



"ENFERMERIA EN EL ESTOMA"

Autor:

Chasco Parramón, M^a C.

- Diplomada en Enfermería
Instituto Valenciano de Oncología
Servicio Valenciano de Salud

Correspondencia

M^a Carmen Chasco Parramón
C/ Joaquín Benlloch 27-32
46006 - VALENCIA
Teléfono: (96) 3737396

ENFERMERIA EN EL ESTOMA

"La digestión es para la salud, la salud es para la vida y la vida es para el amor a la música y a las cosas hermosas".

C.K. Chesterton

PREPARACION DEL OSTOMIZADO

El cuidado del estoma dentro de la enfermería fue reconocido en 1973 junto a un plan de estudios desarrollado por enfermeras, que trabajaron en este área especial, es por tanto un importante desafío para una buena calidad en la asistencia de las enfermeras. Se puede tratar al paciente con un estoma de un modo mecanicista, cuidando exclusivamente sus necesidades físicas, pero el trauma psicológico y social asociado a la disfunción y desfiguración que acompañan al estoma, requieren a las necesidades del paciente (tanto culturales como religiosas, sociales, etc.), para devolverle la confianza tras el inicial traumatismo y para informar al paciente y a sus familiares.

Cuando hablamos de ostomizados, lo primero que hay que tener en cuenta es que la función fisiológica, de la evacuación intestinal, tiene una estrecha relación con la formación de la personalidad del individuo (fase anal en las fases del desarrollo de la personalidad de Sigmund Freud), y que por lo tanto cualquier afectación y/o derivación va a suponer un impacto muy importante en la integración de la personalidad.

De otro lado en mayor grado que en otras funciones reguladoras, la continencia es a la vez un símbolo de integración sociocultural, y una señal diferenciadora del comportamiento animal. No es extraño por tanto que la pérdida de la continencia, se viva como una alteración de la personalidad más grave que otras mutilaciones, aunque éstas sean menos fáciles de disimular que un estoma.

Es decir, la esencia del problema de un ostomizado es un desequilibrio psicosomático, que suele agravarse al recuperarse físicamente, pues se hace más patente el sentimiento de pérdida.

Hay que tener en cuenta también las creencias religiosas del enfermo antes de realizar una ostomía, pues puede acarrearle graves problemas al ostomizado, por ejemplo:

I MUSULMAN

La asistencia a las reuniones para las oraciones cotidianas exige la realización de una purificación ritual de su cuerpo, antes de cada una de ellas. Cualquier descarga por las "aberturas naturales" por ejemplo ano y uretra, se considera sucia y debe de limpiarse antes de cada reunión. Los estomas situados debajo de la línea del ombligo son considerados "aberturas naturales" y por tanto la orina, las heces o los gases que se eliminan por ellos, pueden hacer que el musulmán se sienta sucio. Un dispositivo de dos piezas, o uno que pueda vaciarse y limpiarse con agua, evita al musulmán tener que cambiarse el aparato cinco veces al día, con la irritación para la piel que ello lleva consigo.

Los estomas situados por encima de la línea del ombligo no son considerados "aberturas naturales" y por tanto lo que por ellos mana no son sustancias sucias.

Por todo ello vemos que es muy importante una buena explicación y un estudio cuidadoso de donde colocar el estoma, así como un buen conocimiento del entorno cultural del enfermo.

II INDU

La limpieza para las funciones religiosas, y también para la preparación de las comidas, juega un papel importante en la vida indú. La presencia de un estoma no siempre es bien recibida, pudiéndose hacer incompatible con su forma de vida, y pudiendo producir incluso el rechazo del ostomizado por parte de su pareja.

III JUDIO

El paciente judío puede encontrar dificultades cuando se le practica quirúrgicamente un estoma, ya que la creencia en la perfección de su cuerpo y en la ausencia de mutilaciones durante su vida y hasta su muerte, forma parte de su religión. (Speck). El tiempo empleado para que el paciente exprese sus sentimientos sobre la cirugía, y una visita al rabino, pueden ayudar mucho al paciente, para que acepte este tipo de cirugía.

La actitud frente al dolor y su aceptación varían también en las diferentes culturas. Los pacientes pertenecientes a una cultura que mantiene una actitud estoica frente al dolor, puede tener problemas para comunicarle a la enfermera su aparición brusca, o su desaparición. La expresión de los sentimientos puede no ser aceptable en la cultura del paciente.

El conocimiento de las diferentes actitudes ante el dolor, cómo reconocer tales actitudes en sus enfermos, y la habilidad para sugerir métodos de ayuda en estos momentos, son tan importantes en el cuidado del estoma como en otras áreas de la enfermería.

Otro de los grandes problemas en el ostomizado es su capacidad para mantener relaciones sexuales. Hay que darle una buena información al respecto teniendo en



cuenta los estudios que se han realizado. (Ver cuadro a continuación)

Tipo de cirugía	Impotencia %	Eyaculación retrógrada %	Pérdida de la capacidad de eyacular %
Ileostomía y resección del recto	15	5	10
Colostomía y resección del recto por cáncer	40	50	40
Colostomía y resección del recto debido a otras causas	20	30	20
Conducto del íleo hecho en la infancia	20	60	30
Conducto ileal hecho en la madurez	80	20	70

Esta aceptación obviamente varía con la edad, pero no caigamos en la trampa de pensar que el anciano, por serlo, no le afecta. En el varón puede provocar impotencia temporal e incluso fracaso en la erección los primeros días. En la hembra las relaciones serán anormales, mientras continúan las molestias debidas a las cicatrización incompleta, pero desaparece con el tiempo.



Por todo lo dicho el tratamiento del estoma implica siempre una terapia de conducta, que puede y debe realizarse a distintos niveles, aunque no es absolutamente necesario que lo haga un psiquiatra experimentado, ya que un cuidado atento, afectuoso y sobre todo bien informado, puede facilitar al enfermo una aceptación de su estoma y una visión nueva de la vida.

Como miembro del equipo de asistencia, la enfermera tiene una responsabilidad no sólo para asegurar que cualquier información que ella da al paciente es exacta y apropiada, sino para garantizar que los otros miembros del equipo son conocedores de esta información.

Cada ostomizado es una persona preocupada por sus temores y sentimientos, y totalmente única.

El estudio de Hayward en 1975, mostró que los pacien-

tes a quienes fue dada una información preoperatoria amplia, necesitaron menos analgesia que otros en un período determinado del postoperatorio. Los pacientes más preocupados, experimentaron más dolor y las mujeres necesitaron más analgésicos que los hombres.

El estudio de Boor de 1976 sobre pacientes programados para colecistectomía demostró que los pacientes informados tenían menos infecciones postoperatorias, y tenían un nivel significativamente más bajo de catecolaminas urinarias, y otros indicadores de stress fisiológicos y psicológicos.

Los estudios de Andrew de 1967 demostraron que, en un experimento controlado, los pacientes previamente informados tenían un reducido nivel de ansiedad y de stress, y necesitaban menos analgesia al estar más relajados.

Visto el aspecto psicológico en el ostomizado, volvamos a la localización del estoma que es otro de los puntos vitales.

Antes de que hubiera enfermeras especializadas en el cuidado de los estomas, la localización del mismo se dejaba al arbitrio del cirujano, y con frecuencia se tomaba la decisión con el paciente anestesiado y tendido en la mesa de operaciones.

Este desconocimiento preoperatorio del punto donde se iba a situar el estoma, ya fuera para colostomía e ileostomía, solía conducir a una localización inadecuada e inconveniente y originaba problemas innecesarios en el tratamiento del paciente. El cirujano suele pedir a la enfermera especializada que indique el lugar para el estoma durante la visita preoperatoria del enfermo, si no hay especialista una enfermera experimentada puede hacerlo.

Es muy importante valorar el estado físico del paciente que va a ser operado. Se debe advertir el grado de obesidad o delgadez, la talla y su posición normal.

Siempre que sea posible el estoma debe estar situado en la porción inferior derecha o izquierda del abdomen o en el cuadrante superior derecho, se desconoce cualquier indicación para hacerlo en el cuadrante superior izquierdo, y de tal forma que evite:

- I.- La depresión umbilical.
- II.- La prominencia de los huesos de la cadera.
- III.- Orificios de drenaje u orificios originados por una cirugía anterior.
- IV.- La línea natural de la cintura o cualquier pliegue de grasa en esta zona.
- V.- La incisión operatoria y cualquier otra cicatriz (ej. apendicectomía, hernias).
- VI.- La flexura de la ingle.
- VII.- Cualquier protuberancia de grasa y los pliegues profundos del tejido de grasa.
- VIII.- Zonas afectadas por procesos crónicos de la piel (ej. psoriasis).
- IX.- En zonas donde rocen las correas de sujeción de un miembro artificial.
- X.- Cualquier otro sitio donde rocen aparatos o prótesis quirúrgicas (ej. bragueros).

Hay que hacer las mediciones con el enfermo en posición: sentado, acostado en decúbito, lateralmente y levantado, para que le resulte fácilmente visualizable al paciente para su manejo.



AVANCES

"ENFERMERIA EN EL ESTOMA"



- Bilateral.
- C-2.- Cistostomia.
- C-3.- Urostomia ileal o Briker.

CAUSAS

A.- COLOSTOMIAS

- 1.- Contraídas:
 - Cancer (rectal y anal).
 - Diverticulosis.
 - Diverticulitis.
- 2.- Congénitas:
 - Megacolon.
 - Atresia rectal o anal.
 - Enfermedad de Hirschsprung.
- 3.- Traumáticas:
 - Accidentes.
 - Heridas por armas.
- 4.- Otras:
 - Polipos.
 - Prolapso rectal.
 - Daños o anomalías de la médula espinal.
 - Radioterapia.

B.- ILEOSTOMIA

- 1.- Contraídas:
 - Colitis ulcerosa.
 - Enfermedad de Crohn.
 - Megacolon tóxico.
 - Cáncer.
- 2.- Congénitas:
 - Poliposis familiar hereditaria.
 - Enterocolitis necrotizante.
- 3.- Traumáticas:
 - Accidentes.
 - Armas.

C.- UROSTOMIAS

- 1.- Contraídas - Cancer de vejiga.
- 2.- Congénitas:
 - Espina bífida.
 - Vejiga ectrónica o ectropía vesical.
- 3.- Traumática:
 - Accidentes.
 - Armas
- 4.- Otras:
 - Incontinencia.
 - Radioterapia.

Con este trabajo, sólo hemos pretendido recopilar una serie de datos que pueden actualizar nuestros conocimientos sobre las ostomias, y tener en cuenta algunos datos curiosos que generalmente no se tienen en mente y que, sin embargo, pueden facilitar la convivencia del ostomizado con su entorno. Esperamos haber conseguido nuestro objetivo.

BIBLIOGRAFIA

- * Enfermería de Estoma
Brigid Breckman
- * Aspectos Psicológicos del Paciente Ostomizado
Prof. Dr. Flórez Lozano, J.A.
- * Ostomías
Rainer Winkler

Los pacientes obesos presentan el problema de una posible pérdida de peso, por ello hay que localizar el estoma ligeramente más alto que en el resto, y siempre por encima del declive de la pared abdominal.

Cuando marcamos el sitio para una ileostomia en un paciente con colitis, y un peso por debajo de lo normal, hay que prever un posterior aumento de peso y un abultamiento externo después de una intervención satisfactoria.

Hay por último, que tener en cuenta el tipo de trabajo que realiza, sus aficiones, deportes u otras actividades habituales recreativas, así como el tipo de ropa que prefiere llevar habitualmente.

Las anomalías físicas y enfermedades tales como artritis, visión defectuosa, pérdida de un miembro, degeneración muscular, etc., deben ser tomadas en cuenta junto con cualquier traba mental o trastornos psiquiátrico.

Por todo ello vemos que el asesoramiento preoperatorio, y la elección del lugar del estoma, tienen una gran importancia, y debe ser un procedimiento habitual en todas las cirugías en que haya de realizarse un estoma.

Para finalizar este pequeño recordatorio, veremos un esquema de los tipos de estomas y las razones fundamentales que los motivan.

TIPOS

A.- INTESTINO GRUESO

- A-1.- Cecostoma (En ciego).
- A-2.- Colostomia.
 - Ascendente o derecha.
 - Descendente o izquierda.
 - Transversostomia - Terminal o simple
 - Cañón de escopeta.
 - Sigmoidestomia - Simple
 - Cañón de escopeta.

B.- INTESTINO DELGADO

- B-1.- Yeyunostomia
- B-2.- Ileostomia
 - Simple (temporal o definitiva)
 - Continente: Reservorio de Kock (solo en colitis ulcerosa, no en enfermedad de Crohn).

C.- APARATO URINARIO

- C-1.- Uretorostomia
 - Unilateral.