

El paciente ostomizado

M.^a Pilar Antón Almenara*

El establecimiento, mediante una intervención quirúrgica, de una abertura del intestino para descargar su contenido en la superficie del abdomen, es una necesidad de gran número de enfermos, en especial, por su frecuencia, en pacientes con carcinomas de colon-recto. Esta intervención recibe el nombre de colostomía o ileostomía.

En España mueren por cáncer de colon-recto de 5 a 8 pacientes por cada 100.000 habitantes.

Si el diagnóstico de cáncer es por sí mismo un fuerte impacto emocional en el enfermo y su familia, en un considerable número de ellos hay que añadir la carga psicológica que supone una colostomía o ileostomía, con su sensación de amputación y cambio del aspecto físico, que resulta a veces inaceptable para el enfermo, tanto por el cambio en su propia imagen como por la posible impresión negativa o de rechazo en las personas que lo rodean.

El paciente tiene que aprender a vivir con su colostomía o ileostomía, lo que requiere una ayuda o consejo de los profesionales conocedores de estos temas.

Las enfermeras tienen un papel fundamental en el cuidado, así como en la enseñanza y entrenamiento de los enfermos colostomizados o ileostomizados, en especial durante las primeras semanas de la intervención quirúrgica.

El conocimiento de los problemas físicos y psicológicos de estos pacientes debe orientarse hacia una ayuda eficaz y permanente de ellos.

ESTOMAS

La palabra «estoma» quiere decir boca o abertura. Un estoma es el abocamiento a la pared abdominal del intestino delgado (ileostomía) o del intestino grueso (colostomía). (Cuadro 1.)

*Profesora del Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgica de la E.U.E. Universidad de Barcelona.

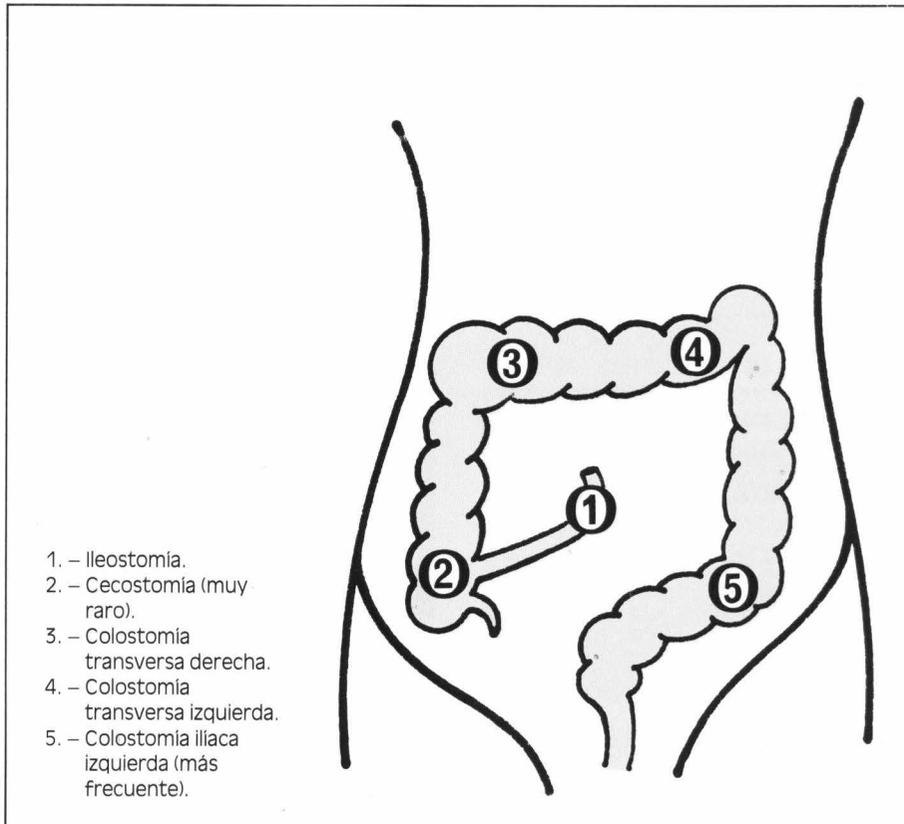
Resumen

El papel de la enfermera en el cuidado del paciente ostomizado tiene gran importancia en la progresiva rehabilitación de este tipo de enfermos. Es necesario que la enfermera conozca los dispositivos y accesorios, así como los efectos que pueden causar la medicación, la dieta, el estado psicológico, etc., en el enfermo, para poder prestar unos cuidados adecuados y servir de apoyo y ayuda al paciente y a su familia. El presente trabajo pretende cubrir todos estos apartados.

Tanto la ileostomía como la colostomía pueden ser temporales o permanentes. El primer caso se utiliza cuando es necesario dejar en reposo durante algún tiempo, parte del intestino y/o recto, por indicación de algún proceso patológico (obstrucción intestinal aguda, vólvulo,

fistula anal, etc.). En muchas ocasiones son dos los orificios o estomas que abocan a la pared abdominal, uno de los cuales es el segmento seccionado del intestino que está en reposo, que sólo drena mucosidad.

CUADRO 1. Lugares de los diferentes estomas



La forma permanente se utiliza cuando el proceso patológico afecta al intestino o recto de forma irreparable y no es posible instaurar el tránsito normal del mismo (cáncer, colitis ulcerosa, poliposis, etc.). En este caso, es sólo un estoma el que aboca a la pared abdominal, siendo eliminado el segmento de intestino seccionado en la misma intervención o en otra posterior dependiendo del estado del paciente.

El contenido que se drene por el estoma dependerá del nivel de apertura en el intestino, siendo en la ileostomía y colostomía derecha unas heces líquidas, irritantes, por su contenido rico en enzimas y fermentos, poco olorosas y de flujo continuo. Esto obliga al paciente a llevar un dispositivo permanente (bolsa de ileostomía o colostomía). (Cuadro 2.)

En la colostomía izquierda las heces que se drenan son semejantes a las que se expulsan por el ano, aunque no de las mismas características, siendo semisólidas o sólidas, poco irritantes, muy olorosas y su expulsión puede ser controlada por medio de irrigaciones, y/o dietas. Ello implica que el paciente puede prescindir de llevar un dispositivo permanente.

IRRIGACIONES

Las irrigaciones se utilizan únicamente en los pacientes portadores de una colostomía, con el fin de eliminar materias fecales, gases y moco de la parte distal del colon y establecer un ritmo regular de vaciamiento. De esta forma se evita que se produzca una expulsión espontánea que interfiera con las actividades diarias del paciente.

Deben usarse catéteres terminados en punta cónica y roma, evitando aquellos con terminaciones agudas o cortantes, que pudieran producir erosiones o perforación del colon. La cantidad de lí-

CUADRO 2. Funciones del intestino

<p>INTESTINO DELGADO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mecánica: Paso de alimentos por movimientos peristálticos. ● Digestión ● Absorción de: <ul style="list-style-type: none"> - Glúcidos. - Lípidos. - Prótidos. - Electrolitos. - Agua. - Vitamina B 12. - Sales biliares. <p>INTESTINO GROSERO</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Mecánica: Paso de los alimentos hacia el recto. ● Absorción de: <ul style="list-style-type: none"> - Sodio. - Agua. (sólo en colon ascendente) 	<p>CONSECUENCIAS EN LAS ILEOSTOMÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Emisión de heces de manera permanente. ● Heces líquidas. ● Heces irritantes para la piel. ● Heces con poco olor ● Necesidad de llevar dispositivo permanente (Bolsa de ileostomía). <p>CONSECUENCIAS EN LAS COLOSTOMÍAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Colostomía derecha: Igual que las ileostomías. ● Colostomía izquierda. ● Heces semisólidas. ● Heces poco irritantes. ● Heces con mucho olor. ● Emisión que se puede controlar mediante irrigaciones. ● No es necesario llevar dispositivo permanente.
--	---

quido (agua a temperatura corporal) que se emplea para realizar estas irrigaciones varía según los pacientes, oscilando entre 250 c.c. hasta 2.000 c.c.

Una vez establecido el hábito intestinal, puede ser suficiente realizar las irrigaciones a días alternos. No obstante, no siempre se consigue el efecto deseado y el empleo o no de irrigaciones está sujeto a preferencias personales del paciente.

BOLSAS

Las bolsas colectoras son esenciales para los enfermos portadores de ileostomías o colostomías, existen en el mercado de diversas formas y tamaños, reutilizables y desechables. Cada paciente debe elegir la que mejor se adapte al tamaño de su estoma, así como al perfil y firmeza de su abdomen, sin que cause daño o lesión al estoma y/o piel y de manera que permita la libertad de movimientos. Puede decirse que existe una bolsa para cada paciente, pero no cada bolsa sirve para todos los pacientes.

DIETA

En las experiencias en clínicas de rehabilitación de U.S.A. se ha demostrado que los enfermos que «conviven» mejor con sus colostomías son aquellos que toman una dieta a su elección y no irrigan el estoma. Los enfermos aprenden rápidamente qué es lo que pueden comer sin

que les perjudique y qué alimentos deben evitar. Los alimentos sabrosos que acusan olor o gases debe evitarse cuando se acude a reuniones sociales; los alimentos con poder laxante deben emplearse cuando sea preciso, etc.; es una cuestión de pruebas y errores. El paciente ostomizado debe tomar una dieta a su gusto, que cubra, además, las necesidades médicas que pueda presentar. Debe conocer que una colostomía sigmoide puede y debe funcionar igual que su recto lo hacía antes de su enfermedad. No hay ninguna dieta que sirva para todos los enfermos, algunos alimentos tienen efectos contrapuestos en diferentes personas y por tanto no debe hablarse de «dieta de colostomías».

Los pacientes portadores de una ileostomía deben saber que pierden gran cantidad de agua y sales en el drenaje, en especial durante los tres primeros meses, hasta que el intestino gradualmente se adapta y absorbe más cantidad de agua y sales. Por ello, en esta primera fase, su alimentación tiene que ser rica en alimentos que contengan sodio y potasio e ingerir más cantidad de agua.

Es importante indicar al paciente que debe comer lentamente, haciéndolo siempre a las mismas horas, con el fin de regular al máximo en los casos de colostomías sigmoides el ritmo intestinal. Al mismo tiempo hay que explicarle que mastique bien los alimentos con la boca cerrada, de este modo evitará la deglu-

MATERIAL PARA LA IRRIGACIÓN DE UNA COLOSTOMÍA

- Una bolsa de irrigación de 2 litros de capacidad.
- Tubo o sonda para perfundir.
- Conexiones.
- Pinza.
- Sonda de punta cónica y roma.
- Lubricante.
- Recipiente para la recolección de lo drenado.
- Bolsa limpia de colostomía.
- Guantes de goma o desechables para dilatación digital (si es preciso).

En España mueren por cáncer de colon-recto de 5 a 8 pacientes por cada 100.000 habitantes.

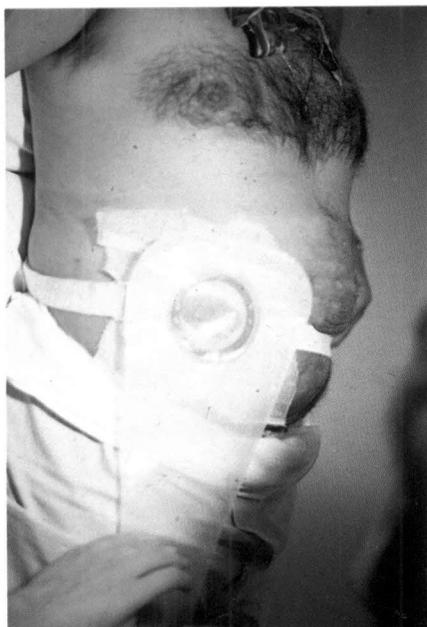
ción excesiva de aire, disminuyendo considerablemente la existencia de ruidos intestinales.

PROBLEMAS SOCIALES DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS

Los pacientes ostomizados tienen una constante fuente de inquietud en el olor y los ruidos que provienen de su estoma.

Olor

El mal olor de las heces es algo conocido, aunque las expulsadas cerca del íleo son menos penetrantes que las de los niveles bajos del colon. El olor traspasa las paredes de la bolsa, aunque hoy día las casas comerciales investigan continuamente para lograr la fabricación de un material que lo neutralice. Mientras tanto se puede usar para contrarrestarlo pastillas de carbón activado introducidas en las bolsas. En algunos países se utiliza el subcarbonato de bismuto, sustancia inerte que no se absorbe y que no produce los efectos secundarios de otros preparados de bismuto. En España no existe comercializado, por lo que se debe recurrir a su preparación especial en farmacia. No obstante, es necesario que el paciente realice una rigurosa higiene



Las enfermeras tienen un papel fundamental en el cuidado, enseñanza y entrenamiento de los enfermos ostomizados.

personal y mantenga el dispositivo de la bolsa perfectamente ajustado y limpio. Se aconseja que no utilice durante demasiado tiempo la misma bolsa, ya que ésta absorberá el olor sin que se pueda eliminar totalmente.

Ruido

El aire expulsado por el estoma es fundamentalmente aire deglutido y no precedente de la fermentación de los alimentos. Es difícil de evitar la deglución de aire, sobre todo en situaciones de nerviosismo o dolor.

Si el olor puede controlarse en buena parte, no ocurre así con el ruido producido por el paso de gases por la abertura de la colostomía o ileostomía. El ruido es uno de los efectos secundarios que producen más vergüenza a los enfermos y que hace que se retraigan en sus contactos sociales.

Aunque no hay medicamentos eficaces que faciliten la eliminación de los gases intestinales, se debe explicar al paciente que se puede evitar en gran parte la deglución de aire mientras come, si realiza la masticación de los alimentos lentamente y con la boca cerrada. No obstante, hay que tratar de que el paciente acepte esta nueva situación



Existe una bolsa colectora para cada paciente, pero no cada bolsa sirve para todos los pacientes.

ya que cuanto menos atención le preste a este problema menos embarazoso resultará para los que le rodean. Además, al disminuir la tensión nerviosa, disminuirá la cantidad de aire deglutido.

PROBLEMAS LOCALES DE LOS ESTOMAS

Irritación de la piel

Con relativa frecuencia la piel alrededor del estoma se macera o ulcerada. En general, es debido al contacto de la secreción fecal con la piel. Si la irritación ocurre en zonas alejadas del estoma, se debe habitualmente a problemas de los adhesivos o plásticos usados en las bolsas. Esta complicación se presenta con menor frecuencia en los pacientes que utilizan dispositivos para uso repetido, de esta manera no es necesario despegarlo cada vez que se cambia la bolsa. Para proteger la piel se pueden utilizar pomadas como la de Karaya.

Cambios del ritmo intestinal

El enfermo suele acostumbrarse al cabo de un año aproximadamente, a la misma rutina de sus movimientos intestinales tanto si prefieren la evacuación natural o ayudada con irrigaciones, ya que resulta difícil habituarse a la nueva rutina siendo con frecuencia motivo de obsesión para ellos.

El cuidado de estos enfermos puede ser un desafío a la paciencia de cualquier enfermera/o que les atienda. El tratamiento consiste en ajustar dietas, cambiar rutinas de irrigación o empezar a irrigar colostomías que nunca se habían irrigado. El uso de laxantes suaves puede ser útil.

Hemorragias

Todos los estomas pueden sangrar ligeramente en alguna ocasión y suele ser motivo de ansiedad y preocupación para el enfermo, que lo asocia con frecuencia al proceso patológico previo. En cualquier caso, cuando no se ve el punto de sangrado en la mucosa del estoma, deben hacerse estudios para descartar la existencia de pólipos o procesos cancerosos.

Los pacientes ostomizados se inquietan constantemente por el olor y los ruidos que provienen de su estoma.

Los puntos de sangrado en la mucosa expuesta pueden tratarse con toques de nitrato de plata.

Estenosis

Estrechamiento de la luz del estoma, lo que dificulta el paso normal de las heces. Se forma casi siempre a nivel de la unión muco-cutánea y obliga al enfermo al uso de enemas o a extracciones manuales de las heces.

Esta complicación se puede solucionar mediante dilataciones digitales. El personal de enfermería deberá enseñar al paciente a realizarlas de manera correcta y segura, sin que pueda representar riesgo de lesión.

Si la estenosis no se soluciona mediante las dilataciones digitales, se debe recurrir a la solución quirúrgica –incluso con anestesia local– para resecaer el anillo fibroso y restaurar el intestino a la piel.

Herniación

Es una complicación frecuente; ocurre por debilidad de la pared abdominal del estoma y, en ocasiones, a rotura de las suturas intraperitoneales del colon o íleo cercanos al estoma. Las hernias dificultan las irrigaciones al mismo tiempo que se corre el riesgo de producir o lesionar la mucosa. En general, no es preciso la intervención quirúrgica y si se hace es preferible realizar una nueva colostomía o ileostomía en otro punto de la pared abdominal, a la corrección del saco herniario. Suspensorios adecuados pueden aliviar las molestias del enfermo, sin alterar el paso normal de las heces.

Prolapso

Esta complicación es mucho menos frecuente pero asusta al enfermo al ver parte del colon o íleo protuyendo por la boca del estoma. No suele darse en las colostomías a nivel de sigma. La reducción es sencilla pero tiende a recurrir con facilidad y la forma definitiva de tratarlo es la realización de una nueva laparotomía con fijación interna del colon o íleo prolapsado.

Impotencia

A pesar del cuidado de los cirujanos en respetar los nervios autonómicos que

PROBLEMA	CAUSA O SIGNO	TRATAMIENTO
Olor fecal	Alimentación Medicamentos orales Enfermedad activa	Pastillas de carbón activado Higiene personal No utilizar la misma bolsa por mucho tiempo
Irritación de la piel	Goteo o escape de la bolsa por fijación inapropiada Alergia al material adhesivo	Anillo adhesivo de uso repetido Prótesis apropiada Cambio de material Protección de la piel con pomadas
Ruidos	Deglución excesiva de aire	Mentalización del paciente y familia Evitar nerviosismo y dolor Masticar con la boca cerrada
Hemorragia	Irritación de la mucosa del estoma Proceso patológico	Toques de nitrato de plata Estudios para descartar proceso tumoral
Estenosis	Formación anillo fibroso en el estoma	Dilataciones digitales Cirugía
Herniación	Debilidad de la pared abdominal	Reducción manual Cirugía
Prolapso	Debilidad de la musculatura abdominal	Cirugía

controlan la erección, algunos varones sufren impotencia después de las resecciones de recto. Es una complicación con gran carga emocional para el varón, sobre todo si es joven, y difícil de tratar excepto si existe gran participación de la pareja o personal especializado en este tipo de problemas psicológicos.

No hay muchos datos sobre la función sexual en las mujeres colostomizadas,

aunque se sabe que algunas de ellas han podido tener embarazos y partos normales.

BIBLIOGRAFIA

Breckman, Brigid: **Enfermería del estoma**. Ed. Interamericana, 1983.
 Ythier, Armelle: **Soins Chirurgicaux**. Colletion de l'infirmière. Ed. Vigot, 1982.
 Watson: **Enfermería Médico-Quirúrgica**. Ed. Interamericana, 1983.

