

El paciente ostomizado

Consejo farmacéutico

Las ostomías constituyen procedimientos normalizados en la práctica quirúrgica, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes sociosanitarios y por los efectos psicológicos que conllevan. En el presente trabajo se analizan los diferentes tipos de ostomías existentes, los productos sanitarios disponibles en el mercado y los cuidados básicos que requiere todo paciente ostomizado.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

Doctora en Farmacia.

Antes de abordar los problemas o complicaciones que sufre el paciente ostomizado, conviene tener claro el concepto analizado:

Ostomía. Término procedente del griego *stoma*, que significa «boca», aunque también se acepta la traducción «orificio». Funcionalmente es el resultado de una operación en la que se conforma una comunicación artificial entre dos órganos o entre una víscera y la pared abdominal, facilitando la salida de sustancias orgánicas de desecho. Esta derivación quirúrgica puede tener un carácter temporal o definitivo. Su finalidad puede ser una de las siguientes: eliminación (de heces u orina), nutrición (administración de alimentos y líquidos) u oxigenación (conservación de la función respiratoria).

Enterostomías

La denominación «enterostomía» abarca la colostomía, la cecostomía y la ileostomía (fig. 1).

Colostomía. Creación quirúrgica de una apertura del colon a la piel de la

pared abdominal con el propósito de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. Dependiendo del segmento anatómico implicado, la colostomía puede ser ascendente, descendente, transversa o sigmoidea.

Las indicaciones para realizar una colostomía son muy diversas:

- La obstrucción del colon (fig. 2) sigue siendo una de las causas más frecuentes, ya sea por enfermedad maligna o benigna (enfermedad diverticular obstructiva, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis del colon posradioterapia, u origen isquémico).

- La perforación del colon como resultado de patología maligna o benigna

na se acompaña de peritonitis localizada o generalizada, lo que hace no aconsejable efectuar resecciones y anastomosis inmediata. En esas situaciones una colostomía es lo recomendable, además de la resección del segmento patológico afectado.

- Los traumatismos de colon son una gran fuente para la creación de colostomías. Heridas pequeñas con poca contaminación fecal intraabdominal, pacientes hemodinámicamente estables y operados dentro de las primeras 6 horas de ocurrido el traumatismo pueden ser cerradas en forma primaria. Sin embargo, los daños titulares graves, las grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos, etc. requieren ser tratados con colostomía.

- Otras razones para efectuar colostomías son las intervenciones quirúrgicas. Así por ejemplo, la resección del recto en su totalidad en continuidad con el aparato esfinteriano requiere de la confección de una colostomía terminal y permanente, generalmente en colon descendente o sigmoideo.

Cecostomía. En la cecostomía, el estoma se efectúa a nivel del ciego. Es un tipo de ostomía poco frecuente,

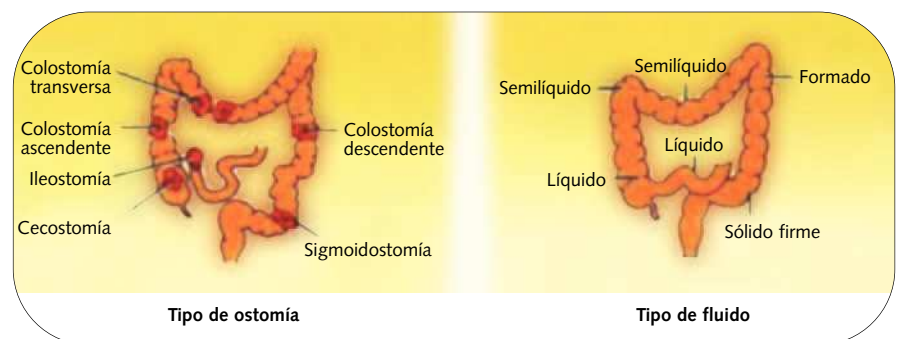
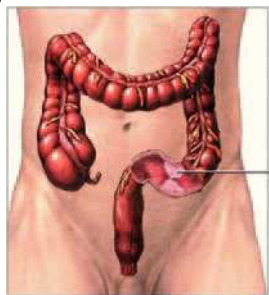


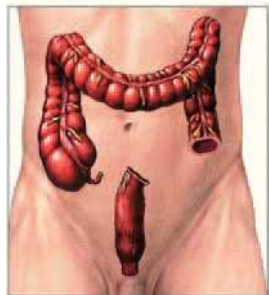
Figura 1. Diferentes enterostomías

que se aplica en situaciones de urgencia para descomprimir el intestino distendido. En ocasiones se realiza la cecostomía en tubo, como tratamiento de urgencia en determinadas oclusiones. De hecho, actualmente las indicaciones para realizar una cecostomía son escasas:

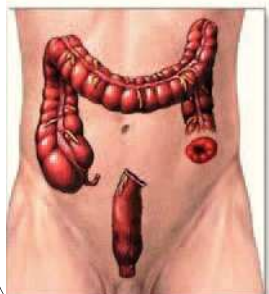
- Un vólvulo de ciego que se ha destorcido y que no merece resección, puede tratarse con una cecostomía con sonda en fosa iliaca derecha, lo que sirve para fijar el ciego a la pared abdominal y evitar la recurrencia.
- La pseudoobstrucción del colon o síndrome de Ogilvie también puede resolverse con una cecostomía.



Obstrucción intestinal



Se extirpa el colon afectado



El tejido intestinal sano se sutura al abdomen (colostomía)

Figura 2. Colostomía



Clasificación de las ostomías

Según la zona anatómica, se distingue entre:

- *Traqueostomía* o derivación de la tráquea que suele tener carácter temporal.
- *Laringostomía* o derivación de la laringe, también de carácter temporal.
- *Enterostomía* u ostomía que afecta a los intestinos delgado y grueso.
- *Urostomía* o procedimiento que excluye alguna porción de la vía urinaria.
- *Nefrostomía* o drenaje por punción y cateterismo desde el riñón.

Otra posible clasificación de las ostomías es la que atiende al tiempo para el que se prevé su funcionalidad, distinguiéndose entre ostomías temporales, que son aquellas que se prevén para períodos en los que es necesario disponer reposo para ciertas áreas u órganos corporales (una vez recuperados, se cierra el estoma quirúrgicamente), y ostomías definitivas, en las cuales no hay posibilidad de cierre, por enfermedad oncológica, procesos traumáticos graves irreversibles, etc.

Para el farmacéutico en su práctica diaria, las ostomías que resultan de mayor interés son las enterostomías y las urostomías.

Tabla 1.
Elección del dispositivo según el tipo de ostomía

Ostomía	Efluente	Protección de la piel	Tipo de bolsa	Sistema 1 pieza	Sistema 2/3 piezas
Colostomía terminal o sigmoide	Heces semisólidas o formadas	Sí	Bolsa cerrada	Uso habitual	Dermatitis Diarreas Piel delicada Falta de habilidad manual
Colostomía transversa	Heces semilíquidas, a veces sólidas	Sí	Bolsa cerrada/ abierta	Uso habitual	Dermatitis Diarreas Piel delicada Falta de habilidad manual
Ileostomía	Heces líquidas y de forma continua	Imprescindible Heces muy irritantes	Bolsa abierta	Ocasionalmente	Uso habitual
Urostomía	Orina, salida constante y por goteo	Imprescindible Orina muy irritante	Bolsa abierta drenable	Ocasionalmente	Uso habitual

Ileostomía. Es la apertura del íleon distal hacia la pared abdominal (fig. 3). Esta cirugía es más exigente en su concepción que la colostomía, ya que el

contenido ileal es más líquido y muy rico en enzimas proteolíticas que dañan la piel al estar expuesta a ellos; por eso esta ostomía debe ser siempre

protruida 2-3 cm sobre el plano de la piel.

Las indicaciones para efectuar una ileostomía están actualmente en franco retroceso; así, por ejemplo, paciente con colitis ulcerosa y poliposis familiar de colon se resuelven mediante reservorios ileales con anastomosis ileoanales. Lo habitual es que estos pacientes requieran de una ileostomía temporal mientras el reservorio se acomode y cicatrice en la cavidad pelviana.



El flujo diario a través de una ileostomía es de 500-800 ml, con un pH levemente inferior a 7 y un contenido de sodio alrededor de 115 mEq. La descarga ileal es continua, aumentando levemente después de las comidas, transgresiones alimentarias, episodios de gastroenteritis, obstrucciones parciales o recurrencias de enfermedades inflamatorias.

Figura 3. Ileostomía

Urostomías

Las ostomías urinarias (fig. 4) pueden clasificarse en función de la técnica de derivación, o en función del tiempo de permanencia:

- *Permanentes:* *bricker*, conducto colónico, ureterosigmoidostomía, ureterostomía cutánea, derivación urinaria continente.

- *Temporales:* ureterostomía in situ, vesicostomía, citostomía percutánea, nefrostomía.

La urostomía más frecuente es la tipo *bricker*, consistente en aislar una porción de íleon para crear un estoma donde abocan ambos uréteres. Este trozo de íleon se cierra por un extremo y el otro se lleva a la piel del abdomen para construir el estoma protruyente a modo de pezón. Por este estoma, además de orina, se expulsará el moco propio que produce esta porción intestinal.

Las principales indicaciones de las urostomías son las siguientes:

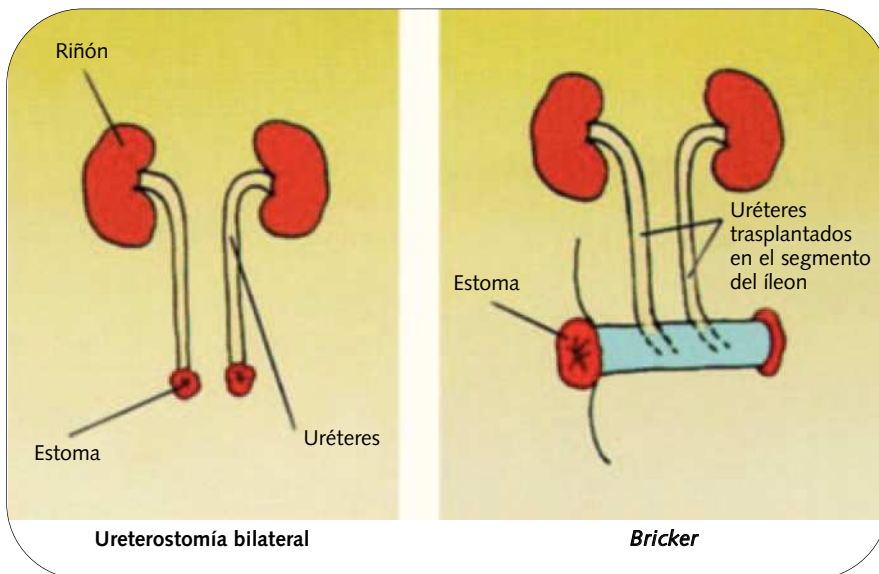


Figura 4. Diferentes tipo de urostomía.



Figura 5. Distintos modelos de bolsas de ostomía

– *Permanentes:* cáncer de vejiga, fístulas urinarias posradioterapia, traumatismos de vejiga y/o uretra, malformaciones congénitas y cáncer de uretra.

– *Temporales:* uropatías obstructivas, reflujo vesiculouretral, cáncer de vejiga o incontinencia urinaria.

Tabla II.

Disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer relacionadas con la ostomía

Hombre	Mujer
Impotencia	Desplazamiento de la vagina
Eyaculación retrógrada	Estenosis vaginal
Dolor en la erección	Dispareunia o algopareunia
Trastornos en la eyaculación	Incontinencia de orina al esfuerzo
	Resecamiento vaginal

Productos sanitarios para ostomías

Los productos sanitarios para ostomías se clasifican en dos grupos: dispositivos colectores o bolsas (fig. 5) y accesorios o complementos (tabla I).

Dispositivos colectores

Los dispositivos colectores pueden ser abiertos o cerrados:

– Las bolsas cerradas no pueden vaciarse, debiendo por tanto desecharse cada vez que se cambian. En general

Principales complicaciones de las ostomías

Las complicaciones que pueden tener lugar en el paciente ostomizado son muy numerosas (edema, necrosis, hemorragia y hematoma, infecciones bacterianas, hematuria, dermatitis, etc.). Seguidamente se analizan las complicaciones más frecuentes que pueden dificultar la adaptación de los dispositivos.

Retracción. El estoma se separa del plano cutáneo debido a una tensión excesiva, que consigue eliminar, parcial o totalmente, la fijación del estoma a la superficie del abdomen. Se debe valorar si el dispositivo actual se adapta correctamente y no existen fugas. Hay que prevenir el estreñimiento.

Estenosis. Es el estrechamiento de la luz del estoma; se produce por mala cicatrización, circulación sanguínea deficiente, lesiones periestomales, etc. La estenosis grave requiere la intervención quirúrgica. Se deberá revisar la dieta, sobre todo para evitar el estreñimiento.

Como tratamiento corrector y bajo supervisión de un estomaterapeuta, se podrán realizar dilataciones del estoma digitales y valorar la posibilidad de aplicar técnicas de irrigación y obturadores.

Hernia. Es una de las complicaciones más frecuentes; tiene lugar por fallo de la pared abdominal. Se aconseja no realizar esfuerzos físicos y pedir la valoración por un experto, que determine si el dispositivo es el adecuado. También se recomienda una dieta de fácil digestión y con fibra fragmentada.

El estomaterapeuta indicará si está o no contraindicada la irrigación como técnica de contención fecal.

Prolapso. Consiste en la protusión excesiva del asa estomal sobre el plano cutáneo. Si es muy grande requiere tratamiento quirúrgico. Un estomaterapeuta debe revisar el dispositivo utilizado, con objeto de evitar lesiones en la mucosa.

Si el prolapso es pequeño, el experto puede enseñar a reducirlo. Deberán evitarse esfuerzos, así como golpes fuertes de tos.

Formación de cristales. Es una complicación de las urostomías debida a la orina alcalina, que hace que se formen cristales de fosfato, que producen pequeñas heridas en la piel y en la mucosa del estoma.

En estos casos se debe acidificar la orina, lo que se consigue ingiriendo mucho líquido, así como tomando mucha fruta (naranja, tomate) y verdura fresca.

Dermatitis periestomales. Son producidas por el contacto de heces y/o orina con la piel. Se evitan con una higiene y un dispositivo adecuados, ajustando el adhesivo perfectamente al estoma. Estas dermatitis pueden ir desde un ligero enrojecimiento hasta ulceraciones importantes.

Las dermatitis pueden ser:

- Debidas al contacto con el efluente: cuando la piel está en contacto con heces y/u orina.
- De tipo traumático: se producen al retirar los adhesivos mediante maniobras bruscas.
- De tipo alérgico: tienen lugar cuando existe una sensibilidad especial a algunos de los componentes del adhesivo.
- De tipo infeccioso, por hongos o bacterias.

Cuidados del estoma

- La piel que circunda el estoma debe limpiarse suavemente con agua y jabón neutro, mediante movimientos circulares de dentro hacia fuera. A continuación, debe secarse mediante toques suaves con una toalla, sin rozamientos bruscos. Cuando la piel ya esté limpia y completamente seca se colocará la bolsa.
- Es necesario medir el diámetro exacto del estoma, para lo que se puede utilizar un medidor habitualmente incluido en las cajas de los dispositivos. Seguidamente se debe recortar el adhesivo o bien elegir un dispositivo ya precortado, siempre teniendo en cuenta que el adhesivo deberá quedar lo más ajustado posible. A continuación, hay que retirar la película protectora y adherir el dispositivo alrededor del estoma de abajo a arriba.
- Si se ha optado por un dispositivo de 3 piezas, a continuación se adaptará la bolsa sobre el aro de enganche y se cerrará el *clipper* de seguridad.
- El adhesivo se ha de retirar de la piel lentamente, con cuidado, empezando de arriba abajo y sujetando la piel con la otra mano.
- A la hora de colocar un nuevo dispositivo, no hay que olvidar que el estoma se suele reducir durante los primeros meses después de la intervención por el proceso de cicatrización, de modo que es preciso medirlo asiduamente para ir reduciendo el diámetro del dispositivo. Esto nos permitirá cerciorarnos de que no hay piel expuesta al efluente, y así evitaremos la irritación cutánea.

suelen llevar un filtro para salida de gases, con lo que evitan el mal olor.

– Las bolsas abiertas pueden vaciarse a través de su extremo inferior, volverse a cerrar y utilizarse continuamente. Pueden llevar filtros o no.

A su vez, cada tipo de bolsa puede encontrarse en dos sistemas:

– De 1 pieza, en el que el adhesivo forma una única pieza con la bolsa; una vez utilizada, se desecha todo.

– De 2/3 piezas, en el que adhesivo y bolsa van por separado. El adhesivo puede permanecer puesto 3-4 días si no se despegas; a su vez, el adhesivo puede ser liso o convexo. Este último es el más adecuado para el uso en estomas hundidos o muy planos.

Las bolsas podrán ser opacas o transparentes.

El uso de los diferentes sistemas que se acaban de mencionar estará en función de la naturaleza de las excretas (heces u orina), la consistencia de las heces y, fundamentalmente, de la resistencia de la piel del paciente ostomizado.

Los accesorios o complementos incluyen diversos productos:

– Dispositivos para la continencia de heces. Permiten que el paciente controle el momento de la deposición; estos dispositivos siempre deben usarse

bajo las recomendaciones y supervisión del estomaterapeuta. Pueden ser:

a) Tapón con obturador, indicado para colostomizados con heces sólidas.

b) Sistema de irrigación, que permite el lavado intestinal para limpiar el colon y así obtener una continencia de heces de 48 a 72 horas.

– Accesorios para las bolsas:

a) Cinturón para la sujeción de la bolsa.

b) Desodorante para introducir dentro de la bolsa (en polvo, líquido, pastillas, etc.).

c) Pinzas para bolsas abiertas.

d) Filtros.

e) Pastas o resinas moldeables para ajustar el dispositivo en estomas complicados o pieles irritadas.

– Accesorios para el cuidado de la piel:

a) Toallitas limpiadoras.

b) Lociones limpiadoras.

c) Cremas de barrera para la piel.

d) Productos para espesar las heces dentro de la bolsa.

e) Otros.

Problemas comunes del paciente ostomizado

El hecho de ser portador de una ostomía acarrea al paciente diferentes problemas que afectan enormemente a su

calidad de vida, además del coste económico que esta circunstancia conlleva para el sistema sanitario.

Desde la perspectiva de la calidad de vida, sufrir la pérdida de control de los esfínteres, además de otros inconvenientes, puede alterar en gran medida el desarrollo social del paciente.

El mal olor que el paciente con ostomía cree percibir de forma continuada (que a menudo no es real y, por otra parte, si lo es, puede ser evitado en la mayoría de los casos haciendo uso de los diferentes productos sanitarios para ostomías disponibles en el mercado), unido a las ventosidades que trastornan el silencio o la conversación, son a veces suficientes para encerrar al enfermo en sí mismo.

Efectos psicológicos

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período postoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra, en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal, por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa, y a veces inadvertida; la inadaptación y la depresión resultan comunes. La forma en la que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada influye sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, en comparación con un paciente recientemente diagnosticado de cáncer rectal que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada.

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado. A la pérdida de la imagen corporal perfecta sobreviene un proceso de duelo, no muy distinto del que tiene lugar cuando desaparece un ser querido, para continuar con diferentes fases de escepticismo y depresión, que acabarán finalmente con la adaptación a esa nueva imagen corporal, situación ésta que permite al paciente mirar nuevamente al futuro.

Efectos sobre la sexualidad

En la esfera de la sexualidad, la cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como una amenaza para su vida sexual; es importante que antes de la intervención quirúrgica estas cuestiones sean discutidas con franqueza con el paciente y su pareja. Entre los trastornos sexuales que puede originar una ostomía se incluyen la abstinencia sexual, la impotencia y la frigidez.

Recomendaciones específicas referidas al manejo de la bolsa durante la actividad sexual ayudarán a los pacientes a sentirse más confiados. Elementos como cubiertas para la bolsa y minibolsas de pequeña capacidad ayudan a alejar la atención de la ostomía durante la actividad sexual. Obviamente, la madurez de la pareja será fundamental (tabla II).

Adaptación de la dieta

En el caso de las enterostomías, la dieta debe ser individualizada, dependiendo de las características del paciente. Durante el postoperatorio y hasta el restablecimiento del tránsito intestinal, el ostomizado recibirá una dieta líquida, incluyendo la posibilidad de una dieta enteral polimérica sin residuos. Posteriormente, irá realizando una transición, aumentando poco a poco los residuos hasta normalizar la dieta.

La introducción de nuevos alimentos debe realizarse controladamente para evitar diarreas, estreñimientos, gases, etc.

La dieta será equilibrada. Se deben masticar y deglutir correctamente los alimentos, comer en horarios regulares y en cantidades moderadas.

La producción de gas es negativa para el paciente colostomizado; para evitarla deberá comer despacio y procurarla no tragar aire al beber. Deberá evitar alimentos flatulentos, bebidas gaseosas o alimentos picantes. No es recomendable mascar chicle ni fumar.

Para evitar olores desagradables, se aconseja eliminar los alimentos que en su fermentación producen grupos sulfhidrilo, terpenos, etc. La utilización de dispositivos con filtro de carbono activo también es efectiva.

En el caso de las urostomías, hay que evitar una orina excesivamente alcalina, pues favorece la descomposición de la urea, confiriéndole mal olor; por ello hay que acidificarla. Dietas ricas en carne reducen el pH a cifras inferiores a 5. Las

Tabla III.

Los alimentos y sus efectos sobre las ostomías

Alimentos que causan gases	Brócoli, rábanos, col, cebollas, judías, coles de Bruselas, coliflor, cerveza, bebidas carbonatadas, pepinos, champiñones, productos lácteos, maíz, melón, dulces
Alimentos que causan olor	Pescado, coles de Bruselas, brócoli, huevo, espárragos, coliflor, ajo, queso, algunas especias, alcohol, dulces, nabos, champiñones, cebollas, col
Alimentos que dan olor a la orina	Mariscos, espárragos, ajos
Alimentos que ablandan las heces	Judías, zumos de frutas, vegetales de hojas verdes, vegetales crudos (lechuga, verdura, espinacas), frutas frescas, brócoli, cerveza, alimentos fritos, alimentos grasos
Alimentos que espesan las heces	Plátano, tapioca, arroz, yogur, pan, pasta, patatas, puré de manzana, queso

dietas ricas en vegetales del tipo de las espinacas, acelgas, etc., pueden depositar con más facilidad sales en el estoma.

Es recomendable estimular la diuresis, limpiar y cuidar el estoma y cambiar las bolsas frecuentemente. Se aconseja una ingesta líquida mínima de 2.500 ml/día, preferiblemente bebidas no carbonatadas ni alcalinas. Las bebidas más indicadas son: agua, zumos de cítricos, té y otras infusiones (tabla III).

Actividades de la vida diaria

La vestimenta debe ser cómoda, no muy ceñida; se aconseja que la ropa interior sea de algodón. El uso de fajas es incompatible con la fijación sobre el estoma, que nunca debe ser comprimido en exceso.

No hay contraindicaciones para la realización de trabajos normales; sin embargo, deberán evitarse todos aquellos trabajos que requieran un gran esfuerzo físico. Tampoco existen restricciones a priori para viajar, aunque es recomendable llevar los dispositivos que se utilizan normalmente si se viaja al extranjero.

Los deportes sólo están limitados si se realizan bajo el agua o son muy violentos.

Papel del farmacéutico

Como se acaba de mencionar, la realización de una ostomía implica un fuerte impacto psicológico para el paciente, impacto que trascenderá a diferentes esferas de su vida: social, sexual, laboral, etc.

La atención al paciente ostomizado debe llevarla a cabo un equipo multidisciplinario (médicos, psicólogos, enfermeros con formación en estomate-

rapia, farmacéuticos) que permita la atención integral del enfermo.

El farmacéutico, como profesional sanitario especialmente cercano a la población, puede brindar el apoyo y la educación sanitaria básica que, sin lugar a dudas, el paciente necesitará para adaptarse a su nueva imagen corporal. □

Bibliografía general

- Consejo General de COF. Catálogo de Parafarmacia. Madrid: Publicaciones del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos; 2005.
- Martínez L (ed.). Ostomía. Manual de Patología Quirúrgica. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile (consultado 20-feb-2006). Disponible en: http://escuela.med.pub.c.l/paginas/publicaciones/PatolQuir/PatolQuir_023.html
- Noda L, Alfonso L, Forte M, Valentin F, Reyes L. Problemática actual en el paciente ostomizado. Rev Cubana Med Milit. 2001;30:256-62.
- Scibel RW, Flint LM. Traumatismo del colon y del recto. En: Schackelford RT (ed.). Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 47-54.
- Selva Otaolaurruchi J. Material para ostomía. En: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Plan Nacional de Formación Continuada. Productos Sanitarios. Módulo 4. Madrid: Acción Médica; 2004. p. 79-104.
- Smith LE, Heneghan GM. Manejo de las ostomías. En: Schackelford RT (ed.). Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993. p. 201-23.

www.doymafarma.com

Material complementario para suscriptores
FICHAS DE EDUCACIÓN SANITARIA

2 Fichas descargables:

- Cuidado de una ostomía: cambio de la bolsa
- Cuidado de una ostomía: vaciado de la bolsa

Personalizables con el logotipo de su farmacia para entregar como cortesía a sus clientes