



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Educación y cuidados de enfermería
en el paciente colostomizado.**

Revisión Bibliográfica

Alumna: Alba Fernández Ozores

Tutora: Dña. Eva Durántez de la Plaza

Junio, 2016

ÍNDICE

1. Resumen.....	2
2. Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
▪ El cáncer de colon.....	5
▪ Colostomía.....	6
▪ Historia de la colostomía.....	7
▪ Sistemas de recogida, irrigación y oclusión.....	8
▪ Complicaciones de la colostomía.....	9
▪ Enfermera experta en estomaterapia.....	11
4. Justificación.....	14
5. Objetivos.....	15
6. Material y métodos.....	16
▪ Criterios de selección.....	17
▪ Proceso de selección.....	18
7. Resultados y discusión.....	20
▪ Connotaciones negativas.....	20
▪ Sexualidad.....	22
▪ Autoestima.....	22
▪ Calidad de vida.....	23
▪ Sistemas alternativos a la bolsa colectora.....	24
▪ Afrontamiento.....	25
▪ Apoyo familiar y social.....	26
▪ Enfermería en la educación y promoción del autocuidado.....	29
8. Conclusiones.....	33
9. Bibliografía.....	34
10. Anexos.....	40

1. RESUMEN

Introducción: La colostomía es el tratamiento de elección para el cáncer colorrectal y otras enfermedades intestinales. Se trata de una resección quirúrgica de parte del colon, que tiene como resultado un estoma de eliminación abdominal. La enfermera experta en estomaterapia será la encargada de guiar al paciente en su rehabilitación física, psicológica y social, para que recupere su libertad, autonomía y calidad de vida.

Objetivos: Describir la importancia de la enfermera como educadora del paciente colostomizado. Para ello se manifiestan las connotaciones negativas que trae consigo la cirugía, se valoran los factores influyentes en el proceso y se comprueba el progreso del paciente hacia el autocuidado.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática de artículos científicos. Para ello se utilizan diferentes bases de datos bio-sanitarias, utilizando descriptores y criterios específicos de selección.

Resultados y discusión: Las connotaciones negativas que presenta el colostomizado son muchas y generan un perjuicio en su salud bio-psico-social. Su calidad de vida se ve comprometida, y por ello, la labor del profesional de enfermería será poner los medios al alcance del paciente para suplir todas sus carencias. El apoyo familiar y social resulta fundamental en la recuperación del colostomizado, permitirá aumentar su autoestima y mejorar el proceso. La enfermera es la responsable de la educación del paciente colostomizado, cuyo propósito será lograr un autocuidado eficiente, que es el único medio para alcanzar un nivel de vida satisfactorio.

Conclusiones: Los pacientes colostomizados, por su condición crónica pueden requerir cuidados de enfermería globales. La enfermera ofrece al paciente las herramientas para desarrollar la educación para la salud y lograr el autocuidado. Por lo tanto debe desarrollarse la especialidad en estomaterapia para conocer y cubrir todas las necesidades que el paciente colostomizado necesita.

Palabras clave: Colostomía, enfermería, estomaterapeuta, autocuidado.

2. ABSTRACT

Introduction: Colostomy is the treatment of choice for colorectal cancer and other intestinal diseases. It consists on a surgical resection of a part of the colon, resulting in an abdominal stoma removal. The expert on ostomy nurse will be responsible for guiding the patient in their physical, psychological and social rehabilitation to regain their freedom, independence and quality of life.

Objectives: To describe the importance of the nurse as the colostomized patient educator. To this end the negative connotations that come with surgery are presented, the influencing factors in the process are evaluated and progress towards self-care patient is demonstrated.

Material and Methods: A review was performed using a systematic research of scientific articles. For this purpose different bio-medical databases are used, through descriptors and specific selection criteria.

Results and discussion: The negative connotations that present the colostomy are many and generate a loss in their bio-psycho-social health. Their quality of life is compromised, and therefore the work of the nurse would be putting the means available to the patient to supply all their shortcomings. Family and social support is essential in the recovery of the patient, will increase the patient self esteem and improve the process. The nurse is responsible for educating the colostomy patient, whose purpose will be to achieve an efficient self-care, which would be the only mean to achieve a satisfactory standard of living.

Conclusions: Colostomy patients, due to their chronic condition, require global nursing care. The nurse gives the patient the tools to develop health education and achieve self-care. Therefore the stomatherapy specialty should be developed to meet and cover all the needs that the colostomy patient needs.

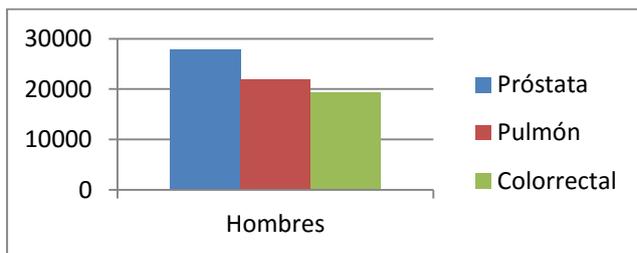
Keywords: Colostomy, nursing, ostomy, self-care.

3. INTRODUCCIÓN

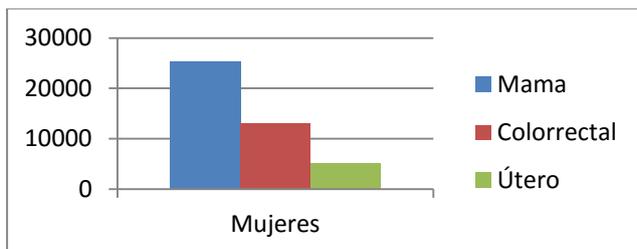
El Cáncer es una de las principales causas a nivel mundial de morbilidad y mortalidad, la Organización Mundial de la Salud en el año 2012 cifró 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con esta enfermedad. Esta organización “prevé que el número de nuevos casos aumente en un 70% en los próximos 20 años”. [1]

La Sociedad Española de Oncología Médica basándose en datos del informe GLOBOCAN 2012, revela que la incidencia de cáncer en España en 2012 era de 215.543 casos, con un riesgo de presentar cáncer antes de los 75 del 25,1%. La previsión para 2015 es de 227.076 casos, aumento que podría explicar el crecimiento de la población y su envejecimiento.

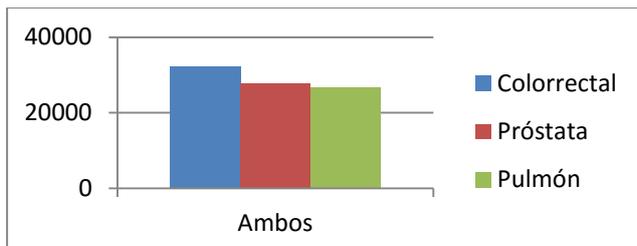
Los cánceres más frecuentes en España en 2012 fueron: [2]



Gráfica 1. Cánceres más frecuentes en sexo masculino.



Gráfica 2. Cánceres más frecuentes en sexo femenino.

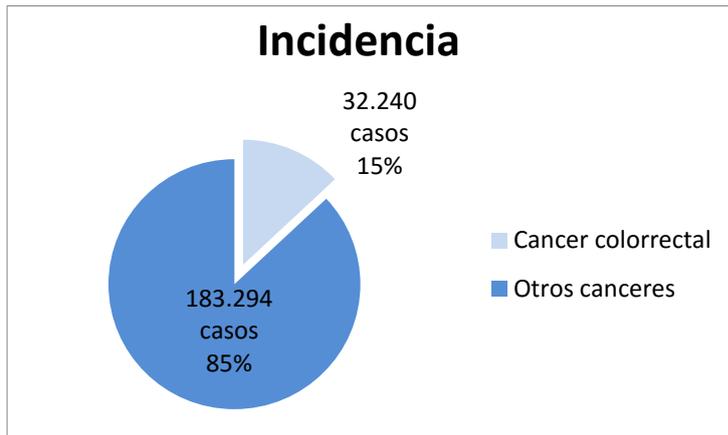


Gráfica 3. Cánceres más frecuentes en ambos sexos.

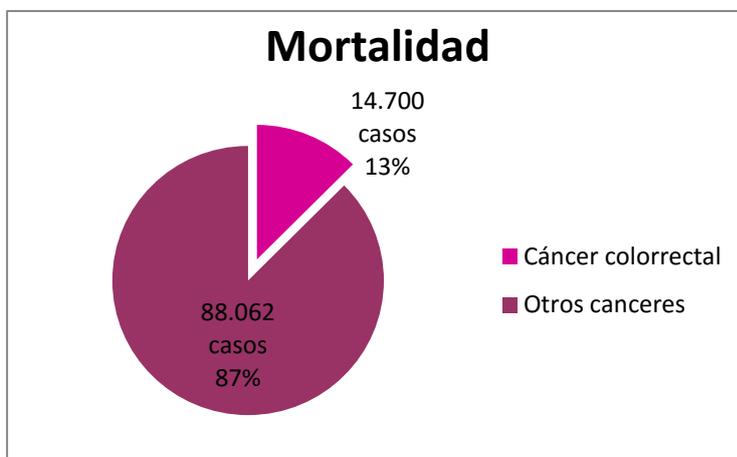
- **El cáncer de colon.**

El cáncer de colon es el tumor maligno de mayor incidencia en España, sumando ambos sexos se cifra en unos 28.500-33.800 nuevos casos cada año, la supervivencia a los 5 años se sitúa en un 64%, por encima de la media europea.^[3]

La estimación del año 2012 sobre incidencia, mortalidad y prevalencia a los 5 años en tumor colorrectal responde a los siguientes datos:^[2]



Gráfica 4. Estimación de incidencia del cáncer colorrectal.



Gráfica 5. Estimación de mortalidad del cáncer colorrectal.

Son diversos los factores de riesgo que afectan a la probabilidad de padecer cáncer de colon, entre ellos: el sobrepeso u obesidad, la inactividad física, el tabaquismo y alcoholismo, edad avanzada, antecedentes familiares, síndromes heredados, pertenecer a la raza negra o judía, diabetes tipo II y una dieta con alto consumo de carne roja y procesada. A su vez se ha relacionado un alto consumo de vegetales, verduras y productos integrales con un menor riesgo de padecer este tipo de cáncer.^[4]

▪ **Colostomía.**

El cáncer de colon es la primera causa de intervención por colostomía pero no la única, otros cánceres como el de recto y ano son subsidiarios de tratarse con esta técnica, además de oclusión intestinal, poliposis, diverticulitis y traumatismos anorrectales.^[5]

El tratamiento de elección para el cáncer colorrectal es la resección quirúrgica del colon afectado. Según un estudio realizado por J. Pachler y P. Wille-Jørgensen se conoce que, dependiendo de dónde esté localizado el tumor, el resultado de la intervención variará entre la apertura de una colostomía o la conservación del esfínter. Siempre que sea posible se realizará una cirugía con preservación del esfínter, basando esta decisión en que la calidad de vida es menor en las personas colostomizadas, aunque ciertos estudios cuestionan esta afirmación.^[6]

La colostomía es una técnica quirúrgica mediante la cual, se realiza un estoma que permite unir el colon a la pared del abdomen, de esta forma el tránsito intestinal es derivado hacia el exterior. Esta intervención puede ser temporal o definitiva, lo cual implicaría la pérdida irreversible de la continencia fecal del paciente.

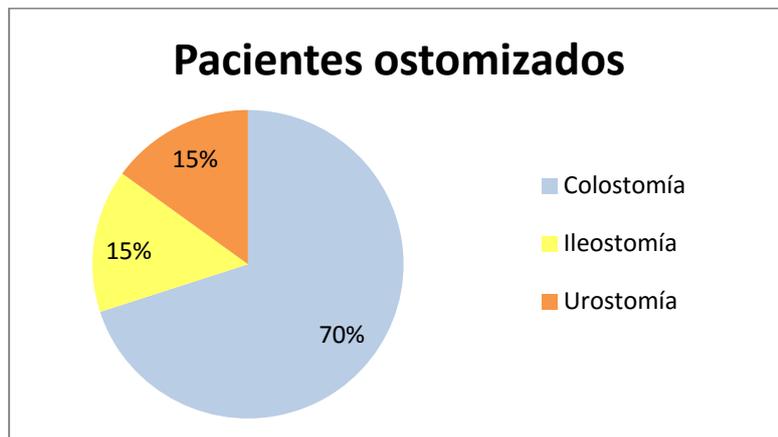
A la hora de realizar la colostomía, es fundamental tener en cuenta la existencia de pliegues cutáneos u otras peculiaridades anatómicas del paciente. Este hecho influirá en la aparición de complicaciones como la irritación cutánea, ya que los sistemas de recogida de heces pueden no adaptarse de forma adecuada al cuerpo y filtrar parte del contenido al exterior. El contacto reiterado de la piel periestomal con las heces produce dermatitis, si no se trata adecuadamente puede llegar a erosionar e incluso a crear una fístula en el abdomen.

Las heces poseen mayor consistencia y menor componente irritante a medida que la localización de la colostomía se encuentra más distal, por ello esta complicación es más frecuente en las colostomías de ciego y colon ascendente, ambas excretan heces líquidas, continuas y muy irritantes, debido a su alto contenido en enzimas proteolíticos.

Se distinguen varios tipos de colostomía según su localización anatómica:

- Cecostomía: se encuentra a la altura del ciego, poco frecuente.
- Colostomía ascendente: realizada en el colon derecho.
- Colostomía transversa: en colon transverso, realizada en cirugía de urgencia para descomprimir el colon.
- Colostomía descendente: en colon descendente, abdomen izquierdo.
- Colostomía sigmoidea: de implantación más frecuente, localizada en el lado izquierdo del abdomen. [5]

La Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO) estimó que unas 70.000 personas conviven con una ostomía, de los cuales, un 70% serían portadores de una colostomía. [7]



Gráfica 6. Porcentajes pacientes ostomizados.

▪ Historia de la colostomía.

La creación de estomas artificiales tiene un origen muy antiguo. Aparecen como tratamiento de las enfermedades intestinales, ya que la intervención ofrecía posibilidades de supervivencia a los enfermos.

Se encuentra documentado que en el 350 a.c. Praxágoras de Kos realizaba estomas en traumatismos abdominales. La técnica se basaba en la apertura de una hernia con un hierro candente, formando así una fístula intestinal. Estas fístulas cicatrizaban de forma espontánea, sobre todo las de colon. [8]

En la “era preantiséptica” la laparotomía estaba asociada a las peritonitis, por ello se optaba por la vía extraperitoneal. Más tarde se demostró que las peritonitis estaban producidas por obstrucciones prolongadas, infecciones bacterianas, parálisis secundarias y caquexia. [8]

- **Sistemas de recogida, irrigación y oclusión.**

Una colostomía implica el uso de sistemas de cierre o recogida del contenido intestinal, estos sistemas han sufrido una evolución histórica, debido a la búsqueda de materiales más apropiados para el cuidado del estoma y la comodidad del paciente portador.

Los dispositivos para el cuidado de las ostomías pueden ser colectores si su uso es para la recogida de heces o continentes si su función es ocluir el estoma. [6]

El sistema de elección para la recogida de contenido fecal es la bolsa de colostomía, en un inicio los estomas se cerraban mediante apósitos mantenidos por bragueros o cinturones, ninguno de ellos proporcionaba un sello hermético. [8]

Las primeras bolsas desechables datan de los años 50, estas contenían en su composición óxido de zinc y por ello provocaban grandes irritaciones. En 1972 se desarrollaron materiales con resina natural, muy maleables y absorbentes, pero con baja adhesividad. Los llamados sistemas colectores de tercera generación producidos en 1978 contenían resinas sintéticas, con hidrocoloides absorbentes y tenían cualidades protectoras y adhesivas. Por último se desarrollaron sistemas de cuarta generación, los cuales mantienen mejores condiciones ya que proporcionan mayor flexibilidad y adaptación, gracias a la unión de varias resinas.

Los sistemas colectores en la actualidad se caracterizan por su poder de fijación, deben proporcionar independencia al portador y materiales que prevengan la irritación cutánea periestomal. Han de recoger los residuos de forma eficiente, ser de uso sencillo, discretos y con filtro para olores. Podemos clasificar los sistemas según la sujeción que proporcionan, el color exterior y modelos desechables o reutilizables. (Anexo 1)

1. Sujeción:

- Única: adhesivo y bolsa conforman una sola pieza sobre la piel.
- Múltiple: disco y bolsa son independientes.

2. Color:

- Transparentes: de uso hospitalario permiten ver el contenido y el estoma.
- Opacas: de uso en el hogar por su mayor discreción.

3. Apertura:

- Cerrados, son termosellados y es necesario utilizar una bolsa por llenado.
- Abiertos, poseen un extremo abierto, este tipo de bolsas son vaciables.

Los sistemas continentes están indicados en colostomías descendentes y sigmoides con heces sólidas. Se describen dos sistemas de contención de heces, irrigación y obturación.

Mediante la irrigación, se produce un estímulo mecánico, realizando un lavado intestinal pautado cada 24-48 horas, el cual produce el vaciamiento del contenido intestinal. (Anexo 2)

Por último un sistema obturador se encarga de mantener la colostomía continente, se trata de una prótesis externa con forma de tapón. El mecanismo del obturador bloquea la salida de heces pero no de gases, por ello el sistema cuenta con un filtro que retiene los olores. ^[5] (Anexo 3)

▪ **Complicaciones de la colostomía.**

Al tratarse de una fístula quirúrgica, la colostomía no es considerada una herida, sin embargo, requiere unos cuidados especiales para mantener su funcionamiento de manera óptima.

Se estima que la incidencia de complicaciones tras una operación de colon oscila entre el 10 y 30%. Las complicaciones se pueden prevenir mediante la preparación preoperatoria correcta, la adecuada técnica quirúrgica y un control postoperatorio efectivo.

Los factores que influyen en la aparición de las complicaciones son:

- Cirugía de urgencia: pacientes que no se encuentran en la situación física adecuada
- Comorbilidad: enfermedades intestinales en tratamiento con esteroides o inmunosupresores.
- Vascularización colónica deficiente: al interrumpir el flujo por estos vasos se producen isquemia y ruptura de la anastomosis.
- Flora bacteriana: los numerosos microorganismos presentes en la zona hacen que la intervención se considere una cirugía contaminada.
- Duración de la cirugía: resulta frecuente que la duración de la intervención se prolongue, esto conlleva la exposición de vísceras al ambiente, deshidratación de tejidos y contaminación por gérmenes ambientales.

Las complicaciones de la cirugía de colon no suelen aparecer individualmente, es más frecuente encontrar casos con varias al mismo tiempo. Esto se debe a que las causas son comunes entre las distintas complicaciones y una de ellas predispone al paciente a padecer otras.

Se incluyen como complicaciones postoperatorias de esta cirugía las siguientes:

1. Sepsis: esta cirugía es muy propensa a infecciones, ya que es inevitable el contacto con microorganismos al seccionar el colon. Ante perforaciones o aperturas accidentales, el riesgo de infección aumenta.
2. Ileo posquirúrgico: el íleo paralítico se considera normal dentro de los tres o cuatro primeros días después de la cirugía, esto se puede prolongar hasta dos semanas. Este íleo paralítico podría tener una causa mecánica, por torsión de un asa o hernia interna, que en muchas ocasiones será motivo de reintervención.
3. Hemorragia: la hemorragia es un fenómeno no frecuente pero dentro de la normalidad en el posoperatorio de una cirugía colorrectal, no es indicación de reintervención. La indicación quirúrgica solo se plantea en hemorragias abundantes, continuas y en hematomas infectados.
4. Dehiscencia o fuga de anastomosis: La fístula es la complicación más frecuente en las cirugías colorrectales y se estima su incidencia en torno al 2-5% de los casos. La fístula puede conducir a una sepsis por la formación de un absceso o una peritonitis fecaloidea.

5. Evisceración: la evisceración sucede en un 2% de las intervenciones y es más frecuente en pacientes obesos y ancianos. Se asocia con otras complicaciones como: íleo, fístula, hematoma e infección de herida quirúrgica.
6. Lesión ureteral: es frecuente tras la cirugía colorrectal, ya que los uréteres pueden pasar desapercibidos durante la intervención y ser seccionados.
7. Lesión de grandes vasos: es una complicación poco frecuente, se da en tumores de gran tamaño adheridos a los vasos mesentéricos.
8. Problemas con la colostomía:
 - Retracción de la colostomía: es una complicación frecuente sobre todo en colostomías descompresivas. Se puede producir un vertido de heces al peritoneo e incluso una evisceración de asas intestinales.
 - Hernia paracolostomía: son frecuentes, no suelen dar molestias y la cirugía se puede indicar por razones estéticas.
 - Infección o absceso cutáneo: se filtran heces al tejido celular subcutáneo y es necesario realizar lavados y drenajes.
 - Dermatitis: la dermatitis cutánea periestomal es muy común, se origina por contacto reiterado con las heces.
 - Hemorragia por colostomía: aparece frecuentemente debido a lesiones que erosionan la mucosa del colon.
 - Prolapso: se trata de una complicación llamativa aunque no requiera tratamiento urgente.
 - Estenosis: se produce una disminución del calibre del orificio, esto produce estreñimiento y puede ocasionar isquemia.^[10]

▪ **Enfermera experta en estomaterapia.**

La enfermera estomaterapeuta será la encargada de informar y enseñar al paciente a cuidar su estoma, de esta forma, el colostomizado recuperará su autonomía y será capaz de prevenir posibles complicaciones.

Esta especialidad de enfermería surgió en Estados Unidos al final de la década de los 50.^[9] En España existe una sociedad de enfermería experta en estomaterapia (S.E.D.E), surge en Valencia en el año 1988. Se trata de una asociación de profesionales de enfermería dedicados al cuidado de las personas ostomizadas, fue creada debido al aumento de demandas en atención y cuidados integrales de estos

pacientes. Está reconocida como Sociedad Científica y por ello forma parte de U.E.S.C.E (Unión de Sociedades Científicas).^[11]

La primera consulta dedicada a la estomaterapia a tiempo completo en España, se instaló en Palencia en el año 2014. Esta consulta se encarga de todos los pacientes ostomizados de la provincia de Palencia, que desde su creación ha atendido a 356. La enfermera estomaterapeuta, se encarga de la atención hospitalaria, del marcaje prequirúrgico y de las consultas postoperatorias y sucesivas. El objetivo de esta consulta es que los pacientes consigan autonomía y realicen un cuidado eficiente de su estoma, bajo la supervisión de la enfermera especializada.

El principal objetivo de enfermería será realizar un cuidado integral del paciente colostomizado, atendiendo a sus necesidades físicas e incluyendo el ámbito psicológico y social.

Esta intervención conlleva una modificación en los hábitos del paciente, producida por la pérdida de integridad física, la incontinencia fecal y un cambio drástico en las normas de higiene. El paciente se encuentra en una situación difícil de afrontar psicológicamente, siente tristeza y miedo debido al desconocimiento de su nueva condición, no cree ser capaz de volver a cuidarse solo, lo que le da una sensación de dependencia e inutilidad.^[12,13]

La colostomía interfiere en las relaciones sociales del paciente, incluida su sexualidad. Debido a la pérdida de la integridad corporal, los pacientes se relacionan de forma diferente con el mundo exterior, en particular, su sexualidad está profundamente afectada, debido al proceso de aceptación corporal del paciente. Los profesionales sanitarios pueden ayudar a la pareja a conseguir la adaptación a su nueva condición.^[14]

Todo ello produce una disminución en la percepción de calidad de vida del paciente colostomizado que con el paso del tiempo y la ayuda de los profesionales de la salud recuperará paulatinamente.

Algunos pacientes sienten la necesidad de ocultar su cuerpo por miedo a ser estigmatizados, lo cual les impide continuar con sus actividades diarias y reinsertarse en su grupo social.

La familia será un pilar importante para una correcta rehabilitación, ya que los vínculos afectivos les llevan a proteger al paciente, reconfortándolo y ayudándolo. Los familiares deben estar informados por la enfermera desde el inicio del tratamiento, ya que serán los encargados de ayudar al cuidado físico y emocional del paciente.

A esta ayuda se debe sumar la red de apoyo social que forman las asociaciones de ostomizados. En ellas, los pacientes tienen la oportunidad de compartir experiencias, relacionarse y mejorar su confianza y autoestima. “El apoyo social tiene un efecto directo sobre el bienestar, promueve la salud y mejora los aspectos psico-emocionales de los pacientes.”^[15]

En España existen asociaciones de ostomizados en todas las comunidades autónomas y la Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO) se encarga de agruparlas y unificar criterios. AOMA es la Asociación de ostomizados de Madrid y pertenece a FEDAO, se trata de una agrupación sin ánimo de lucro, que pone a disposición de los usuarios servicios de atención especializada, informan sobre las novedades que les afectan y organiza actividades de promoción de la salud.^[16]

La enfermera estomaterapeuta será la encargada de promover el autocuidado, asume la función de enseñar y supervisar los cuidados esenciales de los pacientes. “La participación del paciente es imprescindible y favorece la toma de conciencia sobre las alternativas que pueden favorecer o perjudicar su salud y bienestar.”^[12]

Los pacientes son capaces de aprender a cuidar su estoma y reconocer sus posibles complicaciones. De esta forma se hacen partícipes de su cuidado y solo así recuperan su libertad, autonomía y calidad de vida.

4. JUSTIFICACIÓN

El cáncer colorrectal es el tumor maligno de mayor incidencia en España, en 2012 se dieron más de 32.200 casos. Debido a su alta incidencia y con vistas a frenar la enfermedad, existe un plan nacional de prevención. La comunidad de Castilla y León desarrolla el programa de cribado del cáncer colorrectal, cuyo fin es reducir la incidencia y la mortalidad de esta manifestación oncológica. El programa engloba a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 50 y 69 años, ya que el principal factor de riesgo del cáncer colorrectal es la edad avanzada.

Una detección tardía del cáncer colorrectal puede conducir en muchas ocasiones a la exéresis de parte del colon y con ello a la colocación de una colostomía. Esta es una técnica quirúrgica muy antigua, la cual ha visto incrementado su uso en la actualidad, por ello resulta extraño que la recogida de datos sobre el cuidado del estoma y sus complicaciones sea tan reducida.

Ser portador de una colostomía produce cambios físicos y psíquicos en el paciente, por tanto, su percepción de calidad de vida disminuye. La aparición de complicaciones también incide en el paciente, además de suponer un coste elevado para el sistema sanitario. Por estos motivos, la realización de cuidados eficientes en el postoperatorio (tanto temprano como tardío), es indispensable para reducir el número de complicaciones en pacientes colostomizados y aumentar su percepción de calidad de vida.

Tanto los cuidados del estoma como la educación al paciente en ámbitos como: higiene, dietética o sexualidad, evitan la aparición de complicaciones. Es por ello que la enfermera estomaterapeuta debe aunar ambos, cuidados y educación sanitaria, para tratar al paciente colostomizado de una forma global.

5. OBJETIVOS

General

- Describir la importancia de la enfermera como educadora del paciente colostomizado.

Específicos

- Manifiestar las connotaciones negativas de la implantación del estoma.
- Valorar la influencia del factor familiar y social en la rehabilitación del ostomizado.
- Comprobar el progreso del paciente en el desarrollo de su autocuidado.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

Para realizar esta revisión sistemática sobre el cuidado del paciente colostomizado, durante los meses de marzo a junio de 2016, se formula la siguiente pregunta PICO (Tabla 1):

¿Es imprescindible la educación para el autocuidado en el paciente colostomizado?

PICO	
PACIENTE	Colostomizados
INTERVENCIÓN	Educación
COMPARACIÓN	No se consideró adecuado
OUTCOME / RESULTADO	Conocimientos e independencia en el paciente colostomizado.

Tabla 1. Componentes de la pregunta PICO.

Búsqueda estratégica

Para el desarrollo de esta revisión sistemática, se utiliza literatura encontrada en diferentes bases de datos científicas, como Cochrane, SciELO, PubMed y Lilacs.

Se utilizaron diferentes términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud), relacionados con la educación para la salud y el autocuidado del paciente colostomizado. Se recurre también a operadores booleanos de inserción “and”, de unión “or” y de exclusión “not”.

Para la lectura crítica de todos los artículos obtenidos en la búsqueda, se utilizaron los criterios de Joanna Briggs Institute (JBI).

Criterios de selección

1. Criterios de inclusión

La búsqueda de información se limita a estudios y revisiones sistemáticas sobre colostomía y asistencia al paciente colostomizado. Se incluyen textos en lengua española, inglesa y portuguesa. Se admiten artículos a texto completo, gratuitos y de una antigüedad menor a 15 años.

2. Criterios de exclusión

Los textos sobre colostomía infantil son omitidos en la búsqueda, así como los artículos específicos de cirugía por cáncer colorrectal. En determinadas búsquedas se excluyen los artículos que no se encuentren en lengua española y se utiliza un filtro de 10 años de antigüedad.

Proceso de selección

Se realiza, en primer lugar, una búsqueda de artículos biomédicos en La Biblioteca Cochrane Plus, se utilizan distintos tesauros en términos MeSH y DeCS. Al realizar una búsqueda con el término *colostomía* obtuvimos 3 revisiones bibliográficas, de las cuales elegimos una como fuente de datos. No se utilizó ningún filtro restrictor en esta búsqueda y se consideró que los resultados obtenidos eran limitados, por ello se termina con este motor de búsqueda.

A continuación se inicia la búsqueda en SciELO, en este caso se obtiene una gran cantidad de artículos. Con el MeSH *ostomy* se encuentran 75 artículos, de los cuales son seleccionados 5 para el estudio. Mediante el DeCS *colostomía* se obtienen 149 resultados y se eligen 4 artículos. Para completar esta búsqueda se utilizan filtros y se obtienen 46 artículos a texto completo y en castellano, de los cuales se escoge uno para realizar la revisión. A través de *especialización* se obtienen 636 resultados, con la finalidad de afinar la búsqueda, se asocian *especialización* y *enfermeros*, mediante el operador booleano and y se encuentran 38 resultados, de los cuales se elige 1 para este estudio. A través de los términos MeSH *colostomy and sexuality* con los que se obtiene solamente un artículo, resultando válido para la revisión

sistemática. Para terminar con este motor de búsqueda se utilizan los términos *ostomy and family* y se obtienen 4 artículos, de los cuales se selecciona uno.

Al realizar una búsqueda en Pubmed se delimita la información a través de filtros y utilizando distintos términos MeSH combinados. A través de *colostomy and family* se obtienen 8 artículos, debido al uso de filtros como antigüedad menor a 5 años y textos completos gratuitos, tras la búsqueda se considera válido un artículo para esta revisión bibliográfica. Se usan los términos *colostomy and nursing* y se obtienen 10 resultados, con los mismos filtros que la anterior búsqueda, se escoge un artículo tras ella. Mediante *quality of life and colostomy* y filtros iguales a los anteriores, se encuentran 37 resultados, de los cuales se seleccionan 3 artículos.

En la búsqueda en Lilacs, se obtienen con el término *estomía* 4 resultados tras utilizar un filtro de 10 años de antigüedad, lengua española y texto completo gratuito, se utilizan dos artículos. Al combinar los DeCS *estomía* y *familia* se hallan 22 artículos, se utiliza uno en esta revisión. Mediante el término *colostomía* y filtros iguales a la anterior búsqueda, se encuentran 52 artículos de los cuales, se escoge uno. Sin cambiar de descriptor, se ajustan los filtros utilizando texto completo y asunto principal *estomía* y *atención de enfermería*, se obtienen 16 resultados, válidos 3 para el estudio. Los DeCS *colostomía* y *enfermería*, combinados con el booleano “and” dan lugar a 45 resultados. Añadiendo los filtros de la anterior búsqueda, se obtienen 3 estudios, considerados no relevantes para esta revisión.

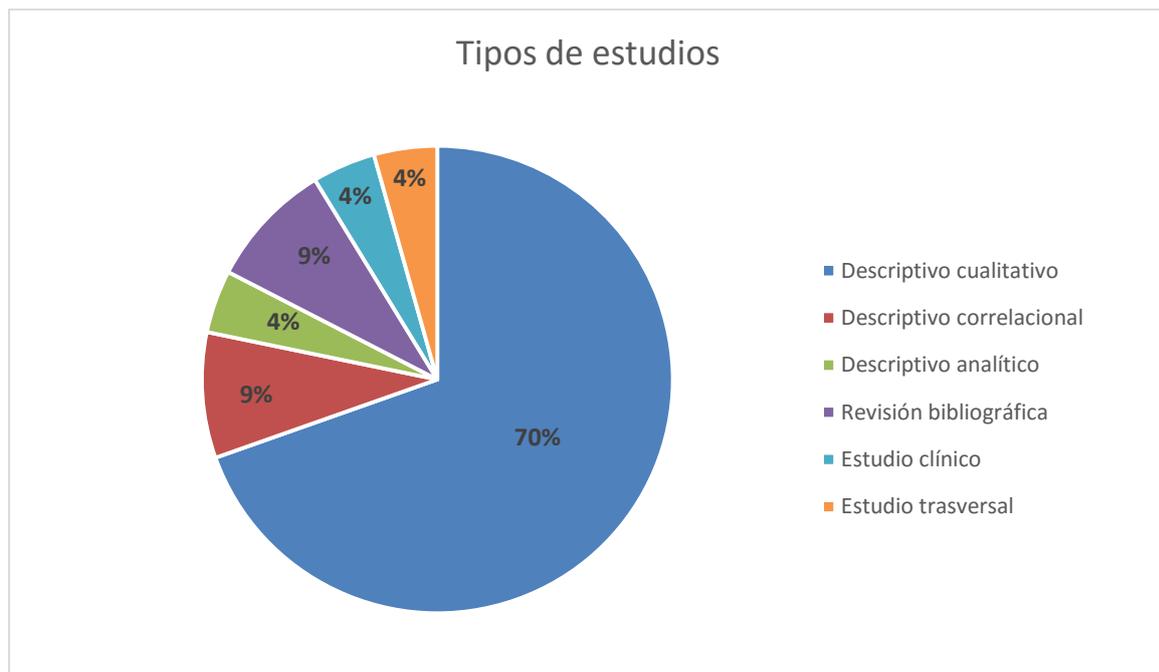
Finalmente la búsqueda fue completada con material proporcionado por una profesional de enfermería experta en estomaterapia del Hospital Rio Carrión, de esta forma se obtienen varias guías asistenciales y artículos sobre la colostomía. Así como un libro sobre ostomías perteneciente a la biblioteca de la Universidad de Valladolid.

Base de datos	DeCS	MeSH	Artículos obtenidos	Artículos utilizados	Referencia bibliográfica
Cochrane	Colostomía	Colostomy	3	1	6
SciELO	Estomía	Ostomy	75	5	13-15, 33, 35
	Colostomía	Colostomy	46	5	12, 17-20
	Especialización and Enfermeros	Spezialization and Nurses	38	1	9
	Colostomía and Sexualidad	Colostomy and Sexuality	1	1	27
	Estomía And Familia	Ostomy And Family	4	1	24
PubMed	Colostomía and Familia	Colostomy and Family	8	1	31
	Colostomía and Enfermería	Colostomy and Nursing	10	1	23
	Colostomía and Calidad de Vida	Colostomy and Quality of life	37	3	21, 25, 29
Lilacs	Estomía	Ostomy	4	2	28, 34
	Estomía And Familia	Ostomy and Family	22	1	32
	Colostomía	Colostomy	26	4	10, 22, 26, 30

Tabla 2. Resumen de la búsqueda sistemática.

7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta revisión bibliográfica sobre educación y cuidados de enfermería en el paciente colostomizado, cuenta con una amplia selección de información. Los datos provienen de 22 artículos, entre los que se encuentran diferentes tipos de estudios descriptivos, estudios clínicos y otras revisiones sistemáticas.



Gráfica 7. Porcentaje de los tipos de estudio utilizados.

▪ Connotaciones negativas.

La colostomía es el resultado de la resección quirúrgica de parte del colon, tras la intervención, surge en el abdomen una fístula para restablecer el tránsito intestinal.

Este proceso originará diversos cambios físicos, psicológicos e incluso sociales en el paciente colostomizado.

En 2013 Débora Poletto y Denise Vieira, junto a otros autores, señalaban que por motivos como, la pérdida de integridad física ^[17-22], la incontinencia fecal y la emisión de gases y olor de forma involuntaria ^[13,19], el concepto de higiene se modifica en el paciente colostomizado. Muchas personas ostomizadas no conciben una vida plena siendo dependientes de la bolsa de colostomía, por este motivo se sienten incapaces de volver a la normalidad. ^[23]

En el estudio sobre autoimagen relacionada con la bolsa colectora, de Franco y colaboradores, se expone que debido a la incontinencia fecal, los pacientes colostomizados son dependientes del sistema de recogida de heces, esto produce sentimientos contradictorios, preocupaciones y dificultades para asimilar su nueva forma de vida.

El equipo colector origina un cambio en la vida de los portadores, “se requiere tiempo para la aceptación y el aprendizaje del auto-cuidado”. Resulta evidente la falta de autonomía del paciente recién ostomizado, es por ello que la educación sanitaria es imprescindible para que sea capaz de practicar el autocuidado. Los colostomizados encuentran dificultades y necesitan adaptarse al estoma, pero serán capaces de cuidarlo adecuadamente y lograr un alto grado de bienestar físico y psicológico. ^[19]

En el estudio “Significado del cambio de vida en la persona con estoma intestinal definitivo”, publicado en 2006, se describen las etapas emocionales que viven los colostomizados, negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El cambio de actitud hacia la aceptación requiere tiempo, y este proceso irá ligado al aprendizaje para el auto-cuidado. El paciente debe ser capaz de conocer el manejo del estoma y saber reaccionar frente las complicaciones potenciales, así como variar su dieta para controlar y evitar los alimentos que producen flatulencia y diarrea. ^[24]

Numerosos estudios describen el aislamiento del colostomizado, ^[18, 22, 23] debido a causas como la estigmatización, vergüenza o la distorsión de la autoimagen. Por ello son muchos los pacientes que cambian su forma de vestir ^[18,20], usan ropa holgada para ocultar el sistema colector. Además se observa que la mayoría de estos pacientes no regresa al trabajo, lo que contribuye a la ociosidad y aumenta el aislamiento. ^[18]

Es evidente que la colostomía lleva implícitas numerosas connotaciones negativas para el paciente. Los estudios consultados para esta revisión bibliográfica avalan los problemas físicos que afrontan los pacientes a raíz de la intervención. El uso obligatorio de sistemas de recogida de heces, produce una acusada dependencia, ligada a sentimientos de estigmatización, depresión y vergüenza entre otros.

Todo ello requerirá por parte del paciente, el aprendizaje del manejo del estoma, así como un tiempo de adaptación para conseguir su completa rehabilitación.

▪ **Sexualidad.**

Numerosos estudios avalan que la colostomía produce en los pacientes una privación sexual. [18, 19, 21, 24-26] En el estudio publicado en 2009, en la revista brasileña de colo-proctología, sobre sexualidad, se indica que el cambio en la imagen corporal provoca una invasión de la privacidad física, por ello es habitual encontrar dificultades en torno a su sexualidad. Se considera un problema a tratar por los profesionales de la salud, ya que se pretende conseguir la aceptación total del cuerpo, para obtener una rehabilitación satisfactoria. [14]

En otro estudio sobre la comprensión de la sexualidad en el colostomizado, se cita la labor de la enfermera como mediadora entre la salud general y la salud sexual del paciente y su pareja. El paciente necesita ser comprendido y será necesario conocer la relación que la pareja guardaba antes de cirugía. Según este artículo los hombres rechazan realizar este tipo de cuidados y concluye que este rechazo de ayuda por parte del cónyuge, es una motivación para que el paciente realice su autocuidado. Tanto el paciente como su pareja sexual necesitan informarse, es por ello que los profesionales de la salud tendrán una preparación específica con la finalidad de resolver las dudas en torno a la sexualidad de los pacientes con colostomía. [27]

Los autores son conscientes de la modificación de hábitos sexuales de los pacientes y sus parejas, es necesario que los pacientes estén informados y reciban la atención de la enfermera, para ayudarlos a recuperar una vida sexual satisfactoria.

▪ **Autoestima.**

La intervención, la adaptación al estoma y la pérdida de autonomía, producen un descenso del autoestima de los pacientes. Varios estudios reconocen la problemática del ostomizado [17-19, 22, 24, 28], en particular Campos Bernabé y sus colaboradores, afirman que los individuos experimentan la pérdida de la autoestima debido a una serie de dificultades que incluirán: el cuidado del estoma, la opinión de los demás, su sexualidad, así como la compra y uso de dispositivos, consultas médicas y el enfrentamiento a complicaciones potenciales. [28]

En el estudio de Gerardo Magela y Sergio Aguinaldo, sobre Asociación sociodemográfica y factores clínicos con la autoimagen y autocuidado, se muestran valores de la Escala de Autoestima de Roseberg, en los que los sujetos obtuvieron una media baja en su autoestima. Respecto a la imagen corporal la media era baja de nuevo, lo que significa que estas personas tienen sentimientos negativos respecto a su propio cuerpo. ^[18]

Los estudios plantean multitud de connotaciones negativas de la colostomía, que podrían causar en su conjunto esta baja autoestima. No se encuentran datos contradictorios respecto a que el proceso causa una disminución de la autoestima.

- **Calidad de vida.**

Francisca A. Arrais y colaboradores, en su estudio sobre asistencia enfermera al colostomizado, señalan que a raíz de la intervención, la imagen corporal del paciente se distorsiona, y es uno de los factores por el que su concepto de calidad de vida disminuye. ^[12] Numerosos estudios reflejan la pérdida de calidad de vida, que los pacientes colostomizados experimentan a raíz de su intervención quirúrgica. Por ello en los cuestionarios se añaden ítems para localizar las áreas más afectadas en estos pacientes. ^[20, 21, 24]

En la revisión sistemática, sobre la problemática del paciente ostomizado y el impacto en su calidad de vida, de 2016, se asegura que la calidad de vida es difícil de medir, debido a que este término se refiere a una evaluación subjetiva de la satisfacción del paciente, respecto a su salud y bienestar. Por ello los distintos cuestionarios sobre calidad de vida incluyen numerosos ítems, entre los que se incluyen los problemas sexuales, depresión, emisión de gases, estreñimiento, rechazo de la imagen personal, cambio de ropa, las dificultades del viaje, sensación de cansancio. ^[29]

En 2013 se publica en el Chinese Medical Journal un estudio sobre la aceptación de la colostomía. Este estudio, describe cómo la calidad de vida está influida por factores como la aceptación de la discapacidad y el apoyo social, ya que ambos ayudan al paciente a valorarse. ^[21]

El estudio publicado en 2012 sobre la relación de factores demográficos y clínicos, y calidad de vida, señala que los pacientes presentan puntuaciones bajas en la esfera física. La salud emocional y física de los pacientes mejora a los tres meses de la cirugía y posteriormente continúa mejorando durante el primer año. [25]

Los expertos describen de forma unánime, la disminución de la calidad de vida en el ostomizado. Debido a esta disminución los estudios de investigación se centrarán en los ítems más afectados, como la sexualidad y el rechazo de la imagen corporal. La calidad de vida es un valor que mejora con el tiempo en estos pacientes.

- **Sistemas alternativos a la bolsa colectora.**

La irrigación es una técnica de continencia para el colostomizado, que se practica desde hace 100 años aproximadamente. Los autores Tao y dos Santos, en 2009, describieron una mejora en la calidad de vida de las personas con colostomía, mediante esta técnica. Esta mejora se debe a que la irrigación les posibilita recuperar la continencia fecal, reducir la manipulación y regresar a sus actividades diarias, trabajo y ocio. (Anexo 2)

El estudio revela que la principal motivación de los pacientes para aprender la técnica, fue el deseo de volver a un ritmo de vida similar al que tenían antes de la intervención. Los profesionales deben considerar los factores individuales de los pacientes, y así cerciorarse de que serán capaces de realizar la técnica de forma adecuada.

Por último, estos autores señalan que la enfermería es imprescindible para desarrollar la promoción de la atención en los colostomizados, con el fin de que los pacientes puedan recuperar su autonomía y realizar sus actividades diarias que rechazaron por las limitaciones de la colostomía. [22]

El sistema oclusivo es frecuente en personas que utilizan la irrigación, ambos permiten establecer una continencia intermitente. Este artículo de Ribeira y Carneiro, muestra las ventajas del sistema ocluser para mejorar la calidad de vida de los pacientes. El estudio describe una serie de sensaciones percibidas tras el uso del sistema ocluser como: presión y distensión abdominal, vaciamiento y expulsión del

sistema. “El enfermero estomaterapeuta revela que es fundamental el periodo de aprendizaje del sistema y de suma importancia una implantación gradual”. [30]

Ambos estudios revelan que hay un aprendizaje previo, es un periodo importante para el desarrollo de las dos técnicas, que en muchas ocasiones se realizarán de forma alterna. Los resultados señalan que se mejora la vida del paciente y le capacita a realizar actividades, surgiendo la posibilidad de una reinserción social del ostomizado.

▪ **Afrontamiento.**

El cáncer tiene unas connotaciones sociales difíciles de asumir, por su alta mortalidad y por su tratamiento incapacitante. Dado que el principal causante de una colostomía es el cáncer colorrectal, los pacientes se encuentran expuestos emocionalmente. Los significados e interpretaciones del cáncer interfieren con el proceso de afrontamiento y adaptación del paciente a las diferentes etapas del tratamiento y la enfermedad. [20]

Campos Barnabe y Queroiz Dell Acqua, en su artículo “Estrategias de coping individualizadas para el colostomizado”, exponen que el afrontamiento es diferente en cada persona, depende de la calidad del apoyo familiar, recursos financieros y asistenciales recibidos durante el tratamiento. El estoma, a pesar de ser un sistema externo, representa una violación y pérdida de continencia, integridad corporal, de la confianza, de la dignidad, de independencia, de la forma de vida y de sus roles establecidos. Es por ello que los pacientes cuando se enfrentan al problema, son capaces de crear estrategias para controlar administrar y superar los inconvenientes que van surgiendo en torno a la colostomía.

Estos autores clasifican a los pacientes en grupos según su forma de afrontar la colostomía. En el primero se encuentran personas que fueron mal informadas sobre el proceso, son estos, los que mayores problemas tienen para asumir su nueva condición. En el segundo, los pacientes comprenden que la colostomía es la única solución al problema del cáncer, comienzan aceptándolo por falta de otra alternativa, saben que es complicado vivir con la bolsa, pero ya no se sienten enfermos. En

último lugar los pacientes conviven con el estoma, son pacientes apoyados familiar y socialmente, y tienen una expectativa de recuperación breve. ^[28]

En el año 2014 se publica en la Revista Latino-Americana de Enfermería un estudio perteneciente a Augusto Ferreira y Zoraida Fort, ambos catedráticos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Montevideo. Este estudio trata las experiencias y expectativas del paciente colostomizado y sus familiares. En él se apoya la tendencia del trato bio-psico-social del paciente, corriente que otros autores fomentan en la actualidad, basándose en que, atendiendo al paciente de forma integral se consigue aumentar su nivel emocional y con ello una rehabilitación más eficaz. ^[20, 31]

El artículo sobre percepción enfermera publicado en 2009, expresa que la enfermera es el primer miembro del equipo sanitario, que toma contacto con el paciente ostomizado en el periodo perioperatorio. Los pacientes requieren unos cuidados especiales debido a las diferencias de afrontamiento que desarrollan. Los enfermeros afirma la necesidad de una especialización en estomaterapia que mejorará una adaptación bio-psico-social de los pacientes. ^[26]

El apoyo familiar, social y las estrategias de adaptación de los sanitarios serán los pilares para que el paciente colostomizado afronte la situación impuesta por su enfermedad. Las personas tienen distintas formas de superar las situaciones de cambio, los profesionales de la salud deben encontrar los medios más adecuados para motivar a los pacientes en cada caso. Atendiendo al paciente en sus dificultades físicas, psíquicas y sociales se consigue un cuidado integral, que facilita la superación personal y el afrontamiento de su condición crónica.

▪ **Apoyo familiar y social.**

El paciente tras la intervención quirúrgica, requiere cuidados físicos y psicológicos, durante su ingreso serán realizados por el equipo multidisciplinar, pero después del alta será necesario contar con el apoyo de su familia, para conseguir su rehabilitación. Los estudios ^[19, 22, 24, 31] refieren que el apoyo familiar es indispensable para que el paciente llegue a ser independiente en su cuidado.

En el artículo de 2007, sobre la condición crónica del ostomizado y las repercusiones para el paciente y su familia, Bellato y colaboradores aseguran que la apertura del estoma significa un antes y un después en la vida del paciente, en ese momento adquiere la condición de enfermo crónico. Se consideran enfermos crónicos debido a su necesidad de cuidados continuos, aunque sea el propio paciente el que se hace cargo de ellos.

La familia también debe adaptarse a este cambio, ya que el cuidado de la ostomía requiere esfuerzo y dedicación para el núcleo familiar. Los profesionales de la salud serán los responsables de estimular la autonomía de las familias y guiarlos en el proceso de adaptación. ^[32]

El estudio titulado “responsabilidades y dificultades en el cuidado domiciliario de pacientes con cáncer”, publicado en 2014, considera prioritario que los sanitarios enseñen y establezcan pautas dirigidas a las personas con pacientes a su cargo.

Las enfermeras deben planificar y practicar junto con los familiares, para que aprendan a cubrir las necesidades del paciente colostomizado. Es necesario incidir en los cambios del sistema de recogida de heces y el cambio de ropa en los pacientes con grado alto de dependencia, ya que varios estudios recogen que ambas dificultades son comunes entre los cuidadores.

Los profesionales de la salud además, deben detectar errores en los cuidados, así como las necesidades de paciente y cuidador. Es frecuente que los familiares con falta de conocimientos, se orienten por creencias culturales, es por ello que los profesionales deben dar información y ofertar soluciones para los problemas de salud encontrados. Los familiares deben ser informados sobre la gestión de síntomas y complicaciones potenciales, así como los problemas emocionales del paciente, de esta forma serán capaces de ofrecer un cuidado óptimo a la persona a su cargo. ^[23]

La enfermera, bajo el punto de vista de la familia se considera una profesional cercana, atenta y que aporta un cuidado continuado, establece una relación de confianza, creando un feed-back entre enfermera y familia, que será determinante en la promoción de la vida social del paciente colostomizado. ^[31]

Es un reto para los profesionales y los servicios sanitarios incluir a las familias en el tratamiento de los enfermos crónicos, ya que se genera un “impacto positivo en los sistemas de salud y la salud pública”.^[23, 31]

La familia constituye un apoyo fundamental para los pacientes colostomizados, realizarán sus cuidados hasta que el paciente esté recuperado físicamente. Más tarde servirán de apoyo moral y motivarán al paciente para que recupere su autoestima y realice su autocuidado. Para ello necesitan ser instruidos por la enfermera como guía del proceso de rehabilitación del paciente.

El apoyo social es, junto con el apoyo familiar, un pilar indispensable para la rehabilitación emocional del paciente y ayuda en la adaptación al nuevo estilo de vida que le ha sido impuesto.

Vonk Klassen y colaboradores, en su revisión bibliográfica de 2016, señalan que la interacción con otras personas ostomizadas, les da a los pacientes la oportunidad de compartir experiencias y les confirma que no están solos frente a su nueva condición. Junto con la información previa a la cirugía, formar parte de grupos de apoyo también contribuye a facilitar el autocuidado, así como el apoyo familiar, la reincorporación al mundo laboral y la religión.^[23]

En el artículo sobre el soporte social del colostomizado, los autores aseguran que las relaciones sociales desempeñan un papel clave en la vida de la persona colostomizada. La promoción y facilitación de apoyo social debe ser planificado por el profesional de enfermería, dirigiendo las diversas formas de apoyo, a fin de que el paciente sea capaz de superar las dificultades de su día a día con éxito.^[17]

El objetivo será crear una red de apoyo emocional, informativa e instrumental, ya que, como numerosos autores manifiestan^[19, 22, 24], es una herramienta esencial para el cumplimiento de las necesidades sociales específicas de las personas que viven con una colostomía.^[17]

Los autores coinciden en que es necesario el apoyo social, debido a que los pacientes se sienten arrojados, no discriminados y por ello su esfera afectiva mejora. La enfermera tiene la labor de aconsejar al paciente para que recupere su sociabilidad, dejarse ayudar por su familia y seguir sus consejos profesionales. La confluencia de todos estos factores (familiar, social y profesional), contribuyen a mejorar de la salud del paciente y su adaptación a la vida con una colostomía.^[33]

- **Enfermería en la educación y promoción del autocuidado.**

En el reciente estudio sobre la transición en el proceso de autocuidado, publicado en la Revista de la escuela de enfermería de la USP (Universidad de San Paulo), se expone que las personas colostomizadas padecen un sentimiento de tristeza, inutilidad y estigmatización por su nueva situación, además de una pérdida del rol social, que dificulta el desarrollo de sus actividades diarias y facilita el aislamiento.^[33]

Todo ello refuerza la teoría de las alteraciones que experimentan los pacientes en su estilo de vida, y que es necesario encontrar medios adecuados que suplan estas deficiencias.^[33] El autocuidado será determinante a la hora de superar todos estos comportamientos y se plantea por diversos autores como medio para superar el cambio de los colostomizados.^[15, 17-19]

En el artículo publicado en 2011 en la Revista Brasileña de Enfermería, por Franco y colaboradores, se describe el autocuidado como una terapia que permite al paciente participar activamente en su salud, haciéndose responsable de sus cuidados después del alta, lo que “contribuirá a su rehabilitación y la superación de sus dificultades”.^[19]

Soares y colaboradores, señalan que los pacientes preparados para afrontar el proceso antes de la cirugía, son capaces de crear un concepto positivo sobre el estoma, y resulta evidente que “este concepto positivo pueda facilitar la adquisición del autocuidado”. Por último, sostienen que el profesional sanitario es el guía del paciente en su transición hacia el autocuidado, es el responsable de promover su salud y conseguir que recupere la autonomía. La enfermera brinda un “apoyo para el cuidado físico y emocional”, fundamental para que el colostomizado recupere su anterior forma de vida.^[33]

Los autores Martins y Alvim en su estudio sobre la perspectiva educativa en la ostomía de eliminación, aseguran que la asimilación del proceso del paciente debe comenzar lo antes posible, por ello se debe introducir en el periodo preoperatorio, parte de la información que le será útil después de la apertura del estoma.^[35]

Los cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes de ostomizados deben comenzar en el diagnóstico, “con el fin de minimizar el sufrimiento, reducir la ansiedad, prevenir las complicaciones en el postoperatorio, así como obtener una

mejor rehabilitación”, por lo tanto Franco y sus colaboradores concluyen que los cuidados preoperatorios son esenciales para lograr el autocuidado del paciente. ^[19]

El autor Augusto H. Ferreira en 2013 describe que, la enfermera es la que asume el rol de asesora, centrando su atención en favorecer la adaptación del paciente colostomizado a su nuevo modo de vida, aprovechando sus puntos fuertes para ayudarlo a superar sus debilidades. El artículo nombrado: Asociación entre factores socio-demográficos y clínicos y calidad de vida de los pacientes ostomizados, refleja la importancia de las enfermeras, al proporcionar orientación en la problemática física, psicológica, económica, social, familiar e incluso la sexualidad de los pacientes en todo el período perioperatorio. Su intervención resulta fundamental para fomentar el afrontamiento del paciente en lo que se refiere a su nueva situación. ^[25]

Hay una clara tendencia, por parte de los diferentes autores, de ofrecer parte de la información a los pacientes antes de la intervención. Muchos estudios avalan que se produce un mejor afrontamiento cuando los pacientes asimilan el proceso de forma temprana. Es labor de enfermería valorar e impartir cuidados a los pacientes desde este periodo perioperatorio, así como su seguimiento postquirúrgico.

La enfermera estomaterapeuta es la profesional que posee conocimientos y práctica para actuar en el campo del paciente ostomizado. El estudio sobre asistencia enfermera en el colostomizado, anteriormente citado, refleja que la mayoría de profesionales de enfermería se centra en el cuidado físico de la persona, es por ello que el estomaterapeuta, por las peculiaridades de sus pacientes, debe garantizar un cuidado holístico y realizar una asistencia humanitaria y científica adecuada. ^[12]

Ferreira y Fort ratifican que, el objetivo de ofertar una atención sanitaria más humana es un reto para los profesionales de la salud, existe el deseo, por parte de estos profesionales, de tratar al paciente en todos sus ámbitos personales y no centrarse únicamente en su esfera física, como sucedía en el cuidado clásico. ^[31]

Los estudios sobre autocuidado publicados en la revista latino-americana de enfermería en 2013 y la revista de la escuela de enfermería de la Universidad de San Paulo en 2015, coinciden en que resulta de gran importancia que un experto sanitario acompañe a los pacientes en el camino hacia la autonomía. La enfermera

estomaterapeuta ejerce de agente educador y brindará la información necesaria, para que el paciente realice un autocuidado eficiente. Su labor será ofrecer la información técnica, integrándola a los conocimientos previos del paciente, para que pueda desarrollar las actividades higiénicas solo. Es prioritario que la enfermera dé relevancia a la promoción de la salud en estos pacientes, ya que:” practicar la educación para la salud lleva a la persona hacia la emancipación y libertad”. [13,33]

En el reciente estudio “Facilitadores del proceso hacia el autocuidado”, de 2015, se expone que la enfermera entiende que en el proceso educativo es necesario utilizar un lenguaje comprensible, para que el paciente aprenda a vivir con su nueva condición. La primera información que se ofrece después de la intervención, es sobre limpieza del estoma y cambio del sistema de recogida. Es importante que la familia aprenda estas técnicas básicas, ya que en muchos casos, asumirá el cuidado del estoma al comenzar la recuperación. Es responsabilidad de la enfermera que el paciente tome conciencia de que será él, el encargado de cuidar el estoma en cuanto mejore su estado físico. Posteriormente en consultas periódicas, la enfermera evaluará los conocimientos del paciente, para evidenciar que realiza el cuidado de forma efectiva, ya que unos cuidados continuos previenen complicaciones de la colostomía y por ello disminuyen los ingresos en unidades de hospitalización. [33]

Ferreira en 2013 afirmaba que le corresponde al profesional de enfermería abordar desde el periodo preoperatorio, los cuidados del paciente ostomizado y su familia, con vistas a que mejore su comprensión del proceso. Aunque el tiempo para adaptarse a su nueva condición puede ser escaso y es posible que, el paciente no sea competente para realizar su autocuidado al recibir el alta hospitalaria.

La figura de la enfermera es fundamental para facilitar la adaptación, será quién acompañe y eduque a paciente y familia durante todo el proceso. La finalidad de la educación y asistencia brindada por esta profesional, será conseguir que el paciente acepte su estoma y encuentre el equilibrio con su entorno. La enfermera ayudará al paciente para que sea capaz de actuar de forma independiente y con autonomía, así podrá retomar las actividades de su vida diaria y continuar con sus relaciones sociales. [34]

El objetivo de enfermería es lograr una rehabilitación temprana de los pacientes ostomizados, por ello los estudios coinciden en comenzar el proceso de adaptación antes de la intervención quirúrgica. La enfermera es la responsable de la educación del paciente, se encarga de ofrecer la información requerida sobre el estoma a pacientes y familia, con el fin último de lograr el autocuidado del paciente. El autocuidado es la fórmula para recuperar la libertad y la autoestima que el paciente perdió tras la cirugía.

8. CONCLUSIONES

- La educación para la salud pone a disposición del paciente toda la información, que le proporcionará las habilidades necesarias para hacer frente a su nueva condición de vida, impuesta por la colostomía. Se producen cambios negativos en la vida de los pacientes después de la intervención, es por ello que la enfermera tiene la responsabilidad de guiar al paciente en el proceso para lograr su aceptación corporal y una reinserción familiar y social total.
- El apoyo familiar y social son fundamentales para que el paciente mejore su autoestima y sea capaz de desarrollar el autocuidado. La enfermera amplía el objetivo educacional al núcleo familiar para mejorar su adaptación, e informa sobre los canales sociales que ayudan a la superación del proceso del paciente.
- El autocuidado es el único medio efectivo, con el que cuentan los pacientes para conseguir recuperar las condiciones previas a la colostomía, incluyendo su calidad de vida y su libertad.
- Los sistemas alternativos a los equipos de recogida de heces, como la irrigación y la oclusión requieren de un aprendizaje técnico, pero se conocen sus beneficios para la autonomía y la calidad de vida de los pacientes.
- Debido a las peculiaridades de los pacientes colostomizados, resulta evidente la necesidad de una especialización de la enfermera estomaterapeuta, que será la encargada del cuidado integral del colostomizado a lo largo del proceso rehabilitador. Esta revisión reconoce el beneficio personal, social y sanitario, que proporciona la atención continuada de la enfermera especializada en estomaterapia.

9. BIBLIOGRAFÍA

- [1] Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. [acceso el 16 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- [2] SEOM, Sociedad Española de Oncología Médica [sede web]. Madrid: Sociedad Española de Oncología Médica; 2016 [actualizada el 27 de enero de 2016, acceso 16 de Abril de 2016] Disponible en: https://www.google.com/url?q=http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Las_cifras_del_cancer_2014.pdf&sa=U&ved=0ahUKEwiArOnJ49NAhWHfxoKHSKLAyEQFggFMAA&client=internal-uds-cse&usq=AFQjCNHU9XuAjZ-YFB3zR5EzhQBk-AtxyQ
- [3] AECC, Asociación Española Contra el Cáncer [sede web]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; 2016 [actualizada el 28 de marzo de 2016, acceso 16 de abril de 2016] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreEICancer/CancerPorLocalizacion/cancerdecolon/Paginas/incidencia.aspx>
- [4] ACS, American Cancer Society [sede web]. Atlanta: American Cancer Society; 2016 [acceso el 19 de abril de 2016] Disponible en: <http://www.cancer.org/healthy/index>
- [5] Barbado E, Blanco C, Blasco P, Centellas M, Fernández I, Gómez V et al. Guía de cuidados de enfermería en pacientes ostomizados. Madrid: Draft, Promoción de mercados S.A.1997
- [6] Pachler J, Wille-Jørgensen P. Calidad de vida después de la resección rectal por cáncer con o sin colostomía permanente. Cochrane Plus [revista en Internet] 2008 [acceso el 20 de abril de 2016]; 4. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2010562431&DocumentID=CD004323>
- [7] FEDAO, Federación Española De Asociaciones de Ostomizados [sede web]. Madrid: Federación Española De Asociaciones de Ostomizados; 2016 [acceso el 10 de febrero de 2016] Disponible en: www.fedao.es

- [8] Thieme Verlag G. Stoma therapy. 2ªed. Barcelona: Ediciones Doyma S.A. 1986.
- [9] Paula M, Santos V. O significado de ser especialista para o enfermeiro estomaterapeuta. Rev. Latinoam. Enferm. [sede web] 2003 [acceso el 16 de marzo de 2016]; 11(4): [474-482]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400010
- [10] Ruiz J, Morales V, Lobo E. Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. Cir Cir [revista en internet] 2010 [acceso 20 de marzo de 2016]; 78 (3): [283-291]. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-565590>
- [11] SEDE Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia [sede web] Madrid: Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia; 2014 [acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://estomaterapia.es/quienes-somos/>
- [12] Arrais F, Souza P, Leite T, Gimenez M. Nursing care to an ostomy patient: application pf the Orem's theory. Acta paul. Enferm. [sede web] 2008 [acceso 16 de marzo de 2016]; 21(1): [94-100]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100015
- [13] Poletto D, Vieira D. Viver com estoma intestinal: a construção da autonomia para o cuidado. Rev. Latinoam. Enferm. [sede web] 2013 [acceso 16 de marzo de 2016]; 21 (2) :[531-538]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&p_id=S0104-11692013000200531

- [14] Boccara M, Ferreira R, Roberto P. Os significados da sexualidade para a pessoa com estoma intestinal definitivo. Rev. Bras. Colo-proctol. [sede web] 2009 [acceso 16 de marzo de 2016]; 29 (1):[77-82]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-98802009000100011&lng=es&tlng=pt
- [15] Silva A, Shimizu H. A relevancia da Rede de Apoio ao estomizado. Rev. Bras. Enferm. [sede web] 2007 [acceso 18 de marzo de 2016]; 60 (3): [307-311]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300011&lng=es&tlng=pt
- [16] AOMA, Asociación de Ostomizados de Madrid [sede web].Madrid: Asociación de Ostomizados de Madrid; 2009 [acceso 5 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.asociaciondeostomizados.com/conocenos/>
- [17] Reis F, Carvalho A, Santos C, Rodrigues V. Perceptions of the social support for colostomized men in northern Portugal. Escola Anna Nery – Rev. Enferm. 2014; 18(4): [570-577]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000400570&lng=es&tlng=en
- [18] Salomé G, de Almeida S. Association of sociodemographic and clinical factors with the self-image and self-esteem of individuals with intestinal stoma. Journal of Coloproctology. 2014; 34(3): [159-166]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-93632014000300159&lng=es&tlng=en
- [19] Batista M, Rocha F, Silva D, Silva Júnior F. Autoimagem de clientes com colostomia em relação à bolsa coletora. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(6): [1043-1047]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600009&lng=es&tlng=pt

- [20] Almeida S, Rezende A, Schall V, Modena C. Los sentidos de realización en el cáncer de ostomizados. *Psicologia em Estudo* [sede web] 2010 [acceso 27 de abril de 2016]; 15(4): [761-769]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000400012&lng=es&tlng=pt
- [21] Tie-ling Z, Ai-ling H, Hong-lian X, Mei-chun Z, Ming-juan L. Patients after colostomy: relationship between quality of life and acceptance of disability and social support. *Chinese Medical Journal*. 2013; 126(21): [4124-4131]. Disponible en:
http://124.205.33.103:81/ch/reader/view_abstract.aspx?file_no=2013-1160&flag=1
- [22] Maruyama SAT, Barbosa CS, Bellato R, Pereira WR, Navarro JP. Auto-irrigação- estratégia facilitadora para a reinserção social de pessoas com colostomia. *Rev. Electr. Enf.* 2009; 11(3): [665-73]. Disponible en:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a26.htm>
- [23] Uqur O, Elciqil A, Arslan D, Sonmez A. Responsibilities and difficulties of caregivers of cancer patients in home care. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 2014; 15(2): [725-9]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568486>
- [24] Silva A, Shimizu H. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitiva. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2006; 14(4): [483-490]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000400003&lang=es

- [25] Pereira A, Cesarino C, Martins M, Pinto M, Netinho J. Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2012; 20(1): [93-100]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- [26] Monge R, Avelar M. A assistência de enfermagem aos pacientes com estomia intestinal: percepção dos enfermeiros. *OBJN.* 2009; 8(1). Disponible en:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/2208>
- [27] Freitas M, Pelá N. Subsídios para a compreensão da sexualidade do parceiro do sujeito portador de colostomia definitiva. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2000; 8(5): [28-33]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000500005&lng=pt&tlng=pt
- [28] Barnabe N, Dell'Acqua M. Coping strategies of ostomized individuals. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2008; 16(4): [712-719]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400010
- [29] Vonk Klaassen S, de Vocht H, den Ouden M, Hans Eddes E, Schuurmans M. Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Qual Life Res [revista en internet]* 2016 [acceso 5 de abril de 2016]; 25:[125-133]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706578/>
- [30] Cesaretti Vianna L. Sistema oclisor ou oclisor intermitente da colostomia: alternativa para a reabilitação da pessoa colostomizada. *Acta paul. enferm.* 2003; 16 (3): [98-108]. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-458158>

- [31] Ferreira-Umpiérrez A, Fort-Fort Z. Experiences of family members of patients with colostomies and expectations about professional intervention. Rev. Latinoam. Enferm. 2014; 22(2): [241-247]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4292603/>
- [32] Bellato R, Maruyama S, Moraes e Silva C, Castro P. A condicao crónica ostomia e as repercussões que tras para la vida da pessoa e sua familia. Ciênc. Cuid. Saúde. 2007; 6(1): [40-50]. Disponible en:
<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-522946>
- [33] Soares M, Calcagno G, Madalosso V, Heck R, Lima E, Oliveira V. Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. Rev. esc. enferm. USP [revista en internet] 2015 [acceso 5 de abril de 2016]; 49(1):[82-88]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000100082
- [34] Ferreira Umpiérrez A. Viviendo con una ostomía: percepciones y expectativas desde la fenomenología social. Texto contexto - enferm. 2013; 22(3): [687-693]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300015
- [35] Martins P, Alvim N. Perspectiva educativa do cuidado de enfermagem sobre a manutenção da estomia de eliminação. Rev. Bras. Enferm. 2011; 64(2): [322-327]. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200016&lang=pt

10. ANEXOS

Anexo 1

Sistemas de recogida de heces. Tipos:



Bolsa de una pieza cerrada



Bolsa dos piezas cerrada



Bolsa abierta opaca



Bolsa abierta transparente

Anexo 2

Esquema sistema de irrigación:

1. Colocación cinturón ajustable con placa.



2. Colocar manga sobre la placa y adaptarlo al estoma.



3. Llenar la bolsa de irrigación con 1l de agua templada.



4. Colgar la bolsa a la altura del hombro y cerca del inodoro.



5. Infundir el agua en el estoma, sellar la manga al estoma y controlar la evacuación inminente. Después realizar la higiene y colocar dispositivo obturador.



Anexo 3

Sistema obturador

