

Enfermería

Medwave. Año IX, No. 4, Abril 2009. Open Access, Creative Commons.

Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado

Autora: Heidi Hevia⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Hospital Gustavo Frické, Viña del Mar, Chile

doi: <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2009.04.3852>

Ficha del Artículo

Citación: Hevia H. Impacto de la enfermera enterostomal en el autocuidado del paciente ostomizado. *Medwave* 2009 Abr;9(4) doi: 10.5867/medwave.2009.04.3852

Fecha de publicación: 1/4/2009

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia dictada en el II Encuentro Internacional Autocuidado y Promoción de la Salud: Innovaciones en el Manejo de Enfermedades Crónicas, organizado por la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile. El encuentro se realizó en Santiago, entre el 17 y el 30 de Abril de 2008.

Objetivos Generales

1. Conocer la epidemiología y situación del cáncer de colon y recto en Chile.
2. Revisar la problemática del paciente ostomizado en Chile.
3. Reflexionar sobre la importancia del autocuidado en el paciente ostomizado.
4. Conocer cuáles son las necesidades clínicas y educativas del paciente ostomizado en las instituciones de salud.

Objetivos Específicos

1. Identificar las consecuencias del déficit de autocuidado en los pacientes ostomizados.
2. Valorar los beneficios en la calidad de la atención proporcionada por las enfermeras especialistas.
3. Conocer estrategias de promoción y prevención del cáncer de colon y recto.
4. Realizar programas e intervenciones exitosos en la educación para el autocuidado del paciente ostomizado en países desarrollados.

Epidemiología y factores de riesgo de cáncer de colon

En Chile la patología oncológica es la segunda causa de muerte; el cáncer digestivo el responsable de 46, 2% del total de fallecimientos por esta causa y dentro de este grupo, el cáncer colorrectal es la tercera causa de muerte después del cáncer gástrico y biliar. La mortalidad por cáncer de colon es un problema emergente de salud pública en Chile; no hay estudios de incidencia ni de mortalidad por cáncer colorrectal y como no existen registros nacionales de cáncer no se puede establecer la prevalencia de la enfermedad, aunque indirectamente se

puede inferir que ésta ha aumentado. En 2004 hubo 1.326 muertes atribuibles a cáncer de colon y recto, con un promedio de 3, 6 muertes diarias según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Entre 1990 y 2003 se observa una tendencia ascendente en forma significativa de la mortalidad por cáncer de colon y recto, intervalo en el cual la población de mayor riesgo aumentó desde 16% a 20%. En los últimos 10 años, la mortalidad por cáncer de colon y recto se ha duplicado (1, 2).

El cáncer de colon se caracteriza por presentar largos períodos asintomáticos y lesiones premalignas, como los pólipos adenomatosos, cuyo tratamiento permite la curación en 90% de los casos. Además hay grupos identificables de alto riesgo, en los cuales se justifica efectuar un programa de *screening*. Por otra parte el cáncer de colon es la principal causa de ostomía, pero ésta también puede ser indicada por enfermedades inflamatorias intestinales, enfermedades sistémicas, diverticulares, obstructivas, traumatismos abdominales, malformaciones ano-rectales y megacolon.

Entre los factores predisponentes a cáncer de colon, la herencia es muy importante: los pacientes con antecedentes familiares de poliposis múltiple o enfermedades inflamatorias como colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de colon debido a mutaciones genéticas que se pueden detectar mediante exámenes de sangre; alrededor de 6% de los pacientes que desarrollan cáncer de colon y recto tienen alteraciones genéticas que determinan 80 a 100% de riesgo de desarrollar este tipo de cáncer antes de los 50 años de edad. Otro factor predisponente importante es el hábito alimentario inadecuado, con ingesta pobre en fibra, lo que aumenta el tiempo de exposición de la mucosa a cancerígenos y con exceso de proteínas, grasas saturadas animales expuestas al fuego,

aditivos alimentarios con efecto cancerígeno e hidratos de carbono refinados. Finalmente, el hábito intestinal lento también predispone al individuo a desarrollar cáncer de colon y recto, porque expone la mucosa intestinal a compuestos cancerígenos como esteroides y ácidos biliares presentes en las heces.

Problemas del paciente ostomizado

Actualmente en Chile la incidencia de ostomizados se calcula en 1.200 y la prevalencia en 4.500, según un cálculo estimado con base en los egresos de 59 hospitales tipo 1 y 2 y el número de ostomías creadas cada año.

Los pacientes ostomizados en Chile tienen los siguientes problemas:

- Los cuidados de enfermería no son especializados.
- No existen protocolos de atención y guías de cuidados específicos.
- No es una patología AUGE.
- No se delimita el sitio de la ostomía previo a la cirugía.
- La educación para el autocuidado, que debería hacerse en el preoperatorio, se entrega en el postoperatorio por personal no capacitado y muchas veces se pospone hasta el momento del alta, cuando el paciente está preocupado de muchas otras cosas.
- Los insumos sólo se proporcionan en el periodo intrahospitalario; después deben ser costeados por los pacientes.
- No existe un programa de seguimiento después del alta.
- Los programas se centralizan en Santiago.
- No hay centros formadores en esta especialidad.
- El tiempo que pasa desde la creación de la ostomía hasta la reconstitución es superior a siete meses, con todo lo que esto implica.

Autocuidado del paciente ostomizado

Según la definición de *DeFriese*, se entiende por autocuidado a aquellas prácticas de personas y familiares en beneficio de su propia salud, a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas; de esta manera las personas adquieren responsabilidad para manejar por sí mismas su salud. El autocuidado se aplica tanto en individuos sanos, para mantener su estado de salud a través de actividades de prevención y promoción, como en individuos enfermos, para recuperar o mejorar su estado de salud a través de la pesquisa oportuna de patologías secundarias.

Para educar a la persona ostomizada en el autocuidado, el personal de salud en general y de enfermería en particular debe tener la formación necesaria, es decir, debe haber adquirido la competencia para entregar esta educación; y además debe existir cultura de autocuidado del paciente ostomizado, es decir, se debe programar el tiempo necesario para que una enfermera le enseñe los contenidos correspondientes y le entregue una atención especializada. Para la realización del autocuidado lo más importante es que la educación sea efectuada por

especialistas, según lo estableció como derecho la *International Ostomy Association* en el año 1993, en un proceso individual, gradual, con participación del paciente, demostrado y corregido. Sólo de esta forma el paciente se sentirá motivado, confiado, comprometido y colaborador.

La falta de educación en autocuidado puede tener consecuencias. En la siguiente imagen se observa a un paciente de 66 años de edad, portador de cáncer de recto, que acudió a control ambulatorio: se puede ver que tenía la bolsa al revés, ya que no se le indicó que debía apuntar hacia abajo; estaba usando una prótesis más grande que el tamaño del estoma y había recortado en exceso la sustancia protectora del estómago (Fig. 1 A) En el recuadro B se aprecia una ileostomía solevantada, con una placa no adecuada en la cual no se respetó los márgenes y la bolsa no sigue la gravedad, lo que requirió atención de enfermería especializada, sustancia protectora y protectores cutáneos.



Figura 1. Consecuencias de la falta de educación para el autocuidado de la ostomía (véase descripción en el texto).

En la siguiente imagen se observa: A, un niño de siete meses en el cual se utilizó una prótesis muy grande, que ocupa el diámetro del abdomen y se recortó toda la sustancia protectora; no se acomodó la prótesis al tamaño del estoma. B, un paciente cuyo estoma quedó en un pliegue de la cintura (Fig. 2).

En la Fig. 3, en el caso A el estoma se encuentra abajo y lateral, de modo que el paciente debe utilizar demasiada tela para contenerlo; y el paciente B aún se encuentra con la bagueta y la bolsa puesta en sentido contrario, por lo tanto no sigue la fuerza de gravedad, que facilita el drenaje de las deposiciones.



Figura 2. Complicaciones de las ostomías (explicación en el texto).



Figura 4. Complicaciones de las ostomías (explicación en el texto).



Figura 5. Estoma telescópico.

La enfermera especialista debe decidir qué tipo de convexidad va a utilizar: existen planas, medianas y profundas, que pueden causar más daño si no se seleccionan en forma apropiada (Fig. 6).



Figura 6. Tipos de convexidad para el manejo de ostomías



Figura 3. Complicaciones de las ostomías (explicación en el texto).

En la Fig. 4 se observa un paciente con la bolsa colocada al revés, junto a otra paciente en silla de ruedas que no podía realizar bien su autocuidado por falta de medios económicos, por lo que fabricaba sus propias bolsas.

Sin embargo, el déficit de autocuidado no sólo depende del paciente, como lo demuestran los siguientes ejemplos. En la fig. 5 se observa un estoma telescópico, en el que se puede apreciar desinserción mucocutánea; el estoma, por donde se expulsan las disposiciones en una ileostomía, se encuentra invaginado. En este caso se debe presionar para lograr que salga la ileostomía y se debe utilizar algún tipo de convexidad y un cinturón.

En la Fig. 7 se observa una paciente pediátrica con una ileostomía muy plana que no pudo cerrar a causa de la intensa dermatitis circundante. En los recuadros pequeños se muestra el proceso de tratamiento, con base en distintos polvos y protectores cutáneos no alcohólicos. El procedimiento se le debe enseñar al paciente puesto que el polvo se debe impregnar.

En la siguiente imagen se observa un paciente con ileostomía plana derivado desde un hospital de provincia. La dermatitis abarcaba hasta el glúteo (Fig. 8).



Figura 8. Dermatitis intensa secundaria a ileostomía plana sin cuidados adecuados.

En la Fig. 9 se observa una paciente de Unidad de Cuidados Intensivos con ileostomía mal ubicada, bajo la parrilla costal. Sólo se pudo manejar con cuidados especializados de enfermería, puesto que las condiciones de este paciente no permitían una nueva cirugía.



Figura 9. Estomas mal ubicados.

En el paciente de la Fig. 10 la ostomía quedó muy cerca de la cicatriz de laparotomía, por lo que desarrolló una fasciitis necrotizante. Para evitar esto se debe marcar el sitio de la ostomía.



Figura 10. Complicaciones de las ostomías (explicación en el texto).

En el paciente de la Fig. 11 la ostomía quedó muy hacia lateral, cerca de la cresta ilíaca, lo que favorece la aparición de prolapsos y herniaciones. Por eso es importante que la ubicación de la ostomía se marque antes de la cirugía.



Figura 11. Ostomía muy lateral que dificulta la colocación de la prótesis y el manejo por el paciente. La ubicación de la ostomía se debe marcar antes de la cirugía.

Fundamentos de la atención especializada del paciente ostomizado

Según Kelly y Henry señalaron, en 1992, se puede evitar problemas psicológicos, físicos y sociales si las cirugías se realizan en forma programada, informando al paciente y permitiéndole desarrollar competencias de autocuidado para hacer frente a su ostomía. Según Bryant, Breckmann, Turnbull y otras estomaterapeutas el asesoramiento adecuado en el periodo preoperatorio es un paso primordial para que el paciente enfrente con éxito la cirugía; mientras más temprano se proporcionen los

cuidados especializados a las personas ostomizadas, más herramientas tendrán para el manejo posterior y mejor será su estado anímico, lo que es muy importante si se considera que en este periodo el paciente y su familia son muy vulnerables y tienen mucha ansiedad y temor.

La atención especializada del paciente ostomizado se justifica desde el punto de vista económico, pues disminuye las intervenciones, el número de cambios de ropa de cama, el ausentismo laboral y el número de curaciones por irritación, además de reducir las consultas médicas, lo que permite redistribuir el tiempo del *staff*. Asimismo, reduce la tasa de hospitalización por complicaciones y permite aprovechar mejor los insumos y el tiempo de los profesionales.

También se justifica desde el punto de vista humano, ya que disminuye los estados depresivos y el estrés en el paciente y su familia, logra la reintegración laboral precoz, mejora la aceptación del problema, acelera la rehabilitación y reduce las ideas y conductas suicidas. En un estudio realizado por *Colostomy Welfare Group* en 1982, en el que se analizó el estado emocional de los pacientes antes de la hospitalización, durante la estancia hospitalaria y en el período de rehabilitación según la participación del médico de familia, el coloproctólogo y el personal de enfermería, se observó que el estado emocional inicial del paciente se encontraba más cerca de la zona de depresión aguda o de suicidio; la participación de la estomaterapeuta se asociaba claramente a disminución de la depresión y de ideas suicidas y la participación en un grupo de pares mejoraba aún más estos resultados.

En los Estados Unidos hay 302.688.000 habitantes; cada hospital de 800 camas cuenta con 2 estomaterapeutas. Poseen 9 programas de formación profesional acreditados por la *Wound, Ostomy and Continence Nurses Society* (WOCN), liderados por Paula Edwin T. de la Cleveland Clinic. Brasil posee 188.098.127 habitantes y 8 programas de educación de enfermería de estomaterapia acreditados por el *World Council of Enterostomal Therapists* (WCET) y la Asociación Brasileña de Estomaterapia (SOBEST), con 500 estomaterapeutas distribuidas a lo largo de todo el país. México, con 104.860.000 habitantes, no posee registros de incidencia y prevalencia de ostomizados, pero cuenta con 197 enfermeras estomaterapeutas formadas y activas. Suecia posee una escuela de estomaterapia en Göteborg y 100 estomaterapeutas, una por cada 100 nuevos pacientes ostomizados.

Beneficios de la atención especializada

La enfermera estomaterapeuta es aquella que se dedica al manejo y cuidado de ostomías, fistulas, heridas, incontinencia, sondas y drenajes. En la Fig. 12 se muestra un ejemplo de los casos: se trata de un paciente de 46 años con enfermedad de Caroli que se complicó con fístula biliar y colónica, en el que se pueden observar las deposiciones (A) y la fístula biliar y colónica (B). Se hizo manejo separando las fistulas (C), sellando y cerrando la fístula biliar (D). Se manejó la fístula colónica como una ostomía (E).



Figura 12. Manejo de complicaciones de las ostomías (véase texto).

La siguiente figura muestra una paciente de 39 años con colitis ulcerosa que en el período ambulatorio presentó enrojecimiento alrededor de la ileostomía y desarrolló un pioderma gangrenoso, que es muy difícil y doloroso de tratar. Se puede observar que la piel se va desprendiendo de la mucosa, desarrollando cavidades y puentes, destruyéndose toda la dermis. La destrucción de la piel traspasa desde el lado izquierdo al contralateral formando surcos (Fig. 13).



Figura 13. Caso clínico: paciente 39 años con colitis ulcerosa que desarrolla pioderma gangrenoso periileal.

En el caso descrito, el manejo especializado durante siete meses de tratamiento permitió que la paciente lograra cicatrizar y la ileostomía trabajara en forma adecuada (Fig. 14).



Figura 14. Tratamiento y resultado a los siete meses.

En la siguiente figura se resume la evolución de una paciente que tras dos meses de hospitalización desarrolló una fístula ileal, perdiendo toda la dermis de la piel abdominal circundante. En el tratamiento se utilizó el sistema de aspiración al vacío; a los 3 ó 4 días la herida muestra tejido de granulación y se eliminó el tejido desvitalizado; a la semana de tratamiento se aprecia más limpia, reducida y con bastante tejido de granulación. Luego de la intervención de la enfermera especialista la paciente se fue a su casa, logrando independencia para ir al baño y realizar actividades menores lo que mejoró considerablemente su estado de ánimo. (Fig. 15).

En la siguiente figura se observa el sistema de aspiración al vacío, que se instaló en la parte en la cual se ha perdido la piel y no en la zona donde se encontraba la ileostomía para dejar salir las deposiciones, ya que la presencia de fístula es una contraindicación. Se manejó la ileostomía separadamente con un sistema de convexidad, y aspiración al vacío en zona lateral. Se observa cómo las deposiciones son expulsadas hacia la bolsa. El diámetro de la herida se redujo en 3,5 cm y la paciente se dio de alta a los 28 días de tratamiento (Fig. 16).

El paciente ostomizado no tiene en forma natural conocimientos sobre autocuidado; las enfermeras deben tener claro lo que se le debe enseñar y las herramientas que se le debe proporcionar. Como mínimo este paciente, al salir del hospital, debe saber usar los dispositivos, dónde comprarlos, cómo cuidar el estoma y cómo proteger la piel en caso de alguna complicación. Los pacientes ostomizados tienen necesidades de cuidado físico y cuidado psicológico y además requieren una relación de ayuda.



Figura 15



Figura 16

Según la teoría del cuidado humano transpersonal de *Jean Watson*, postulada en 1985, se distinguen dos acciones de cuidados: las acciones de cuidados instrumentales o técnico-asistenciales, como cuidados del estoma, tratamiento de la irritación de la piel o higiene y medicación, y los cuidados de carácter relacional o actividades expresivas, como empatizar con el paciente, escucharlo, acompañarlo, despejar sus dudas y ayudarlo a recuperar su estabilidad en el ámbito psicosocial y afectivo.

Estrategias de prevención del cáncer de colon y recto

El cáncer de colon y recto es la principal causa de realización de ostomía. La inauguración del laboratorio de Oncología en la clínica Las Condes, la realización de campañas en que se explicó a los pacientes los beneficios

de la detección de hemorragias ocultas en deposiciones y el facilitar el acceso a las consultas de los médicos especialistas son un ejemplo de actividades destinadas a prevenir este tipo de cáncer. Asimismo, el Ministerio de Salud definió una *canasta de prestaciones* para el paciente ostomizado; se creó un grupo de trabajo en guías clínicas del paciente ostomizado y portador de cáncer de colon y recto; y la sociedad de coloproctología desarrolló una campaña de prevención del cáncer de colon y recto.

En los Estados Unidos, la incidencia de cáncer de colon y recto ha disminuido y el problema se está detectando a edades más tempranas, gracias a la promoción del estudio de sangre oculta en deposiciones y la colonoscopia, mediante campañas educativas dirigidas a la población. En Europa las tasas de incidencia y mortalidad van en descenso, probablemente porque el diagnóstico se realiza en forma más precoz y el tratamiento se aplica con criterios oncológicos, además de la influencia de los cambios en los hábitos nutricionales. En Alemania se realizan colonoscopías previo al ingreso al trabajo en las personas mayores de 50 años.

La primera estrategia de prevención debe apuntar a que la gente tome conciencia de los beneficios de las campañas de prevención y detección de cáncer de colon a través de estudios de sangre oculta en deposiciones, que son estudios inmunológicos de alta sensibilidad y especificidad. Segundo, se debe informar sobre las ventajas de la detección temprana en población de riesgo. Tercero, se debe iniciar la pesquisa de cáncer a los 50 años de edad, con el objetivo de detectar pólipos. Las estrategias de promoción de la prevención primaria se orientan a educar en hábitos y conductas adecuadas, como suspender el tabaquismo, evitar el excesivo consumo de carnes rojas y grasas y combatir la obesidad y el sedentarismo, pues hay estudios que demuestran que el ejercicio disminuye la probabilidad de desarrollar cáncer

de colon en alrededor de 40% y difundir las ventajas protectoras del consumo diario de vegetales, frutas, retinol, vitaminas C y E y de practicar ejercicio.

En el futuro, es importante:

- Desarrollar la especialidad de estomaterapia.
- Crear una red informática de enfermeras que atienden a pacientes ostomizados.
- Disponer de protocolos de atención elaborados por expertos, con apoyo del Ministerio de Salud para que exista difusión con patrocinio de este último.
- Promover la incorporación del cáncer de colon y recto al listado de patologías AUGE.
- Lograr que FONASA y las ISAPRE financien los insumos para el manejo de las ostomías.
- Incentivar las vías de perfeccionamiento para profesionales en centros acreditados y mantener vínculos con las organizaciones internacionales de la especialidad.

Las organizaciones internacionales de la especialidad son la WOCN (Consejo de enfermeras de heridas, ostomías y continencia), la WCET (Consejo mundial de enfermeras estomaterapeutas), que son las dos grandes instituciones que lideran la evidencia científica en el manejo de heridas, la *International Ostomy Association* (IOA) y la *Friends of Ostomates Worldwide* (FOW), que es la institución que ayuda a los países que no poseen recursos.

Referencias

1. Donoso A, Villarroel L, Pinedo G. Aumento de la mortalidad por cáncer de colon en Chile, 1990-2003. *Rev Med Chil.* 2006 Feb;134(2):152-8. Epub 2006 Mar 17. ↑ | [PubMed](#) |
2. Medina E, Kaempffer AM. Mortalidad por cáncer en Chile: consideraciones epidemiológicas. *Rev Med Chil.* 2001 Oct;129(10):1195-202. ↑ | [PubMed](#) |



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.