma voluntaria cada cierto tiempo para vaciarla. En la mujer, la vejiga está separada de la vagina y cérvix mediante el septum vesicovaginal. En el hombre esta área se corresponde con las vesículas seminales, que se sitúan entre vejiga y recto.
- **La uretra:** es un conducto único que permite la salida de la orina desde la vejiga hacia el exterior del cuerpo mediante el reflejo de la micción (contracción voluntaria del músculo de la vejiga y relajación de los esfínteres, con salida al exterior de la orina). En la mujer es un canal de 3 a 6 cm de longitud y en el hombre la uretra mide de 18 a 20 cm.

CONSIDERACIONES ESPECIALES

La orina

La orina es un líquido secretado por los riñones, y está compuesta de urea, ácido úrico y sales inorgánicas; es de color amarillo claro y puede estar más o menos concentrada, dependiendo de los líquidos ingeridos y de la misma función renal. Es necesario controlar el color y la dilución para evitar problemas en adelante. Si está muy concentrada, puede adquirir una

tonalidad amarillo oscuro y a veces puede tener un aspecto turbio (concentración de células o cristales de oxalatos); también puede variar si el paciente toma ciertos medicamentos. El aspecto puede alterarse por la presencia de condiciones patológicas, como infección (orina densa, fuerte olor y/o purulenta), sangre en la orina (color rosado, como agua de lavar carne), enfermedades hepáticas (color vino o coñac). Diariamente se eliminan entre 1.000-1.500 ml de orina y su pH debe tener una tendencia ácida.

El pH de la orina

El pH es una medida que representa la acidez o alcalinidad de una sustancia. El rango de esta medida se encuentra entre 0 y 14. El valor 7 representa el punto neutro de la escala; si el pH se encuentra por encima de esta cifra, decimos que es básico o alcalino; de lo contrario, si está por debajo, es ácido.

En nuestro caso, mantener el pH de la orina ácido es importante porque puede disminuir las infecciones y evitar la formación de pequeños cristales alrededor del estoma o en la piel causados por la alcalinidad de la orina. Los cristales son a modo de partículas blancas y arenosas que pueden causar irritación, sangrado o que la bolsa no se adapte bien a la piel.

También es necesario tener en cuenta que el pH de la orina varía con la alimentación. Si toma verduras, la orina será más alcalina, y si toma proteínas, será más ácida.

3.2 ENFERMEDADES O LESIONES QUE CONDICIONAN UN ESTOMA URINARIO

Las funciones de transporte y eliminación de la orina pueden alterarse a causa de distintas enfermedades, tanto congénitas como adquiridas, que pueden afectar al aparato urinario o al sistema nervioso que controla la función vesical. En estos casos será necesario realizar una derivación urinaria.

3.3 TIPOS DE OSTOMÍAS URINARIAS Y LOCALIZACIÓN

Las derivaciones urinarias se realizan mediante una abertura en el abdomen, zona pélvica o lumbar que se crea mediante la cirugía y que permite la salida de orina al exterior. Dependiendo de la zona dañada o enferma, se puede hacer la derivación en diferentes niveles del sistema urinario.

Tras la cirugía con resultado de urostomía (imagen 1) el paciente no tendrá control voluntario sobre la micción. La orina saldrá de forma constante a lo largo del día a través del estoma y se recogerá en una bolsa.

Imagen 1



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

SEGÚN EL TIEMPO DE PERMANENCIA

- **Temporales:** son aquellas en las que se puede, posteriormente, restablecer la continuidad del trayecto normal de la orina.
- **Permanentes o definitivas:** son aquellas en las que, posteriormente, no se va a poder restablecer la continuidad del trayecto normal de la orina, ya que una parte ha sido extirpada o es afuncional.

SEGÚN LA TÉCNICA DE DERIVACIÓN URINARIA UTILIZADA

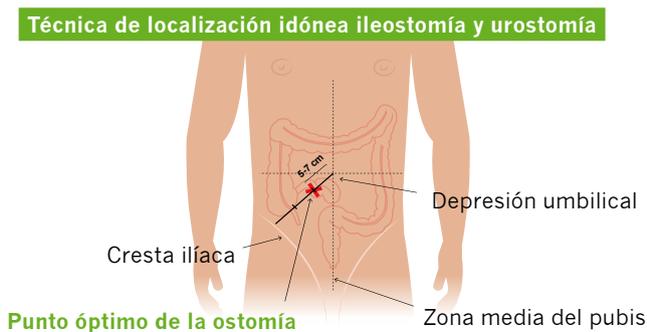
Las derivaciones urinarias son técnicas quirúrgicas que derivan el flujo de la orina a distinta altura del aparato urinario, sin retorno

al mismo. En términos generales, se puede hablar de derivaciones continentales y no continentales.

Al realizar una cirugía que conlleva la extirpación total de la vejiga (cistectomía), es necesario derivar la orina o bien reemplazar, en los casos en que sea posible, la vejiga por un segmento intestinal. También se podrán realizar derivaciones urinarias sin necesidad de cistectomía previa.

Independientemente de la derivación urinaria utilizada, la localización del estoma debe ser uno de los aspectos más importantes para el cirujano, ya que de la correcta realización del estoma dependerá la aceptación por parte del paciente, así como su calidad de vida. Los problemas relacionados con una mala localización del estoma o una técnica deficiente pueden provocar prurito, exudación, fugas de orina, maceraciones amoniacales, sobreinfecciones e incrustaciones; en ocasiones, la incomodidad o las complicaciones pueden ser de tal magnitud que es indispensable reintervenir quirúrgicamente para corregir el problema. Puesto que será el paciente quien manipulará la ostomía, esta debe situarse en un lugar idóneo del abdomen, que sea visible, fácil de manejar, lejos del ombligo, de los pliegues y orificios, de los relieves óseos y de las cicatrices. El punto donde irá el estoma debe situarse sobre una línea cutánea horizontal que pase por el ombligo a 5 o 7 cm por fuera del mismo (aproximadamente, a 1/3 del ombligo o a 2/3 de la cresta ilíaca), y marcarse el día previo a la intervención por un/a estomaterapeuta (figura 2).

Figura 2. Punto óptimo de la urostomía (aproximadamente a 1/3 del ombligo o a 2/3 de la cresta ilíaca)



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

TIPOS DE OSTOMÍAS URINARIAS

- **Nefrostomías:** la derivación se realiza de un riñón o ambos riñones a la piel mediante una apertura al exterior y en la zona lumbar. Se canaliza con una sonda o catéter.
- **Ureterostomía cutánea:** consiste en abocar el cabo ureteral directamente a la piel. Puede ser uni o bilateral.
- Ureterostomía in situ: consiste en la canalización del uréter mediante un catéter.
- **Anastomosis ureterocolónicas (conducto colónico):** consiste en la utilización de un segmento aislado de colon (sigma), en un extremo del cual se implantan los uréteres y el otro extremo se aboca en forma de estoma.
- **Cistoileocutaneostomía:** consiste en cerrar el cuello vesical, anastomosar un extremo del asa ileal aislada a la vejiga y abocar el otro extremo a la pared abdominal.
- **Ureteroileocutaneostomía (Bricker):** implantación de ambos uréteres en un asa ileal aislada que se exterioriza en forma de estoma.

En la parte interna de este segmento de intestino se encuentran unidos los uréteres, y el extremo más exterior se encuentra fijo a la piel; es normal que una pequeña parte de la mucosa del intestino se encuentre por fuera de la piel. Durante las primeras semanas tras la intervención, los uréteres deben mantenerse tutorizados por los catéteres para una correcta cicatrización.

La ureterostomía cutánea y la ureteroileocutaneostomía son las derivaciones urinarias heterotópicas no continentales (estoma) más frecuentemente utilizadas, por lo cual en los siguientes apartados solo nos referiremos a estas.

3.4 COMPLICACIONES DE LAS UROSTOMÍAS

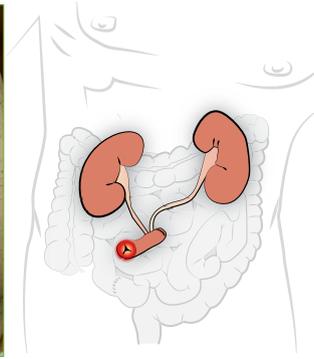
Es importante conocerlas, no solo para tratarlas, sino también para prevenirlas mediante la utilización de técnicas y dispositivos adecuados (imagen 2). Las derivaciones urinarias se tratan de la misma manera que las ostomías digestivas (ver capítulo 2 completo), a diferencia de los estomas de las ureterostomías, que pre-

sentan más complicaciones debido a su tendencia a la retracción y a la estenosis, que se ve favorecida por una vascularización deficiente y el proceso de epitelización de la piel (hiperplasia epitelial). Se expondrán aquí solo las complicaciones un tanto diferentes.

Imagen 2. Aspecto de una bolsa de diuresis de dos componentes colocada correctamente alrededor de una urostomía tipo “conducto ileal” o “Bricker”



Fuente: D. M. Carrión Monsalve.



Fuente: adaptada de Hollister.

PORTADORES DE CATÉTERES

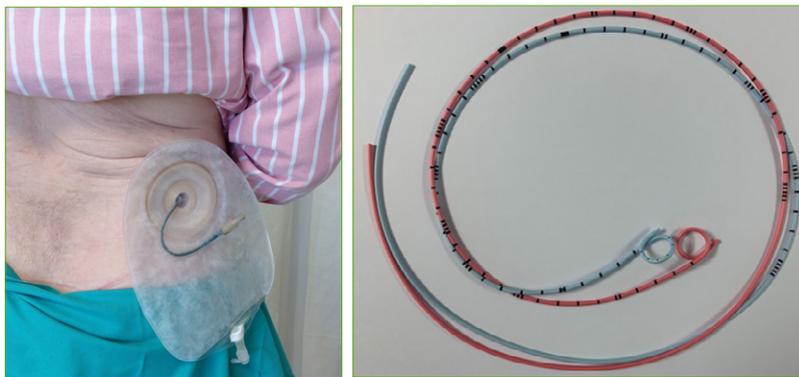
Los catéteres son tubos que salen del estoma y pueden estar abocados a un uréter o a los dos. También pueden ser permanentes o transitorios, y se tendrá en cuenta lo siguiente:

Cuidados de la sonda o catéter

En las nefrostomías (imagen 3), el catéter se fija a la piel mediante un punto de seda y se conecta a una bolsa de drenaje de dos maneras:

- De catéter a bolsa de pierna, protegiendo el orificio con gasa o un apósito de resina.
- Introduciendo el catéter en una bolsa de urostomía.

Imagen 3. Paciente con nefrostomía y catéteres ureterales “mono-J” o “mono-PigTail”. El extremo enrollado debe ir dentro del riñón y el extremo recto saldrá por fuera del cuerpo a través del estoma utilizado en cada caso. Los catéteres ureterales tienen diferentes calibres (normalmente 6-8 Fr) y se encuentran multiperforados



Fuente: P. de la Quintana Jiménez (izda.), D. M. Carrión Monsalve (dcha.)

Previamente se realiza la higiene de la zona de punción con agua y jabón y se seca con papel de celulosa (ver cuidados del estoma), salvo que existan cristales de urato alrededor del estoma, ya que entonces se lava la zona con una mezcla de agua y vinagre y se seca con papel de celulosa.

Es necesario, por otra parte, controlar la permeabilidad del catéter. En caso de ausencia de orina, hematuria, caída del catéter, fiebre, dolor, cambio en la intensidad, coloración y disminución del volumen de la orina, debe consultar con su urólogo o estomaterapeuta.

Complicaciones a tener en cuenta

- **Obstrucción del catéter:** la orina no fluye, se produce dolor lumbar debido al exceso de presión, que aumenta muy rápidamente. Es preciso acudir al Servicio de Urgencias para retirar el catéter y sustituirlo tan pronto como sea posible.
- **Descenso o salida del catéter:** volver a colocar el catéter no es un problema, siempre que sea sustituido tan pronto como sea posible, para evitar el riesgo de estenosis.

Imagen 4. Aspecto de una derivación urinaria tipo ureterostomía bilateral. En este caso, cada uréter se halla abocado a la piel por separado. En algunos caso pueden unirse mediante una sutura interna en "Y", estando solo uno de los dos abocados a la piel, usualmente el derecho



Fuente: D. M. Carrión Monsalve.

En este caso, cada uréter se halla abocado a la piel por separado. En algunos casos pueden unirse mediante una sutura interna en "Y", estando solo uno de los dos abocados a la piel, usualmente el derecho.

Complicaciones más frecuentes

Infección periestomal (ver Problemas dermatológicos)

Está producida por el hongo *Candida albicans*, que crece con facilidad en la piel en condiciones de humedad, maceración, aumento de temperatura y falta de luz. Se presenta en forma de placas eritematosas, brillantes y exudativas con pequeñas vesículas en el área periestomal, que producen picor y escozor al paciente. Si no se tratan adecuadamente, pueden progresar invadiendo la mucosa del estoma y provocando fisuras y erosiones en la piel, dificultando así la adherencia de las bolsas y favoreciendo la dermatitis irritativa y la sobreinfección bacteriana.

Infección urinaria

Es muy frecuente en las urostomías. En el caso del conducto ileal (Bricker), se produce por la orina residual en el conducto, la invasión bacteriana a través del estoma y el reflujo que tiene lugar en la anastomosis ureteroileal, o entre el estoma y la bolsa. Cuando aparecen, deben tratarse con antibióticos, buscando las causas que las producen. Dirigirse al Servicio de Urgencias.

Hiperplasia epitelial

Consiste en la aparición de una superficie plegada, verrugosa y costrosa, de tonalidad grisácea en la piel (imagen 5). Se localiza en la zona de la piel comprendida entre el estoma y la bolsa colectorora. Se produce con cierta frecuencia en los estomas urinarios debido a la excesiva concentración de orina, su elevada alcalinidad y la sobreinfección.

Las incrustaciones de cristales de fosfatos constituyen la complicación más frecuente, cuyo riesgo a medio plazo es la estenosis del estoma. Estas incrustaciones tienen un aspecto de escarcha sobre el estoma y necesitan cuidados locales y una alimentación que permita la acidificación de la orina. El tratamiento consiste en ablandar la zona con una solución de ácido acético (vinagre) y la aplicación de un dispositivo que circunde el estoma de forma que no se visualice piel. Consultar con su estomaterapeuta.

Imagen 5. Aspecto de una ureterostomía cutánea con incrustaciones, bolsas colectoras de dos componentes y bolsa de diuresis nocturna



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Otras complicaciones (ver capítulo Complicaciones tardías de los estomas)

Se han descrito también:

- Hemorragias (al margen de una recidiva tumoral).
- Invaginaciones.
- Prolapsos de la ostomía.
- Eventraciones paraestomales.
- Trastornos hidroelectrolíticos.

3.5 OTRAS ALTERACIONES ASOCIADAS A LOS ESTOMAS: LA FUNCIÓN SEXUAL Y LA REPRODUCCIÓN

Por lo general, el paciente con urostomía (cistectomía) presenta disfunción eréctil e infertilidad, consecuencias inherentes a la intervención y no a la derivación urinaria.

El paciente urostomizado ve con frecuencia modificada su vida sexual, y este aspecto no es abordado en la mayoría de ocasiones con la necesidad que precisa. Es conveniente conocer los hábitos sexuales de la pareja y/o del paciente cistectomizado para valorar mejor el problema y poder ayudar a superarlo.

La solución del problema de disfunción sexual puede ser mediante un tratamiento médico o mediante la inserción de una prótesis de pene o dispositivos externos. La actividad sexual no termina en el coito, es necesario buscar otras alternativas. En las pacientes urostomizadas, el problema es la falta de lubricación de la pared vaginal. Este trastorno es secundario a la lesión de los plexos parasimpáticos, responsables de estimular a las glándulas secretoras de moco en la pared vaginal. La sensación dolorosa (dispareunia) que se produce durante el coito debido a este trastorno puede evitarse utilizando sustancias lubricadoras, realizando los ejercicios de Kegel, que mitigan la dispareunia al favorecer el control de los músculos pubocóxigeos, y admitiendo sugerencias de cambios posturales durante el coito.

Tabla 1. Esquema de las alteraciones más frecuentes

Trastornos del deseo sexual	Trastornos de la excitación sexual	Trastornos del orgasmo	Trastornos por dolor
<ul style="list-style-type: none"> • Deseo sexual inhibido o hipoactivo • Aversión al sexo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de sensaciones asociadas a la excitación (falta de lubricación y contracción vaginal) • Falta de erección en el hombre 	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción orgásmica femenina • Disfunción orgásmica masculina • Eyaculación precoz 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispareunia • Vaginismo

Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Dado que las disfunciones sexuales afectan a la gran mayoría de urostomizados, es importante facilitar una información lo más extensa y clara posible, de modo que tanto el paciente como su pareja puedan conocer la realidad de la situación y sus implicaciones, a fin de afrontarlas prestándose mutuo apoyo.

CAPÍTULO 4. APARATO GINECOLÓGICO Y CIRUGÍA

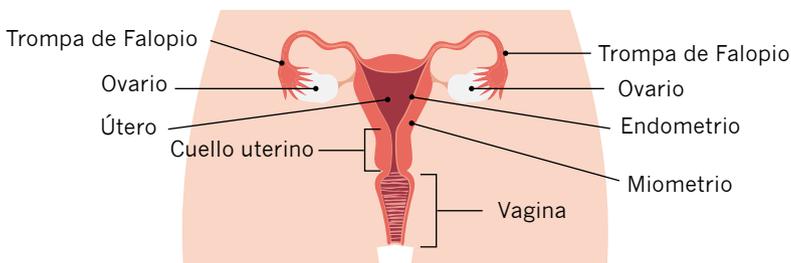
Ana López Carrasco, María Martín Cameán,
Alicia Hernández Gutiérrez y Blanca Beatriz
Martínez Serrano

4.1 INTRODUCCIÓN

Los estomas por enfermedades ginecológicas, tanto benignas como malignas, suponen un problema de salud importante para pacientes, familias y profesionales sanitarios. Este problema es mayor cuanto más joven sea la paciente, sobre todo en edad reproductiva y con deseos de gestación a corto-medio plazo. Un estoma afecta a la calidad de vida de la paciente, a su autoestima, imagen corporal, salud física y sexual, e incluso a su vida laboral, generando importante ansiedad tanto a la paciente como a su entorno. La pérdida de su rol social puede llegar al aislamiento por parte del individuo y por parte de la sociedad, que puede rechazar a aquellos que no se adaptan a los cánones “normales” de belleza y ritmo de vida.

El asesoramiento de la paciente ostomizada es imprescindible, ya que comienzan una nueva experiencia y un cambio en su estilo de vida. Es necesario ayudarlas mediante cuidados de enfermería especializada en ostomías, soporte psicológico y actividades educativas para que hagan más llevadera su forma de vivir y lleguen a ser autónomas en sus cuidados.

Figura 1



4.2 ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS QUE PUEDEN CONDICIONAR UN ESTOMA

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS BENIGNAS

Endometriosis

La endometriosis se caracteriza por la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad endometrial (imagen 1). Los síntomas más frecuentes son dolor, sangrado y esterilidad. El dolor puede llegar a ser muy severo, continuo y crónico. El tratamiento de primera línea es médico y hormonal. Sin embargo, hay muchos casos que precisan una ileostomía provisional porque puede estar afectado el aparato digestivo (recto, recto-sigma e íleon terminal). La duración hasta la reconstrucción puede ser de entre 6 y 8 semanas. Las pacientes lo toleran bien, dado que el dolor que sufrían por la enfermedad mejora de forma llamativa tras la intervención, por lo que el grado de satisfacción es medio-alto.

Imagen 1. Paciente con endometriosis con colostomía tras resección ileocecal y rectal



Fuente: A. López Carrasco.

Enfermedad inflamatoria pélvica

Se trata de una infección del aparato genital interno femenino causada por bacterias procedentes de la vagina o del cuello del útero que ascienden hasta el útero, trompas y ovarios. La mayoría de las infecciones cursan con dolor abdominal y fiebre, pero en algunos casos se puede complicar con formación de abscesos (colección de

pus) o incluso una peritonitis crónica. El tratamiento de primera línea es antibiótico, pero si persiste puede llegar a realizarse un estoma.

Miomas

Los miomas son tumores benignos que derivan del músculo del útero. La cirugía del mioma, en ocasiones, puede ser complicada, sobre todo si se trata de miomas grandes que distorsionan la anatomía de la pelvis o en caso de cuadros adherenciales, pudiendo, en ocasiones, ser necesaria la formación de una ostomía temporal.

Cirugías previas y cirugía repetida

En aquellas pacientes que presentan cirugías previas de la pelvis, si de nuevo tienen que ser intervenidas por cualquier otro motivo, las dificultades son mayores debido al importante síndrome adherencial por las intervenciones anteriores, pudiéndose dar en algunos casos cuadros de obstrucción abdominal que precisan un estoma.

ENFERMEDADES GINECOLÓGICAS MALIGNAS

Los tumores ginecológicos que pueden conllevar la realización de una ostomía son, en general, tumores de cuello de útero, cuerpo uterino, sarcomas, tumores de ovario, tumores de vulva y/o tumores de vagina (imagen 2).

Imagen 2. Pacientes con ostomía urológica y colostomía tras exenteración pélvica total por recidiva de cáncer de cérvix



Fuente: A. López Carrasco y P. de la Quintana Jiménez.

La mayoría de las ostomías que se realizan pueden eliminar en bloque todos los órganos pélvicos con función potencialmente curativa. En ocasiones se extirpa también el tracto urinario distal (uréteres, vejiga y uretra) y el ano-recto. Las ostomías pueden ser digestivas (colostomía o ileostomía) o urinarias (urostomía), y pueden tratarse de ostomías temporales (realizándose la reconstrucción unos meses tras la cirugía) o definitivas.

4.3 COMPLICACIONES EN LA ESFERA GINECOLÓGICA DE LOS ESTOMAS

COMPLICACIONES EN RELACIÓN CON LA GESTACIÓN Y EL PARTO

Una mujer gestante con una ostomía debe ser atendida por profesionales con experiencia en el manejo de esta situación.

En relación con la capacidad de concepción, hay que tener en cuenta como condicionante principal, además de los factores que intervienen en la fertilidad en cualquier mujer, la presencia de una enfermedad o situación por la que se ha precisado la realización del estoma.

Los diagnósticos más frecuentes en mujeres fértiles son la enfermedad inflamatoria intestinal, malformaciones congénitas y procesos oncológicos. Es poco frecuente que una enfermedad ginecológica benigna sea condicionante de una ostomía permanente, pero, como se ha indicado anteriormente, puede ocasionar la necesidad de realizar una ileostomía o una colostomía. Las pacientes portadoras de ostomía, según distintos estudios, pueden esperar un embarazo, parto y puerperio dentro de la normalidad. Solo debe tenerse en cuenta que durante la gestación se produce un incremento significativo del tamaño del estoma, que vuelve a la normalidad en el periodo puerperal, por lo que es recomendable ponerse en contacto con su estomaterapeuta para los cuidados y recomendaciones oportunas.

PUNTOS A VIGILAR Y MEDIDAS ESPECIALES EN GESTANTE CON OSTOMÍA

Riesgo de descontrol hidroelectrolítico

La paciente ostomizada tiene una pérdida de agua a través del estoma que puede ser tres o cuatro veces superior a la de un colon intacto. Esto significa que, en situaciones de aumento de pérdidas, como son la diarrea o los vómitos, estas pacientes están expuestas a un alto riesgo de deshidratación. En el primer trimestre de la gestación es alta la frecuencia con la que se presentan náuseas y vómitos, por lo que debemos prevenirlos en la medida de lo posible asegurando **la adecuada hidratación**. Podemos prevenir las náuseas y los vómitos en el embarazo evitando la exposición a olores fuertes, sobre todo los relacionados con los alimentos, ingerir pequeñas raciones con mayor frecuencia y evitar los alimentos excesivamente fríos o calientes, muy condimentados y ricos en grasa. Se recomienda una hidratación frecuente en pequeñas cantidades, sobre todo en periodos entre ingestas.

Respecto a la nutrición

Una paciente ostomizada deberá realizar una dieta variada, completa y adecuada a la gestación, información que su obstetra proporcionará teniendo en cuenta ciertos aspectos en relación tanto con la presencia de la ostomía como con la enfermedad que haya sido causante de la misma.

En relación con la gestación, es especialmente importante aumentar el necesario suplemento de ácido fólico en estas pacientes. Además, es importante el control de la formación de gas, recomendándose evitar las bebidas y alimentos carbonatados. Se recomienda evitar el estreñimiento, siendo un síntoma muy frecuente en el tercer trimestre de la gestación. No se debe olvidar que también puede ser un signo de obstrucción. Para evitar el estreñimiento es recomendable incrementar la ingesta de líquido, realizar ejercicio adecuado a la gestación, desarrollar un hábito intestinal regular y, si es necesario, utilizar laxantes suaves.

Implicación en el autocuidado del estoma

Durante la gestación es frecuente observar cambios en la ostomía, que suele lateralizarse y sufrir cambios en el tamaño (más grande). La paciente será responsable del autocuidado del estoma (ver epígrafe 6.5), así como de su higiene, cambio del tipo de dispositivo o adhesivos, cuidado de la piel, que puede sufrir las consecuencias tanto de los cambios gestacionales como de los escapes secundarios a un dispositivo inadecuado. Se recomienda ser valorada por su estomaterapeuta.

Atención a los signos de posibles complicaciones del estoma

Se debe estar atento para asegurar su temprana valoración por el/la especialista en los cuidados del estoma y el cirujano/a, por si fuera necesario realizar una intervención (ver epígrafe 2.3).

Respecto a los aspectos psicológicos

El embarazo conlleva, por lo general, grandes implicaciones emocionales y, a pesar de que cada embarazada vivirá una experiencia individual, ciertos cambios físicos y emocionales son comunes. Es frecuente encontrar síntomas de ansiedad que están relacionados con su personalidad, experiencias previas, condiciones sociales, económicas y de salud. Esta ansiedad puede paliarse con una información adecuada y, en algunos casos, con apoyo psicológico tanto en las gestantes sin patología como en pacientes ostomizadas. En la encuesta realizada por Van Horn, las pacientes constatan que “se sintieron solas” para afrontar su gestación y sin literatura disponible para informarse. También les preocupaba especialmente no conocer a otras mujeres con esa experiencia, por lo que consideramos que sería valioso para ellas poder contactar con mujeres que han gestado portando una ostomía.

Respecto a la vía del parto

Se recomienda, en la medida de lo posible, el parto vaginal, y solo se realizaría cesárea por indicación obstétrica, dado que la mayoría de las pacientes pueden tener un trabajo de parto normal y una finalización de la gestación por vía vaginal sin complicaciones especiales secundarias a la ostomía.

Imagen 3. Gestante portadora de ileostomía permanente y uretrostomía umbilical a través de la cual realiza vaciamiento de neovejiga mediante sondajes intermitentes



Fuente: A. López Carrasco.

RECOMENDACIONES PARA LA PACIENTE GESTANTE PORTADORA DE OSTOMÍA

1. Una gestación en una paciente portadora de una ostomía debe ser considerada una gestación de alto riesgo y, por tanto, su seguimiento debe realizarse en una Consulta de Obstetricia de alto riesgo.
2. Durante la gestación se producen una serie de cambios fisiológicos que podrían afectar al correcto funcionamiento de la ostomía. La paciente deberá estar informada sobre estos cambios y sus consecuencias, y entrenada para afrontar las posibles complicaciones, así como sobre cuándo y dónde consultar sobre ellas. La más evidente es el crecimiento uterino, una tendencia al edema que podría afectar a la ostomía.
3. Los cambios en el sistema urinario hacen mayor la probabilidad de infección de orina, por lo que en estas pacientes se realizarán análisis de la orina con mayor frecuencia.
4. También se suelen producir cambios cutáneos que pueden resultar ser un problema con los adhesivos de las bolsas.
5. En el aparato digestivo pueden aparecer varios trastornos, como son: náuseas, vómitos, malestar a primeras horas de la mañana, pirosis, estreñimiento, hemorroides, etc.

4.4 ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN SEXUAL Y LA REPRODUCCIÓN

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad que es complejo y multifactorial y tiene impacto sobre la calidad de vida de las personas. La disfunción sexual se caracteriza por un deterioro persistente en el patrón normal de respuesta sexual que puede desencadenar un estado de ansiedad o angustia. Se trata de un problema frecuente que puede llegar a afectar a un tercio de los hombres y a casi la mitad de las mujeres entre 18 y 59 años.

A pesar de que una ostomía de eliminación como tal no es un problema de salud, sino una medida terapéutica ante el mismo, su realización afecta inevitablemente de forma importante a la vida diaria de la persona y también a la sexualidad. Por otro lado, la propia cirugía y los tratamientos con radioterapia y quimioterapia afectan a la pelvis y se han convertido en una causa de disfunción sexual tanto en el hombre como en la mujer en relación con la alteración de la imagen corporal y de la anatomía de los genitales (sobre todo estenosis vaginales por radioterapia causantes de dispareunia), y también con el daño nervioso causante de disminución de la sensibilidad clitoriana y de la lubricación vaginal.

Dentro de las alteraciones de la sexualidad que se dan en personas con ostomías de eliminación, se suman, a las que se producen en la población general, otras que son consecuencia del impacto psicológico y de la autopercepción que causa la ostomía en las pacientes. Frecuentemente, las pacientes presentan, en relación con la cirugía de la ostomía, una serie de reacciones, como vergüenza, pena, miedo al dolor, a los escapes, al olor o rechazo a estar desnuda, sumadas a síntomas depresivos que pueden interferir con su capacidad de practicar y disfrutar del sexo. En la *Guía de Intimidad, Sexualidad y una Ostomía* (<https://fowusa.org/education/sexuality-spanish.pdf>) se pueden encontrar mitos y verdades en relación con la sexualidad en pacientes ostomizadas, así como algunos consejos para superar las dificultades que puede ofrecer esta situación a algunas personas.

En cualquier caso, el consejo y la ayuda por parte de expertos tanto en el cuidado del estoma como en sexualidad deben estar al alcance de todo paciente con una ostomía.



Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

CAPÍTULO 5. PEDIATRÍA Y CIRUGÍA

*Leopoldo Martínez Martínez, Alejandra Vilanova
Sánchez, Carlos de la Torre Ramos, Ane Miren
Andrés Moreno, Yumana Awad Parada
y Lorena Crespo Santos*

5.1 INTRODUCCIÓN

Los estomas en la edad pediátrica constituyen una patología muy infrecuente y su manejo requiere de una especialización por parte tanto del equipo médico quirúrgico como del de enfermería y del resto de profesionales sanitarios que cuidan al paciente. Además, suponen una carga de estrés emocional muy importante para los padres o cuidadores, mayor cuanto más edad tienen los pacientes. La infancia es una etapa particularmente complicada en la que pueden ocurrir problemas sociales y personales graves relacionados con la presencia de un estoma.

5.2 ENFERMEDADES QUE REQUIEREN UN ESTOMA DIGESTIVO O UROLÓGICO

ENFERMEDADES DIGESTIVAS

Atresia intestinal

Es una malformación congénita consistente en la estenosis o ausencia de un tramo del tubo digestivo (imagen 1). Suele ser un estoma “en cañón de escopeta”, con los cabos proximal y distal abocados juntos al exterior, donde no importa que pase algo de contenido fecal al cabo distal, de forma que el cierre futuro de la ileostomía sea lo más sencillo posible desde el punto de vista técnico. Como todos los estomas en el periodo neonatal, el principal inconveniente es la abundancia de las pérdidas.

Imagen 1. Colostomía en cañón de escopeta en paciente recién nacido



Fuente: A. Vilanova Sánchez.

Atresia anorrectal

Es una malformación anorrectal y consiste en la ausencia de la última porción del recto, de forma que el recién nacido presenta ausencia de orificio anal. Su particularidad es que es un estoma de cabos separados, en los que el cabo proximal y el distal necesitan un espacio cutáneo suficiente para permitir que la bolsa solo cubra el proximal (imagen 2). El distal se usará con fines diagnósticos a partir de los 2-3 meses de vida.

Imagen 2. Sigmoidostomía de cabos separados en paciente con malformación anorrectal



Fuente: A. Vilanova Sánchez.

Enfermedad de Hirschsprung

Se trata de una enfermedad hereditaria que cursa con un colon dilatado o megacolon. Aunque la mayoría de los casos se pueden manejar con sondaje rectal y enemas hasta la corrección quirúrgica definitiva, los más largos requieren un estoma a nivel del íleon temporal (imagen 3).

Imagen 3. Ileostomía terminal en paciente con Enfermedad de Hirschsprung con afectación colónica total. En este paciente se realizará un descenso ileoanal cuando alcance la edad adecuada



Fuente: los autores.

Enterocolitis necrosante

La enterocolitis necrosante es la urgencia quirúrgica gastrointestinal adquirida más común, y en especial en recién nacidos muy prematuros de bajo peso (imagen 4). Es, por tanto, una de las indicaciones más frecuentes de estomas pediátricos.

Imagen 4. Yeyunostomía proximal en paciente con intestino corto secundario a enterocolitis necrotizante extensa. Nótese la gran afectación peristomal de la piel secundario a alto débito de heces ácidas



Fuente: A. Vilanova Sánchez.

Enfermedad inflamatoria intestinal

En países occidentales vemos cada vez con más frecuencia niños con enfermedad inflamatoria intestinal, ya sea enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, así como colitis indeterminadas con

carácter autoinmune, en las que a veces es necesario realizar un estoma. Es importante saber que son niños con mucha medicación que puede interferir en la cicatrización, tanto de los estomas como de la herida quirúrgica (imagen 5).

Imagen 5



Fuente: Y. Awad Parada y L. Crespo Santos.

ALGUNAS ENFERMEDADES URINARIAS

Extrofia vesical

La vejiga se encuentra expuesta en la pared abdominal, abierta y habitualmente prolapsada, con la salida ureteral visible, el cuello vesical abierto y las dos ramas púbicas separadas. Su cierre suele hacerse de forma precoz con el fin de que el niño pueda controlar la orina. No es una indicación frecuente de derivación urinaria alta, pero sí de vesicostomía (imagen 6).

Imagen 6. Vesicostomía



Fuente: los autores.

Estenosis pieloureteral

La estrechez de la unión pieloureteral es causa de dilatación pélvica y puede condicionar la pérdida funcional del riñón afectado. En muy raros casos requiere la creación de una derivación tipo ureteropielostomía o nefrostomía antes de su corrección definitiva.

5.3 APOYO EDUCATIVO Y EMOCIONAL AL NIÑO, PADRES O CUIDADORES

La enfermedad de un niño es un factor potencial que puede llegar a perturbar el funcionamiento familiar, y este, a su vez, determinará la reacción de un niño ante la enfermedad.

Existen una serie de factores que influyen en la adaptación del niño, como son: la edad, el tipo de enfermedad (que la ostomía sea temporal o permanente), los apoyos afectivos (familia, amigos), el carácter del niño, el ambiente de hospitalización y la actitud del personal asistencial, entre otros.

Las enfermedades que requieren hospitalización representan algo extraño y desconocido, provocando tanto al niño como a su familia una amenaza, una ruptura con el equilibrio de su vida diaria, produciendo una gran ansiedad. De la capacidad adaptativa del niño y de la familia, así como de la naturaleza, duración y gravedad de la enfermedad, va a depender que se recobre ese estado de equilibrio.

Las reacciones de la familia son varias y complejas, mezclándose emocionalmente aspectos positivos y negativos: pena, temor al sufrimiento, temor al futuro, agresividad, impotencia, culpabilidad, ambivalencia, depresión, ansiedad... El cuidador principal puede llegar a enfermar o sufrir sentimientos de abandono del enfermo. Los hermanos pueden experimentar sentimientos de culpa, sentimientos de por qué no son ellos los enfermos o temer el abandono de sus padres (se sienten desplazados por prestarles menos atención), pueden tener trastornos del comportamiento o síntomas físicos que requieran consulta médica.

Las respuestas de las familias dependerán de varios factores: culturales, creencias, estatus socioeconómico, experiencias previas... La importancia que la familia dé a la enfermedad y el control que tenga sobre ella condicionará el ajuste emocional ante la situación. La enfermedad de un niño ha de ser considerada como un problema no solo médico, sino familiar y social, por lo que los padres han de desarrollar distintas competencias y contar con los sistemas públicos de apoyo (sanitarios, educativos y asistencia social) y con los que ofrece la sociedad civil (asociaciones, instituciones privadas, etc.). Se debe conseguir que la familia sea capaz de gestionar y realizar los cuidados del niño. Las familias desde el principio deben estar implicadas en los cuidados del niño, compartiendo responsabilidades con los profesionales, ya que sintiéndose parte activa en el cuidado del niño, en el momento del alta sentirán mayor control y seguridad en el manejo de la situación, lo cual permite que el niño tenga una mejor calidad de vida: evita los reingresos hospitalarios, normaliza las relaciones sociales y favorece la integración social y escolar.

Los cuidadores principales también precisarán mayor apoyo para evitar el desgaste y, por tanto, deben contar con periodos de descanso, ya que la calidad del cuidado va a depender en gran medida de esto. Hay que lograr que los niños se integren cuanto antes a una vida lo más normal posible y lograr que entre los niños sanos y los enfermos haya las menores diferencias posibles. En suma, intentar vivir con naturalidad la enfermedad.

5.4 ¿QUÉ CUIDADOS SE REQUIEREN EN LAS COMPLICACIONES DE LOS ESTOMAS?

Si bien es cierto que la mayoría de las veces la experiencia quirúrgica del paciente pediátrico se debe a situaciones de urgencia o traumatismo, con menor frecuencia puede ser fruto de una decisión electiva y planificada previamente. La respuesta del niño, además de depender de su edad, dependerá de la preparación física y psicológica que haya recibido.

Los padres/familia deben conocer el material básico para los cuidados del estoma, los dispositivos colectores y la información de posibles complicaciones.

La familia es el pilar del soporte psicológico del niño, y el estado anímico de los padres se verá reflejado en el niño. El hecho de tener unos padres preparados, cooperadores y tranquilos supondrá un beneficio para la familia, su entorno y, por supuesto, para el niño.

Se exponen a continuación las complicaciones tardías más frecuentes de las ostomías en la edad pediátrica.

CUIDADOS DE LAS COMPLICACIONES TARDÍAS

La higiene y la limpieza de la mucosa del estoma y piel periestomal se realizan con agua templada y/o suero salino, evitando dejar restos de excreciones y/o fluidos alrededor. No se debe utilizar alcohol, colonia o antisépticos. Como norma general, la piel se seca con gasa o celulosa, sin frotar y se protege con pasta al agua, resinas, etc., y se emplea una bolsa adecuada que no interfiera con la herida quirúrgica. Previamente a todo este proceso es necesario lavarse las manos antes y después de realizar el procedimiento.

Los cuidados en las complicaciones tardías se tratan igual que en el adulto (ver epígrafe de complicaciones en adultos), teniendo en cuenta que la piel del niño es mucho más frágil y, por tanto, es muy importante protegerla evitando que las heces y la orina se pongan en contacto con la misma.

Solo haremos referencia a algunas complicaciones, y se tendrá en cuenta que las alteraciones de la piel periestomal están relacionadas con:

- Estomas planos.
- Recorte de la lámina inapropiado.
- Presión excesiva del dispositivo sobre la piel.
- Tracción excesiva al retirar el adhesivo y/o cambio frecuente.
- Infecciones.
- Alergias.

CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DE LA PIEL PERIESTOMAL

En primer lugar, es necesario identificar la causa para más tarde tratar el problema. Según el tipo de dermatitis, se pueden clasificar en:

- Irritativas.
- Mecánicas.
- Infecciosas.
- Alérgicas y/o inmunológicas.
- Relacionadas con enfermedades.

Dermatitis de contacto irritativa

Producidas por secreciones, mal recorte, sustancias irritativas. Utilizar jabón neutro. No utilizar toallitas de bebé, contienen alcohol y sustancias emolientes que dificultan la adhesión de los dispositivos. Realizar adecuado recorte del disco adhesivo, utilizar crema barrera o placas autoadhesivas bajo el disco (imagen 8).

Imagen 8. Irritación periestomal en lactante portador de ileostomía secundario a un mal pegado de la bolsa



Fuente: Y. Awad Parada y L. Crespo Santos.

En los pacientes urostomizados se pueden utilizar unas gotitas de vinagre en el agua de lavado para evitar los cristales de fosfatos que se pueden formar alrededor del estoma.

Dermatitis mecánica

Causada por cambios frecuentes y traumáticos del dispositivo. A veces es muy grave y obliga a cambiar la ostomía de lugar.

La retirada del dispositivo ha de ser suave, tratar la irritación, utilizar cremas barrera y/o polvos, placas autoadhesivas, protector cutáneo, dispositivos de dos o tres piezas.

Dermatitis micótica o infecciosa

Causada por falta de higiene o erosiones continuas de la piel (imagen 9). Realizar higiene adecuada, cambio de disco/lámina cada 2-3 días, dispositivos de dos piezas, accesorios para favorecer la sujeción del disco. Requiere tratamiento farmacológico.

Imagen 9



Fuente: los autores.

Dermatitis de contacto alérgica

Producida por sensibilización a algún componente del dispositivo colector, por el uso de antisépticos, esparadrapos, etc.

Se pueden utilizar corticoides tópicos (bajo prescripción médica). Utilizar dispositivos adecuados, placas autoadhesivas, etc.

PROBLEMAS CON LA MUCOSA DEL ESTOMA

Retracción/estenosis

Producida por aumento de peso, tipo de intervención, estrechamiento del cuello del estoma, tensión excesiva de la zona abocada (imagen 10). A veces se suele colocar un dispositivo convexo que evite fugas, junto a resinas moldeables.

Se recomienda el aprendizaje de dilataciones con sonda o dilataores e irrigaciones con suero salino fisiológico (SSF).

Imagen 10. Estenosis de ileostomía 6 meses después de la creación de la misma. Este tipo de estenosis ha de ser tratada quirúrgicamente



Fuente: Y. Awad Parada y L. Crespo Santos.

Granuloma

Producido por suturas, fístula, contacto de la mucosa con el dispositivo (imagen 11). Se recomienda vigilar las suturas y retirarlas cuando sea necesario.

Aplicar nitrato de plata, si procede, adecuar el recorte del disco al estoma y utilizar cremas barrera o resina moldeable.

Imagen 11



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.

Prolapso

Producido por la salida al exterior de una porción de la mucosa del estoma más grande de lo habitual (imagen 12). Se da por aumento de la presión abdominal (llanto, tos...).

Debe realizarse el aprendizaje de reducción manual. Utilizar crema barrera sobre la piel periestomal, gasas vaselinizadas cubriendo y envolviendo el estoma y gasas para absorber el efluente. Puede requerir reintervención quirúrgica.

Imagen 12



Fuente: Y. Awad Parada y L. Crespo Santos.

Los recursos materiales y accesorios que se van a utilizar en Pediatría con o sin complicaciones son de una o dos piezas de tamaño menor al de los adultos, normalmente son abiertos o con válvula de vaciado, y los accesorios son los mismos: polvos, pasta y aros de resina, etc. (imagen 13).

Recuerde consultar siempre con su estomaterapeuta de referencia.

Imagen 13



Fuente: P. de la Quintana Jiménez.





Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

CAPÍTULO 6. APARATO RESPIRATORIO Y CIRUGÍA

Concepción Partida González, Elena Corpa Rodríguez, Baltasar Liebert Álvarez y Francisco Peñato Luengo

6.1 INTRODUCCIÓN

La traqueostomía fue una de las primeras intervenciones que se realizaron en la Antigüedad. Al no estar exenta de complicaciones, inicialmente se usaba de forma esporádica para liberar obstrucciones de la vía aérea.

6.2 ENFERMEDADES O CAUSAS QUE CONDICIONAN LA ELABORACIÓN DE UNA OSTOMÍA RESPIRATORIA

- Obstrucción de la vía aérea superior.
- Necesidad de soporte ventilatorio prolongado o permanente por distintas causas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), neumonías, distrés respiratorio, tras traumatismos...
- Protección de la vía aérea durante algún proceso de cicatrización tras corrección de enfermedad compleja traqueal o laringotraqueal.

TRAQUEOSTOMÍA

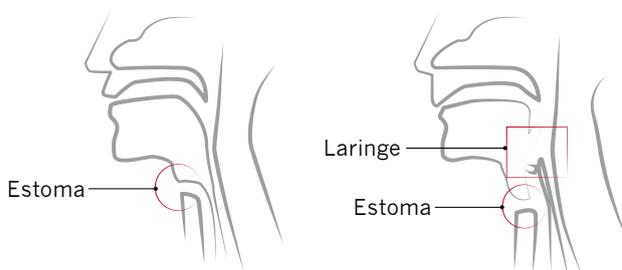
Orificio a nivel del cuello donde se conecta la tráquea de forma directa a la piel. Esto permite que el aire entre en los pulmones cuando la laringe o boca/nariz no permiten el aire por cualquier enfermedad o cirugía realizada (por ejemplo: laringectomías totales).

TRAQUEOTOMÍA

Orificio a nivel del cuello a través del que se crea una conexión con la tráquea. La vía aérea superior se encuentra en buen estado, pero el paciente puede necesitar un aporte extra de oxígeno directo o manejar mal las secreciones, etc.

Es importante conocer la diferencia entre ambas porque los cuidados cambian en función de si tenemos la tráquea conectada directamente a la piel o es una conexión con la vía aérea superior permeable (figura 1).

Figura 1



6.3 COMPLICACIONES EN PORTADORES CRÓNICOS DE TRAQUEOSTOMÍA

SECUNDARIAS AL CUIDADO DEL ESTOMA

Son aquellas producidas a nivel cutáneo por acúmulo de secreciones, humedad a nivel del estoma o apoyo excesivo de la cánula. Las más comunes son celulitis cervical, abscesos y úlceras de decúbito de la cánula.

SECUNDARIAS AL CUIDADO DE LA CÁNULA

Son aquellas producidas por mala higiene o mal uso del propio dispositivo de soporte del traqueostoma.

6.4 CUIDADOS Y RECOMENDACIONES GENERALES

La piel y el estoma deben mantenerse siempre secos y limpios con ayuda de una gasa y de dentro hacia afuera.

CAMBIOS DE CÁNULA

Traqueostomía

- Retirar la cánula diariamente y limpiarla con agua tibia y con desinfectante, incluso con cepillo si se precisa.
- Colocar la cánula mirándose directamente a un espejo, para evitar lesionar la mucosa del estoma y colocar la cinta de sujeción.
- Disponer de una cánula de recambio si hay algún problema con la cánula que porta.

Traqueotomía

- No retirar nunca la cánula completa. Retirar el macho sujetando la base de la cánula con una mano y con la dominante extraer la cánula interna. Limpiar con agua tibia y desinfectante, incluso con cepillo si se precisa (el cambio de cánula completa debe hacerse cada 3 meses y por un médico especializado).
- No retirar las cintas de sujeción en ningún momento mientras se limpia el macho. En el caso de necesitar cambiar la cinta, hacerlo con la cánula con todos los componentes puestos.
- Disponer de una cánula adicional de un número menor al portado por, si ocurre una decanulación accidental, conseguir canalizar la tráquea de forma rápida y con menos probabilidad de crear una falsa vía.

La limpieza debe hacerse diariamente y aumentar el número de veces al día en función de la cantidad de secreciones.

Las cánulas deterioradas deben ser desechadas y comunicarlo a sus médicos para que las recambien.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Utilizar un pañuelo (no bufandas de lana o de tejidos que desprendan pelusas, hilos, etc.) a modo de filtro y calentador del aire, sobre todo en épocas secas.
- Utilizar ropa suelta, al menos a nivel cervical, para evitar obstrucciones de la cánula.
- Mantener una correcta higiene bucal y nasal.
- Cuando tosa, el aire saldrá a través del traqueostoma, por tanto, póngase un pañuelo en el propio estoma sin ocluirlo por completo.
- Durante la ducha evite la entrada de agua directa o jabón y no sumergir el cuerpo por completo.
- Las cintas de sujeción siempre deben estar ajustadas de forma que no se movilece la cánula, pero sin apretar la piel del cuello.
- No usar espuma de afeitar o poner colonia cerca del estoma, para evitar irritaciones de este. Para el afeitado se recomienda utilizar máquinas eléctricas.
- Evite dormir boca abajo, porque aumenta el riesgo de obstrucción de la cánula.

Las personas que portan una traqueostomía, es decir, la tráquea directamente conectada con la piel, es muy importante que eviten la obstrucción de la cánula porque pueden presentar severas dificultades para respirar, ya que es el único acceso a los pulmones.

Cuándo ir a Urgencias

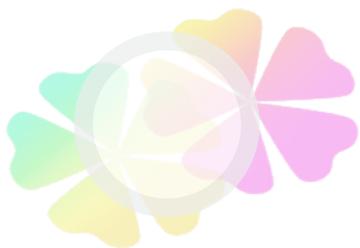
- Imposibilidad de respirar normal.
- Hemorragia en el estoma o tráquea.
- Aspiración de cuerpo extraño.
- Irritación o supuración en el estoma.
- Salida accidental de la cánula o cualquier problema con la correcta colocación de la cánula.

6.5 TIPOS DE CÁNULAS

Existen cánulas de distintos materiales: de plata, de silicona o PVC, etc. Están compuestas de dos partes, una externa y otra interna, con o sin balón (imagen 2). Tienen un diámetro determinado, pueden ser largas o cortas y fenestradas o no. Existen otro tipo de cánulas, que son fonatorias y que sirven para la voz.

Imagen 2





CAPÍTULO 7. ONCOLOGÍA MÉDICA

*Lorena Ostios García, Jesús Miranda Poma,
Darío Sánchez Cabrera, Ismael Ghanem Cañete
y Nuria Rodríguez Salas*

7.1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo nos ocuparemos de abordar las principales características del paciente oncológico ostomizado. Hablaremos no solo del uso de la quimioterapia, sino de las complicaciones que puedan aparecer en pacientes oncológicos portadores de una ostomía.

7.2 ¿QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

La quimioterapia se entiende como el tratamiento con distintos fármacos denominados quimioterápicos que destruyen las células cancerígenas de la enfermedad.

La principal causa de requerir una ostomía (colostomía o ileostomía) es el cáncer colorrectal (CCR). Según la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), el CCR es la tercera causa de cáncer en hombres y la segunda en mujeres. Los tumores malignos, como el CCR, están originados por células con múltiples mutaciones que han modificado su capacidad de división habitual y les confieren la propiedad de dividirse descontroladamente, pudiendo invadir y afectar a órganos vecinos o a distancia (metástasis).

El tratamiento de la enfermedad localizada tiene como pilar principal la cirugía. Muchos de estos pacientes serán candidatos a recibir quimioterapia para reducir el riesgo de una nueva aparición de la enfermedad o como tratamiento de la enfermedad en caso de que esta llegara a afectar a otros órganos. El tratamiento tras una cirugía del tumor suele iniciarse entre las 4 y 6 semanas de la misma.

Actualmente se disponen de diferentes tratamientos médicos cuyo objetivo es parar el ciclo de vida de las células malas y provocar su destrucción. Estos tratamientos, en ocasiones, también pueden afectar a células sanas, especialmente aquellas cuya capacidad de regeneración es mayor, como las presentes en mucosas, piel, hígado o cuero cabelludo. De ahí los efectos secundarios habitualmente asociados a la quimioterapia.

Algunos de los estudios disponibles hasta el momento parecen indicar que los pacientes con ileostomías que reciben quimioterapia presentan un mayor número de complicaciones que aquellos con colostomías en las mismas condiciones.

Por otro lado, es conocido que los diferentes agentes de quimioterapia clásica pueden ocasionar efectos adversos, como diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos y pérdida del apetito, cansancio, etc., que de alguna forma implican cambios en el cuidado del paciente ostomizado y disminución en la calidad de vida. Estos factores podrían condicionar la adhesión al tratamiento y el éxito del mismo.

7.3 ABSORCIÓN DE FÁRMACOS EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Para que un fármaco administrado por vía oral llegue al torrente sanguíneo, primero debe sufrir un proceso de absorción a nivel digestivo. El intestino, dada sus características anatomofisiológicas, constituye el órgano principal para la absorción. Una buena parte de estos fármacos se absorben a lo largo del intestino delgado, concretamente en el íleon. Por ello, resecciones amplias de intestino delgado pueden afectar a la absorción oral de algunos medicamentos. A veces, la existencia de una ileostomía puede ocasionar un aumento del tránsito intestinal, disminuyendo el tiempo de disolución y la absorción del fármaco. La aparición de cápsulas o restos de comprimidos en la bolsa colectora de una ostomía puede ser una señal de absorción incompleta. Por este motivo, en pacientes ileostomizados se aconseja la utilización de formulacio-

nes líquidas (soluciones, jarabes, suspensiones) o formas sólidas de liberación rápida, evitando la liberación retardada.

Los pacientes sometidos a colostomías mantienen el proceso absorptivo sin muchas alteraciones; sin embargo, aquellos con resecciones del colon ascendente o transversal y, en especial, del intestino delgado, pueden presentar también problemas de absorción.

7.4 CAMBIOS EN LAS DEPOSICIONES ASOCIADOS AL USO DE FÁRMACOS

Habitualmente, las heces de pacientes colostomizados presentan consistencia sólida o pastosa, mientras que las deposiciones de pacientes ileostomizados se caracterizan por ser líquidas o semilíquidas. Es importante mencionar el alto contenido en iones que contiene este efluente: sodio, potasio, cloro, magnesio o calcio, que son eliminados junto con el contenido fecal en las ileostomías. Existen numerosos medicamentos que producen cambios en la motilidad intestinal, bien en base a su mecanismo fundamental de acción (laxantes, antidiarreicos, estimulantes del ritmo intestinal), bien como efecto colateral o secundario (antiácidos, antidepresivos, antihistamínicos, analgésicos opioides).

ESTREÑIMIENTO

Condicionante de la calidad de vida en pacientes colostomizados, puede ser inducido por diversos medicamentos de uso habitual en pacientes con cáncer, como son: derivados opioides mayores, anticolinérgicos (buscapina), antidepresivos, antihistamínicos (polaramine), antieméticos (polaramine), entre otros.

DIARREA

Especialmente importante en pacientes ileostomizados, donde el volumen de las heces suele ser entre 500 y 1.000 ml diarios, de consistencia líquida o pastosa; se considera que padecen diarrea cuando la excreción es mayor a 1.000 ml. Este cuadro puede llevar a la deshidratación y eliminación de sodio en exceso, y en

casos severos se acompaña de síntomas como mareos, náuseas o espasmos musculares y disminución del pH en la sangre. En los casos más severos será necesario el ingreso hospitalario.

Algunos de los fármacos relacionados con la producción de diarrea son: antibióticos, colinérgicos, antihipertensivos, protectores de la mucosa gástrica, procinéticos, inmunosupresores, laxantes y la mayoría de los agentes quimioterápicos.

7.5 OTRAS COMPLICACIONES MÉDICAS EN PACIENTES OSTOMIZADOS

Es habitual que la administración de ciertos fármacos y la ingesta de determinados alimentos produzcan cambios en las características de las heces, en algunos casos también producen flatulencia.

Otros problemas que no debemos olvidar en pacientes ostomizados son el déficit de vitamina B₁₂, vitamina K y potasio, que puede acontecer debido a un proceso de malabsorción intestinal.

FLATULENCIA

Ciertos antibióticos, laxantes, procinéticos, hipolipemiantes, anti-diabéticos y alimentos, como legumbres, coliflor, cebolla o cerveza, producen una excesiva eliminación de gases, distensión abdominal y, en ocasiones, diarrea. El paciente no puede controlar la expulsión de gases, y esta tampoco guarda una relación directa con el horario de la ingesta.

En ocasiones, es recomendable cambiar el dispositivo colector de la ostomía por otro abierto que permita la salida del gas eliminado, evitando su retención en la bolsa de ostomía. De todas formas, las bolsas llevan adherido un filtro de carbón por donde habitualmente salen los gases.

CAMBIOS ORGANOLÉPTICOS

Las características organolépticas de las heces vienen dadas por el color, forma, olor, tamaño, etc. Algunos fármacos, aunque sin

implicaciones tóxicas, provocan cambios en la coloración del contenido fecal. Los posibles cambios que pueden ocurrir con diferentes medicamentos son conocidos. Es importante que los pacientes conozcan estos cambios para evitar una preocupación innecesaria (tabla 1).

Tabla 1

Fármaco	Color
Aluminio, hidróxido Colchicina	Blanquecino
Antibiótico	Gris verdoso
Derivados de bismuto	Negro verdoso
Carbón Clorpropamida Sales de hierro Hidralazina Levodopa	Negro
Cloranfenicol	Azul/negro
Ibuprofeno Indometacina Anticoagulantes Aspirina Fenilbutazona	Rosa, rojo, negro (descartar hemorragia)
Rifampizina Tetraciclinas	Rojo/naranja
Sen	Amarillo/verde

Fuente: los autores.

El olor es otra de las características que clásicamente se han asociado a un empeoramiento de la calidad de vida de estas personas. Las deposiciones en pacientes colostomizados presentan su olor típico, mientras que el contenido fecal de las ileostomías suele ser de olor ácido. Determinados alimentos pueden cambiar el olor de las deposiciones, intensificándolo, es el caso de las cebollas, las hortalizas, las especias...

Las bolsas que habitualmente se utilizan para recoger las excreciones llevan adaptado un filtro de carbón para neutralizar el mal

olor. También se pueden utilizar desodorantes que le recomendará el/la estomaterapeuta de referencia.

CARENCIA DE VITAMINAS E IONES

Ciertas vitaminas, como es el caso de la B₁₂ y la K, son absorbidas a lo largo del trayecto intestinal. La vitamina B₁₂ lo hace en el intestino delgado, a nivel del íleon terminal, y, aunque las resecciones mínimas parecen no influir, la resección de amplios segmentos del intestino delgado puede ocasionar anemia perniciosa por déficit de absorción. En estos casos será necesario estar controlado por su cirujano para su tratamiento.

Algo parecido ocurre con la vitamina K, una vitamina liposoluble que, junto con las sales biliares, es absorbida en los segmentos más distales del íleon.

La pérdida de potasio puede ser un problema en pacientes ileostomizados debido a la excesiva pérdida en las heces líquidas. En esta situación, los suplementos de potasio deben ser cuidadosamente elegidos, ya que ciertas presentaciones pueden causar diarrea o carecer de efectividad debido al tránsito acelerado en estos pacientes. Por ello, la mejor opción sería una dieta rica en alimentos con potasio.

8.1 ¿QUÉ ES LA RADIOTERAPIA? EFECTOS BENEFICIOSOS

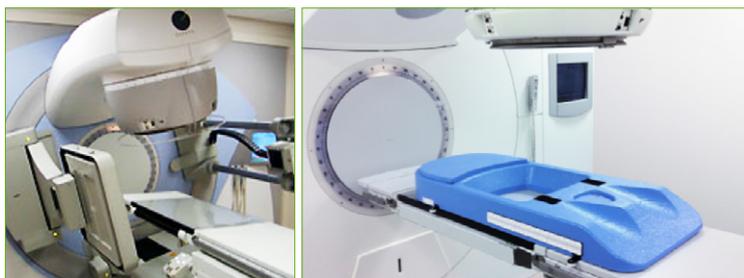
La radioterapia es un tipo de tratamiento oncológico que utiliza predominantemente las radiaciones ionizantes para eliminar las células tumorales en la parte del organismo donde se apliquen; se trata de un tratamiento local. Esta acción terapéutica, de forma más o menos evitable, también se ejerce sobre el tejido sano próximo al área tumoral, ya que la irradiación del tumor debe hacerse con un margen de seguridad alrededor del mismo.

8.2 COMPLICACIONES DE LA RADIOTERAPIA Y TRATAMIENTO (ORIENTADO A LOS ESTOMAS)

El objetivo del tratamiento radioterápico en el cáncer colorrectal es conseguir el máximo control tumoral, pero la irradiación de órganos críticos próximos va a producir la aparición de toxicidad, que puede deteriorar la calidad de vida del paciente. Suele administrarse conjuntamente con la quimioterapia.

La radiación se dirige al cáncer desde una máquina que está fuera del cuerpo, y es como hacerse una radiografía, aunque la radiación es más intensa (imagen 1). Los tratamientos de radiación pueden durar entre unos pocos días y varias semanas.

Imagen 1



Fuente: la autora.

8.3 RECOMENDACIONES Y CUIDADOS DE LOS ESTOMAS DURANTE LA RADIOTERAPIA

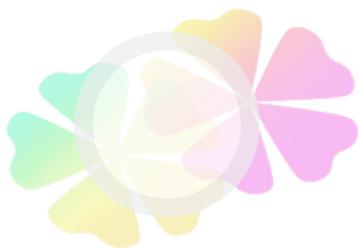
- Usar ropa interior de algodón, ya que no retiene la humedad en la zona radiada; evitar usar pantimedias, fajas o pantalones apretados, porque estos absorben la humedad y pueden irritar la piel tratada.
- La enfermera explicará los cuidados locales antes de iniciar el tratamiento radioterápico y valorará los síntomas durante el mismo (sensación de quemazón o incomodidad con el estoma, frecuencia de las heces en la bolsa). Se harán recomendaciones higiénico-dietéticas acordes a cada paciente.
- Se explicará que al finalizar la sesión de radioterapia el paciente no emana ningún tipo de radioactividad. No hay riesgos para el paciente ni para su familia, amigos, vecinos.
- Es importante conocer los medicamentos que toma y la dieta que tiene previamente al tratamiento radioterápico.
- Se explican las visitas semanales con enfermería y con el médico especialista; si lo precisara, se modificarán las visitas a otra frecuencia en función de las necesidades clínicas de cada paciente.

EFFECTOS SECUNDARIOS DE LA RADIOTERAPIA

Los posibles efectos secundarios de la radioterapia para el cáncer de colon y de recto pueden incluir:

- Irritación de la piel en el sitio donde se dirigieron los haces de radiación, y que puede ir desde enrojecimiento hasta ampollas y descamación.
- Náuseas (ver Anexo de recomendaciones nutricionales en el paciente con náuseas y vómitos).
- Irritación rectal que puede causar diarrea, evacuaciones dolorosas o sangre en las heces fecales.
- Incontinencia intestinal (fuga de heces fecales).
- Irritación de la vejiga que puede causar problemas como sensación de tener que orinar frecuentemente, ardor o dolor al orinar o sangre en la orina.
- Cansancio (agotamiento).
- Problemas sexuales (dificultades para lograr erecciones en los hombres e irritación vaginal en las mujeres).

La mayoría de los efectos secundarios deben aliviarse después de completar los tratamientos, aunque es posible que algunos problemas no desaparezcan completamente. Si usted nota cualquier efecto secundario, converse con su médico inmediatamente para que se puedan tomar medidas que reduzcan o alivien estos problemas.





Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

CAPÍTULO 9. NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

*Carmen Gómez Candela, Samara Palma Milla
y Marta Pulido Vega*

9.1 INTRODUCCIÓN

El objetivo de la nutrición es aportar nutrientes y calorías suficientes al organismo para favorecer una calidad de vida adecuada. Los nutrientes son sustancias químicas contenidas en los alimentos; estos son: hidratos de carbono, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales. Del conjunto de nutrientes que el organismo necesita, unos se aportan con la dieta, pues el organismo no puede formarlos, y se denominan “nutrientes esenciales”, y otros sí se pueden sintetizar y son los “nutrientes no esenciales”.

Ser portador de una colostomía, ileostomía o urostomía no significa que se deba seguir una dieta rigurosa. Inmediatamente después de la intervención se puede aconsejar una dieta especial; no obstante, pasado el periodo de convalecencia o recuperación, podrá volver a su dieta normal con las adaptaciones individuales precisas. Por otro lado, es importante mantener el peso corporal adecuado a cada individuo y no sobrepasarlo: “evitar la obesidad”.

Conforme se vaya recuperando, se recomienda ir introduciendo de forma gradual alimentos a su dieta, siendo prudente con aquellos que pueden producir gases, mal olor, diarrea o estreñimiento.

Diariamente, a nivel del tubo digestivo, discurren entre 8 y 9 litros procedentes de los alimentos y el agua ingerida, así como de las propias secreciones digestivas y, sin embargo, solo se eliminan por las heces entre 150 y 200 ml de agua al día. Teniendo en cuenta este hecho, la persona con ostomía va a requerir cambios concretos en la dieta, pero no un aumento de calorías: el gasto energético en estas personas es similar al de la población general.

La alimentación debe ser sana y variada, y hay que asegurar el aporte de proteínas, sobre todo después de la intervención.

Es importante que durante los primeros meses se sigan unas determinadas recomendaciones dietéticas con el fin de reducir el volumen de las heces y aumentar la consistencia de las mismas.

Hace ya más de 100 años Graves escribió: “Cuando la alimentación no es suficiente o el alimento es inadecuado o incompleto, hay predisposición a enfermar en el hombre, debido al efecto debilitante en el sistema”.

Una ostomía, como se ha venido diciendo, es el resultado de la comunicación de un órgano con la pared abdominal para dar salida a las excreciones, por lo que es fundamental garantizar un seguimiento adecuado en todo momento, desde recomendaciones dietéticas, esenciales para que el paciente mejore su calidad de vida, hasta nutrición parenteral domiciliaria en casos especiales cuando se presente un fracaso intestinal.

9.2 HIDRATACIÓN

El agua es el principal componente del cuerpo humano. Es esencial para los procesos fisiológicos de digestión, absorción y eliminación de desechos metabólicos no digeribles, y también para la estructura y función del aparato circulatorio. Actúa como medio de transporte de nutrientes y de numerosas sustancias corporales y tiene una acción directa en el mantenimiento de la temperatura corporal. Los humanos somos un 75 % de agua al nacer y cerca del 60 % en la edad adulta.

Los pacientes con pérdidas extraordinarias de líquidos (por ostomías, fístulas, vómitos o diarrea) presentan un elevado riesgo de padecer alteraciones en su estado de hidratación, lo cual puede tener una importancia cardinal. Además, un inadecuado estado de hidratación puede dar lugar a descompensación o reagudización de otras posibles enfermedades asociadas en pacientes mayores de 65 años y en diabéticos.

En una persona sana, la sed es una guía adecuada para consumir agua, pero esto no es siempre posible en niños y en personas

ancianas y enfermas. En los casos de deshidratación, los síntomas y signos iniciales incluyen: **sequedad de boca, fatiga o debilidad, irritabilidad, mareos o aturdimiento, náuseas, dolor de cabeza, estreñimiento, piel seca, orina de color amarillo oscuro o disminución franca de su volumen.**

El balance hídrico viene determinado por el equilibrio entre la ingestión de agua (agua de bebida, líquidos y agua contenida en los alimentos, que suele aportar un 20 % de todos nuestros requerimientos) y la eliminación por orina y heces, y las pérdidas a través de la piel y del aire espirado por los pulmones. En muchas ocasiones, los pacientes ostomizados pueden necesitar hacer balances hídricos para evitar la aparición de deshidratación.

Se recomienda una ingesta líquida diaria de 2-3 litros. Se podría utilizar algún registro en casa para saber la cantidad de líquido ingerido al día.

9.3 IMPACTO NUTRICIONAL EN LA PERSONA PORTADORA DE UN ESTOMA

El manejo de las ostomías plantea al equipo sanitario y al paciente un doble desafío: por un lado, manejar adecuadamente las pérdidas, y por otro, mantener un correcto estado nutricional y de hidratación.

El soporte nutricional en el paciente ostomizado que ha requerido una cirugía es un pilar fundamental, ya que contribuye a evitar la desnutrición, a disminuir las complicaciones y a mejorar la calidad de vida. Además, una adecuada intervención nutricional consigue mejorar la respuesta a todos los tratamientos, incluyendo los anti-tumorales que posteriormente pueda necesitar el paciente, y a disminuir la estancia hospitalaria. Las herramientas disponibles desde el punto de vista nutricional para conseguir estos objetivos deben instaurarse lo más precozmente posible y de forma individualizada, existiendo varias posibilidades de complejidad creciente: enriquecimiento y adaptación de la dieta, suplementos nutricionales orales, nutrición enteral y nutrición parenteral. Además, es importante tener siempre presente el abordaje y tra-

tamiento de otros posibles síntomas asociados (náuseas, vómitos, anorexia o alteraciones del gusto).

SUPLEMENTOS NUTRICIONALES ORALES

Los suplementos nutricionales orales (SNO) se definen como aquellos preparados nutricionales que complementan una ingesta oral insuficiente. Se engloban en el término de “productos dietéticos destinados a usos médicos especiales” y se caracterizan, a su vez, por haber sido elaborados para el tratamiento dietético de pacientes bajo supervisión médica y complementar a los alimentos de consumo ordinario.

En el mercado existen suplementos nutricionales con distintas presentaciones, sabores, consistencias, etc., entre los cuales el paciente puede elegir.

NUTRICIÓN ENTERAL

La nutrición enteral (NE) se define como “la nutrición administrada en el tracto gastrointestinal a través de una sonda, un catéter o un estoma distal a la cavidad bucal”. Es el método de elección para nutrir a los pacientes que no pueden utilizar la vía oral, siempre que el tracto digestivo mantenga su integridad anatómica y funcional y sea accesible mediante dispositivos tipo sonda.

NUTRICIÓN PARENTERAL

La nutrición parenteral (NP) es la técnica de alimentación que aporta los nutrientes al organismo por vía extradigestiva, a través de una vena. Se utiliza en aquellos pacientes que son incapaces de nutrirse por vía oral o por pérdida de la integridad funcional y/o anatómica. La NP aporta todos los macronutrientes (aminoácidos, hidratos de carbono y lípidos) y micronutrientes (electrolitos, vitaminas y oligoelementos) que hacen que la fórmula sea completa. Sus beneficios se derivan del reposo del tracto digestivo y de la garantía del aporte adecuado de nutrientes para mantener el estado nutricional; sin embargo, la NP no está exenta de riesgos. Al ser administrada por vía intravenosa, esta es susceptible de infectarse. Por ello, los facultativos responsables del paciente ostomizado deben realizar un seguimiento exhaustivo y estar

atentos; ante cualquier sospecha consultarán al Servicio de Nutrición del hospital, que valorará al paciente e indicará el soporte nutricional del mismo.

NUTRICIÓN ARTIFICIAL DOMICILIARIA

El desarrollo de la nutrición artificial domiciliaria (NAD) ha supuesto un gran avance, ya que permite la posibilidad de llevar más allá del ámbito hospitalario estas terapias y asegurar una calidad de vida digna a pacientes que, de otra forma, se verían obligados a sufrir las consecuencias de una severa desnutrición o ingresos indefinidos o muy prolongados. La NAD es una alternativa terapéutica asequible para aquellos pacientes con fallo oral o intestinal, que no requieran otras medidas terapéuticas del ámbito hospitalario. El tratamiento nutricional en el domicilio del paciente ostomizado requiere un enfoque multidisciplinario y coordinado entre el equipo de nutrición responsable del soporte, la familia y todos los profesionales implicados en el tratamiento. Otro aspecto esencial de la NAD es el entrenamiento del paciente o cuidador/a antes del traslado a su domicilio. El programa de entrenamiento ha de ser realizado por personal de enfermería especializado y experimentado en estos cuidados.

Por último, la naturaleza de la **enfermedad de base** que conlleva la realización de la ostomía y los posibles tratamientos complementarios, como la quimioterapia y la radioterapia, también influirán en una mejor o peor adaptación intestinal, con el riesgo de desarrollar complicaciones:

- La toxicidad gastrointestinal secundaria a los agentes quimioterápicos es común en los pacientes con cáncer. La **quimioterapia** produce distintos efectos secundarios que pueden empeorar el estado nutricional y de hidratación en el paciente portador de una ostomía, como la pérdida de apetito, náuseas y vómitos, mucositis y diarrea. Esta toxicidad digestiva puede traducirse en cambios en las características del débito de la ostomía, bien en la consistencia o en el volumen, incremento que puede favorecer el desarrollo de desnutrición y/o deshidratación. Por ello, han de ser advertidos de la necesidad de controlar las pérdidas o débito de la ostomía, así como de la puesta en marcha de las

medidas dietoterápicas y farmacológicas oportunas que permitan aumentar su consistencia y minimizar su volumen.

- La toxicidad gastrointestinal de la **radioterapia** puede ocurrir tras la irradiación. Los efectos secundarios pueden ser agudos o crónicos y variarán en función de la zona irradiada. Así, cabe esperar náuseas y vómitos cuando la zona irradiada corresponda al área gástrica y diarrea en el caso de los cánceres de colon y recto. La enteritis por radiación puede ser un riesgo para que el paciente con una ostomía desarrolle un fallo intestinal.

9.4 PROCEDIMIENTOS DIETÉTICOS EN LAS OSTOMÍAS DIGESTIVAS

Como bien se ha explicado en capítulos anteriores, la primera parte del intestino la forma el intestino delgado, cuya finalidad es la digestión de los alimentos y absorción de nutrientes. Cuando en una intervención quirúrgica se elimina parte del intestino, sus funciones pueden verse alteradas dependiendo de la zona y de la magnitud de la intervención.

Cuando es necesario reseca (extirpar) todo el colon, recto y ano, se realiza una ileostomía. El débito del estoma va a depender de su localización. En las ileostomías, al no pasar las heces hacia el colon, que es donde se absorbe la mayor parte del agua y de las sales minerales, las deposiciones van a ser líquidas, sobre todo durante las primeras 3-4 semanas, para posteriormente ser de consistencia más pastosa.

Un paciente con una ileostomía va a requerir cambios concretos en la dieta, pero no un aumento de calorías; el gasto energético en estos pacientes es similar al de la población general. La alimentación debe ser sana y variada, y hay que asegurar el aporte de proteínas, sobre todo después de la intervención.

Es importante que durante los primeros meses se sigan unas determinadas recomendaciones dietéticas con el fin de reducir el volumen de las heces y aumentar la consistencia de las mismas.

En una **colostomía**, el colon, que es una parte del intestino grueso, queda abocado a la piel y hace de “ano”. Las heces se recogen en

un dispositivo diseñado especialmente para ello. Los dispositivos modernos cuentan con filtros y materiales que neutralizan los olores, por lo que una persona ostomizada no huele mal si la bolsa está bien adaptada.

En general, la extirpación de zonas terminales del colon, de sigma o de recto no conllevan alteraciones en la absorción de nutrientes, agua o sales minerales, por lo que apenas se experimentarán cambios en la consistencia de las heces. Si se ha realizado una resección del colon más extensa (colectomía subtotal, proctocolectomía, hemicolectomía derecha), o en casos de colostomías localizadas en el colon derecho, se puede presentar diarrea, y las deposiciones serán más líquidas e irritantes. La alimentación debe ser sana y variada, incluyendo todo tipo de alimentos, asegurando el aporte de proteínas, sobre todo después de la intervención.

9.5 RECOMENDACIONES

- Ingesta de comidas frecuentes y poco copiosas, siguiendo un horario regular. Se deben repartir en 5-6 tomas al día. Hay que reducir el volumen de la cena.
- Comer despacio, masticando bien el alimento. Comer con la boca cerrada para evitar problemas de aerofagia.
- Reposar sentado hasta media hora después de las comidas principales.
- Beber, al menos, de 2 a 2,5 litros al día, en pequeñas cantidades, repartidos en unas 16 tomas de, aproximadamente, 100-125 ml cada una. La ingesta de los líquidos debe realizarse fuera de las comidas (1 hora antes o media hora después de su ingesta). Es importante ajustar la cantidad de líquido que se ingiere teniendo en cuenta la cantidad que se pierde por la ileostomía.
- Evitar el consumo de café, alcohol, zumos de frutas y bebidas carbonatadas.
- Se recomienda ingerir los alimentos a temperatura templada, ni muy fríos ni muy calientes.

- Condimentar los platos con sal, salvo contraindicación, ya que por las heces se pierden muchas sales minerales.
- Realizar cocinados sencillos (hervidos, en su jugo, plancha, vapor, horno) y evitar los fritos, rebozados, empanados y guisos.
- Inicialmente no es recomendable el uso de especias, picantes ni otro tipo de condimentos.
- La ingesta de huevos, pescados y carnes magras es libre, siempre y cuando se preparen de forma sencilla.
- Evitar los productos integrales, por su alto contenido en fibra insoluble.
- Hay alimentos que no se digieren por completo en el intestino y sus restos pueden aparecer en la bolsa de colostomía junto con las heces (aceituna, apio, lechuga, maíz, pepino, espinaca, guisante, piña, repollo, semillas de frutas, zanahoria, etc.). No se trata de eliminarlos por completo de la dieta, deben ingerirse con discreción y ser masticados completamente.
- Cuando las deposiciones sean menos abundantes y más pastosas, se pueden introducir de forma progresiva los alimentos. Hay que incorporarlos siempre de uno en uno, dejando pasar unos días entre cada nuevo alimento y observar si se modifican las características y frecuencia de las deposiciones. La tolerancia de los alimentos es individualizada, por lo que, si algún alimento es mal tolerado, hay que retirarlo e intentar introducirlo más adelante:
 - Las frutas recomendadas al principio son: plátano, pera y manzana (madura, sin piel y elaborada en forma de compota, asada o triturada), dulce de membrillo (elaboración casera).
 - Las verduras, como la zanahoria, el calabacín y la calabaza, suelen ser bien toleradas desde el principio. Se recomienda tomarlas primero cocidas y trituradas, mezcladas con patata; después, solas y trituradas; posteriormente, cocidas y enteras, y finalmente frescas. Las verduras de fibra larga (apio, espinaca, acelga, cardo, espárragos...) deben cortarse con cuchillo en pequeños trozos de 1 centímetro. Las fibras largas de estas verduras no se digieren total-

mente en el intestino y pueden formar nudos que pueden obstruir la ostomía.

- Evitar la leche y derivados con lactosa. Se puede consumir leche sin lactosa, yogures naturales, queso fresco y cuajada. Pasados 1 o 2 meses, incorporar la leche desnatada en pequeñas cantidades, posteriormente semidesnatada y finalmente entera.
- Las legumbres deben tomarse inicialmente cocidas, trituradas y pasadas por el pasapuré (hay legumbres, como las lentejas, que se pueden adquirir sin piel), después trituradas y posteriormente enteras.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR AEROFAGIA O FLATULENCIAS

- Comer despacio y masticando bien los alimentos. Cerrar bien la boca al comer.
- No masticar chicle.
- No fumar.
- Evitar alimentos que favorecen la aparición de aerofagia: legumbres (se toleran mejor trituradas y pasadas por el pasapuré), verduras (col, rábano, cebolla, brócoli, coliflor, pepino), pasas, manzana, alimentos con alto contenido en lactosa (nata, helado, leche), edulcorantes artificiales (como el sorbitol y el manitol) y alimentos con alto contenido en grasa.

RECOMENDACIONES PARA EVITAR EL MAL OLOR DE LAS HECES

- **Evitar alimentos que aumentan el mal olor de las heces:** ajo, cebolla, col, guisantes, legumbres, espárragos, alcachofas, carne de cerdo, huevos, pescado azul, frutos secos (nueces, almendras, avellanas), bebidas con gas y condimentar mucho las comidas.
- **Alimentos que reducen el mal olor de las heces:** yogur, cuajada, requesón, mantequilla (tomar solo ocasionalmente), cítricos, menta y perejil.

RECOMENDACIONES EN CASO DE ESTREÑIMIENTO

El bajo consumo de líquidos, de alimentos con fibra y la falta de ejercicio favorecen el estreñimiento.

- Ajustar el aporte de líquidos de 2-3 litros al día (si no existe contraindicación).
- Realizar ejercicio de forma habitual (favorece el movimiento del intestino). Caminar diariamente y progresivamente hasta poder llegar a realizar 1 hora por la mañana y 1 hora por la tarde.
- Realizar una dieta con mayor cantidad de alimentos ricos en fibra. Estos deben incluirse poco a poco, ya que pueden producir acúmulo de gases en el tubo digestivo:
 - Pan, cereales y arroz integral. Moderar el consumo de arroz blanco.
 - Consumir, al menos, 3-4 piezas de fruta al día, si es posible con la piel. Tomar cítricos y kiwi.
 - Tomar dos raciones de verdura al día, una de ellas en crudo.
 - Consumir legumbres 1-2 veces por semana, preparadas enteras o en puré.
 - Se pueden incluir frutos secos en pequeñas cantidades.
 - Tomar una cucharada de aceite en ayunas puede ayudar.
- No se deben tomar laxantes sin prescripción médica. Si el estreñimiento persiste, consultar con su estomaterapeuta o médico.

RECOMENDACIONES EN CASO DE DIARREA

En caso de presentar una diarrea importante, hay que asegurar la reposición de agua, glucosa y de electrolitos para evitar la deshidratación:

- Beber 2-3 litros de soluciones isotónicas (Aquarius®, Isostar®, Gatorade®...), soluciones rehidratantes de farmacia (Sueroral®, Isotonar®...) o de limonada alcalina (1 litro de agua con dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada pequeña de sal y de bicarbonato y el zumo de un limón mediano).
- Posteriormente, incorporar agua de arroz (50 g de arroz, una zanahoria grande pelada, litro y medio de agua con sal y dejar cocer durante 20 minutos a fuego medio).

- Si a pesar de las recomendaciones dietéticas continúan las deposiciones líquidas y abundantes, se debe consultar con el facultativo.

ELECCIÓN DE ALIMENTOS DURANTE LOS PRIMEROS 2-3 MESES EN PACIENTES PORTADORES DE ILEOSTOMÍAS Y COLOSTOMÍAS (VER ANEXO DE RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ANTE RESECCIONES DE INTESTINO DELGADO E ILEOSTOMÍA)

Tabla 1

Grupos de alimentos	Recomendados	Desaconsejados
Lácteos	<ul style="list-style-type: none"> • Leche sin lactosa, yogur natural y de sabores • Queso fresco • Cuajada 	<ul style="list-style-type: none"> • Leche, yogur con frutas/cereales/frutos secos • Flan, natillas, nata, crema de leche • Quesos semicurados/curados o en aceite
Carnes, pescados y huevos	<ul style="list-style-type: none"> • Carne magra: pavo, pollo sin piel, conejo, ternera, cerdo (solomillo y lomo), jamón cocido o serrano desgrasado • Pescado blanco • Huevo 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes grasas y fibrosas: cerdo (excepto lomo y solomillo), cordero, pato • Embutidos y patés • Marisco, ahumados y salazones
Cereales, legumbres y tubérculos	<ul style="list-style-type: none"> • Pan blanco • Pasta italiana • Tapioca • Arroz • Patatas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cereales integrales y sus derivados • Legumbres inicialmente
Frutas	<ul style="list-style-type: none"> • Plátano, manzana y pera (maduras y sin piel) asadas, en compota o hervidas • Membrillo y frutas en almíbar 	<ul style="list-style-type: none"> • Otras frutas crudas
Verduras	<ul style="list-style-type: none"> • Zanahoria, calabacín y calabaza 	<ul style="list-style-type: none"> • Verduras muy fibrosas y flatulentas: repollo, col, alcachofa, espárragos, pimientos, etc.

(Continúa)

Tabla 1 (continuación)

Grupos de alimentos	Recomendados	Desaconsejados
Dulces y bollería	<ul style="list-style-type: none">• Miel y azúcar• Repostería casera, con poco aceite• Galletas tipo “María”	<ul style="list-style-type: none">• Chocolate y cacao• Repostería y bollería industrial• Galletas integrales
Alimentos grasos	<ul style="list-style-type: none">• Aceite de oliva y girasol	<ul style="list-style-type: none">• Mantequilla y margarina• Frutos secos
Bebidas	<ul style="list-style-type: none">• Agua, infusiones• Caldos sin grasa	<ul style="list-style-type: none">• Bebidas con gas, café, zumos de fruta• Bebidas alcohólicas
Condimentos	<ul style="list-style-type: none">• Sal, hierbas aromáticas	<ul style="list-style-type: none">• Platos cocinados, sopas de sobre y precocinadas• Salsas comerciales• Mayonesa

Fuente: las autoras.

9.6 SOPORTE NUTRICIONAL EN OSTOMÍAS COMPLEJAS

A continuación, detallamos algunas medidas de soporte nutricional de las ostomías complejas.

OSTOMÍAS DE ALTO DÉBITO

No existe acuerdo unánime en la literatura sobre la cuantía del débito diario que define a una ostomía de alto débito, pero, en general, se refiere a aquellas que drenan más de 1.500 ml al día durante 2 o más días consecutivos. En cualquier caso, se trata de una cantidad que puede inducir la aparición de deshidratación, deficiencias de minerales y desnutrición como complicación tardía. Conviene recordar que después de la realización de una ostomía existe un periodo de adaptación.

Se han identificado varios factores desencadenantes de la aparición de este alto débito: la presencia de un síndrome de intestino

corto, un brote de enfermedad inflamatoria intestinal, infecciones, la supresión del tratamiento con corticoides u opiáceos, el uso de algunos medicamentos, como metformina para la diabetes, la prescripción de determinados fármacos con efecto laxante, la resolución de una obstrucción intestinal, el tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia y el sobrecrecimiento bacteriano. Es más frecuente observar una ostomía de alto débito en los pacientes ileostomizados que en los pacientes colostomizados, aunque pueden describirse en ambos casos.

Los pacientes con ileostomía de alto débito pierden agua, sodio, potasio y magnesio predominantemente, por lo que necesitarán su suplementación. Para un tratamiento óptimo de estos desequilibrios, de la deshidratación y de la insuficiencia renal que se podría ocasionar, se debe vigilar el volumen de pérdidas por la ostomía y realizar balances hídricos diarios al inicio.

Con el fin de evitar estas posibles complicaciones, se debe consultar con el Servicio de Nutrición, el/la estomaterapeuta o el/la cirujano/a.

Desde un punto de vista de un manejo a más largo plazo o crónico de una ostomía, es conveniente que el paciente conozca los signos y los síntomas de la deshidratación y tenga nociones básicas sobre el balance hídrico. Más adelante puede aparecer desnutrición como consecuencia de las pérdidas de nutrientes por la ostomía de alto débito. Si bien en la mayoría de los pacientes se alcanza un adecuado estado nutricional e hídrico con nutrición oral/enteral, en algunos casos se precisa soporte con nutrición parenteral o sueroterapia intravenosa, que en la mayoría de ocasiones puede realizarse en el domicilio del paciente.

INTESTINO CORTO

Los pacientes con intestino corto que están en especial riesgo de deshidratación, alteraciones minerales y desnutrición son los pacientes portadores de una yeyunostomía. Muchos de ellos tienden a perder más sodio y líquidos de los que consumen oralmente. Los pacientes con una yeyunostomía terminal a los que se les permite comer y beber sin restricción pueden desarrollar también deshidratación severa, déficit de magnesio y fallo renal

progresivo. Es un objetivo que tengan una diuresis diaria de, al menos, 800 ml.

Al igual que en los casos de ostomías de alto débito, pueden prescribirse fármacos antimotilidad y antisecretores con el fin de disminuir estas pérdidas.

A pesar de todo, la mayoría de los pacientes portadores de yeyunostomía o ileostomía muy proximal no son capaces de mantener un adecuado estado nutricional y de hidratación y precisarán soporte nutricional con sueros intravenosos y/o nutrición parenteral domiciliaria.

RESECCIONES INTESTINALES QUE PRECISAN TRATAMIENTO ESPECÍFICO

La resección de más de 60 cm de íleon conlleva un déficit de vitamina B₁₂ que deberá ser suplementado por vía intramuscular. Su déficit puede dar lugar a una anemia perniciosa.

La resección de más de 100 cm de íleon implica malabsorción grave de sales biliares, a la que se puede asociar una insuficiente absorción de las grasas y de las vitaminas liposolubles, que deberán ser suplementadas con nutrición parenteral.



CAPÍTULO 10. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA CLÍNICA

10.1 ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA PERSONA PORTADORA DE UNA OSTOMÍA Y AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

María Antonia Lacasta Reverte y Helena Barahona Álvarez

La enfermedad, considerada globalmente, es una ruptura del modo de vida de la persona, suponiendo en un primer momento un gran impacto, y posteriormente una limitación e interrupción de la realización de su proyecto personal. Ante la enfermedad, la persona tiene que “aprender” a convivir con ella, y en muchos casos, de manera definitiva, modificando sus esquemas habituales de funcionamiento y poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. No debemos olvidar que “el hombre enfermo no quiere estar enfermo y sufre los síntomas de la enfermedad”, por lo que hay que considerar la multiplicidad de situaciones clínicas, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas.

Así pues, ante un caso tan singular como es una ostomía, el modo de afrontamiento del/la paciente depende de diversos factores: de la conciencia que tiene de la situación, de su historia personal, del significado que le dé a la ostomía, de las consecuencias que de ella se derivan y, sobre todo, de los recursos de afrontamiento que pueda poner en marcha ante la enfermedad. Y en un sentido más amplio, la ostomía, en tanto en cuanto cirugía, se relaciona con un evento vital estresante, con posibles efectos psicológicos negativos que no solo son experimentados por el paciente, sino también por familiares y amigos.

IMAGEN CORPORAL: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN

Una ostomía puede suponer una agresión severa a la imagen corporal y una amenaza a la capacidad de control de la persona, así como un impacto físico y psicológico, alterando algunos aspectos de la vida cotidiana, como la seguridad, la autoimagen, las relaciones interpersonales y la vida sexual. En esta nueva condición de vida, la persona se enfrenta a un cambio importante de su imagen corporal y, en algunas ocasiones, presenta la creencia errónea de que puede ser rechazado por familiares y amigos, suponiendo un factor de incertidumbre en todas las áreas de su actividad. Por lo tanto, los pacientes con ostomía se enfrentan a una serie de problemas que tienen un impacto negativo en su imagen corporal, con miedos, inseguridades y el desconocimiento y la vergüenza experimentados tras la misma. Del mismo modo, la confusión sobre la fertilidad, la sexualidad y la capacidad de tener hijos son también aspectos comunes en este tipo de pacientes. Ello, junto con las preocupaciones sobre el manejo discreto de la ostomía y el miedo de la detección en el ámbito social, deriva en consecuencias emocionales.

Por lo anterior, es trivial comprender que el impacto psicológico de una ostomía puede ser devastador para la imagen corporal. La experiencia de sufrir una ostomía provoca cambios importantes en la vida de los pacientes, generándose cambios físicos y de autoimagen que son visibles y significativos. Todo ello puede conducir a una pérdida de la seguridad y la autoestima, derivando en problemas emocionales.

Como en todo proceso vital, la persona necesita un tiempo para acostumbrarse y aceptar este cambio; no resultando, en todo caso, un proceso sencillo. Es natural experimentar emociones como rabia, tristeza e, incluso, síntomas de ansiedad o depresión. Cabe referir que la mayoría de pacientes, con posterioridad a la ostomía, viven los estadios emocionales de negación, rabia, ira, discusión, depresión y aceptación.

Entre las estrategias de afrontamiento y adaptación, podemos señalar la autoobservación gradual:

- El primer día, estar solo frente al espejo y observarse durante 5 minutos, con la ropa puesta.

- Al día siguiente, 5 minutos más, solo ante el espejo, en ropa interior.
- Al día siguiente, mirarse solo al espejo durante 5 minutos, pero ya sin ropa.
- Al día siguiente, repetir estos pasos en un día, con presencia de una persona de confianza, como puede ser la pareja.

Con todo lo anterior, podemos afirmar que el afrontamiento para la persona ostomizada comienza con el significado que le da a la ostomía. Frente a esta situación, algunos autores refieren que los pacientes son capaces de utilizar numerosas estrategias, combinando las que se centran en las emociones para disminuir la angustia y las de resolución de problemas para conseguir un manejo efectivo del estoma, de modo que este interfiera lo menos posible en su vida cotidiana, que le den seguridad y control, disminuyan sus temores y favorezcan el logro de autonomía y de adaptación sociofamiliar.

La pertenencia a un grupo formado por gente ostomizada y sus familias, tanto a nivel individual o a través de asociaciones de pacientes, también constituye una estrategia de afrontamiento; les permite reflexionar sobre sus experiencias, inseguridades, conflictos, preocupaciones y así pueden compartir sus vivencias con otras personas con idénticos problemas y objetivos, que pueden ser una ayuda eficaz para rehacer una vida modificada por la ostomía.

SEXUALIDAD

Más allá de las diferencias de género, raza, edad, clase social o ámbito de trabajo, lo que nos une es que todos somos seres sexuales, y no solo desde un punto de vista evolutivo de la especie que nos ha permitido subsistir en el mundo como especie colectiva, sino como un espacio de placer que nos hace sentir completos a nivel de individuo.

Sin embargo, y a pesar de la importancia que tiene el componente sexual en la vida de las personas, es un hecho que los pacientes ostomizados experimentan ansiedad y manifiestan preocupación por las cuestiones sexuales. Así, podemos decir que el 45 % de las personas sometidas a una colostomía refieren disfunción sexual y el 90 % de los varones sometidos a una cistectomía radical y

urostomía refieren disfunción eréctil. Abundando en lo anterior, el 26 % de los pacientes con colostomía, el 17 % de los pacientes con ileostomía y el 40 % de los pacientes con urostomía tienen problemas sexuales tras la cirugía de ostomía, generándose una tasa de prevalencia del 26 % en todas las personas ostomizadas.

Estamos, pues, ante un hecho que debemos afrontar con el paciente ostomizado, porque no se puede negar que la sexualidad forma una parte significativa de lo que entendemos por calidad de vida y, a su vez, está estrechamente ligada a la imagen corporal.

En principio hay que **corregir mitos y falsas concepciones relativas a la sexualidad** y la función sexual tras la creación de una ostomía. Todos habremos oído sentencias pretendidamente definitivas, que se han revelado como pensamientos absurdos, cuando no ridículos; por ejemplo, “el tamaño del pene es fundamental para el placer sexual” o “el sexo vaginal es lo único que se puede considerar como sexo”. Igualmente, entre los pacientes con ostomía circulan ideas de ese tipo que contribuyen a difundir falsas verdades y a crear miedos e inseguridades entre los pacientes. Por lo tanto, es necesario aclarar alguno de estos pensamientos:

- **“El sexo de pene-en-vagina es el único sexo que vale la pena”.** Dar y recibir placer se puede expresar de muchas formas: a través de caricias suaves, besos, abrazos, darse la mano cálidamente o dormir en la misma cama que la pareja. Otras maneras de expresión sexual incluyen la masturbación, el sexo oral o la simulación con las manos.
- **“Las mujeres que han tenido cirugía de ostomía no se pueden quedar embarazadas”.** Los estudios han demostrado que las mujeres con estomas pueden quedarse embarazadas, y, de hecho, lo hacen y tienen bebés saludables. Sin embargo, deben llevar un seguimiento cuidadoso durante el embarazo.
- **“Jamás alguien me amaré de nuevo porque tengo un estoma”.** Es razonable sentirse así, pero la actitud y cómo se trate el paciente a sí mismo dará el tono de cómo le tratará su pareja. Si se siente cómodo, libre y acepta su cuerpo “nuevo”, su pareja se sentirá de la misma forma.
- **“Nunca tendré una erección de nuevo”.** Que eso pueda ocurrir al principio, por la propia tensión acumulada por falsas verdades, no significa que vaya a ser así siempre. En todo caso,

conviene tener en cuenta que, entre los efectos secundarios de algunos medicamentos para el dolor se encuentran: dificultad para lograr o mantener una erección, dificultad para eyacular, deseo sexual disminuido o fuerza del orgasmo disminuida.

- **“Un hombre debe eyacular para tener un orgasmo”.** Es posible que un hombre tenga un orgasmo sin eyacular, es lo que se conoce como un “orgasmo seco”. La mayoría de los hombres que tienen esto no sienten dolor y refieren que la intensidad de su placer permanece igual o poco menos que antes de la cirugía.
- **“Hacer el sexo le contagiará mi cáncer a mi pareja”.** Ya sabemos que el cáncer no se transmite por contacto sexual; sin embargo, se deben tomar las mismas precauciones para enfermedades de transmisión sexual que antes de la ostomía.
- **“El olor de mi estoma será algo negativo para mi pareja”.** Como sucede con el olor corporal, se debe utilizar uno de los varios desodorantes para ostomía que existen en el mercado. Algunos se utilizan en la propia bolsa y otros se toman por vía oral.
- **“Los movimientos corporales y la presión de nuestros cuerpos durante el sexo dañarán mi estoma”.** El contacto corporal cercano y el movimiento durante el sexo no dañan el estoma.

La mayoría de las personas tenemos rituales que nos hacen prepararnos para el sexo (asearse, perfumarse, utilizar ropa íntima sexy, luces tenues, música romántica, etc.), pero, asimismo, las personas con estomas sienten que necesitan hacer algo más.

Así, cabe señalar las siguientes sugerencias:

- Practicar siempre sexo seguro.
- Enfocarse en los sentimientos, no en el estoma.
- Cambiar la bolsa antes del sexo y, a ser posible, que sea opaca.
- La actividad sexual no lo perjudicará.
- Asegurarse de que la bolsa esté segura, reforzándola, si fuera necesario, con aros de sujeción.
- Utilizar prendas o fajines oscuros sugestivos sobre la bolsa.
- Evitar alimentos que puedan causar gases.

- Utilizar desodorantes: uno efectivo en la bolsa, y tal vez una pastilla o líquido por vía oral.
- Sugerencias específicas para mujeres:
 - Utilizar lubricantes vaginales para la sequedad.
 - En la posición de la mujer arriba, colocar el fondo de la bolsa bajo un cinturón o mantenerla segura con una cubierta de tela.
 - Si la bolsa o la cubierta de estoma parecen estorbar o causar dolor durante las relaciones, experimentar con otras posiciones.
- Sugerencias específicas para hombres:
 - En la posición del hombre arriba, inclinarse un poco hacia el lado libre de bolsa.
 - Considerar utilizar una faja alrededor del abdomen para prevenir el movimiento de la bolsa.
 - Los problemas persistentes, como la inhabilidad de lograr o mantener una erección, deben ser discutidos con los profesionales de la salud adecuados.
- **Sugerencias específicas para homosexuales:** la cirugía de ostomía afecta a todo tipo de personas, tanto heterosexuales como homosexuales. La extirpación del recto y el cierre del ano pueden causar un impedimento sexual para algunas personas con una ileostomía o colostomía, por lo que se deben investigar y discutir métodos alternativos de obtener placer sexual. Sin embargo, muchos hombres y mujeres homosexuales se preocupan por prejuicios, reales o imaginados, de su estilo de vida, y no lo mencionan a los profesionales de la salud y a los que los cuidan. Esto limita la habilidad de estas personas para asistirlos a vivir con mayor calidad de vida después de la cirugía de ostomía.
- **Embarazo y contracepción (ver capítulo de ginecología):** después de una recuperación, sigue siendo posible para una mujer con estoma, al igual que para el hombre, tener hijos.

Así pues, cabe concluir que, vinculado muy estrechamente a nuestros sentimientos de sexualidad, está cómo nos vemos a nosotros mismos y cómo pensamos que nuestro cuerpo se ve, funciona, huele y aparece ante los demás. Por eso, cuando algo tan dramá-

tico como la cirugía de ostomía cambia nuestra imagen corporal, nuestros sentimientos de sexualidad y autoestima se ven amenazados, aunque seguimos siendo la misma persona que éramos antes de la operación, o incluso una persona más sana tras la cirugía. Para combatir esos sentimientos recurrentes negativos es preciso tener una amplia y adecuada información y reestructurar creencias erróneas.

RECOMENDACIONES PARA LAS PERSONAS CON OSTOMÍA

Cabe referir, a modo de breves sugerencias que facilitan la vida diaria del paciente ostomizado, las siguientes:

- Reincorporarse a su vida familiar, laboral y social lo antes posible, lo que favorecerá su bienestar emocional.
- Tener la máxima información para afrontar las diferentes áreas de su vida con el objetivo de disminuir la incertidumbre y los temores.
- Intentar compartir sentimientos y pensamientos.
- Asumir responsabilidades anteriores poco a poco.
- Reestructurar creencias erróneas.
- Favorecer la comunicación con la pareja y con el equipo médico.
- Pedir asesoramiento si aparecen problemas sexuales en la pareja.
- Hablar con el profesional especializado si no se consigue una buena adaptación.

APOYO PSICOSOCIAL A LA FAMILIA O CUIDADOR

La alteración de la salud supone un impacto emocional, tanto para el paciente como para su familia, produciendo un cambio en las relaciones y/o funcionamiento familiar. Así, desde el diagnóstico se produce una interrupción de los procesos familiares, puesto que los roles pueden cambiar, ya sea de manera temporal o de manera definitiva.

Por ello, es necesaria la atención integral a la persona ostomizada, siendo imprescindible realizarse esta dentro del contexto familiar para disminuir la angustia y la ansiedad de todos sus

componentes. La implicación de la familia en este proceso es fundamental, debiendo comenzar en el periodo de hospitalización, para continuar en el entorno domiciliario. Como ya se ha señalado, su apoyo es indispensable porque le van a acompañar en el proceso de adaptación y aceptación de su nueva situación. Conocer los hábitos, sentimientos, emociones, percepciones y actitudes del paciente y de la familia ayudan al profesional a planificar los cuidados.

Está documentado que el apoyo del cónyuge o pareja durante el proceso de adaptación a convivir con una ostomía tiene efectos positivos, tanto en los aspectos emocionales como psicosociales, con respecto a las personas que no tienen pareja o cuando estas no les proporcionan apoyo. Por tanto, es imprescindible contar con la familia tanto en el cuidado físico como en el emocional desde el mismo momento del diagnóstico, intentando establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado; identificando la capacidad y la disposición de los miembros de la familia para colaborar en el cuidado del paciente y las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente; animando a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluyendo resultados esperados e implantación del plan; facilitando la comprensión de aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia; identificando otros factores relacionados con el estrés sobre la situación para los miembros de la familia; identificando las dificultades de afrontamiento del paciente junto con los miembros de la familia, e informando a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.

También conviene señalar que las relaciones familiares e interpersonales, en general, se ven afectadas porque el paciente ostomizado deja de hacer actividades que normalmente eran habituales en su vida, pudiendo llegar a perder el interés por recuperarlas. En este sentido, puede decirse que estos pacientes se sienten protegidos mientras están bajo el paraguas del ámbito hospitalario, pero, cuando tienen que recuperar su realidad, les acecha el temor al rechazo.

Cuando a una persona se le realiza un diagnóstico médico, no solo le afecta a él, sino que se ve afectado todo su entorno familiar y social; es por ello que se les debe tener en cuenta desde el princi-

pio del proceso, bien para que tomen parte activa en los cuidados, o bien para que comprendan los cambios que a partir de ahora van a ir sucediendo en el día a día. Si el familiar más cercano comprende la situación, constituirá un pilar importante en los momentos siguientes a la cirugía, donde el paciente se enfrenta por primera vez a una nueva imagen corporal que conlleva numerosas adaptaciones en el estilo de vida que anteriormente llevaba (dieta que no produzca flatulencia, higiene diferente...).

Asimismo, el psicólogo debe proporcionar estrategias y o pautas de comunicación al cuidador, pues en la mayor parte de los enfermos se pueden dar cambios de humor que conduzcan a situaciones de tensión intrafamiliar.

10.2 ¿CUÁNDO ESTÁ INDICADA LA INTERVENCIÓN DESDE SALUD MENTAL PARA PERSONAS CON OSTOMÍAS?

*Ángela Palao Tarrero, Marta Torrijos Zarcero,
Cristina Rocamora González, Beatriz Rodríguez Vega*

INTRODUCCIÓN

Vivir con una ostomía puede suponer un reto significativo en la vida de las personas que la portan y de sus familiares y allegados.

Los pacientes ostomizados presentan dificultades en diferentes esferas de la vida y con frecuencia relacionadas con problemas sexuales, gas y preocupación por los ruidos intestinales, estreñimiento, insatisfacción con la apariencia, cambio en el tamaño o forma de la ropa, dificultades para viajar, cansancio o astenia o disminución de la vitalidad y depresión.

La imagen corporal devaluada, la autoestima y la ansiedad afectan negativamente a la calidad de vida, independientemente del tipo de estoma (Beaubrun En Famille Diant L, Sordes F, Chaubard T. Psychological impact of ostomy on the quality of life of colorectal cancer patients: Role of body image, self-esteem and anxiety. Bull Cancer. 2018;105(6):573-80), y favorece la aparición de trastornos como la depresión y la ansiedad.

La ansiedad y la depresión tienen un papel importante en la clínica, ya que pueden influir en el resultado final de prácticamente todas las enfermedades médicas.

Se sabe que, aproximadamente, un 50 % de los pacientes con ostomía van a presentar sintomatología ansiosa y el 30 % tienen síntomas depresivos antes de someterse a la cirugía, y que estos datos se relacionan, en parte, con la percepción y significado otorgado a la enfermedad previa a la cirugía.

Una vez pasada la cirugía, en torno al 40 % de las personas tendrán ansiedad, el 20 % sintomatología depresiva y el 50 % sintomatología mixta ansioso-depresiva.

En los primeros meses después de la cirugía de ostomía, los pacientes presentan peor calidad de vida que pasados 6 meses,

lo que demuestra que la adaptación y la aceptación requieren tiempo y asistencia interdisciplinaria, y que engloba aspectos psicológicos, cuidados del estoma y equipamiento colector para prevenir complicaciones, y apoyo para el afrontamiento de la ostomización.

Otros factores que influyen en la aparición de la clínica ansioso-depresiva son los sentimientos negativos relacionados con el uso del equipamiento colector, como miedo, angustia, tristeza y desamparo, que pueden movilizar vivencias autodespreciativas vinculadas a los sentimientos de mutilación, ineficacia o inutilidad, pérdida de la salud y de la autoestima.

Los pacientes ostomizados viven cambios en sus vidas, principalmente los relacionados con su red social (trabajo y ocio) y con la sexualidad, que pueden acentuar sus sentimientos de inseguridad y temor de rechazo. La vergüenza y la autocrítica son narrativas relacionadas con la depresión.

Las dificultades en la esfera de la sexualidad, como ya se ha visto, son otro factor importante de malestar psicológico. Hasta el 53 % de los pacientes presentaron dificultades para tener o para mantener una erección. También las mujeres se ven afectadas, sobre todo por las alteraciones de la imagen corporal, los sentimientos de vergüenza y la baja autoestima.

Otro factor que afecta a los pacientes ostomizados son las alteraciones del sueño, que se correlacionan con síntomas de ansiedad y depresión y con peor resiliencia a la ostomía (Hwang JH, Yu CS. Depression and resilience in ulcerative colitis and Crohn's disease patients with ostomy. *Int Wound J.* 2019;16 Suppl 1:62-70). A veces se presenta como una insatisfacción o dificultad para conciliar o para mantener el sueño, o un despertar más temprano de lo esperable. O, simplemente, consiste otras veces en despertar con la impresión de no haber tenido un sueño reparador, levantándose con la sensación de fatiga e irritabilidad que se puede traducir en un deterioro en el comportamiento y/o rendimiento social, académico o laboral durante el día.

Para poder diferenciar los trastornos depresivos de los cambios de ánimo normales, debe existir angustia significativa o deterioro en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes:

- **Con estado de ánimo depresivo:** los síntomas comprenden, principalmente, llanto y sensaciones de tristeza y desesperanza, así como falta de placer en las cosas que solía disfrutar.
- **Con ansiedad:** los síntomas comprenden, principalmente, nerviosismo, preocupación, sensación de agobio y dificultad para concentrarse o recordar cosas.
- **Con una mezcla de ansiedad y estado de ánimo depresivo.**
- **Con alteración de la conducta:** los síntomas comprenden, principalmente, problemas conductuales, tales como peleas o conducción imprudente de vehículos. Los jóvenes pueden faltar a la escuela o vandalizar propiedades.
- **Con una mezcla de alteración de las emociones y de la conducta.**
- **Sin especificar:** los síntomas no corresponden a los demás tipos de trastornos de adaptación, pero a menudo comprenden problemas físicos, problemas con la familia o amigos, o problemas en el trabajo o la escuela.

La ansiedad, como sensación o estado emocional normal, constituye una respuesta habitual ante situaciones estresantes. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y motiva a la persona a adoptar las medidas necesarias para enfrentarse a esa amenaza.

Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o duración, o supera la capacidad adaptativa de la persona y provoca malestar o deterioro significativo, con síntomas físicos y psicológicos, se puede considerar patológica. La ansiedad patológica es desproporcionada con las situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. La ansiedad es más corporal y empeora los síntomas digestivos, como sensación de estorbo al tragar, náuseas, meteorismo, diarrea y dolores abdominales.

INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS

La investigación sobre la adaptación a la ostomía señala que el poder hablar sin tabúes y mantener una relación sincera y de confianza con sus familiares ayuda a las personas a sentirse más seguras y fueron factores protectores de la clínica depresiva. También se encontró que los grupos de apoyo mutuo (asociaciones)

favorecieron la adaptación a la enfermedad, los cuidados pre y poscirugía, la regulación emocional y el manejo de la autocrítica.

La adaptación después del alta hospitalaria puede ser favorecida mediante el enfrentamiento efectivo de situaciones de vergüenza, con acogimiento de sus angustias, miedos y dudas, durante el tratamiento quirúrgico, desde la preparación física y psicoemocional hasta el alcance de adaptación a la ostomía y a los cambios en su vida.

Las intervenciones enfocadas en la resolución de problemas también son de ayuda. En las últimas décadas se han ido implantando también estrategias de regulación emocional basadas en *mindfulness* llevadas a cabo por personal bien entrenado para ofrecerlas. No hay datos, hasta donde conocemos, de la eficacia de intervenciones basadas en *mindfulness* en el proceso de adaptarse o de vivir con una ostomía.

También han ido desarrollándose intervenciones *on line* a través de webs especializadas o de aplicaciones para teléfonos móviles. Este tipo de tecnología aumenta la capacidad de extender la información y las intervenciones, sobre todo a un nivel general. Nuestro equipo ha desarrollado dos intervenciones para móviles disponibles para Android y iPhone. La primera, “REM Volver a casa”, desarrolla un programa de entrenamiento en *mindfulness* en ocho etapas. La segunda, “En calma en el quirófano”, propone una serie de ejercicios de reducción de estrés basados en *mindfulness* para disminuir el estrés ante el quirófano o pruebas o exploraciones médicas invasivas.

Las intervenciones a un nivel especializado de Salud Mental son llevadas a cabo por psiquiatras, psicólogos clínicos o enfermería de salud mental, e incluyen psicoterapia individual, familiar o grupal, tratamientos psicofarmacológicos y la combinación de ambas.

La derivación a un nivel más especializado es deseable en el caso que el paciente presente comorbilidad psiquiátrica, intolerancia a los psicofármacos o refractariedad al tratamiento, riesgo de suicidio, riesgo de abuso de sustancias o que requiera atención por conflictos psicológicos especiales.

Las intervenciones psicoterapéuticas y de apoyo emocional son de primera elección en los trastornos adaptativos. Suponen una

ayuda para recuperar los hábitos y normalizar la vida, para explorar el significado que la ostomía ha tenido y para aprender habilidades para afrontar el estrés y desafíos o situaciones nuevas que la ostomía plantea.

En pacientes con trastorno depresivo leve, la indicación sería de intervención psicoterapéutica y de regulación emocional. En ocasiones se puede utilizar de forma puntual una benzodiazepina.

Los pacientes diagnosticados de trastorno depresivo moderado-severo se pueden beneficiar también de un tratamiento antidepresivo combinado con una intervención psicoterapéutica.

Los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son los fármacos antidepresivos de primera elección por sus bajas interacciones y efectos secundarios. Habría que mantenerlos entre 6-12 meses. La respuesta terapéutica con la mayoría de los antidepresivos se produce en 2 o 3 semanas. Entre los efectos secundarios hay que considerar que algunos de estos fármacos producen heces blandas o diarreas (aunque suelen desaparecer a los 15 días) y que en un tercio de los pacientes se puede presentar una dificultad para alcanzar el orgasmo, una disminución de la libido y una disfunción eréctil.

APLICACIONES PARA MÓVIL Y CURSO ON LINE DE ACCESO ABIERTO

Apps disponibles para iPhone y Android (en Play Store y en Apple Store):

- “REM Volver a casa”: aplicación para móvil como curso de entrenamiento en *mindfulness* en ocho etapas.
- “En calma en el quirófano”: ejercicios basados en *mindfulness* para reducir el estrés ante una prueba o un reto en la vida.

Curso *on line* de acceso abierto:

- MOOC (*Massive open on line course*). UAM: introducción a la regulación emocional basada en *mindfulness*. <https://www.edx.org/es/course/introduccion-a-la-regulacion-emocional-basada-en-m>.



CAPÍTULO 11. CUIDADOS PALIATIVOS

*Ana María Tordable Ramírez
y Teresa Pérez Manrique*

ABORDAJE Y CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA

La atención paliativa es aquella que pretende mejorar la calidad de vida y aliviar el sufrimiento en una etapa que sabemos que es difícil, pero por la que todos pasaremos, tarde o temprano. Las últimas semanas de vida pueden ser especialmente duras por lo que supone una pérdida, dado que son situaciones únicas en cada persona, motivo por el cual deben tener conocimiento de esta situación los profesionales de Atención Primaria, quienes deberán acompañar y acoger tanto al paciente como a su familia.

El que a un paciente se le apliquen los cuidados paliativos es porque las opciones de tratamiento curativo se ven limitadas y se debe hacer más hincapié en su confort, objetivo principal del cuidado.

Los profesionales sanitarios valorarán las necesidades a lo largo de esta etapa, de forma que irán informando, adelantándose a la situación, adiestrando en los cuidados básicos y controlando aquellos síntomas que puedan aparecer para intentar facilitar la transición con la mejor calidad de vida y evitar un sufrimiento añadido.

Cuando se llega a esta fase de la enfermedad, los objetivos cambian, por lo cual, tanto el cuidador como los profesionales se adaptarán a las necesidades y gustos del paciente.

CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA EN SU ENTORNO

En el cuidado de un paciente en el final de la vida en su hogar, tanto la familia como los profesionales sanitarios tenemos el mismo objetivo, cada uno desde su papel, y es conseguir la mejor calidad de vida posible, el alivio del sufrimiento y cuidar la vida hasta el final, para poder morir en paz.

Si el paciente y su familia han sido informados y ha habido una buena comunicación a lo largo del proceso de su enfermedad, han podido y deseado ser partícipes en la toma de decisiones, lo más probable es que se haya creado un vínculo con los profesionales sanitarios de Atención Primaria, quienes facilitarán la estancia en domicilio, si ese es su deseo.

Como paciente, es bueno haber facilitado a los familiares y allegados el conocimiento de los deseos más íntimos (permanecer en mi casa hasta el final, testamento vital, etc.) y cómo le gustaría vivir (sin sondas, ni conectado a máquinas, ni alargando una situación insostenible...) cuando llegase esta fase de final de vida. Los cuidados necesarios en esta etapa pueden organizarse en su hogar junto al equipo de Cuidados Paliativos a domicilio.

Es posible permanecer en nuestro hogar hasta el final de nuestros días, siempre y cuando se den:

- Unas condiciones mínimas en el domicilio.
- Contar con un cuidador que supla, aplique los cuidados básicos y administre la medicación al paciente.
- Que el cuidador tenga capacidad, acepte y pueda asumir el cuidado del paciente.
- Contar con un equipo sanitario que acoja, oriente y apoye en el domicilio.

Los detalles de nuestra casa se hacen imprescindibles en esta fase de vida, desde la seguridad de un ambiente propio, las fotografías, los enseres, los recuerdos, incluso para el cuidador.

Todo ello requiere de una organización para mayor eficiencia y para cubrir las necesidades de cualquier paciente en esta fase. Se hace necesario, si es posible, el apoyo de algún miembro más de la familia.

Evocar los recuerdos saludables desde la sinceridad, compartir sentimientos que afloran desde la autenticidad, ayudar a agradecer la vida en función de sus creencias y valores, resolver temas pendientes, son situaciones propias de este periodo; es un tiempo de reflexión y lectura para paciente y familia que facilita la liberación y la paz necesaria para este tránsito.

ÚLTIMOS DÍAS

El sufrimiento es innato e inevitable en toda enfermedad o en un proceso de despedida. Se hace más llevadero con el apoyo y el amor de las personas que uno quiere.

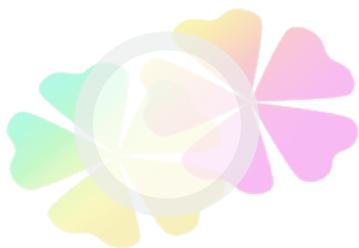
Tal vez la falta de interés por parte del paciente se haga más patente en esta fase por estar más adormecido, pero lo importante es que esté confortable y en paz.

Hay que estar atentos y escuchar al paciente en sus molestias y/o necesidades y suplir aquello que el/ella ya no puede cubrir o estar atentos a su última voluntad.

Es importante seguir las instrucciones de los profesionales sanitarios respecto a los cuidados y a la medicación necesaria para controlar los síntomas que puedan aparecer.

El tratamiento que se aplicará en el domicilio será el mismo que se realizaría en cualquier centro hospitalario. Existen medios para asegurar la administración de la medicación, si el/la paciente no tragase o el cuidador no se viera capaz de administrarla.

La comunicación con el paciente es importante en todo el proceso de la enfermedad, donde la información sea veraz y acorde a las necesidades; no se debe rechazar ninguna pregunta o insinuación por dura que sea la respuesta. Si no se sabe qué decir, el silencio es el mejor aliado. La presencia cobra una gran relevancia, así como el tacto, y el hecho de sentirse miembro de una familia con confianza en sus cuidadores y con la seguridad de que seamos francos y que no se le va abandonar. Llegado el momento final, los profesionales sanitarios informarán de las tramitaciones que se deben realizar.





CAPÍTULO 12. REPERCUSIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICO/PACIENTE

Estela Sánchez Simón

12.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El impacto de la información médica sobre grandes problemas de salud dirigidos al paciente ha pasado de actitudes médicas más paternalistas en la toma de decisiones a otras más participativas por parte del paciente. Estos cambios se han llevado a cabo por multitud de factores, y, entre otros, la autonomía del paciente, que se concreta en el consentimiento informado.

DEFINICIÓN

La autonomía del paciente, como bien jurídicamente protegido, surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona, tal y como ha sido plasmada en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre.

El consentimiento informado (La Ley 41/2002, artículo 3) se puede definir como un acto por el cual el médico explica al paciente, de la forma más comprensible posible, su patología, en qué consiste, los posibles riesgos a los que se enfrenta, los tratamientos a seguir, las pruebas, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades, permitiéndole de esta manera poder asumir sus propias responsabilidades en la toma de decisiones sanitarias, después de haber comprendido la información que se le ha dado. El profesional sanitario debe informar al paciente y respetar la decisión que este tome de acuerdo con sus valores y su proyecto de vida, como clara muestra de su autonomía moral.

El consentimiento informado se debe realizar obligatoriamente por escrito y firmado por el paciente.

EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son:

- En las emergencias médicas, donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, siendo imposible en ese momento recabar la conformidad del paciente.
- En los supuestos de riesgo para la salud pública.
- En casos en los que existe una necesidad terapéutica, es decir, cuando el profesional está firmemente convencido de que la información va a provocar en el paciente unos daños psicológicos muy graves, siendo mejor ocultarle esa información.

DERECHO DE RECHAZO

Se puede dar el caso de que el paciente no quiera recibir ese tratamiento o se niegue a que se le lleve a cabo una intervención quirúrgica; en estos supuestos habrá que respetar la voluntad de ese paciente y reflejar por escrito y documentalmente esa renuncia. Esto se puede dar siempre y cuando no exista un riesgo para la salud pública o para terceras personas.

12.2 CONFIDENCIALIDAD

En el ámbito de la asistencia sanitaria, son dos los derechos constitucionales afectados: el derecho fundamental a la intimidad personal regulado en el artículo 18.1 de la Constitución Española (CE) y el derecho fundamental a la protección de datos derivado del artículo 18.4 CE. En el artículo 18.1 CE se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, cuya protección frente a intromisiones ilegítimas tiene su plasmación jurídica en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo. Dicha Ley, que ha venido a perfilar el contenido de derecho fundamental a la protección de datos, parte de un principio básico: los datos relacionados con la salud hay que recabarlos y tratarlos con el consentimiento de los afectados.

El aspecto más importante de la protección de datos es la regulación de la historia clínica, según la cual, la finalidad de este archivo personalizado es la de facilitar la mejor asistencia sanitaria posible, aportando una información lo más veraz, exacta y actualizada posible del estado de salud de la persona concernida, a efectos de su utilización en beneficio de la misma, a utilizar por los profesionales de los equipos asistenciales a los que en un momento dado dicha persona pudiera acudir, respetando siempre su derecho a la intimidad, a la confidencialidad y a la protección de los datos.

Por último, señalar que los profesionales sanitarios están obligados a mantener en la más estricta confidencialidad toda la información que manejan de sus pacientes de acuerdo a su código deontológico y su deber de guardar el secreto profesional.





CAPÍTULO 13. RÉGIMEN DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y RECURSOS

Estela Sánchez Simón

13.1 CONCEPTOS DE DEFICIENCIA, INCAPACIDAD, MINUSVALÍA

¿QUÉ ES LA DEFICIENCIA?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se puede definir como: "... toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

La deficiencia supone un trastorno orgánico que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Deficiencia se relaciona con déficit o "falta de algo". Existen diversos **tipos de deficiencia**:

- **Física:** es aquella que limita o impide el desempeño motor de la persona. Las causas de la discapacidad física muchas veces son congénitas o de nacimiento. También pueden ser causadas por lesión medular, como consecuencia de accidentes (paraplejía) o problemas del organismo (derrame cerebral).
- **Psíquica:** se debe a trastornos que llevan a la persona a no adaptarse completamente a la sociedad. Puede ser debida a otro tipo de enfermedades mentales, tales como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el autismo.
- **Sensorial:** afecta a los órganos de los sentidos y, por tanto, puede llevar a problemas de comunicación (ceguera, sordera).
- **Intelectual o mental:** es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. Un ejemplo sería el síndrome de Down.

- **Desfigurativas:** son aquellas que pueden interferir o perturbar las relaciones sociales con otras personas (cicatrices, deformidades en la cara, etc.).

Cada uno de estos tipos de deficiencia puede llevar a una discapacidad. Por ejemplo, si existe deficiencia visual (como la ceguera), existe discapacidad visual.

¿QUÉ ES LA INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD?

Según la OMS, se puede definir como: "... toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad se tiene. La persona "no es" discapacitada, sino que "está" discapacitada. La discapacidad, al igual que la deficiencia, puede ser congénita o adquirida, temporal o irreversible, y, además, progresiva o regresiva. Las discapacidades se pueden agrupar en torno a tres ejes fundamentales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación. En la actualidad se está redefiniendo el término discapacidad como falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia de la deficiencia de las personas.

Existen diversos **tipos de discapacidades**, que se pueden clasificar en:

- **Discapacidad física:** es la disminución o ausencia de las funciones motoras o físicas. Las causas de la discapacidad física muchas veces son congénitas o de nacimiento. Se considera que una persona tiene deficiencia física cuando padece problemas en el aparato locomotor o en las extremidades, así como parálisis, paraplejas y tetraplejas, y trastornos de coordinación de los movimientos. En todos estos casos el problema más común y donde causa más estragos es en la autonomía personal, sobre todo en lo que se refiere a la accesibilidad.
- **Discapacidad psíquica:** se debe a trastornos que llevan a la persona a no adaptarse completamente a la sociedad. Puede ser debida a otro tipo de enfermedades mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el autismo.

- **Discapacidad sensorial:** se debe a los trastornos en los órganos de los sentidos. Incluye los trastornos relacionados con la vista, el oído y el lenguaje. Son patologías muy importantes, puesto que conllevan graves efectos psicosociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno. Si la discapacidad es visual, se puede hablar de baja visión o ceguera. Si es auditiva, hablaremos de hipoacusia o sordera. Estos dos casos pueden llevar a una discapacidad del lenguaje, como pueden ser las personas sordomudas, que precisan de otro instrumento de comunicación, el lenguaje sordomudo.
- **Discapacidad intelectual o mental:** es un término utilizado cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados y funcionar normalmente en la vida cotidiana. La discapacidad intelectual se expresa cuando una persona con limitaciones significativas interactúa con el entorno. Por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene el entorno. Según sea un entorno más o menos facilitador, la discapacidad se expresará de manera diferente. A las personas con discapacidad intelectual les cuesta más que a los demás aprender, comprender y comunicarse. La discapacidad intelectual generalmente es permanente, es decir, para toda la vida, y tiene un impacto importante en la vida de la persona y de su familia. La discapacidad intelectual no es una enfermedad mental. Por otra parte, también hay niveles de discapacidad: leve, moderada o severa. Según el tipo de discapacidad, podemos evaluar qué nivel presenta. Estos niveles no son siempre fijos. Una persona puede evolucionar o, al contrario, involucionar, y pasar de un nivel severo a leve o de moderado a severo (también dependiendo del tipo de discapacidad del que hablemos).

¿QUÉ ES LA MINUSVALÍA?

Según la OMS, se puede definir como: "... una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)".

Una persona es minusválida cuando se le niegan las oportunidades de que se dispone en general en la comunidad y que son necesarias para los elementos fundamentales de la vida. La minusvalía puede ser congénita o adquirida. Ocurre como consecuencia de un trastorno orgánico y puede limitar considerablemente las capacidades funcionales de una persona en su vida cotidiana.

Existen también diversos **tipos de minusvalías**, destacando cuatro tipos:

- **Minusvalía física:** que se clasifica en motoras y fisiológicas.
- **Minusvalía psíquica:** deficiencia intelectual, afectiva y dificultades de aprendizaje.
- **Minusvalía sensorial:** distinguiéndose la visual y la auditiva.
- **Minusvalías asociadas:** todas aquellas que producen torpeza motriz, movimientos con lentitud, tartamudez, rigidez, apatía, problemas para relacionarse con el exterior, etc.

DIFERENCIA ENTRE LOS TRES TÉRMINOS

- **Deficiencia:** es toda pérdida o anomalía de una estructura que no indica necesariamente que existe enfermedad.
- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad normal.
- **Minusvalía:** es una situación de desventaja para un individuo determinado o que le impide el desempeño de un rol que es normal para su edad, sexo, etc.

A la hora de integrar estos conceptos (figura 1), existen múltiples variantes, pues una minusvalía puede ser consecuencia de una deficiencia sin que medie un estado de discapacidad. Hay personas que con una ligera discapacidad pueden tener una mayor desventaja social que otra persona con una discapacidad más grave, debido a que esta última recibe mayor apoyo de la familia y de otras redes de apoyo; tampoco la deficiencia supone siempre limitación de actividades.

Figura 1



Fuente: Blogspot "Ver sin límite"

13.2 POLÍTICAS DE PROTECCIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Las personas que conviven en su día a día con este tipo de problemas requieren de una especial protección debido a su clara vulnerabilidad y a la propensión de la sociedad a su exclusividad, de ahí que exista la **Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y su inclusión social**, desarrollada por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, que tiene como misión aunar, aclarar y armonizar en un único texto las principales leyes en materia de discapacidad: la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración social de las personas con discapacidad (LISMI), y la Ley 2/2013, de 15 de mayo, de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Con esta Ley General de Derechos de las personas con Discapacidad lo que se pretende es eliminar todas aquellas barreras que las personas con discapacidad tienen que salvar a menudo y garantizar sus derechos para que puedan llevar una vida lo más normal posible, por ejemplo, y entre muchas de las acciones que se están llevando a cabo: mejorar la accesi-

bilidad, mayor integración en la vida laboral, mejorar los medios de apoyo a la comunicación (tanto oral como escrita), aumentar los derechos a las prestaciones sociales, garantizar el derecho de participación en asuntos públicos, adoptar medidas contra la discriminación, etc.

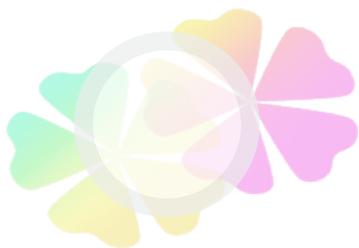
Como ejemplo, y como una de las políticas de protección derivadas de esta Ley, está el que en su artículo 42.1 se sigue estableciendo la **obligación de las empresas públicas y privadas que tengan un número de 50 o más trabajadores a que, de entre ellos, al menos, el 2 % sean trabajadores con discapacidad.**

TIPOS DE INCAPACIDAD

Existen varios tipos de incapacidad laboral, dependiendo de las circunstancias del trabajador:

- **Incapacidad temporal transitoria:** se da cuando el trabajador se encuentra impedido temporalmente para el trabajo y necesita de asistencia médica como consecuencia de una enfermedad, un accidente no laboral o por un accidente o enfermedad profesional. Durante este periodo temporal en el que el trabajador permanece en situación de incapacidad temporal, el contrato laboral queda suspendido, cesando las obligaciones de trabajar y de remunerar el trabajo, y teniendo derecho el trabajador, si reúne los requisitos de cotización exigidos para cada caso, a la asistencia sanitaria y al subsidio económico correspondiente, que, salvo mejora de convenio colectivo, puede alcanzar el 60 o el 75 % de la base reguladora.
- **Incapacidad permanente:** es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido a tratamiento médico, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral, las cuales pueden provocar al trabajador una incapacidad en alguno de los siguientes grados: incapacidad permanente en grado parcial (cuando la enfermedad que le ha llevado a continuar en situación de incapacidad le ha producido una disminución de un 33 % de su rendimiento en sus tareas profesionales), incapacidad permanente en grado total (el trabajador no puede realizar las tareas que venía realizando en su trabajo habitual, pero esto no impide que pueda hacer otra clase de trabajos dis-

tintos al que venía haciendo), incapacidad permanente en grado absoluto (inhabilita a la persona para realizar cualquier tipo de trabajo) y gran invalidez (el trabajador necesita una persona para sus cuidados diarios, para lo que se le otorga una ayuda económica).





CAPÍTULO 14. ASOCIACIONES

Las asociaciones de pacientes son agrupaciones de personas con una misma enfermedad o padecimiento que se unen para apoyarse mutuamente (hoy día están reguladas por ley) y así reclamar sus derechos para mejorar su calidad de vida.

En nuestro caso, las primeras asociaciones de pacientes ostomizados se crean en 1935 (Harris D. *et.al.* 1996) en Estados Unidos. Una de las primeras pacientes fundadora de estas asociaciones fue Norma Gill, que posteriormente sería la primera enfermera enterostomal a nivel mundial (hospital de Cleveland de Ohio). Por otro lado, en 1952, Lucille Neary, enfermera y asistente social en el Mount Sinai Hospital de Nueva York, y el cirujano Albert Lyons crean la actual Internacional Ostomy Association (IOA), con sede actual en Ontario (Canadá), con el fin de conocer las necesidades específicas que este colectivo requiere para poder lograr una vida independiente (ver carta de derechos de las personas ostomizadas en Anexo).

A nivel europeo, en 1979 se crea la European Ostomy Association.

Con posterioridad han ido apareciendo por todo el mundo asociaciones de pacientes ostomizados, y particularmente en España y en cada comunidad de nuestro país (ver Anexo Asociaciones).

Gracias a las diferentes asociaciones, y en particular a ASOE (se crea en el año 2017) y AOMA (nace en el año 2005), asociaciones de Madrid que han colaborado en la trayectoria de este Proyecto, las personas reciben asesoramiento, formación, ayuda y apoyo (psicológico, jurídico-legal, sanitario, etc.) en todo lo relacionado con el cuidado de su enfermedad, involucrando activamente al propio paciente y a su entorno familiar, facilitando su adaptación a la nueva situación.

Estas asociaciones disponen de programas asistenciales a los que pueden acceder los pacientes para demandar todo tipo de ayu-

das, de modo que este colectivo tiene la oportunidad de contactar con personas que han vivido una misma situación. Ya en 1953, los doctores Albert Lyons y George Schrieber (Lyons A. JAMA, 1952), vieron las ventajas de estos grupos de apoyo a nivel hospitalario, así pues, a partir de entonces se recomienda la presencia de las asociaciones en las instituciones hospitalarias, pues se vio la utilidad y gran ayuda para los/as pacientes y su rehabilitación.



Información Sin Fronteras. Entendiendo la salud:

A través de este *link* podremos acceder a los vídeos realizados para el Proyecto “Calidad de vida de las personas ostomizadas”:

▶ <https://informacionsinfronteras.org/aula/course/view.php?id=13>

En la campaña “O de ostomías” del “Proyecto Calidad de vida de las personas ostomizadas” se realizaron estos vídeos para acercar la situación de estas personas y sus familias a la sociedad:

▶ <https://player.vimeo.com/video/478441431>

▶ <https://player.vimeo.com/video/479611462>

▶ <https://player.vimeo.com/video/479611438>



Proyecto
Calidad de vida
de las personas
ostomizadas

ANEXOS

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario La Paz

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ANTE RESECCIONES DE INTESTINO GRUESO Y COLOSTOMÍA

El intestino se sitúa entre el estómago y el ano. La primera parte la forma el intestino delgado que es la parte más larga del tubo digestivo. Su función es finalizar la digestión de los alimentos y absorber los nutrientes. El intestino grueso (ciego, colon, sigma y recto) es la parte final del tubo digestivo, en él se absorben el agua y las sales minerales y se forman y almacenan las heces hasta su expulsión al exterior. Gracias a estas funciones mantenemos un adecuado estado nutricional y de hidratación.

Cuando en una intervención quirúrgica se elimina una parte del intestino, sus funciones pueden verse alteradas dependiendo de la zona y de la magnitud de la intervención. Con el tiempo irá mejorando porque el intestino se va adaptando a la situación.

Si durante la cirugía le han practicado una **COLOSTOMÍA** (la parte final del intestino grueso queda abocado a la piel y hace de "ano"), las heces se recogerán en un dispositivo diseñado especialmente para ello.

En general la extirpación de zonas terminales del colon, del sigma o del recto no conllevan alteraciones en la absorción de nutrientes, agua o sales minerales, por lo que no suele producirse diarrea ni es necesario seguir recomendaciones nutricionales específicas. En estos casos, deberá seguir las normas de una alimentación equilibrada, sin necesidad de eliminar ningún tipo de alimento de la dieta.

Si usted ha sufrido una resección del colon más extensa (colectomías subtotales, proctocolectomía, hemicolectomía derecha) o en casos de colostomías localizadas en el colon derecho, las heces serán más líquidas, incluso diarreas. Las siguientes recomendaciones nutricionales van dirigidas a estos casos.

OBJETIVOS NUTRICIONALES:

- Conseguir o mantener un adecuado estado nutricional y de hidratación.
- Reducir el volumen de las heces y aumentar su consistencia en la mayor parte de los casos.
- Conseguir heces más blandas en casos de resecciones pequeñas en las que puede aparecer estreñimiento.
- Evitar el exceso de gases.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS GENERALES:

1. Es aconsejable una ingesta de **comidas frecuentes y poco copiosas**. Para ello reparta la alimentación en 6 tomas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y postcena).

Desayuno/ merienda	Media mañana	Comida/ cena	Postcena
<ul style="list-style-type: none"> • Yogur • Galletas (tipo María) o Pan con: jamón de pavo, lomo o membrillo. • Fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pan con: queso blando, jamón. • Fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasta o arroz (en sopa o secos). Patata o zanahoria hervidas, en puré, o asadas. • Carne, pescado o huevo. • Pan y fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yogur • Galletas (tipo María)

2. Mantenga un **horario regular** de comidas. **Coma despacio** y en un ambiente tranquilo. **Mastique bien**.
3. Tome los **alimentos templados**, ni muy fríos ni muy calientes.
4. **Repose sentado** hasta media hora después de las comidas principales.
5. Evite el **café y las bebidas con gas y alcohol**.
6. **No es recomendable mascar chicle** (produce gases y algunos tienen efecto laxante).
7. Condimente los platos con sal salvo indicación contraria de su médico.
8. **Prepare los alimentos, de forma sencilla** (cocidos, a la plancha, asados en su jugo, etc.), evitando los platos muy elaborados, empanados, rebozados, fritos, guisos, estofados etc. ya que éstos producen digestiones más lentas y pesadas. Si tolera bien la dieta puede ir introduciendo guisos sencillos preparados con un sofrito sencillo con cebolla y tomate y poco aceite.
9. Inicialmente **no es recomendable utilizar especias, ni picantes**.
10. **Tome al menos 2 - 2,5 litros al día de líquidos** si no existe contraindicación médica.

11. Si le resulta **desagradable el olor de las heces** pruebe a disminuir el consumo de: ajo, cebolla, col, guisantes, legumbres, espárragos, huevos o pescado azul. El yogur y el perejil pueden reducir el olor.
12. Introduzca de forma progresiva **las frutas, las verduras, las legumbres, la leche y sus derivados** para facilitar su tolerancia.
 1. Las frutas recomendadas al principio son: plátano, pera y manzana, bien maduras sin piel. y elaboradas en compota, asadas o trituradas y dulce de membrillo.
 2. Las verduras y hortalizas como la patata, zanahoria, calabacín y calabaza, son bien toleradas desde el principio. Incorpore progresivamente el resto, tómelas cocidas en puré y mezcladas con patata, después cocidas solas y en purés, posteriormente enteras y más tarde, si la tolerancia es buena, incorpórelas frescas.
 3. Evite la leche y derivados con lactosa (leche, natillas y flan), puede consumir leche sin lactosa, yogures naturales y de sabores, queso fresco y cuajada, pasado un mes o dos, incorpore leche descremada en pequeñas cantidades y después pruebe con la leche entera, el flan y las natillas.
 4. Introduzca las legumbres, primero cocidas y trituradas con batidora y pasadas por el pasapurés, después trituradas con batidora y, si las tolera bien tómelas enteras.

Guía para la elección de alimentos mientras que las heces sean líquidas o pastosas blandas

Grupo de alimentos	Recomendados	Desaconsejados
Lacteos	Leche especial sin lactosa, yogur natural y de sabores, quesos frescos y cuajada.	Leche, yogur con frutas, cereales o frutos secos, flan, natillas, nata, crema de leche, quesos grasos.
Cárnicos, pescados y huevos	Carnes magras (solomillo y lomo), jamón cocido o serrano desgrasado, conejo, pollo sin piel, pescado blanco y huevos.	Embutidos, patés. Carnes grasas y fibrosas. Marisco, ahumados y salazones.
Cereales, legumbres y tubérculos	Pasta italiana, tapioca, pan blanco y biscotes, arroz y patatas.	Cereales integrales y sus derivados. Legumbres inicialmente.
Verduras y Hortalizas	Zanahoria, calabacín y calabaza .	Verduras muy fibrosas y flatulentes (repollo, col, alcachofa, espárragos, pimientos, etc.).
Frutas	Plátano, manzana, pera, maduros y sin piel, al horno o hervidas, membrillo y frutas en almibar.	Otras frutas crudas.
Bebidas	Agua, infusiones, Caldos sin grasas.	Bebidas con gas, café, bebidas alcohólicas, zumo de frutas.
Alimentos grasos	Aceites de oliva y girasol.	Mantequilla, margarina y mayonesa. Frutos secos.
Dulces y bollería	Miel y azúcar. Repostería casera, con poco aceite. Galletas "tipo María".	Chocolate y cacao. Repostería y bollería industrial. Galletas integrales.
Condimentos y otros	Sal. Hierbas aromáticas.	Platos cocinados, sopas y otros platos precocinados. Salsas comerciales.

Cuando las deposiciones sean menos abundantes y líquidas, puede ir incorporando nuevos alimentos de uno en uno, y observar si se modifican las características y frecuencia de las deposiciones. No debe olvidar que la tolerancia de los alimentos es individualizada, por lo que si alguno es mal tolerado retírelo e inténtelo otra vez más adelante. Con el tiempo el intestino se adapta y se puede llegar a tolerar una dieta normal.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

- **En caso de diarrea es importante** asegurar la reposición de agua, glucosa y electrolitos y evitar la deshidratación. Beba de 2 a 3 litros de líquido repartidos en pequeñas tomas a lo largo del día. Elija soluciones rehidratantes de farmacia como Sueroral®, Isotonar®, Bebesales®, o limonada alcalina (1 litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada pequeña, de sal y de bicarbonato, y el zumo de un limón mediano), o bebidas isotónicas (Acuarius®, Isostar®, Gatorade®, Santiveri®), posteriormente incorpore o agua de arroz (50 gr de arroz y una zanahoria grande pelada, un litro y medio de agua con sal, hervir durante 20 minutos, a fuego medio).
- **En caso de estreñimiento (heces duras y secas):**
 - **Aumente** la cantidad de **líquidos** de 2 a 3 litros al día.
 - Realice **ejercicio físico** de forma regular, al menos intente caminar 30 minutos al día.
 - Realice una dieta con mayor cantidad de **alimentos ricos en fibra:**
 - Pan, cereales, arroz y pasta integrales. Modere el consumo de arroz blanco.
 - Consuma al menos, 3 ó 4 piezas de fruta al día, mejor la pieza entera con la piel bien lavada. Consuma cítricos y kiwi.
 - Tome dos raciones al día de verduras, siempre incluyendo una ración en crudo (ensalada).
 - Consuma legumbres, de 2 a 3 veces por semana, preparadas entera o en puré con batidora.
 - Puede incluir frutos secos y frutas desecadas en pequeñas cantidades.
 - Al principio, una dieta rica en fibra, puede producir acumulación de gases en el tubo digestivo (meteorismo). Para evitarlo, aumente poco a poco el consumo de estos alimentos.
 - Tomar una cucharada de aceite de oliva en ayunas puede ayudarle.
 - Evite tomar laxantes sin prescripción médica. Si persiste consulte
 - Si el estreñimiento persiste consulte a su médico.

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario La Paz

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES ANTE RESECCIONES DE INTESTINO DELGADO E

ILEOSTOMÍA

El intestino se sitúa entre el estómago y el ano. La primera parte la forma el intestino delgado que es la parte más larga del tubo digestivo. Su función es finalizar la digestión de los alimentos y absorber los nutrientes. El intestino grueso es la parte final del tubo digestivo, en él se absorben el agua y las sales minerales y se forman y almacenan las heces hasta su expulsión al exterior. Gracias a estas funciones mantenemos un adecuado estado nutricional y de hidratación.

Cuando en una intervención quirúrgica se elimina una parte del intestino, sus funciones pueden verse alteradas dependiendo de la zona y de la magnitud de la intervención. Con el tiempo irá mejorando porque el intestino se va adaptando a la situación.

Si durante la cirugía le han practicado una **ILEOSTOMÍA** (la parte final del intestino delgado queda abocado a la piel y hace de "ano"), las heces se recogerán en un dispositivo diseñado especialmente para ello. Al no pasar las heces por el colon, no se absorbe correctamente el agua y las sales minerales por lo que las heces serán más líquidas, incluso diarreicas, sobretodo durante las primeras semanas.

Es posible llevar una vida normal, pero en algunos casos, sobretodo durante los primeros meses tras la intervención, es necesario seguir unas recomendaciones dietéticas, que le aliviarán las molestias.

OBJETIVOS

- Conseguir o mantener un adecuado estado nutricional y de hidratación.
- Reducir el volumen de las heces y aumentar su consistencia en lo posible.
- Evitar el exceso de gases.

RECOMENDACIONES GENERALES:

1. Haga una ingesta de **comidas frecuentes y poco copiosas**, siguiendo un horario regular. Repartidas al menos en 6 tomas diarias (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y postcena).

Desayuno/ merienda	Media mañana	Comida/ cena	Postcena
<ul style="list-style-type: none"> • Yogur • Galletas (tipo María) o Pan con: jamón de pavo, lomo o membrillo. • Fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pan con: queso fresco, jamón. • Fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasta o arroz (en sopa espesa o secos), Patata o zanahoria hervidas, en puré, o asadas. • Carne, pescado o huevo. • Pan y fruta madura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yogur • Galletas (tipo María)

2. Coma despacio y en un ambiente tranquilo. Mastique bien. Repose sentado hasta media hora después de las comidas principales.
3. **Beba de 2 a 2,5 litros al día de líquidos** (agua, infusiones caldos desgrasados), en pequeñas cantidades y repártalos en unas 16 pequeñas tomas de medio vaso (125 ml) cada una. Hágalo fuera de las comidas (una hora antes o después de ingerir los alimentos). Evite por ejemplo ajustar la cantidad de líquidos que toma, a la cantidad de los que estime pierde por la ileostomía, e incremente 500 ó 750 ml más.
4. Evite el café, el alcohol, los zumos de frutas y las bebidas carbonatadas (en su mayoría son laxantes).
5. Recuerde ingerir los alimentos a **temperatura templada**, ni muy fríos ni muy calientes.
6. Condimente los platos con **sal**, salvo contraindicación, ya que por las heces se pierden muchas sales minerales.
7. Realice cocinados sencillos (hervidos, en su jugo, plancha, vapor, horno) y evite los fritos, rebozados, empanados y guisos. Inicialmente no es recomendable utilizar especias, picantes ni otro tipo de condimentos.
8. Introduzca de forma progresiva **las frutas, las verduras, las legumbres, la leche y sus derivados** para facilitar su tolerancia.
 - a. Las frutas recomendadas al principio son: plátano, pera y manzana, bien maduras sin piel, y elaboradas en compota, asadas o trituradas y dulce de membrillo.
 - b. Las verduras y hortalizas como la patata, zanahoria, calabacín y calabaza, son bien toleradas desde el principio. Incorpore progresivamente el resto, tómelas cocidas en puré y mezcladas con patata, después cocidas solas y en purés, posteriormente enteras y más tarde, si la tolerancia es buena, incorpórelas frescas. Tenga en cuenta que ciertos alimentos pueden producir mal olor tras su digestión, como el maíz, las coles, los nabos, la cebolla y las especias en general.
 - c. Evite la leche y derivados con lactosa (leche, natillas y flan), puede consumir leche sin lactosa, yogures naturales y de sabores, queso fresco y cuajada, pasado un mes o dos, incorpore leche descremada en pequeñas cantidades y después pruebe con la leche entera, el flan y las natillas.
 - d. Introduzca las legumbres, primero cocidas y trituradas con batidora y pasadas por el pasapurés, después trituradas con batidora y, si las tolera bien tómelas enteras.

- 9. La ingesta de huevos, pescados y carnes magras es libre.
- 10. Puede tomar pan blanco (inicialmente es preferible tostado o del día anterior): arroz, sémola y pasta hervidos, y con poco caldo. Evite los productos integrales (ya que contienen fibra insoluble).

Guía para la elección de alimentos mientras que las heces sean líquidas o pastosas blandas

Grupo de alimentos	Recomendados	Desaconsejados
Lacteos	Leche especial sin lactosa, yogur natural y de sabores, quesos frescos y cuajada.	Leche, yogur con frutas, cereales o frutos secos, flan, natillas, nata, crema de leche, quesos grasos.
Cárnicos, pescados y huevos	Carnes magras (solomillo y lomo), jamón cocido o serrano desgrasado, conejo, pollo sin piel, pescado blanco y huevos.	Embutidos, patés. Carnes grasas y fibrosas. Marisco, ahumados y salazones.
Cereales, legumbres y tubérculos	Pasta italiana, tapioca, pan blanco y biscotes, arroz y patatas.	Cereales integrales y sus derivados. Legumbres inicialmente.
Verduras y Hortalizas	Zanahoria, calabacín y calabaza .	Verduras muy fibrosas y flatulentas (repollo, col, alcachofa, , espárragos, pimientos, etc.).
Frutas	Plátano, manzana, pera, maduros y sin piel, al horno o hervidas, membrillo y frutas en almíbar.	Otras frutas crudas.
Bebidas	Agua, infusiones. Caldos sin grasas.	Bebidas con gas, café, bebidas alcohólicas, zumo de frutas.
Alimentos grasos	Aceites de oliva y girasol.	Mantequilla, margarina y mayonesa. Frutos secos.
Dulces y bollería	Miel y azúcar. Repostería casera, con poco aceite. Galletas "tipo María".	Chocolate y cacao. Repostería y bollería industrial. Galletas integrales.
Condimentos y otros	Sal. Hierbas aromáticas.	Platos cocinados, sopas y otros platos precocinados. Salsas comerciales.

Cuando las deposiciones sean menos abundantes y líquidas, puede ir incorporando nuevos alimentos de uno en uno, y observar si se modifican las características y frecuencia de las deposiciones. No debe olvidar que la tolerancia de los alimentos es individualizada, por lo que si alguno es mal tolerado retírelo e inténtelo otra vez más adelante. Con el tiempo el intestino se adapta y se puede llegar a tolerar una dieta normal.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS:

- En caso de diarrea es importante** asegurar la reposición de agua, glucosa y electrolitos y evitar la deshidratación.
 - Beba de 2 a 3 litros de líquido repartidos en pequeñas tomas a lo largo del día.
 - Elija soluciones rehidratantes de farmacia como Sueroral®, Isotona®, Bebesales®, o limonada alcalina (1 litro de agua, dos cucharadas soperas de azúcar, media cucharada pequeña, de sal y de bicarbonato, y el zumo de un limón mediano), o bebidas isotónicas (Acuaris®, Isostar® , Gatorade®, Santiveri®), posteriormente incorpore agua de arroz (50 gr de arroz y una zanahoria grande pelada, un litro y medio de agua con sal, hervir durante 20 minutos, a fuego medio).
 - Si a pesar de seguir las recomendaciones dietéticas continua con deposiciones líquidas y abundantes, consulte con su médico, puede ser necesario que tome algún suplementos de fibra soluble como el plantago ovata, la goma guar hidrolizada, o algún medicamento para reducir la velocidad del tránsito intestinal, o mejorar la absorción. En algunos casos puede ser necesario añadir suplementos dietéticos, aceite MCT, o vitaminas y minerales que no se absorban adecuadamente.

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética del Hospital Universitario La Paz

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN EL PACIENTE CON NAUSEAS Y VÓMITOS

INTRODUCCIÓN:

Los mecanismos por los cuales se produce el vómito son muy diversos y responden a la estimulación del llamado centro del vómito, situado a nivel cerebral.

Los vómitos pueden asociarse a consecuencias negativas para la salud como: deshidratación, desnutrición, daño de la mucosa esofágica (esofagitis) y de la dentadura, e infecciones respiratorias por el paso de pequeñas cantidades del vómito a los pulmones entre otros.

Las náuseas y vómitos son síntomas gastrointestinales frecuentes, podemos encontrarlos en: pacientes que reciben tratamiento con quimioterapia, con patología gastrointestinal como la gastroenteritis aguda, obstrucción intestinal, gastritis etc, ante cuadros de vértigo o infecciones del sistema nervioso central y también en mujeres embarazadas, especialmente durante el primer trimestre.

OBJETIVOS:

- Minimizar la presencia de las náuseas y vómitos en la medida de lo posible.
- Evitar las complicaciones asociadas.

CONSEJOS PRÁCTICOS:

1. Medidas higiénicas.

- Trate de no cocinar usted mismo. Evite oler los alimentos mientras se están cocinando.
- Procure comer en un ambiente tranquilo y descanse después de comer, en posición sentada o incorporada, al menos durante una hora u hora y media.
- Fraccione la dieta en 5 - 6 tomas al día de poco volumen, las grandes cantidades aumentan las náuseas y los vómitos.

2. Recomendaciones dietéticas:

- Consuma alimentos de textura blanda y fácil digestión, espesa o seca y suavemente condimentada.
- Evite la toma de alimentos ricos en grasas, fritos, ácidos, muy dulces o muy condimentados y con olores fuertes.
- Seleccione alimentos de fácil digestión y secos; como galletas, pan tostado ó cereales secos.
- Limite el aporte de alimentos ricos en grasas.
- Haga tomas frecuentes de pequeños bocadillos o aperitivos con tostadas o galletas y sorbetes de frutas, helados o gelatinas, entre las comidas principales.
- Consuma los alimentos fríos o a temperatura ambiente (las comidas calientes favorecen las náuseas).
- Ingera los líquidos entre las comidas. Las bebidas carbonatadas tomadas a pequeños sorbos ayudan a digerir. No abuse de los caldos salados pues solo aportan agua y minerales; la limonada alcalina añade además glucosa.

En caso de vómitos persistentes o severos es imprescindible asegurar un adecuado estado de hidratación y no forzar la ingesta, acuda a su centro sanitario para que lo evalúe el equipo médico.

Ejemplo de menú:

Desayuno	Media mañana	Comida	Merienda	Cena
- Yogur. - Pan tostado o galletas.	Bocadillo de jamón cocido con queso fresco.	- Arroz blanco con zanahorias. - Merluza con patata cocida. - Pan. - Compota de pera	Puré o batido de frutas con cereales y yogur	- Puré de verduras. - Pollo a la plancha con patatas asada. - Pan. - Natillas.

Tratamiento farmacológico

Cuando los náuseas y los vómitos son difíciles de controlar con recomendaciones generales, su médico puede prescribirle tratamientos farmacológicos específicos y orientados, en la medida de lo posible, a la causa responsable de dichos síntomas.

Existen varios grupos de fármacos para los vómitos que pueden ayudarle a controlar los síntomas cuando son severos. Consulte con su especialista (medico o farmacéutico) para que le aconsejen al respecto.



Quality of Life
for ostomates
worldwide

Carta de los Derechos de las Personas Ostomizadas

Esta Declaración fue emitida por el Comité de Coordinación de la Asociación Internacional de Ostomizados (IOA) con sede en Ontario, Canadá, en junio de 1993, la cual presenta las necesidades y cuidados específicos que estas personas requieren para tener una vida independiente y poder participar en todos los procesos de toma de decisiones. El objetivo de IOA es lograr que estos derechos se hagan realidad en todos los países del mundo. Viene siendo revisada por el Consejo Mundial y hasta hoy está vigente.

El objetivo de esta Carta realizada por la Asociación Internacional de Ostomizados/as y validada por todas las Asociaciones de Ostomizados/as de España es que se haga realidad en todos los países del mundo.

Las personas ostomizadas:

- 1. Recibirán asesoramiento y orientación antes de la cirugía para garantizar que son plenamente conscientes de los beneficios de la operación y los factores esenciales acerca de vivir con un estoma.**
- 2. Tendrán un estoma bien construido, situado en un sitio apropiado y considerando la total y completa comodidad del paciente.**
- 3. Recibirán apoyo médico con experiencia profesional y cuidados de enfermería experta, tanto en el periodo preoperatorio como posoperatorio, así como durante el periodo de hospitalización y continuidad al alta del hospital.**
- 4. Recibirán apoyo e información para el beneficio de la familia, los cuidadores personales y amigos, para aumentar su comprensión de las condiciones y ajustes que son necesarios para alcanzar un estándar satisfactorio de la vida con un estoma.**
- 5. Recibirán información completa e imparcial acerca de los productos pertinentes disponibles en su país (mercado nacional).**
- 6. Tendrán acceso sin restricciones a una variedad de productos de ostomía de forma asequible.**
- 7. Recibirán información sobre la existencia de las Asociaciones Nacionales de Ostomía, junto a los servicios y apoyo que pueden proporcionar.**

8. Estarán protegidos/as frente a cualquier forma de discriminación.
9. Tendrán la certeza de que la información personal referente a su cirugía con ostomía será tratada con discreción y confidencialidad a efectos de mantener la privacidad, y que ningún dato referente a su estado de salud será revelado por aquellos que poseen esa información a ninguna entidad implicada en la fabricación, venta o distribución de productos relacionados con la ostomía, ni a ninguna persona que se pueda beneficiar, directa o indirectamente, por su relación con el mercado de la ostomía, sin el consentimiento expreso de la persona ostomizada.
10. Recibirán información y apoyo integral para ayudar a recuperar: el equilibrio psíquico, emocional, social y funcional, que beneficiará tanto al ostomizado/a como a su entorno, favoreciendo la comprensión de los cambios y adaptaciones que son necesarios para alcanzar una calidad de vida satisfactoria.

Emitido por el Comité de Coordinación de IOA
Junio de 1993 - Revisado en junio de 1997
Revisado por el Consejo Mundial 2004, 2007...

<http://www.ostomyinternational.org/>

Asociación Española de Cirujanos. Conclusiones del Congreso Nacional de Ostomas,
Declaración de Bilbao, Bilbao, 3 de diciembre de 2005. Disponible en:
http://www.aecirujanos.es/noticias/paciente_ostomizado.php. [Accessed 30 November 2015]

Fuente: tomado de *International Ostomy Association (IOA), Ontario, Canadá.*

Asociaciones

Dirección de las Asociaciones de España relacionadas con la ostomía y la incontinencia

1. Andalucía

Asociación de Ostomizados de Cádiz (ADO)

ostomiascadiz@gmail.com

Asociación de Ostomizados de Córdoba (AOCOR)

<https://www.aocor.es>

Asociación de Ostomizados de Granada (AOGRA)

asociacionostomizadosgranada@gmail.com

Asociación de Pacientes Ostomizados de Jaén (AOJA)

paluemda@yohoo.es

2. Aragón

Asociación de Ostomizados de Aragón (ADO)

adozaragoza@ostomizadosaragon.org

3. Principado de Asturias

Asociación de Ostomizados y Pacientes de Enfermedad Inflamatoria Intestinal (OSTEII)

osteiiasturias@gmail.com

4. Islas Baleares

Asociación Balear de Pacientes de Crohn, Colitis Ulcerosa y Ostomizadas (ABACCO)

info@abaccobaleares.org

5. Canarias

Asociación de Ostomizados de Tenerife

Info@aotenerife.org

Asociación de Ostomizados de Canarias (ASOSCAN)

<https://www.facebook.com/Asoscan-1623423697932479/>

6. Cantabria

Asociación de Ostomizados de Cantabria (AOCA)

aocantabria@gmail.com

7. Castilla-La Mancha

**Asociación de Ostomizados Virgen de las Viñas
Castilla-La Mancha**

santiagocamposgarcia@gmail.com

8. Castilla y León

Asociación de Ostomizados de Palencia

<http://www.ostomizadosdepalencia.com/>

9. Cataluña

Asociación Catalana d'Ostomizats A.C.O.

aco@oncolliga.cat

Asociación de Incontinencia Anal (ASIA)

Info@asiasupot.org

10. Comunidad Valenciana

Ostomizados de Extranjeros en España E.O.S. Alicante

eostex@gmail.com

Asociación Valenciana de Personas Ostomizadas (AVADO)

avadovalencia@gmail.com

11. Extremadura

**Asociación de Voluntarios Ostomizados de Extremadura
(AVOEX)**

<https://avoex.wordpress.com/>

12. Galicia

Asociación de Ostomizados de Pontevedra (ADO)

adoponte@gmail.com

13. La Rioja

Casa de las Asociaciones Logroño

accurioja@hotmail.com

14. Comunidad de Madrid

Asociación de Ostomizados de Madrid. AOMA Madrid

<https://www.asociaciondeostomizados.com>

Asociación de Personas con Ostomía de España (ASOE)

<https://www.asoeasociacion.org>

Confederación Crohn y Colitis Ulcerosa de España (ACCU)

accuesp@accuesp.com

Asociación Española contra el Cáncer (AECC)

madrid@aecc.es

Asociación de Pacientes con Pérdida de Orina y Urgencia Miccional (APPO)

dinizalmeida@hotmail.com

15. Región de Murcia

Asociación de Ostomizados de la Región de Murcia (AOMUR)

aomur.ostomizadosregionmurcia@gmail.com

Asociación de Ostomizados de Cartagena (AOCT)

asoc.acot@gmail.com

16. Comunidad Foral de Navarra

Asociación de Ostomizados de Navarra (AXESOR)

buzoncliente@axesor.es

17. País Vasco o Euskadi

Asociación de Ostomizados de Guipúzcoa (AOSGUI)

aosgui@aosgui.com

Ostomizados de Bizkaia (ARGIA)

correo@ostomizadosargia.com

Ostomizados de Álava (AROS)

alava@aecc.es





Hospital Universitario La Paz
Fundación para la Investigación Biomédica

