

La estomaterapia: Una necesidad sanitaria y social

M. A. Fernández / J.M. Capitán

A lo largo del tiempo la persona portadora de un estoma, ya fuese digestivo (colostomía, ileostomía) o urinario (ureterostomía, cistostomía) ha visto multiplicadas las dificultades para desarrollar una vida cotidiana normal. Condicionado en gran parte por un encubierto rechazo social (la creencia popular ha asociado invariablemente el llevar un estoma con la existencia de un cáncer incurable, lo

que con frecuencia es erróneo), la persona con un estoma ha debido solventar por sí misma, utilizando su sentido común o los consejos más o menos acertados de distintos profesionales sanitarios, las muchas interrogantes y consecuencias que su nueva condición anatómica y fisiológica la ha ido planteando a diario. Esto, que ha sido la realidad de los ostomizados hasta no hace

En los últimos años la figura del experto en Estomaterapia se ha consolidado en los Servicios Quirúrgicos que abordan la patología del tracto digestivo, y ello ha permitido el abordaje integral de la persona portadora de un estoma. La información exhaustiva, tanto pre como postoperatoria, ha demostrado ser uno de los factores clave que inciden de modo directo en la aparición de complicaciones, tanto de índole psicológico, social y laboral como las derivadas del propio manejo de la ostomía. La enorme variedad de dispositivos para el control del estoma y de la defecación que existe en el mercado es fuente de desconocimiento para los sanitarios no expertos y, por tanto, para el propio enfermo, y ello justifica aún más el consejo y el quehacer del Estomaterapeuta. El control que realiza sobre la persona portadora del estoma, incluso con carácter previo a su confección quirúrgica, así como en el seguimiento posterior, redundan en una detección y tratamiento precoz de las complicaciones –que tienen una alta incidencia– y, sin duda, mejorando la calidad de vida del ostomizado.

mucho tiempo, alcanzaba su máxima expresión en el momento en que aparecía alguna complicación derivada del propio estoma, con frecuencia desapercibida por el propio paciente al considerar tal complicación como algo normal e inevitable pero, sin duda, condicionando de modo acuciante la vida personal y social del sujeto.

Afortunadamente esta realidad ha ido cambiando en las últimas décadas

y más en los últimos años. A final de la década de los 50 el Cleveland Hospital comenzó la formación de terapeutas en enterostomías y en 1962 se constituye en EE.UU. la *United Ostomy Association* que aunó las iniciativas de diversos grupos de trabajo y que más tarde daría origen a la *International Ostomy Association*. La primera clínica de estomas en Europa surgió en el Bar-

Palabras clave: Estomaterapeuta. Estoma digestivo. Complicaciones del estoma.

Fecha de recepción: Abril 2001.

Seminario Médico

Año 2001. Volumen 53, N.º 1. Págs. 25-32

tholomew's Hospital de Londres. En 1988 se crea la Sociedad Española de Estomaterapia. El interés de los distintos profesionales sanitarios y la importante labor informativa, formativa y aglutinadora de las diversas Asociaciones han hecho que no sólo la concepción social del ostomizado se vaya progresivamente modificando, sino que teniendo como eje de su actividad a la persona portadora de un estoma, surja una nueva disciplina, la *Estomaterapia*. Es la *Enfermera Estomaterapeuta*, especializada en esta materia, quien va a controlar no sólo el estoma que sufre alguna complicación, detectándola precozmente, sino también y en íntima relación con los cirujanos y otros profesionales (psicólogo, asistente social, sexólogo, etc.) los distintos aspectos de la persona que pueden verse afectados o modificados por la existencia del estoma, tales como las relaciones sexuales, personales y laborales.

La enfermera Estomaterapeuta tiene varias funciones primordiales (Tabla I); por un lado, asistencial (prestar cuidados integrales directos al paciente ostomizado, familia y comunidad). La enfermera es responsable del mantenimiento, promoción y protección de la salud, del tratamiento de las personas ostomizadas y de su rehabilitación. También se ocupa de aspectos psicosomáticos y psicosociales de la vida que afectan a la salud, a la enfermedad y a la muerte.

En cuanto a la función docente, debe enseñar a las personas ostomizadas individualmente y por grupos, para que alcancen el nivel más alto de calidad de vida. Debe formar a los profesionales a nivel de conocimientos del estoma, así como colaborar en

Actividades del Estomaterapeuta. Funciones
• ASISTENCIAL
• DOCENTE
• DE ADMINISTRACIÓN
• INVESTIGADORA

Tabla I

la formación del equipo de enfermería y de otros profesionales sanitarios.

La enfermera Estomaterapeuta también tiene función de administración. Es responsable de las actividades que deben desarrollar los profesionales de Enfermería con respecto al paciente ostomizado, basándose en los conocimientos alcanzados; debe establecer los protocolos de trabajo consensuados con el resto del equipo, regulándolos de manera racional y ordenada, y respondiendo a una serie de necesidades y asegurando el correcto uso de los recursos.

Otra de sus funciones es la investigadora; está obligada a ampliar y profundizar los conocimientos de la Estomaterapia, así como a buscar mediante la experimentación soluciones a problemas y situaciones de enfermería, tratando de mejorar métodos y técnicas para que exista calidad en la asistencia, debiendo difundir y aplicar las mejoras obtenidas de los resultados de la investigación.

La labor del Estomaterapeuta no empieza cuando se presenta ante sí el paciente con el estoma ya realizado, sino en el estadio preoperatorio (Tabla II), dedicando el tiempo necesario para transmitir toda la información precisa, despejando las dudas y los temores del paciente, y recibiendo de él toda la información precisa para evaluarlo de un modo integral (y esto significa evaluarlo desde la perspectiva bio-psico-

Actividades del Estomaterapeuta. Atención preoperatoria
• Información del tipo de intervención, estoma y consecuencias.
• Valoración física, psíquica, social y laboral del paciente.
• Elección y marcaje de la localización idónea del estoma.
• Preparación del intestino para la intervención.

Tabla II

social con la que debemos valorar a cada paciente). Sólo con esta evaluación integral del paciente se conseguirá mantener al enfermo en una situación lo más cercana a la normalidad, precisamente haciéndole ver que el hecho de llevar un estoma significará una *normalidad diferente*.

Los estomas digestivos —abocamiento de un segmento del intestino a la piel a través de la pared abdominal— pueden ser temporales o definitivos. Las colostomías temporales se suelen practicar en el tratamiento de traumatismos abdominales y de otros procesos situados a nivel distal del lugar donde se realiza el estoma. En general las ileostomías temporales se realizan para prevenir las complicaciones derivadas del fracaso de sutura tras anastomosis de riesgo (colorrectales bajas, coloanales). Las colostomías definitivas se realizan cuando se practica la exéresis del complejo esfinteriano anal o bien cuando la función de este está alterada de modo irreversible. Las ileostomías definitivas se realizan en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal con afectación del sistema esfinteriano anal y en pacientes a los que se les realiza una proctocolectomía por cánceres sincrónicos. Como concepto general, podemos decir que el estoma definitivo se va a realizar cuando el complejo esfinteriano anal se ha extirpado o no cumple su función de un modo irreversible (alteraciones neurológicas, amputación de recto). En otras ocasiones el estoma digestivo es practicado tras la aparición de complicaciones de la cirugía digestiva, en especial tras las dehiscencias de suturas intestinales.

Uno de los aspectos importantes en esa evaluación preoperatoria que debe realizar el Estomaterapeuta es determinar el lugar idóneo para la práctica del estoma, en función de las características anatómicas del sujeto y de su capacidad para el manejo cotidiano del estoma. BASS y cols. (1) estudian de un modo retrospectivo 593 estomas realizados de modo electivo en el Joliet Surgery and Health Care de Chicago, todos ellos controlados por Estomaterapeutas y demue-

tran que aquellos enfermos que son evaluados y adiestrados en el preoperatorio y en los que se marca el lugar idóneo para la confección del estoma presentan una menor tasa de complicaciones que aquellos a los que no se les valora ni se marca previamente el lugar del estoma. Como veremos más adelante, la malposición del estoma debe ser considerada como una complicación y su profilaxis la debe realizar el Estomaterapeuta mediante el marcaje preoperatorio del lugar idóneo.

La información especializada que recibe el paciente futuro portador de un estoma difiere enormemente en función de la existencia o no del experto en Estomaterapia. Pese a que la existencia del Estomaterapeuta en un equipo quirúrgico es decisiva para la valoración e información preoperatorias, en ocasiones y por distintos motivos tal valoración y adiestramiento previos a la cirugía no se llega a producir, en especial en estomas realizados durante la cirugía de urgencias. En Francia, un estudio multicéntrico de carácter nacional realizado por BAUMEL y cols. (2) demostró que casi el 25% de los pacientes no han sido informados antes de la cirugía sobre la posibilidad de un estoma definitivo y que sólo una cuarta parte de los pacientes son seguidos asiduamente por el Estomaterapeuta. Incluso la cuarta parte de los pacientes informados consideraron que la información recibida fue insuficiente.

La enorme gama de dispositivos colectores y de cuidados del estoma que existe en el mercado, junto con la necesidad de un seguimiento personalizado de cada paciente, hacen indispensable la labor del experto en Estomaterapia durante el período postoperatorio, quien en cada caso aconsejará, resolverá dudas y problemas e indicará la solución para cada situación específica (Tabla III). Habitualmente el paciente con una colostomía realiza varias deposiciones al día sin que se pueda controlar el momento. Los dispositivos de irrigación son empleados por gran cantidad de pacientes con colostomía izquierda, que así consiguen defe-

**Actividades del Estomaterapeuta.
Atención postoperatoria**

- Detección de posibles complicaciones precoces y tardías.
- Información completa sobre los dispositivos colectores y su funcionamiento.
- Demostración del cambio de bolsa y reconocimiento del propio estoma y piel.
- Información sobre los cambios de imagen corporal.
- Atención a las alteraciones psicológicas derivadas del estoma.
- Valoración y orientación de las consecuencias sociales y familiares del estoma.
- Valoración y orientación de las consecuencias laborales del estoma.
- Valoración y orientación de las repercusiones sobre actividad sexual.

Tabla III

car en el momento elegido. Por ello, la enseñanza de los métodos para favorecer la continencia (irrigación, obturador y combinación obturador-irrigación) sin duda constituye un elemento clave de la atención postoperatoria de los pacientes ostomizados, pues tal como demuestran ARMENTA (3) y LEONG y YUNOS (4), tales métodos contribuyen a mejorar la satisfacción y la calidad de vida de estos pacientes. Del mismo modo, el paciente, aconsejado por el Estomaterapeuta, debe conocer la amplia gama de bolsas colectoras que existen en el mercado, determinando cuál es la que mejor se adapta a sus necesidades, cómo utilizarla y cómo debe deshacerse de ella (hecho que a veces constituye un verdadero problema para el enfermo).

La confección de un estoma no es un procedimiento trivial ni debe ser considerado de cirugía menor, aunque con frecuencia constituye uno de los últimos gestos de la intervención quirúrgica. Tampoco está exento de complicaciones, sino todo lo contrario. Prácticamente en todas las series publicadas, la tasa de complicaciones es superior al 30% (5,1), llegando en algunas al 60 % (6, 7), incluso en alguna patología concreta, como la colitis ulcerosa, la tasa de complicaciones puede llegar al 75% (6).

El estoma conlleva frecuentemente alteraciones psicológicas y de comportamiento social y familiar que, en su grado máximo, pueden llevar al paciente a plantearse el

suicidio, no por la enfermedad de base sino por la propia existencia del estoma (8). La percepción negativa de la imagen corporal es determinante para dichas alteraciones.

Existen tres factores que se relacionan con la aparición de alteraciones psicológicas; el primero de ellos es la existencia de alteraciones psicológicas previas, que tras el estoma se verían agravadas; en segundo lugar la ausencia de información preoperatoria y, finalmente la aparición de complicaciones relacionadas con el estoma.

GOOSZEN y cols. (9) demuestran una íntima correlación entre el número de problemas en el cuidado del estoma y el grado de restricción en la vida social del paciente.

De un modo más taxativo, PIWONKA y MERINO (10) concluyen en su estudio que la aceptación por parte del paciente y la familia de los cambios en la imagen corporal y el grado de aceptación psicosocial tras la práctica del estoma están en íntima correlación con la instrucción en los autocuidados y con el soporte psicológico.

Las complicaciones del propio estoma pueden producirse de modo inmediato tras la cirugía o de modo tardío (Tabla IV). La necrosis se debe a la deficiente vascularización del asa intestinal que forma el estoma; sus causas pueden ser diversas, pero del cualquier modo se suele manifestar en las primeras horas postoperatorias con la aparición de una mucosa violácea o negra y sin brillo. Dependiendo de su magnitud y ex-

Complicaciones de los estomas

Inmediatas:

- Necrosis.
- Hemorragia.
- Infección.
- Separación mucocutánea.
- Hundimiento.

Tardías:

- Malposición.
- Irritación cutánea.
- Estenosis.
- Hernia.
- Prolapso.
- Fístula.
- Recidiva enf. de base.

Tabla IV

tensión puede requerir una cirugía urgente o evolucionar con el tiempo hacia la estenosis del estoma. La hemorragia es una complicación precoz e infrecuente y de fácil identificación por la recogida de sangre en la bolsa colectora. La infección periestomal puede requerir un drenaje quirúrgico que dificultará la colocación de la bolsa colectora y favorecerá la separación mucocutánea. La excesiva tensión en las suturas que fijan el estoma a la pared abdominal pueden ocasionar que la separación mucocutánea sea progresiva y determine el hundimiento del estoma; lo que constituye una complicación grave; si el hundimiento es completo, provocará el vertido de materia fecal en los tejidos de la pared abdominal y la consecuente infección de la misma. Son más frecuentes los hundimientos parciales, que se suelen controlar con medidas conservadoras.

El estoma confeccionado en un lugar inadecuado es fuente de numerosos problemas, tales como la dificultad de fijación de la bolsa colectora, fugas de heces y olores, mala visualización, dependencia de otra persona, etc. Los problemas dermatológicos pueden ser de intensidad muy variable y en su etiología se deben contemplar muy

diversos aspectos, desde la alergia al adhesivo de la bolsa hasta la dermatitis periestomal inducida por las heces y por la orina, e incluso la ulceración cutánea. Las placas y apósitos protectores juegan un importante papel en la solución de estos problemas dermatológicos. La estenosis es una complicación de los estomas terminales, y es la consecuencia tardía de una infección periestomal, una necrosis o un hundimiento en el postoperatorio precoz; con frecuencia requiere la nueva realización de otro estoma. La hernia periestomal es la complicación tardía más frecuente y la posibilidad de su aparición aumenta con el paso del tiempo (11). La magnitud de los síntomas es variable, así como el tamaño de la hernia, pero pueden ser asiento de complicaciones graves, tales como la obstrucción intestinal y la estrangulación del contenido herniario. Los pacientes con hernia periestomal recurren a cinturones o fajas a los que les confeccionan un orificio por el que sale el estoma, pero con frecuencia ven dificultada la colocación de la bolsa colectora. Cuando se produce prolapso del estoma (a veces acompañado de hernia periestomal), suele ser intermitente y su reducción se produce espontáneamente; en prolapso importantes también el enfermo verá dificultada la colocación de la bolsa.

No parece que existan grandes diferencias en el riesgo de complicaciones entre los distintos tipos de estomas, excepto al valorar las complicaciones dermatológicas, cuya tasa es mayor en las ileostomías que en las colostomías (6) debido a la mayor capacidad de irritación cutánea del material efluente. Existe correlación de tales complicaciones con la edad del paciente (12) y de cualquier modo las alteraciones dermatológicas periestomales constituyen una de las complicaciones más frecuentes, llegando incluso al 60% (13) También está demostrado que la ileostomía altera más el estilo y la calidad de vida que la colostomía, así como la vida laboral (2). LEONG y cols. (14) del St. Mark's Hospital de Londres encuentran en su amplia experiencia que la

tasa de complicaciones de la ileostomía en pacientes operados por colitis ulcerosa es del 76% a los 20 años y del 59% en pacientes intervenidos por Enfermedad de Crohn, siendo la más frecuente los problemas dermatológicos (34%), seguida de la obstrucción intestinal (23%), la retracción (17%) y la hernia periestomal (16%).

La existencia de otras complicaciones del propio estoma, como la hernia periestomal, la retracción, el prolapso, la estenosis y la obstrucción intestinal, es frecuente pudiendo superar el 25% y obliga a reintervenir al paciente en un porcentaje variable de casos, pero que con frecuencia llega al 50% (15). Es evidente que la labor del Estomaterapeuta resulta crucial en el seguimiento postoperatorio inmediato y en los controles periódicos posteriores, ya que no sólo va a evitar la aparición de complicaciones derivadas del uso incorrecto de los dispositivos colectores, sino que además detectará de un modo precoz la aparición de otras complicaciones, e incluso podrá prever la evolución de aquel estoma que ha sufrido al-

guna complicación precoz e intensificar, en su caso, el control del mismo.

El Hospital «Princesa de España» cuenta desde hace más de 9 años con una Unidad de Estomaterapia, integrada funcionalmente en el Servicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo y atendida por personal especializado (enfermera experta en Estomaterapia). A ella acuden tanto los pacientes del área sanitaria dependiente de dicho Centro como aquéllos que, dependientes de otros Hospitales, solicitan la consulta.

De la importante labor llevada a cabo por dicha Unidad dan muestra los datos de actividad comparativos en los últimos años, en las casi 1.000 consultas externas realizadas en 525 pacientes desde los años 1992 a 1999, sin contabilizar la actividad realizada en los pacientes ingresados (Gráfico I). En nuestra casuística, al igual que en la bibliografía consultada, las complicaciones dermatológicas son las más frecuentes. De la actividad realizada, únicamente queremos destacar la reducción progresiva de las complicaciones dermatológicas observadas a lo

■ N° Consultas externas

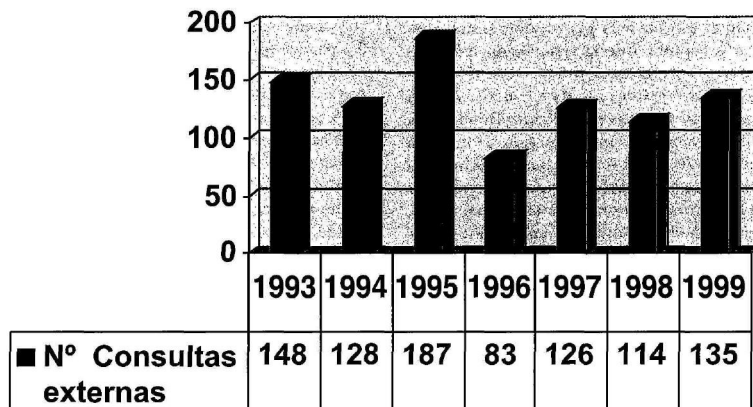


Gráfico I

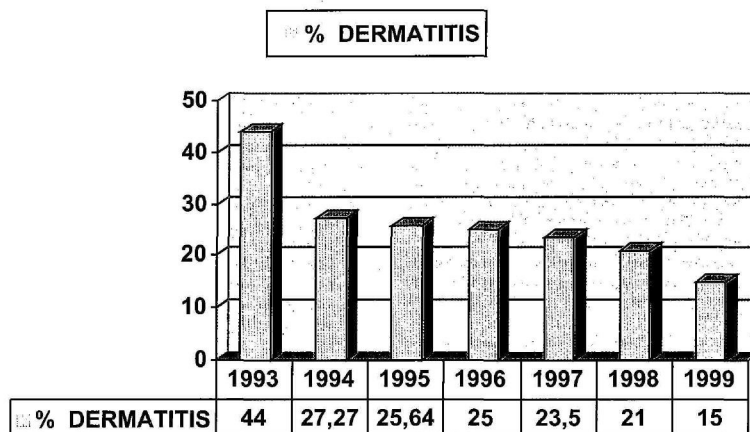


Gráfico II

largo de los años (Gráfico II); así, mientras que en el año 1993 la tasa de dermatitis observadas fue del 44% de los enfermos atendidos, vemos que dicho porcentaje desciende progresivamente hasta que en 1999 se sitúa en el 15% de los pacientes controlados. A lo largo del presente año, así como el año pasado, observamos la misma tendencia, aunque dichos datos de actividad deben ser todavía analizados (motivo por el que no se incluyen en esta revisión). Esta evolución nos confirma que el control y el seguimiento personalizado del paciente, así como la educación en el cuidado del estoma y el consejo del Estomaterapeuta, tienen una importancia crucial en la prevención de complicaciones.

Sin duda la labor realizada a lo largo de estos últimos años, proporcionando una información exhaustiva, real y personalizada a cada paciente y practicando un correcto seguimiento del mismo, ha propiciado que el enfermo conozca bien su estoma y las consecuencias derivadas del mismo, y es precisamente esta mejor información, la piedra angular que determina una menor tasa de efectos secundarios y complicacio-

nes observadas. A nuestro juicio, la existencia del experto en Estomaterapia aporta seguridad al paciente y a su familia, pues ven en él al profesional que realmente conoce los problemas que conlleva llevar el estoma. Otro aspecto destacable, pese a ser casi ignorado, es la seguridad que el Estomaterapeuta aporta a los cirujanos, pues su labor tanto preoperatoria como de vigilancia y control postoperatorios transmiten la tranquilidad de que el paciente está en manos expertas que con toda seguridad le van a proporcionar una mejor calidad de vida. Consideramos que los servicios quirúrgicos que abordan la patología colorrectal deben contar entre sus profesionales con la figura del experto en Estomaterapia. ◀

M. A. Fernández Romo, Supervisora Servicio de Cirugía General. Enfermera Estomaterapeuta. Hospital Universitario «Princesa de España». Jaén. **J. M. Capitán Vallvey**, Jefe de Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario «Princesa de España». Jaén.

Bibliografía

1. BASS, E.M.; DEL PINO, A.; TAN, A.; PEARL, R.K.; ORSAY, C.P.; ABCARIAN, H.: «Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome?», *Dis Colon Rectum*, 40 (4): 440-442, 1997.
2. BAUMEL, H.; FABRE, J.M.; MANDERSHEID, J.C.; DOMERGUE, J.; VISETT, J.: «Medicosocial consequences of permanent digestive stomas. A national multicenter retrospective study», *Presse Med*, 23 (40): 1849-1853, 1994.
3. ARMENTA GALÁN, J.: «Improvement of the quality of life in patients with colostomies by using continence methods», *Rev. Enferm*, 22 (1): 17-24, 1999.
4. LEONG, A.F.; YUNOS, A.B.: «Stoma management in a tropical country: colostomy irrigation versus natural evacuation», *Ostomy Wound Manage*, 45 (11): 52-56, 1999.
5. ANDIVOT, T.; BAIL, J.P.; CHIO, E.; JUGLARD, G.; TOPART, P.; LOZACH, P.; CHARLES, J.E.: «Complications of colostomies. Follow-up study of 500 colostomized patients», *Ann. Chir.*, 50 (3): 252-257, 1996.
6. MAKELA, J.T.; TURKU, P.H.; LAITINEN, S.T.: «Analysis of late stoma complications following ostomy surgery», *Ann. Chir. Gynaecol.*, 86 (4): 305-310, 1997.
7. CHEUNG, M.T.: «Complications of an abdominal stoma: an analysis of 322 stomas», *Aust. N.Z.J. Surg.*, 65 (11): 808-811, 1995.
8. BARTHA, I.; HAJDU, J.; BOKOR, L.; KANYARI, Z.; DAMIANOVICH, L.: «Quality of life of post-colostomy patients», *Orv Hetil*, 136 (37): 1995-1998, 1995.
9. GOOSZEN, A.W.; GEELKERKEN, R.H.; HERMANS, J.; LACCAY, M.B.; GOOSZEN, H.G.: «Quality of life with a temporary stoma: ileostomy vs. Colostomy», *Dis. Colon Rectum*, 43 (5): 650-655, 2000.
10. PIWONKA, M.A.; MERINO, J.M.: «A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy», *J. Wound Ostomy Continence Nurs*, 26 (6): 298-305, 1999.
11. LLEDÓ MATOSES, S.: *Cirugía colorrectal. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos*. Aran Ed., pág. 501, 2000.
12. HELMAN, J.; LAGO, C.P.: «Dermatologic complications in colostomy and ileostomy patients», *Int. J. Dermatol*, 29 (2): 129-133, 1990.
13. SISTO, G.; TARANTINO, S.; LANTONE, G.; LACITIGNOLA, S.; PORCELLI, P.: «Disabling outcomes and psychological disorders in the patient with an enterostomy», *Minerva Chir.*, 46 (15-16): 855-60, 1991.
14. LEONG, A.P.; LONDONO-SCHIMMER, E.E.; PHILIPS, R.K.: «Life-table analysis of stoma complications following ileostomy», *Br. J. Surg.*, 81 (5): 727-729, 1994.
15. BAUMEL, H.; FABRÉ, J.M.; MANDERSHEID, J.C.; GUILLON, F.; DOMERGUE, J.; VISETT, J.: «Clinical characteristics and evolution of permanent digestive ostomies. Results of a nation-wide retrospective survey», *Gastroenterol Clin. Biol.*, 17 (8-9): 547-552, 1993.