

AGOSTO 2009

Cuidado y manejo de la ostomía



Aviso de Responsabilidad

Estas Guías no son de obligado cumplimiento para las enfermeras o instituciones que las utilizan. Su uso ha de ser flexible para poder adaptarse a las necesidades de cada individuo y las circunstancias de cada lugar de trabajo. Las Guías no suponen compromiso alguno, pero tampoco eximen de responsabilidades a quienes hacen uso de ellas. Aunque en el momento de la publicación se puso especial énfasis en la precisión de los contenidos, ni los autores ni la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses' Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) garantizan la exactitud de la información recogida en las Guías, y tampoco asumirán responsabilidad alguna respecto a las pérdidas, daños, lesiones o gastos derivados de errores u omisiones en su contenido.

Copyright

A excepción de aquellas partes del presente documento en las que se especifique la prohibición o restricción expresa para su copia, el resto puede ser producido, reproducido y publicado en su totalidad y sin modificaciones, independientemente de su formato, incluido el soporte electrónico, para fines educativos y no comerciales. Si por cualquier motivo se solicita alguna adaptación del material, será preciso obtener una autorización escrita de la RNAO.

En todo el material copiado han de aparecer las correspondientes acreditaciones o referencias de la siguiente manera:

Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) Ostomy Care and Management. Toronto, Canada. Registered Nurses' Association of Ontario.

Este programa está financiado por el Ministerio de Sanidad y Atención de Larga Duración de Ontario.

Acerca de la traducción

Para realizar la versión española de las Guías de la RNAO se ha contado con la coordinación técnica de un equipo de traductores especializados, licenciados en Traducción e Interpretación, con años de experiencia en el campo de la salud, con los conocimientos culturales y lingüísticos necesarios y todos ellos con el español como lengua materna. A su vez, la revisión ha corrido a cargo de profesionales del cuidado experimentados y conocedores de ambas culturas, y dicha revisión ha sido evaluada de forma independiente. Durante el proceso se han utilizado las más modernas herramientas informáticas de asistencia a la traducción a fin de garantizar la coherencia conceptual y terminológica. Asimismo, se ha realizado la adaptación cultural de los contenidos pertinentes para reflejar la realidad de los países hispanohablantes. Así podemos garantizar una traducción precisa y fluida que cumple los objetivos fijados en la cultura de destino.

Información de Contacto

Registered Nurses' Association of Ontario
158 Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Website: www.rnao.org/bestpractices

Saludo de Doris Grinspun,

Directora ejecutiva de la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (Registered Nurses Association of Ontario, en lo sucesivo RNAO, por sus siglas en inglés) se complace en ofrecer esta Guía de buenas prácticas en enfermería. Las prácticas basadas en la evidencia respaldan la entrega y excelente servicio que las enfermeras ofrecemos en nuestra labor cotidiana.



Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a todas las instituciones y particulares que hacen posible la iniciativa de RNAO de una Guía de buenas prácticas en enfermería (NBPG, según sus siglas en inglés). El Ministerio de Sanidad y Atención a Crónicos de Ontario ha reconocido la capacidad de la RNAO para liderar el desarrollo de este programa, y ofrece para ello su financiación plurianual. La Directora del programa NBPG, Irmajean Bajnok RN, PhD y la Directora asociada, Heather McConell RN, MScN, junto con su equipo de expertos, están sacando el programa adelante con determinación y proyectándolo más lejos de lo que en principio cabía esperar. La comunidad de enfermeras, con su compromiso y dedicación a la excelencia en el trabajo, aporta sus conocimientos e incontables horas de esfuerzo para la creación y evaluación de cada una de las Guías. Los responsables de la contratación han respondido con entusiasmo a la solicitud de ofertas y están realizando pruebas piloto de las Guías en sus organizaciones.

Ahora es el momento de la prueba definitiva: ¿Utilizarán las enfermeras las Guías en su labor cotidiana?

El uso eficaz de estas Guías requiere el esfuerzo conjunto de cuatro grupos profesionales: las propias enfermeras, otros colegas del sector sanitario, los responsables de formación en el ámbito académico o laboral y los responsables de la contratación. Tras haber asimilado estas Guías, las enfermeras experimentadas y estudiantes de enfermería, precisan un entorno laboral de apoyo para poder aplicarlas a la vida real.

Es nuestro deseo que estas y otras Guías se compartan con los miembros del equipo multidisciplinar. Tenemos mucho que aprender los unos de los otros. Juntos, podemos asegurarnos de que los ciudadanos de Ontario reciban la mejor atención posible siempre que traten con nosotros. Hagamos que ellos sean los verdaderos beneficiarios de nuestro esfuerzo.

La RNAO continuará trabajando con ahínco en el desarrollo y la evaluación de futuras Guías. ¡Que la puesta en marcha se desarrolle con éxito!

Doris Grinspun, RN, MScN, PhD(c), O. ONT.

A handwritten signature in dark ink, reading "Doris Grinspun".

Directora ejecutiva
Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO)



Saludo de Teresa Moreno Casbas,

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto de Salud Carlos III de España

La Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii) se complace en presentar las Guías de Buenas Prácticas en Enfermería, realizadas por la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario (RNAO), en su versión traducida al español, para que puedan ser utilizadas por todos los profesionales de la salud hispanohablantes.

Desde Investén-isciii nos sumamos a la iniciativa de transformar la enfermería a través del conocimiento, ya que entendemos que los cuidados seguros y de calidad deben apoyarse en los resultados de la investigación multidisciplinar en este ámbito y en el intercambio de conocimientos entre profesionales de dentro y fuera de nuestras fronteras. Por ello iniciamos este proyecto, con el que pretendemos que las Guías de Buenas Prácticas puedan ser incorporadas a la actividad de los diferentes profesionales de la salud hispanohablantes.

Quiero aprovechar esta ocasión para solicitar vuestra ayuda en la difusión, implantación y utilización de estas Guías. La profesión enfermera, y especialmente aquellos que reciben nuestros cuidados, resultarán directamente beneficiados.

Investén-isciii y la Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario os agradecen de antemano vuestra colaboración, al tiempo que os animan a continuar contribuyendo al desarrollo de la Práctica Clínica Basada en la Evidencia.

“La traducción de estos documentos ha sido posible gracias a la financiación del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, coordinada por el Centro Colaborador Español del JBI para los cuidados de salud basados en la evidencia perteneciente a la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)”.

Directora de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-isciii)
Instituto de Salud Carlos III de España.
Madrid Enero 2011

Índice de contenidos

ANTECEDENTES

Cómo utilizar este documento	7
Objetivos y ámbito de aplicación.	8
Resumen de las recomendaciones	9
Interpretación de la evidencia	12
Miembros del equipo de desarrollo	13
Agradecimientos a los colaboradores	18
Antecedentes	21

RECOMENDACIONES

Recomendaciones básicas	23
Recomendaciones para la práctica	30
Recomendaciones para la formación	49
Recomendaciones para la organización y directrices	51
Lagunas en la investigación e implicaciones para el futuro	53
Evaluación y seguimiento de la Guía	54
Estrategias de implantación	56
Proceso de actualización y revisión de la Guía	57

REFERENCIAS

Lista de referencias	58
Bibliografía	64

Anexo A: Glosario de términos	68
Anexo B: Glosario de términos clínicos.	69
Anexo C: Proceso de desarrollo de la Guía	77
Anexo D: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda	78
Anexo E: Muestra de registro de educación sanitaria en ostomías	81
Anexo F: Información sobre sexualidad	84
Anexo G: Formulario de evaluación de muestra.	85
Anexo H: Medicamentos y función en la ostomía	88
Anexo I: Consejos prácticos sobre nutrición para el cuidado de la ostomía.	92
Anexo J: Diagramas de flujo de educación sanitaria sobre ostomías	96
Anexo K: Sede de Ontario de United Ostomy Association of Canada.	101
Anexo L: Información sobre los recursos	102
Anexo M: Formulario sobre los cuidados de la ostomía	106
Anexo N: Necesidades especiales y estrategias de cuidados.	107
Anexo O: Lista de productos de ostomía.	108
Anexo P: Contenido recomendado de los programas de formación sobre ostomía	110
Anexo Q: Etapas del desarrollo de Erikson	115
Anexo R: Programas educativos reconocidos	116
Anexo S: Carta de los derechos de los pacientes ostomizados	117
Anexo T: Descripción de la Herramienta.	118

Cómo utilizar este documento

Esta Guía de buenas prácticas en enfermería es un documento exhaustivo que aporta los recursos necesarios para reforzar las prácticas de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución, o del centro o entorno sanitario, así como de las necesidades y los deseos del paciente. Las Guías no han de ser aplicadas “al pie de la letra”, sino que se usarán como una herramienta útil para tomar decisiones orientadas a lograr una atención personalizada de los pacientes, así como para garantizar la implantación de las estructuras y los servicios apropiados con el fin de ofrecer la mejor atención posible.

El presente documento será de utilidad para las enfermeras, otros profesionales sanitarios y los gestores encargados de dirigir y aplicar los cambios en la práctica para el desarrollo de políticas, procedimientos, protocolos, programas de formación, herramientas de evaluación y documentación, etc. Se recomienda usar las Guías de buenas prácticas en enfermería como una herramienta didáctica. Las enfermeras que proporcionan una atención directa a los pacientes podrán consultar las recomendaciones, las evidencias que respaldan dichas recomendaciones y el procedimiento usado para crear las Guías. Sin embargo, es muy recomendable que los centros o entornos sanitarios adapten estas Guías a formatos fáciles de usar en la vida diaria. Esta Guía sugiere algunos formatos para tal adaptación y personalización en función del lugar de trabajo.

Las instituciones que deseen usar la Guía pueden:

- a) Evaluar las prácticas de enfermería y atención sanitaria actuales con las recomendaciones de la Guía.
- b) Identificar las recomendaciones que abordan las necesidades o las carencias identificadas en los servicios.
- c) Desarrollar sistemáticamente un plan para implantar las recomendaciones con el uso de las herramientas y los recursos asociados.

La RNAO está interesada en conocer cómo se ha implantado esta Guía. Le rogamos que se ponga en contacto con nosotros para hacernos llegar su experiencia. A través de la página web de la RNAO, tanto instituciones como particulares podrán acceder a los recursos necesarios para la implantación de las Guías de buenas prácticas.

Objetivos y ámbito de aplicación

Las Guías de buenas prácticas son documentos redactados de manera sistemática destinados a ayudar a los profesionales sanitarios y a los pacientes a tomar las decisiones oportunas en lo que se refiere a la atención sanitaria (Field & Lohr, 1990).

La presente Guía ofrece a las enfermeras universitarias y a las enfermeras con formación profesional recomendaciones basadas en la evidencia relacionadas con la evaluación y el tratamiento de personas con colostomías, ileostomías y urostomías, entre los que se incluyen la evaluación y el manejo de la piel periestomal.

Esta Guía se centrará en tres áreas de atención: preoperatorio, postoperatorio y seguimiento. Está dirigida a todos los individuos ostomizados, durante todo el proceso de cuidados, e incluye las necesidades de la familia y del profesional sanitario.

La aplicación de esta Guía está destinada a todos los ámbitos de la enfermería, incluyendo el ámbito clínico, administrativo y educativo.



Resumen de las recomendaciones

Recomendaciones básicas

RECOMENDACIÓN		Nivel de evidencia
1	Crear una relación terapéutica con el paciente y su familia.	III
2	Realizar una evaluación integral del paciente y de su familia que incluya: a) historial y estado físico; b) conductas psicosociales (afrontamiento y adaptación, imagen corporal distorsionada, calidad de vida afectada, sexualidad y preocupaciones sexuales); y c) normas culturales, espirituales y religiosas.	III
3	Consultar con los miembros del equipo interdisciplinar lo relativo a la evaluación y la intervención, si es necesaria, para todos los pacientes que requieran una ostomía o que ya estén ostomizados.	IV
4	Diseñar un plan de atención aceptable, tanto para el paciente y su familia, como para los profesionales sanitarios, que optimice la salud y la autoeficacia en el manejo de la ostomía.	III

Recomendaciones para la práctica: Fase preoperatoria

RECOMENDACIÓN		Nivel de evidencia
5	Se debe ofrecer formación preoperatoria a todos los pacientes que requieran una cirugía de ostomía y a sus familias.	Ib
6	Se debe marcar la ubicación del estoma en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía de ostomía.	Ila
7	Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.	Ia
8	Se debe ofrecer una terapia de relajación muscular progresiva (en adelante Progressive Muscle Relaxation Therapy o PMRT, por su nombre y siglas en inglés respectivamente) a los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía como parte de una atención continuada.	Ib

*En la página II, podrá encontrar una interpretación de la evidencia.

Recomendaciones para la práctica: Fase posoperatoria.

RECOMENDACIÓN		Nivel de Evidencia
9	Evaluar el estoma inmediatamente después de la operación, así como el estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía, con una herramienta de clasificación validada para controlar las posibles complicaciones.	IV
10	Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal.	III
11	Revisar el perfil farmacoterapéutico del paciente para garantizar la máxima absorción y eficacia en relación con el tipo de ostomía.	IV
12	Evitar la introducción en una colostomía de un supositorio de glicerina para ayudar a la evacuación de los residuos.	Ib
13	Los pacientes ostomizados que estén en riesgo de desarrollar o que hayan desarrollado complicaciones nutricionales han de ser asesorados por un dietista titulado.	IIa
14	Enseñar al paciente y a su familia el conjunto mínimo de destrezas específicas que necesitan conocer antes del alta hospitalaria.	IV
15	Dar de alta al paciente y a su familia con el respaldo de una atención domiciliaria.	Ib
16	Asegurarse de que el plan de cuidados de la ostomía es un plan personalizado que cubre las necesidades del paciente y de su familia.	IV
17	Se recomienda que una enfermera estomaterapeuta realice una evaluación y un seguimiento del paciente y de su familia tras la cirugía de ostomía con el fin de disminuir los problemas psicológicos, fomentar una calidad de vida óptima y evitar complicaciones.	IIb
18	Formar al paciente y a sus familiares para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y a la piel periestomal.	IV
19	Se puede emplear una irrigación por colostomía como un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de colostomías descendentes o sigmoides en determinados pacientes adultos.	III

Recomendaciones para la formación

RECOMENDACIÓN		Nivel de evidencia
20	La formación en materia de ostomía para todos los niveles de profesionales de atención sanitaria debe ser un procedimiento centrado en el paciente, proporcionado tanto en el entorno laboral como académico.	IV
21	Consultar a las enfermeras estomaterapeutas en el desarrollo de programas apropiados de formación sobre ostomía dirigidos a los profesionales de atención sanitaria, pacientes, familiares y cuidadores.	IV

Recomendaciones para la organización y directrices

RECOMENDACIÓN		Nivel de evidencia
22	Las instituciones deben tener una enfermera estomaterapeuta con credenciales para el desarrollo de políticas y la gestión de programas.	IV
23	Todos los pacientes ostomizados y sus familias han de tener acceso a una educación sanitaria integral.	IV
24	Debe haber un mecanismo de transferencia de la información entre los centros sanitarios que facilite formar y atender al paciente de manera continua	IV
25	Los centros sanitarios deben tener acceso a un equipo interdisciplinar de profesionales de la salud con conocimientos y aptitudes para ofrecer una atención de calidad en el manejo de la ostomía.	IV
26	Las Guías de buenas prácticas en enfermería solo se pueden implantar satisfactoriamente si existe una adecuada planificación, recursos, respaldo institucional y administrativo, así como los medios oportunos. Es posible que las instituciones deseen desarrollar un plan para la implantación que incluya: ■ La evaluación de la disposición institucional y de los obstáculos para la implantación, teniendo en cuenta las circunstancias de cada lugar de trabajo. ■ La implicación de todos los miembros (bien sea con funciones de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al procedimiento de implantación. ■ Las oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas. ■ La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario en el proceso de formación e implantación. ■ Las oportunidades para reflexionar sobre la experiencia personal e institucional en la implantación de las Guías.	IV

Interpretación de la Evidencia

Niveles de Evidencia

Ia	Evidencia obtenida del metaanálisis o de la revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados.
Ib	Evidencia obtenida de al menos un ensayo controlado aleatorizado.
IIa	Evidencia obtenida de al menos un estudio bien diseñado controlado no aleatorizado.
IIb	Evidencia obtenida de al menos una muestra de otro tipo de estudio bien diseñado, cuasi-experimental, no aleatorizado.
III	Evidencia obtenida de estudios descriptivos bien diseñados, no experimentales, como son los estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos.
IV	Evidencia obtenida de la opinión o los informes elaborados por un comité de expertos y/o las experiencias clínicas de autoridades en la materia.

Adaptado de SIGN 50: A Guideline Developer's Handbook (2008)

Miembros del Equipo de Desarrollo de las Guías

Kathryn Kozell, RN, MScN, APN(AC), CETN(c)

Team Leader

Past President, CAET
Coordinator of Quality Initiatives
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Helen Abrams, RD, CNSD

Registered Clinical Dietitian

University Hospital
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Patti Barton, RN, PHN, CETN(c)

Clinical and Education Lead

Specialty ET Services
Toronto, Ontario

Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN

RNAO Champion Facilitator

Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Ruth Best, RN, BA, ETN

Skin Wound, Ostomy Nurse Clinician

London Health Sciences Centre
London, Ontario

Karen Bruton, RN, BScN(c), ETN

Clinical Resource Nurse

Northumberland Hills Hospital
Cobourg, Ontario

Helen Fatum, RN, BScN, ETN

Enterostomal Therapist/Patient Educator

North Bay General Hospital
North Bay, Ontario

Louise Forest-Lalande, RN, MEd, ETN

Consulting Manager in Nursing Sciences

CHU Sainte-Justine
Montréal, Québec

Dr. Mikel Gray, RN, PhD, FNP, PNP, CUNP, CCCN, FAANP, FAAN

Professor, Nurse Practitioner

Department of Urology and School of Nursing,
University of Virginia
Charlottesville, Virginia, USA

Connie Lynne Harris, RN, MSc, ETN

Senior Clinical Specialist: Ostomy Wounds

CarePartners
Waterloo, Ontario

Virginia McNaughton, RN, MPA, CETN(c)

Advanced Practice Consultant

Wound, Ostomy, Continence
Saint Elizabeth Health Care
Markham, Ontario

Debbie Miller, RN, BScN, MN, APN(AC), CETN(c)

Ostomy Specialty Practitioner

Sunnybrook Health Sciences Centre
Toronto, Ontario

Susan Mills-Zorzes, RN, BScN, MDE, CWOCN, CETN(c)

Director, CAET Enterostomal Therapy
Nursing Education Program; Enterostomal
Therapy Nurse

St. Joseph's Care Group
Thunder Bay, Ontario

Nancy Parslow, RN, CETN(c)

Wound Specialty Nurse
Southlake Regional Health Centre
Newmarket, Ontario

Colleen Simpson, RN, BScN

Staff Nurse
Elm Grove Living Centre
Toronto, Ontario

Samantha Mayo, RN, MN

Research Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Rishma Nazarali, RN, BScN, MN

Program Manager, Best Practice Guidelines
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Catherine Wood, BMOs

Program Assistant
Registered Nurses' Association of Ontario
Toronto, Ontario

Los miembros del equipo de desarrollo de la Guía realizaron declaraciones de conflicto de intereses y confidencialidad. La RNAO dispone de información más detallada al respecto.



Miembros del equipo de traducción de las Guías

Coordinación

María Teresa Moreno Casbas, RN, MScN, PHD

Coordinadora científica

Responsable de la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Esther González María, RN, MSc, PhD candidate

Coordinadora científica

Centro colaborador del Instituto Joanna Briggs, Australia.

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Coordinadora técnica

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Equipo de traducción

Marta López González

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

María Nebreda Represa

Coordinadora de traducción

Licenciada en Traducción e Interpretación
Universidad de Valladolid

Paula García Manchón

Traductora responsable de proyectos

Licenciada en Traducción e Interpretación.
Universidad Complutense de Madrid, CES Felipe II

Juan Diego López García

Traductor responsable de proyectos

Ldo. en Traducción e Interpretación
Université Jean Moulin Lyon III (Francia) y Universidad de Granada

Colaboración externa de traducción

Elena Morán López

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Clara Isabel Ruiz Ábalo

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Pontificia Comillas de Madrid

Jaime Bonet

Ldo. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid

Carmen Martínez Pérez-Herrera

Lda. en Traducción e Interpretación
Universidad Complutense de Madrid)

Francisco Paredes Maldonado

Ldo. en Lenguas extranjeras aplicadas y traducción
Universidad de Orléans (Francia)

Aimón Sánchez

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología
(Matrona)
Hospital Universitario de Canarias

Tamara Suquet, DUE

Gerens Hill International

Inés Castilla

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología
(Matrona)

Pilar Mesa, DUE

Facultad de Enfermería,
Universidad de Córdoba

Juan Carlos Fernández

Fisioterapeuta
Universitat de les Illes Balear

Grupo de Revisión

Cintia Escandell García, DUE, PhD candidate

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería, Investén-isciii. Instituto Carlos III, España.

Pablo Uriel Latorre, DUE

Enfermero de Investigación Clínica
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña A
Coruña, España

Montserrat Gea Sánchez,

DUE, PhD candidate

Hospital de Santa Maria. Gestió de Serveis Sanitaris.
Lleida

Ana Craviotto Vallejo, DUE

Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

Raquel Sánchez, DUE

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España

Iosune Salinas

Fisioterapeuta

Universitat de les Illes Balears, España

Agradecimientos a los colaboradores

La RNAO quiere agradecer su contribución en la revisión de esta Guía de buenas prácticas a aquellas personas que se han volcado en este proyecto, aportando diversas perspectivas y conocimientos:

NOMBRE, CREDENCIALES

TITULACIÓN, INSTITUCIÓN, CIUDAD, PROVINCIA

DEBORAH ABNER, RN, BSc, MScN(A), ETN	Enterostomal Therapy Nurse Clinician, MUHC – Royal Victoria Hospital, Montréal, Québec
SYLVIA ALLOY-KOMMUSAAR, RN	Supervisor, Extendicare Van Daele, Sault Ste. Marie, Ontario
JACQUELINE BAPTISTE-SAVOIE, RN, BScN, WOCN, CIC	Wound and Ostomy Nurse Clinician, The Scarborough Hospital, Scarborough, Ontario
JO-ANNE BILLINGS, RN	RN, Ambulatory Care; Primary Nurse, Urology Clinic, The Credit Valley Hospital, Mississauga, Ontario
DI BRACKEN, BA, BED	President, Ostomy Toronto; Immediate Past President, IOA; Past President, UOAC, Ostomy Toronto, Toronto, Ontario
MONA BURROWS, RN(EC), BScN, MSN, PHCNP	Professor, St. Lawrence College/Laurentian University BScN Collaborative Program, Cornwall, Ontario
STEPHANIE CHADWICK, RN, BScN, ET, MSc(C), IIWCC	Wound Care & Ostomy Consultant, St Joseph's Health Centre, Toronto, Ontario
DEBRA CLARKE, RN	Team Leader, 2B, Medical-Surgical, Northumberland Hills Hospital, Cobourg, Ontario
CAROL T. COKER, MSN, ARNP, CWOCN	President/CEO, CTC Healthcare Consulting, Inc., Pembroke Pines, Florida, USA
SUZANNE COLLINS, RN, MS, CWOCN, DAPWCA	Clinical Specialist, Mölnlycke Health Care, Charlotte, North Carolina, USA
LYNN COWDREY-CARROLL, MSW, RSW	Surgical Care Social Worker, London Health Sciences Centre, London, Ontario
GAIL CREELMAN, RN, ET	Enterostomal Therapist, IWK Health Centre, Halifax, Nova Scotia
HEIDI H. CROSS, RN, MSN, FNP-BC, CWOCN	Wound & Ostomy Nurse Practitioner, SUNY Upstate Medical University Hospital, Syracuse, New York, USA
MIKE D'ORAZIO, ET, MGMT	Owner-Consultant, Ostomy Associates, Broomall, Pennsylvania, USA
MICHELLE DAGLORIA, RN	Clinical Educator, Professional Practice Lead, Medicine, Guelph General Hospital, Guelph, Ontario
BARBARA DALE, RN, CWOCN, CHHN	Director of Wound Care, Quality Home Health, Livingston, Tennessee, USA

DIANE GRÉGOIRE, RN, ET, BScN, MScN	Spina Bifida Coordinator, Children's Hospital of Eastern Ontario Ottawa, Ontario
LISA HEGLER, RN, BSN, CWOCN	Enterostomal Therapist Nurse, Providence Health (St. Paul's Hospital), Vancouver, British Columbia
KELLY HERON, RN, BScN, CWCN, COCN, ET	Clinical Practice Manager – Surgery, Enterostomal Therapist, Windsor Regional Hospital, Windsor, Ontario
JO HOFLOK, RN, BSN, MA, ET, CGN(C)	Advanced Practice Nurse, Gastroenterology/General Surgery St. Michael's Hospital, Toronto, Ontario
JENNIFER HUITSON, RN, BScN, MDE	Surgical Educator, Ross Memorial Hospital, Lindsay, Ontario
NATHAN KELLY, BScN STUDENT	Student, Brock University, St. Catharines, Ontario
RHODA KELLY-VOOGJARV, RB, BSN, ET	Office Nurse, Dr. Harry M. Voogjarv Medical Professional Corporation, Timmins, Ontario
LORI KING	Consumer Representative, North Bay, Ontario
LISA KIRK, RN, BSN, CWOCN	Registered Nurse, CWOCN, Riley Hospital for Children, Indianapolis, Indiana, USA
ANN KLEIN, RN, BScN, ETN	Wound/Ostomy Specialist, Surgical Services, Southlake Regional Health Centre, Newmarket, Ontario
JANE KORVER, RN, BAS, CWOCN	In-house Wound/Ostomy Nurse, Mercy Medical Center, Cedar Rapids, Iowa, USA
LEE ANN KRAPFL, BSN, RN, CWOCN	Wound/Ostomy Nurse Specialist, Mercy Medical Center, Dubuque, Iowa, USA
LISA C. LYNCH, RN	Team Leader – Surgery Unit, Queensway Carleton Hospital, Ottawa, Ontario
ANTONINI MARIO, ET NURSE	Enterostomal Therapy Nurse, Local Health Authority II Empoli, (Italy), Empoli, Italy
LINA MARTINS, MScN, ET	Clinical Nurse Specialist, Enterostomal Therapy Nurse Skin, Wound, Ostomy Team (SWOT), London Health Sciences Centre, London, Ontario
JOAN A. MCINERNEY, MSN, RN-BC, CWOCN	WOC Nurse Coordinator, NCH Healthcare System, Naples, Florida, USA
ESTRELLA C. MERCURIO, BSN, RN, MA, GNC(C), ET	Care & Service Manager, ParaMed Home Health Care, Toronto, Ontario
FAYE MILITANTE, RN, BSN, ET, CWON	Enterostomal Therapist RN, Providence St. Vincent Medical Center, Portland, Oregon, USA
SUSAN S. MORELLO, BSN, RN, CWOCN, CBN	Clinical Coordinator, Sizewise, Kansas City, Missouri, USA
ELISE NIELSEN, RN, BSN, ET	Clinical Consultant, Wounds/Ostomy, Saint Elizabeth Health Care, Markham, Ontario

LIZA PADILLA, RN, CGN(C), HONS BSc, BScN	Clinical Coordinator, The Ottawa Hospital, Ottawa, Ontario
JOYCE PITTMAN, PhD(C), APRN-BC, CWOCN	Nurse Practitioner/CWOCN, Wound/Ostomy Team, Clarian Health, Indianapolis, Indiana, USA
ROSE RAIZMAN, RN, BScN, MSC, ET	Clinical Nurse Specialist; Enterostomal Therapist, York Central Hospital, Richmond Hill, Ontario
VALERIE J. RZEPKA, RN, BScN, MSc	Nursing Policy Analyst, Registered Nurses' Association of Ontario, Toronto, Ontario
CONNIE SCHULZ, RN, BN(C), ETN	Clinical Specialist/Wound & Ostomy, The Ottawa Hospital – General Campus, Ottawa, Ontario
FAELYNNE SONKE, RN, BScN, CPN(C)	Inpatient Surgical Clinical Manager, Niagara Health System, St. Catharines, Ontario
DIANE ST-CYR, RN, ET, BSc, MED	Enterostomal Therapy Nurse, McGill University Health Centre, Montreal General Hospital Campus, Montréal, Québec
JANE THERIAULT, BSN, RN, CWOCN	Clinical Care Coordinator, University of Michigan Hospital, Ann Arbor, Michigan, USA
KAREN THOMPSON, RN, BScN, MED, CCHN(C)	Clinical Practice Consultant, ParaMed Home Health, London, Ontario
RAMONA TOMSHACK, RN, BSN, CIC, CWOCN, APN-CNS	Infection Preventionist/WOC(ET), Sarah Bush Lincoln Health Center, Mattoon, Illinois, USA
GWEN B. TURNBULL, RN, BS, ET	Consultant, Clearwater, Florida, USA
NANCY S. WALSH, RN, BS, CWOCN	Manager of Nursing Initiatives, Danbury Hospital, Danbury, Connecticut, USA
KAREN WITKOWSKI, RN, BScN, ET	Nurse Clinician/Enterostomal Therapy, Trillium Health Centre, Mississauga, Ontario
LAUREN WOLFE, RN, BSN, CWOCN	CWOCN, Richmond Hospital, Minoru Residence and Lions Manor (Vancouver Coastal Health Authority), Richmond, British Columbia
BONITA YARJAU, RN, BN, ET	Coordinator, Enterostomal Therapy Program, Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba
MARY M. YODER, RN, MSN, CWON	Wound and Ostomy Consultant, Arkansas Valley Regional Medical Center, La Junta, Colorado, USA

Antecedentes

La ostomía se refiere a un procedimiento quirúrgico cuyo resultado es la derivación externa de las heces y la orina a través de un estoma abdominal. Las ostomías más comunes son la colostomía y la ileostomía para las heces, y la urostomía para la orina. Estos procedimientos se realizan en todos los grupos de edad, desde los neonatos hasta los ancianos. No es fácil acceder a las estadísticas relativas a la frecuencia exacta de la cirugía de ostomía en Canadá; sin embargo, un estudio transversal realizado por un grupo de investigación privado en 1999–2000 reveló que, durante ese periodo, se realizaron aproximadamente 13.000 cirugías de ostomía. Las provincias que refirieron el mayor número de procedimientos anuales fueron, respectivamente, Ontario, Quebec y Columbia británica. La ostomía realizada con mayor frecuencia es la colostomía (55%); seguida por la ileostomía (31%); y la urostomía (14%). Las ostomías pueden ser bien temporales o permanentes, y se realizan por una serie de etiologías, como son, entre otras: el cáncer colorrectal (36%); la enfermedad inflamatoria intestinal (15%); el cáncer de vejiga (12%); la diverticulitis (11%); la enterocolitis necrotizante, las anomalías congénitas, la enfermedad de Hirschsprung y otros cánceres y trastornos, como son la obstrucción, la perforación y el traumatismo (The Oryx Group, 2001). El cáncer colorrectal que da lugar a una ostomía se observa más en varones, mientras que las ostomías derivadas de los cánceres abdominales se observan más en mujeres. Las urostomías por cáncer de vejiga están vinculadas predominantemente a los varones; las ostomías relacionadas con la inflamación intestinal, como son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, se experimentan igualmente en varones y en mujeres (Colwell, Goldberg & Carmel, 2004).

El perfil de atención sanitaria en Canadá ha cambiado de manera espectacular. El envejecimiento de la población, el aumento en la incidencia de los cánceres (Sociedad Canadiense contra el Cáncer e Instituto Nacional del Cáncer de Canadá [en adelante, Canadian Cancer Society/National Cancer Institute of Canada por sus respectivos nombres en inglés], 2008) y de las demandas de atención sanitaria asociadas por múltiples diagnósticos simultáneos generan la necesidad de una “atención durante toda la vida”. El Consejo de Salud de Canadá (en adelante, Health Council of Canada por su nombre en inglés) ha centrado su atención en la prevención y el tratamiento de los trastornos crónicos para intensificar el debate sobre los cambios en la oferta de políticas públicas, y la prestación de servicios sanitarios y de gestión de la atención sanitaria con el fin de mejorar la situación sanitaria de los canadienses (Broemeling et al., 2008). Los trastornos crónicos afectan al menos a un tercio de los canadienses, y este porcentaje aumenta con la edad. Debido a que muchos de los diagnósticos que dan origen a una ostomía son crónicos, los pacientes con ostomías, bien temporales o permanentes, forman parte de este perfil de pacientes crónicos.

En todos los centros, tanto los de atención a pacientes agudos como los de atención a pacientes crónicos y centros residenciales o domicilios, los pacientes ostomizados requieren una atención y un tratamiento especializado que fomente tanto su independencia y calidad de vida como la de sus familiares y cuidadores. En Canadá, las enfermeras estomaterapeutas son enfermeras universitarias que tienen conocimientos avanzados y una preparación en destrezas clínicas obtenidos a partir de un programa de formación y certificación reconocido para el manejo de las ostomías, las heridas y la incontinencia (véase el anexo B). Como una especialidad de enfermería reconocida por la Asociación de Enfermeras de Canadá (en adelante, Canadian Nurses Association o CNA por su nombre y siglas en inglés respectivamente) (marzo de 2007), las enfermeras estomaterapeutas aportan pericia clínica y una atención de apoyo a los pacientes y sus familiares a lo largo de toda su vida. Con el fomento de la excelencia en el cuidado de la ostomía a través de la consulta a

expertos, la formación y las buenas prácticas basadas en la evidencia, los pacientes se benefician de la regularidad y continuidad de la atención prestada por todos los miembros del equipo interdisciplinar.

La prestación de una atención especializada de la ostomía comienza antes de la operación, y continúa con el postoperatorio y el periodo de rehabilitación: de hecho, dura toda la vida del paciente ostomizado. Debido a la naturaleza permanente de la ostomía en el paciente, en Canadá, el cuidado y el manejo de la ostomía están respaldados por la disponibilidad de clínicas para pacientes ostomizados ambulatorios y organismos de enfermería de atención comunitaria. El calibrado continuo del estoma y del dispositivo de ostomía, el tratamiento de las complicaciones generadas en la piel periestomal, las modificaciones de los dispositivos de ostomía, el acceso a productos y ayudas económicas para la ostomía, la consulta a un dietista y el apoyo emocional son solo algunos de los elementos de la gestión sanitaria que el paciente necesita en todo momento. El paciente también puede encontrar apoyo a través de la Asociación Canadiense de Ostomía (en adelante, United Ostomy Association of Canada o UOAC, por su nombre y siglas en inglés respectivamente) que tiene 48 sedes a nivel nacional y más de 3.200 miembros. La UOAC “es una organización de voluntarios dedicada a ayudar a todas las personas que se ven obligadas a vivir con derivaciones gastrointestinales o urinarias mediante la prestación de servicios de apoyo emocional, educativos e informativos por parte de sus afiliados, familia, cuidadores asociados y público en general”. (UOAC, comunicación personal, 22 de septiembre de 2008).

Hay aproximadamente 250–300 enfermeras estomaterapeutas (Asociación Canadiense de Estomaterapia [en adelante, The Canadian Association for Enterostomal Therapy por su nombre en inglés], 2008) en Canadá, aunque la demanda de esta especialidad de enfermería supera su oferta. A pesar de los esfuerzos del equipo de desarrollo por conseguir que las recomendaciones se basen en la mejor de las investigaciones, se reconoce el limitado carácter científico de la práctica del manejo y el cuidado de la ostomía basada en la evidencia. Es por ello que, a menudo, el nivel de evidencia refleja opiniones de expertos y “literatura gris”, es decir, hace referencia a modo de ejemplo a documentos no publicados, artículos de opinión y material de conferencias (Universidad de Columbia británica, “Searching for Grey Literature”, 31 de julio de 2008). Las enfermeras universitarias, las enfermeras con formación profesional y los profesionales de atención sanitaria no regulados que también atienden a los pacientes ostomizados en cualquier centro podrán consultar y usar esta Guía a sabiendas de que representa lo mejor de la literatura sobre la atención sanitaria de la ostomía publicado hasta la fecha y la excelencia en la calidad de los cuidados.

La presente Guía está dividida en fases prácticas con el fin de presentar la complejidad de los cuidados y las necesidades del paciente en un orden lógico. Al equipo de desarrollo le gustaría destacar al lector que la atención y el tratamiento de los pacientes ostomizados no es lineal, y que las necesidades del paciente, que cambian con frecuencia, se deben reflejar en un plan de atención muy flexible, a la vez que integral. Las fases representan la experiencia única de cada paciente, y a menudo se solapan.

Recomendaciones básicas

Las recomendaciones básicas son aquellas que sirven para orientar durante el proceso de cuidados, antes y después de la operación, así como en cada una de las interacciones con el paciente.

RECOMENDACIÓN 1

Crear una relación terapéutica con el paciente y su familia.

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la Evidencia

Una relación terapéutica se basa en un proceso interpersonal que tiene lugar entre la enfermera, y el paciente y su familia. La relación terapéutica es una relación intencionada con el objetivo de promover los mejores intereses y resultados para el paciente (RNAO, 2002).

Las instituciones profesionales de enfermeras han identificado, en diversas declaraciones sobre la práctica, que la relación terapéutica o de ayuda constituye un aspecto fundamental en la atención de las enfermeras y tiene cualidades muy arraigadas en la relación entre la enfermera y el paciente (Colegio de Enfermeras, 1999, RNAO, 2002).

Entre las cualidades de la relación terapéutica se incluyen la capacidad de escuchar activamente, la confianza, el respeto, la sinceridad, la empatía y la respuesta a las preocupaciones de los pacientes (RNAO, 2002).

La enfermera requiere un conocimiento específico acerca del paciente ostomizado y de sus necesidades para que la relación terapéutica pueda ser eficaz.

La enfermera necesita conocer:

- el trastorno o el proceso patológico que afecta al paciente;
- el motivo por el que la cirugía requiere una ostomía temporal o permanente;
- el tipo de ostomía;
- las necesidades de atención esperadas adaptadas a las necesidades del paciente;
- el entendimiento y las perspectivas de vida del paciente con una ostomía;
- la red de apoyo disponible, tanto familiar como de recursos comunitarios u otros recursos relevantes.

Las relaciones terapéuticas comienzan antes de la operación con el fin de entablar una relación de comunicación y obtener una información exacta de la interpretación y los sentimientos del paciente sobre su enfermedad, imagen corporal, cirugía propuesta, vida cotidiana, así como circunstancias, funciones y relaciones familiares.

Haugen et al. (2006) usaron la escala de adaptación a la ostomía (Ostomy Adjustment Scale, OAS en lo sucesivo por sus siglas en inglés) para medir la adaptación a la ostomía a largo plazo de 146 pacientes adultos con colostomías, ileostomías o urostomías permanentes. Las puntuaciones de adaptación de la OAS fueron superiores en los casos en los que el paciente encontró una ayuda de formación pre- y postoperatoria. Las puntuaciones también fueron mayores cuando la formación sobre la ostomía se vio

reforzada por la presencia de una enfermera estomaterapeuta.

Persson y Larsson (2005) repartieron un cuestionario que medía el grado de satisfacción con respecto a la atención recibida tras una cirugía de ostomía entre 49 pacientes ostomizados. También concluyeron que el hecho de haber recibido información satisfactoria relativa al cuidado de la ostomía era ponderado como el indicador más importante de una atención de calidad tras una cirugía de ostomía. Estos resultados son similares a un estudio previo publicado por Persson et al., (2005) que comparó la variable propuesta, o la satisfacción frente a la insatisfacción, en 91 pacientes sometidos a una cirugía de ostomía seis meses o un periodo mayor de tiempo antes de la recogida de los datos. La satisfacción estaba relacionada con la oportunidad de hablar con la enfermera estomaterapeuta sobre su salud y estado, y la insatisfacción estaba vinculada a la presencia de complicaciones relacionadas con la ostomía y la falta de la oportunidad de hablar con la enfermera estomaterapeuta.

Marquis, Marrel y Jambon (2003) midieron la calidad de vida de 4.739 pacientes que habían sido sometidos a una cirugía de ostomía por una variedad de trastornos relacionados con el cáncer y trastornos no malignos, como son la enfermedad inflamatoria intestinal. Los encuestados que indicaron haber sentido que las enfermeras que les habían prestado un cuidado de la ostomía tenían un interés sincero por ellos como personas tuvieron puntuaciones más elevadas en el índice de calidad de vida que aquellos que indicaron tener una escasa relación con las enfermeras que les habían atendido.

Erwin-Toth (1999) publicó una etnografía de 10 sujetos adultos jóvenes que recordaban su experiencia de adaptación a una ostomía cuando tenían entre seis y doce años. Todos los informantes declararon que las familias habían influido en su adaptación a la cirugía de ostomía. Los padres fueron identificados como la fuente de apoyo más importante, y los hermanos, como una importante fuente secundaria de apoyo. Los informantes que vivían separados de uno de los padres declararon haber tenido dificultades en alcanzar la normalidad tras la cirugía de ostomía, no coincidiendo con aquellos que habían crecido con sus padres y hermanos. Todos los encuestados declararon haber aprendido a cuidar de su ostomía “poco tiempo después la cirugía”, y todos declararon que los padres habían participado activamente en el manejo de la misma.

Olejnik et al., (2005) estudiaron a 30 padres cuyos hijos (de hasta dos años) habían sido sometidos a una cirugía de ostomía. Todos recibieron formación sobre el cuidado del estoma antes de la cirugía y durante su estancia inicial en el hospital, el 93% de los padres recordaba haber recibido una información adecuada sobre el cuidado de la ostomía durante la estancia inicial en el hospital, el 53% declaró haber recibido una información adecuada en 24 horas posteriores a la cirugía y un 40% más declaró haber recibido una información adecuada para manejar la ostomía de sus hijos en el tiempo transcurrido hasta el alta hospitalaria. El 83% de los padres declaró que la formación sobre el cuidado de la ostomía ofrecida por la enfermera había sido comprensible. La edad y el nivel educativo de los padres estaban relacionados con la posibilidad de encontrar las instrucciones de la enfermera comprensibles y aplicables al cuidado de la ostomía; los padres más jóvenes y más cultos tenían más posibilidades de comprender las enseñanzas que los padres de mayor edad y menos cultos.

Estos datos sugieren que los padres son el apoyo más importante para los hijos, pues aprenden a manejar y a hacer frente a la ostomía. Los padres, a su vez, confían en la capacidad de las enfermeras para proporcionarles una formación inicial sobre la ostomía tras la cirugía, y la amplia mayoría (93%) aprende satisfactoriamente, comenzando a cuidar la ostomía de sus hijos durante la estancia inicial en el hospital. Los padres de una edad mayor y menor cultura tienen más posibilidades de necesitar una formación más intensiva y un mayor apoyo que los padres más jóvenes y con más estudios.

Estas conclusiones prueban considerablemente que la formación de una relación terapéutica entre la enfermera y el paciente complementada con la consulta a una enfermera estomaterapeuta es importante para que el paciente esté satisfecho con la atención prestada tras una cirugía de ostomía, para la adaptación a la ostomía a largo plazo y para el aprendizaje de los conocimientos necesarios para el automanejo de la ostomía.

RECOMENDACIÓN 2

Realizar una evaluación integral del paciente y de su familia que incluya: a) historial y estado físico; b) conductas psicosociales (afrontamiento y adaptación, imagen corporal distorsionada, calidad de vida afectada, sexualidad y preocupaciones sexuales); y c) normas culturales, espirituales y religiosas.

Nivel de evidencia = III

Discusión de la evidencia

a) Historial y estado físico

La exploración física y la evaluación de la historia clínica antes de la intervención proporcionan información que servirá como datos de referencia para el desarrollo de un plan de atención integral. La opinión consensuada por los expertos confirma que esta evaluación debería incluir:

- datos demográficos que incluyan la edad y el sexo;
- diagnóstico y problema que presenta el paciente;
- historial del problema del paciente;
- pronóstico: curativo o paliativo;
- plan quirúrgico que incluya el tipo de ostomía (ileostomía, urostomía, colostomía); y duración esperada (temporal, permanente);
- interpretación de los pacientes y sus familias de una posible cirugía;
- preparación psicológica del paciente y de su familia;
- lo que significa para los pacientes y sus familias vivir con una ostomía;
- historial social en el que se incluya la ocupación, las relaciones interpersonales, la sexualidad, las prácticas culturales y espirituales, y las consideraciones económicas en relación con el mantenimiento de la ostomía;
- limitaciones físicas y cognitivas, y condiciones ambientales y de vida que podrían afectar al aprendizaje y al autocuidado;
- evaluación funcional centrada en las capacidades cognitivas y psicomotoras necesarias para el automanejo de la ostomía, incluyendo la identificación de pacientes con necesidades físicas específicas como son problemas de destreza, vista o audición;
- evaluación abdominal para marcar el lugar del estoma.

Modificado por Borwell, (1996)

La cirugía de ostomía altera radicalmente la eliminación urinaria y fecal, obligando al paciente a adquirir nuevas destrezas físicas que le sirvan para manejar la propia ostomía, el residuo fecal o urinario producido por la ostomía y la piel periestomal (Persson & Helstrom, 2002). Los pacientes con una ostomía recién realizada deben dominar múltiples destrezas psicomotoras para retirar la bolsa, limpiar la ostomía y la piel periestomal, y vaciar y deshacerse de los residuos de la bolsa.

b) Conductas psicosociales

La cirugía de ostomía está vinculada a múltiples retos psicosociales que influyen negativamente en la calidad de vida (CdV) (Gooszen et al., 2000; de Gouveia Santos, Chaves y Kimura, 2006; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel y Jambon, 2003; McVey, Madill y Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau y Twinn, 2007). McVey, Madill y Fielding (2001) investigaron sobre los retos psicológicos relacionados con la cirugía de ostomía y vivir con una ostomía mediante un estudio de diseño mixto que incluyó entrevistas semiestructuradas a ocho sujetos y la administración de diversos instrumentos validados a 16 sujetos más. Identificaron el fenómeno de “la disminución del control personal” como el reto psicológico más importante al que se enfrentan las personas ostomizadas que tienen que adaptarse a una ostomía. Los resultados de su investigación indican que la cirugía de ostomía, y el diagnóstico del trastorno subyacente que conduce a esta intervención, crea inicialmente una dependencia desagradable vinculada a sensaciones de angustia, entre las que se incluyen la depresión y la ansiedad, dando lugar a múltiples estrategias defensivas. La posibilidad de contar con factores como la formación, el respaldo de enfermeras, el apoyo emocional y el ánimo de las familias, ayuda a que el paciente recupere una sensación parcial de autonomía. Es necesario que la formación anterior y posterior a la cirugía sea un proceso continuo (Persson & Hellstrom, 2002). La recuperación a largo plazo se caracteriza inicialmente por hacerse con el control del cuidado de la ostomía, y a continuación, por tratar de recuperar la sensación de normalidad y restablecer las actividades laborales y sociales. El deseo de recuperar la sensación de normalidad también aparece como el tema principal de la recuperación en la etnografía de Erwin-Toth (1999) respecto a los jóvenes que fueron sometidos a una cirugía de ostomía en su niñez.

Afrontamiento y adaptación

Reynaud y Meeker (2002) administraron una Escala de Afrontamiento de Jaloweic (Jaloweic Coping Scale, en adelante JCS por sus siglas en inglés) modificada que cuestionaba 60 procedimientos de afrontamiento en 27 adultos con ileostomías o colostomías de entre 50-84 años. Las estrategias de afrontamiento de confrontación centradas en la autodependencia del manejo de la ostomía fueron más comúnmente utilizadas para adaptarse a una vida con una ostomía vinculada al cáncer o a la enfermedad inflamatoria intestinal. Carlsson et al. (2001), en un estudio de 21 sujetos con ileostomías derivadas de la enfermedad inflamatoria intestinal, también llegaron a la conclusión de que el estilo de afrontamiento de confrontación era el más comúnmente empleado. Wu, Chau y Twinn (2007) administraron una versión china del SF-36 y la Escala de Autoeficacia en el Cuidado del Estoma (en lo sucesivo, Stoma Self-Efficacy Scale por su nombre en inglés) a 96 pacientes de dos centros de atención a agudos de China. También encontraron una correlación positiva entre una mayor autoeficacia y la CdV relacionada con la salud. De Gouveia Santos, Chaves y Kimura (2006) compararon los estilos de afrontamiento de 42 sujetos con ostomías temporales con los de 72 sujetos con ostomías permanentes con el uso del Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Lazarus y Folkman, y el Cuestionario de CdV de Ferrans y Powell. Los sujetos con ostomías temporales tendieron a usar estrategias de escape y evasión para afrontar sus ostomías, mientras que aquellos con estomas permanentes tendieron a usar un estilo de confrontación centrado en la planificación de la resolución de problemas y la autodependencia.

Estos datos afirman que los pacientes ostomizados deben tratar con retos psicológicos relacionados con una disminución del control personal, especialmente durante la recuperación postoperatoria más inmediata. Los estilos de afrontamiento más comunes usados con este reto psicológico son las estrategias de confrontación diseñadas para recuperar la autonomía en el manejo de la ostomía y restablecer la sensación de autoeficacia. Tanto McVey, Madill y Fielding (2001), como Reynaud y Meeker (2002), y Wu, Chan y Twinn (2007) observaron que las intervenciones de las enfermeras para aumentar la autoeficacia

de los pacientes en el manejo de la ostomía sirvieron para potenciar su lucha por restablecer una sensación de normalidad tras una cirugía de ostomía.

Imagen corporal distorsionada

La imagen corporal se define como la percepción que cada individuo tiene de su aspecto físico y su función física. Los pacientes ostomizados señalan de manera sistemática un cambio en su imagen corporal como resultado directo de la cirugía (Holzer et al., 2005; Krouse et al., 2007; Marquis, Marrel y Jambon, 2003; Notter y Burnard, 2006; Persson y Helstrom, 2002; Piwonka y Merino, 1999; Ross et al., 2007). Brown y Randle (2005) revisaron sistemáticamente la literatura y advirtieron que las mujeres tendían a afirmar que los factores de la imagen corporal eran el aspecto más negativo de la cirugía de ostomía. La imagen corporal distorsionada está vinculada a síntomas de debilidad, fragilidad, falta de atractivo y sentimiento de estigma. Persson y Helstrom (2002) presentaron un estudio fenomenológico de nueve sujetos que destacaban el impacto inicial y la angustia emocional que experimentaron al ver por primera vez el estoma. Un estudio clásico que aborda esta cuestión indicó que la imagen corporal distorsionada puede durar hasta 10 años después de la realización de la ostomía (Orbach & Tallent, 1965).

Calidad de vida afectada

Las conclusiones de las investigaciones existentes demuestran de manera sistemática que la cirugía de ostomía afecta inicialmente a la CdV relacionada con la salud (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel y Jambon, 2003; McVey, Madill, y Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau y Twinn, 2007). Marquis, Marrel y Jambon (2003) administraron un instrumento de CdV validado a encuestados con colostomías, ileostomías y urostomías en el momento del alta hospitalaria y a los tres, seis, nueve y doce meses posteriores. El análisis reveló que las puntuaciones de CdV aumentaban a un ritmo constante durante el primer año posterior a la realización de la ostomía, pero la única diferencia estadísticamente tuvo lugar entre el momento del alta hospitalaria y los tres meses siguientes. Ma et al. (2007) evaluaron el efecto de la edad en la CdV durante los doce primeros meses posteriores a la cirugía de ostomía en un grupo de 49 sujetos (edad media de 64 años, intervalo de 23–86 años) en el momento del alta hospitalaria y, de nuevo, a los seis y doce meses. Los adultos de 70 años y de mayor edad tendieron a tener puntuaciones de CdV inicialmente superiores a las de los jóvenes, pero no experimentaron los aumentos graduales en la CdV durante el primer año posterior a la operación. Estas conclusiones proporcionan fundamentos convincentes sobre la recomendación de administrar un instrumento de CdV validado genérico o específico de un trastorno para determinar el efecto inmediato de la cirugía de ostomía sobre la CdV y permitir la medición longitudinal durante la adaptación del paciente a vivir ostomizado.

Sexualidad y preocupaciones sexuales

Las investigaciones existentes revelan sistemáticamente que los pacientes ostomizados experimentan ansiedad y expresan preocupación por las cuestiones sexuales (Campo et al., 2003; Carlsson, Berglund y Nordgren, 2001; Cheng, 2001; Erwin-Toth, 1999; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Nordstrom y Nyman, 1991; Nugent et al., 1999; Persson y Hellstrom 2002; Piwonka y Marino, 1999; Prieto, Thorsen y Juul, 2005; Ross et al., 2007; Salter 1992). La revisión sistemática de Brown y Randle (2005) refirió disfunción sexual en el 45% de las personas sometidas a una colostomía y disfunción eréctil en el 90% de los varones sometidos a una cistectomía radical y urostomía. Richbourg et al. (2007) declararon que el 26% de los pacientes con colostomía, el 17% de los pacientes con ileostomía y el 40% de los pacientes con urostomía tuvieron problemas sexuales tras la cirugía de ostomía, generándose una tasa de prevalencia del 26% en todas las personas ostomizadas. La sexualidad es una parte integral de la calidad de vida y está

estrechamente ligada a la imagen corporal. El grupo de Persson (Persson & Larsson, 2005; Persson et al., 2005) afirmó que el interés prestado por las enfermeras a los problemas sexuales de los pacientes forma parte de su grado de satisfacción con los cuidados recibidos. Estos datos aportan los fundamentos para la evaluación de los problemas sexuales derivados de una cirugía de ostomía.

c) Normas culturales, espirituales y religiosas

La Sociedad de Enfermería Transcultural (en adelante, Transcultural Nursing Society por su nombre en inglés) define la cultura como las normas y las prácticas aprendidas y compartidas por un determinado grupo que sirven para orientar el pensamiento, las decisiones y las acciones. El cuidado de enfermería culturalmente diverso se define como los enfoques variables necesarios para proporcionar una atención culturalmente apropiada que incorpore los valores, las creencias y las prácticas culturales del paciente, e incluye la sensibilidad hacia el entorno del individuo y hacia el entorno al que, en última instancia, el individuo puede regresar (Leininger, 1991).

Espiritualidad no es lo mismo que religión: la religión es la institución social de pertenencia, creencias y costumbres (Zinnbauer et al., 1997), mientras que la espiritualidad es la situación personal individual de bienestar, optimismo, objetivos y creencias en el significado de la vida (Miller & Thoreson, 2003; Zinnbauer et al., 1997). Baldwin et al. (2008), en un estudio cualitativo, describen la influencia que tiene vivir con un estoma intestinal en la calidad de vida espiritual usando una medida de la ostomía y CdV de City of Hope (<http://prc.coh.org/pdf/Quality%20of%20Life%20Ostomy.pdf>). La participación se restringió a hombres veteranos de guerra estadounidenses, y los resultados como tales no son aplicables a la población en general. Sin embargo, los resultados indicaron que las respuestas de estos individuos a las cuestiones de dominio espiritual fueron enormemente variadas, como por ejemplo “la sensación de paz interior”, “sentirse esperanzado” y “la razón de vivir”, así como la descripción de su apoyo en “actividades espirituales” como la meditación o la oración, o en “actividades religiosas”, definidas como acudir a la iglesia o al templo. Los autores proporcionan dos ejemplos de la varianza significativa en las respuestas: un individuo en el cuartil superior expresó los “cambios positivos” como la oportunidad de “cambiar mi vida a mejor” (en el momento en el que le dejaron) en contraposición a un encuestado en el intervalo del cuartil inferior que describió el procedimiento quirúrgico como “la cosa positiva más negativa” que le ayudó a darse cuenta del “verdadero sentido de la vida”.

Son varios los factores religiosos y espirituales que pueden influir en la respuesta del individuo a la cirugía de ostomía, entre los que se incluyen las creencias religiosas, el grado de religiosidad y las costumbres religiosas y espirituales específicas observadas en la vida cotidiana. Es necesario seguir investigando para mejorar nuestra comprensión sobre cómo pueden cambiar estas respuestas tras una cirugía de ostomía (Baldwin et al., 2008).

Holzer et al. (2005) administraron un instrumento de CdV validado a 257 personas que vivían con una ostomía en 13 lugares de Europa y el Mediterráneo. Aunque su investigación estaba diseñada para evaluar las diferencias basadas en la región geográfica, afirmaron que las personas con un patrimonio cultural islámico obtuvieron puntuaciones de CdV inferiores a otros encuestados, independientemente de su origen geográfico. Kuzu et al. (2002) estudiaron la CdV en 178 pacientes musulmanes sometidos a un tratamiento de cáncer rectal. Una parte significativamente superior de los sujetos sometidos a una resección abdominoperineal y una colostomía declararon sentirse en la obligación de dejar de rezar y ayunar a diferencia de los sujetos tratados con una resección anterior o una resección de colon con conservación del esfínter. Sin embargo, Kuzu et al. (2002) llegaron a la conclusión de que para aquellos individuos que dejaron de rezar en las mezquitas o a solas tras la cirugía de ostomía, su actividad social

se vio significativamente afectada en comparación con los que siguieron haciendo ambas cosas ($P < 0,05$).

Aunque las pruebas existentes son escasas, estos datos sugieren que las consideraciones culturales influyen en la adaptación a la ostomía, y que la evaluación del patrimonio cultural del paciente es un componente esencial de la valoración integral de enfermería. Recomiendan que los individuos de fe musulmana sean orientados, tanto antes como después de la cirugía de ostomía, en lo relativo a la modificación de su vida religiosa.

RECOMENDACIÓN 3

Consultar con los miembros del equipo interdisciplinar lo relativo a la evaluación y la Intervención, si es necesaria, para todos los pacientes que requieran una ostomía o que ya estén ostomizados.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

La comunicación eficaz y el trabajo conjunto entre los miembros del equipo interdisciplinar es esencial para hacer posible que los pacientes y sus familias reciban una información apropiada y constante. Por ejemplo, Notter y Burnard (2006), y McVey, Madill y Fielding (2001) abogan por ofrecer una orientación psicopedagógica formal o un apoyo psicológico antes o después de la cirugía. Tseng et al. (2004) recomiendan la consulta constante con los miembros del equipo de oncología médica cuando los pacientes ostomizados estén sometidos a otro tratamiento adicional contra tumores malignos, como son la quimioterapia o la radioterapia. Gray, Colwell y Goldberg (2005) recomiendan derivar a los pacientes con hernia periestomal a un cirujano para que evalúe la viabilidad de una reconstrucción quirúrgica.

RECOMENDACIÓN 4

Diseñar un plan de atención aceptable, tanto para el paciente y su familia, como para los profesionales sanitarios, que optimice la salud y la autoeficacia en la manejo de la ostomía.

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia

En una revisión sistemática realizada por Brown y Randle (2005), se encontraron pruebas que relacionan la implicación del paciente en el proceso de toma de decisiones con una recuperación física más rápida debido a la percepción de control. La información, la respuesta favorable y el apoyo ofrecidos por la enfermera ayuda al desarrollo de la autoconfianza, lo que permite que el paciente se implique en su cuidado (Brown & Randle, 2005). Piwonka y Merino (1999) concluyeron que “el autocuidado es la variable más importante para predecir una adaptación satisfactoria” tanto en varones como en mujeres.

El paciente y la enfermera han de desarrollar un plan de atención con metas alcanzables y que se amolde a las necesidades del paciente (Brown & Randle, 2005). Es necesario que las enfermeras fomenten y trabajen para conseguir la autonomía del paciente (Ma et al., 2007). Permitir que los familiares más cercanos se impliquen en el plan de acción facilita la adaptación del paciente a una ostomía (Brown & Randle, 2005; Pittman et al., 2008; Piwonka & Merino, 1999).

Recomendaciones para la práctica:

Fase preoperatoria

RECOMENDACIÓN 5

Se debe ofrecer formación preoperatoria a todos los pacientes que requieran una cirugía de ostomía y a sus familias.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia

Debido a los cambios producidos en la técnica quirúrgica y al acortamiento de las estancias hospitalarias, Colwell y Gray (2007) sostienen que la formación preoperatoria es esencial para que los pacientes realicen las tareas de manejo de la ostomía, incluso las más sencillas, como son el vaciado y el cambio de bolsa, una vez dados de alta. El acortamiento cada vez mayor de las estancias en el hospital restringe el tiempo destinado a la educación sanitaria y, lo que es más importante, limita el tiempo con el que el paciente y su familia cuentan para asimilar los conocimientos y las destrezas psicomotoras necesarias para manejar correctamente la ostomía.

Colwell y Gray (2007) revisaron sistemáticamente la literatura e identificaron un único ensayo clínico aleatorizado, un estudio comparativo de cohortes (procedimiento de asignación de grupos no especificado) y un estudio transversal que evaluaban la eficacia de la formación preoperatoria. Basándose en los resultados de estos estudios, concluyeron que existen pruebas limitadas que sugieren que la formación preoperatoria impartida por una enfermera estomaterapeuta mejora la CdV relacionada con la salud y la adquisición de destrezas durante el periodo postoperatorio más inmediato y la adaptación a una ostomía a largo plazo.

Chauduri et al. (2005) compararon un programa estructurado de formación preoperatoria realizado en un centro comunitario con un programa postoperatorio tradicional aplicado inmediatamente después de la operación en un centro de atención a agudos, en un ensayo clínico aleatorizado en el que participaron 42 sujetos sometidos a una colostomía o una ileostomía como tratamiento de un cáncer colorrectal. Cuando se evaluaron los resultados seis semanas después, los sujetos del grupo de la intervención de educación sanitaria preoperatoria resultaron tener una competencia significativamente mayor en cuanto al tiempo empleado para realizar los cambios de bolsa, estancias hospitalarias postoperatorias más breves y menores ingresos en el hospital por urgencias en comparación con los sujetos que habían recibido una formación postoperatoria tradicional.

Haugen, Bliss y Savik (2006) describieron las conclusiones obtenidas con la OAS, un instrumento validado que mide la adaptación a la ostomía a largo plazo, en un grupo de 147 encuestados con estomas permanentes. Un análisis multivariante reveló que la formación preoperatoria impartida por una enfermera estomaterapeuta estaba asociada a mayores puntuaciones en la OAS, lo que indica una adaptación satisfactoria a vivir con una ostomía. Olejnik et al. (2005) señalaron que los padres que inicialmente afirmaron haber tenido dificultades para adaptarse a la ostomía de sus hijos declararon que la información aportada por la enfermera tenía más posibilidades de ser percibida como comprensible y útil que la información aportada por el cirujano.

Estas conclusiones aportan la evidencia de que la educación sanitaria preoperatoria fomenta la

adquisición de las destrezas a corto plazo necesarias para manejar una ostomía, y sugieren que esta ventaja ejerce un efecto positivo en la adaptación a largo plazo a un estoma permanente. En el Anexo E podrá encontrar una muestra de registro de educación en materia de ostomías, tanto anterior como posterior a la operación.

RECOMENDACIÓN 6

Se debe marcar la ubicación del estoma en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía de ostomía.

Nivel de Evidencia = IIa

Discusión de la evidencia

Colwell y Gray (2007) revisaron sistemáticamente la literatura e identificaron tres estudios que comparaban los resultados postoperatorios obtenidos en pacientes que habían recibido un marcaje preoperatorio de la ubicación del estoma con pacientes que no habían sido sometidos a dicho marcaje. Uno era un estudio comparativo no aleatorizado de cohortes y dos eran revisiones retrospectivas. Park et al. (1999) revisaron retrospectivamente las complicaciones producidas en los estomas intestinales de 1.616 pacientes. Un análisis de regresión logística reveló que el marcaje preoperatorio de la ubicación del estoma redujo la probabilidad de complicaciones postoperatorias de la ostomía. Este marcaje está recomendado conjuntamente por la Sociedad Americana de Cirujanos Colorrectales (en adelante, American Society of Colorectal Surgeons por su nombre en inglés) y por la Sociedad de Enfermeras Capacitadas en Heridas, Ostomía y Continencia (en adelante, Wound, Ostomy, Continence Nurses Society o WOCN por su nombre y siglas en inglés respectivamente) (2007).

El marcaje de la ubicación del estoma debe ser hecho por una enfermera estomaterapeuta o un profesional de atención sanitaria que haya sido preparado en los principios de este tipo de marcaje y sea consciente de las implicaciones en el cuidado de la ostomía y de lo que supone un marcaje erróneo del estoma. Para el paciente pediátrico, muchos de los estomas se realizan en las primeras horas de vida, y éstos se hacen en centros de urgencias, por lo que puede que no sean marcados prequirúrgicamente.

Aunque las pruebas son limitadas, las investigaciones existentes indican con certeza que el marcaje de la ubicación del estoma por parte de una enfermera estomaterapeuta, o un profesional de atención sanitaria preparado en los principios de este procedimiento, reduce las complicaciones del estoma y de la piel periestomal. Esta evidencia se ve reforzada por la experiencia clínica de los cirujanos y las enfermeras estomaterapeutas, y es lo que ha generado la recomendación conjunta por parte de la WOCN y la American Society of Colorectal Surgeons. Por lo tanto, todos los pacientes sometidos a una cirugía optativa que se supone que dará lugar a la realización de un estoma han de ser sometidos al marcaje de la ubicación del mismo.

RECOMENDACIÓN 7

Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.

Nivel de Evidencia = 1a

Discusión de la Evidencia

Ser sometido a una cirugía de ostomía, ya sea una ostomía temporal o permanente, puede tener un profundo impacto en las relaciones íntimas y la sexualidad. Aunque se altere la función sexual, es imposible destruir la sexualidad (Junkin & Beitz, 2005). La alteración de la función sexual en los hombres puede

deberse a una lesión del plexo nervioso prostático y de los nervios autónomos que están cerca del recto durante la cirugía contra el cáncer colorrectal o de vejiga, lo que conduce a pérdida sensorial y disfunción eréctil. En las mujeres, puede haber una lesión nerviosa, vascular y tisular que provoque dispareunia, una lesión de la vagina, una modificación en la lubricación vaginal, problemas de congestión mamaria, reducción del espacio vaginal y un posible prolapso de la pared vaginal o de la vejiga (Black, 2004).

En una revisión sistemática realizada por Brown y Randle (2005), se concluyó que a los pacientes les preocupan las cuestiones sexuales, se sienten menos atractivos sexualmente y afirman tener problemas en su vida sexual, entre los que se incluyen la impotencia y la pérdida de la función eréctil en los hombres, y la dispareunia, la sequedad vaginal y la pérdida de deseo sexual entre las mujeres. Kilic et al. (2007) examinaron el efecto de la ostomía permanente derivada de un tumor maligno gastrointestinal o la enfermedad inflamatoria intestinal en la función sexual de 40 individuos, comparando sus experiencias con 20 controles (sin ostomía). Según el Cuestionario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust, las mujeres resultaron tener una mayor tasa de disfunción sexual que los hombres. Los resultados de vaginismo y anorgasmia fueron mayores en el grupo de colostomía que en el de ileostomía, lo que resultó relevante estadísticamente. La impotencia disminuyó con el tiempo, la disfunción sexual fue significativamente más pronunciada en el grupo de ostomía en comparación con el grupo control, y aquellos con una mejor imagen corporal tenían una mejor función sexual.

En un estudio danés en el que se comparaban los pacientes sin y con un estoma derivado de una cirugía de cáncer colorrectal, Ross et al. (2007) concluyeron que, durante los dos años de seguimiento, la función sexual, el disfrute sexual y los problemas sexuales femeninos no se vieron afectados significativamente por la presencia de un estoma, pero los pacientes varones ostomizados tuvieron significativamente más problemas sexuales que los pacientes sin estoma. Symms et al. (2008) examinaron la salud sexual y la CdV entre hombres veteranos de guerra sin y con una ostomía provocada por una resección intestinal con un Cuestionario de Ostomía y CdV de City of Hope modificado y grupos focales. De los 481 participantes, 224 eran ostomizados. Los resultados mostraron que el 44% de los ostomizados que eran sexualmente activos antes de la cirugía de ostomía estaban inactivos tras la operación, en comparación con el 17% de los que no fueron sometidos a una ostomía. Una proporción mayor de ostomizados pasó de no tener problemas eréctiles a tenerlos tras la cirugía, en comparación con los controles (62% frente al 27%). Los ostomizados que reanudaron la actividad sexual y estaban satisfechos con la misma disfrutaban más de la vida, estaban más satisfechos con su aspecto, tenían una menor interferencia en las actividades sociales y menor aislamiento, una menor dificultad para adaptarse a la ostomía y con las relaciones personales, y una menor interferencia en su capacidad para establecer relaciones de cercanía con los demás.

Krouse et al. (2007) enviaron por correo los cuestionarios sobre ostomía y CdV de City of Hope a individuos con una colostomía derivada de una operación de cáncer o de otro tipo. De los 599 encuestados (la mayoría de los cuales tenía cáncer), no hubo una diferencia estadísticamente relevante en cuanto a las cuestiones relativas a la función sexual entre ambos grupos. Aproximadamente la mitad de los participantes de ambos grupos no tenía relaciones sexuales tras la operación. La disfunción eréctil se daba en el 79% de los pacientes con cáncer y en el 76% del grupo sin cáncer. Cheng (2001) adaptó una escala de CdV para determinar qué factores pueden influir en la CdV de los pacientes con una colostomía en Hong Kong: el 28% de los participantes afirmó no ser activo sexualmente debido a su edad, al dolor de la herida, a la preocupación por dañar su estoma o a la impotencia postoperatoria. Nugent et al. (1999) enviaron un cuestionario a pacientes con ostomía (250 con una colostomía, 141 con una ileostomía): el 43% de los pacientes con una colostomía respondieron tener problemas en su vida sexual, de los cuales el 17% era impotente (el 20% de estos era impotente antes de la operación); el 45% de los pacientes con una ileostomía respondieron tener problemas

sexuales, de los cuales el 32% era impotente. De 19 mujeres, 15 padecían dispareunia (dos tenían este problema antes de la operación).

Aunque la mayoría de la literatura publicada hasta la fecha se centra en el individuo sometido a la cirugía, sus parejas también pueden verse afectadas. Persson et al. (2004) estudiaron la percepción de los cónyuges sobre vivir con una pareja diagnosticada de cáncer rectal y con una ostomía. Se entrevistaron nueve cónyuges (mujeres) durante dos sesiones con grupos focales. De este estudio surgieron cinco temas, uno de los cuales incluía “la imagen corporal distorsionada”. Las cónyuges afirmaron que su relación había cambiado; se abstendrían de mantener relaciones íntimas y algunos tenían dificultades en hablar sobre el cambio producido en la función sexual con su pareja.

Los profesionales de la salud sanitaria tienen la obligación de abordar las preocupaciones sobre salud sexual y relaciones íntimas con los pacientes (Symms et al., 2008). Para que las enfermeras presten una atención integral holística, en el plan de atención se deben incluir la sexualidad y los problemas relativos a la salud sexual (Junkin & Beitz, 2005). Persson y Larsson (2005) estudiaron la percepción de pacientes ostomizados sobre numerosas cuestiones relativas a la calidad de la atención en un estudio descriptivo prospectivo. La mayoría de los encuestados sentían que las cuestiones relativas a la participación eran importantes; sin embargo, el 74% de los encuestados con una colostomía y el 53% de aquellos con una ileostomía no estaban satisfechos con la charla mantenida con las enfermeras estomaterapeutas sobre su vida sexual. Los cónyuges de los pacientes ostomizados concluyeron que hubo una falta de información por parte de los profesionales de la salud en cuanto a los problemas sexuales derivados de una cirugía de ostomía (Persson et al., 2004). Kilic et al. (2007) examinaron el efecto de la ostomía permanente derivada de un tumor maligno gastrointestinal o la enfermedad inflamatoria intestinal en la función sexual de 40 individuos, comparando sus experiencias con 20 controles (sin ostomía). Según el Cuestionario sobre Satisfacción Sexual de Golombok-Rust, el 40% de los pacientes ostomizados no creía haber sido informado adecuadamente sobre la cirugía y sus resultados.

Las enfermeras necesitan formación sobre cómo evaluar y abordar las cuestiones relativas a la sexualidad con el fin de proporcionar información, apoyo y consejos prácticos de una manera más eficaz a los pacientes con una ostomía (Persson et al., 2005; Symms et al., 2008). Necesitan comprender el tipo de cirugía y el efecto que puede tener en los pacientes, saber cuándo derivar al paciente a otro especialista y comprender sus limitaciones en el debate de las cuestiones sexuales (Black, 2004). El modelo PLISSIT, grado de permiso, información limitada, sugerencias específicas y terapia intensiva (Permission, Limited Information, Specific Suggestion and Intensive Therapy, en adelante PLISSIT por sus siglas en inglés) citado en Junkin y Beitz (2005) es un marco destinado a las enfermeras y a otros profesionales de atención sanitaria para la evaluación y la determinación de las intervenciones relacionadas con la salud sexual. Dejar que el paciente y su pareja charlen sobre relaciones íntimas y sexualidad es fundamental. Aportar información y sugerencias específicas sobre cómo abordar o tratar las preocupaciones específicas del paciente está dentro del alcance de la prácticas de enfermería, siempre y cuando las enfermeras tengan una base de conocimiento sólida y un nivel de confianza para tratar con el paciente determinados problemas. Los pacientes que requieran más ayuda (una terapia intensiva) han de ser derivados a otros profesionales de atención sanitaria (psicoterapeutas, clínicas de salud sexual). En un estudio que examinaba el efecto de las visitas domiciliarias durante un periodo de seis meses, se realizó un seguimiento mensual de unos pacientes (grupo experimental) y un seguimiento trimestral o cada seis meses de otros (grupo control). No se produjo una disminución de los problemas sexuales entre ambos grupos (Addis, 2003). Se planteó como hipótesis que esta falta de éxito puede derivar de la dificultad de abordar cuestiones sexuales en la sociedad turca y/o de que el investigador no fue capaz de proporcionar una orientación específica en materia de dificultades sexuales.

La cirugía de ostomía puede afectar significativamente a la función sexual, impactando así en las relaciones íntimas y sexuales, no solo del paciente, si no también de su pareja. Resulta crucial contar con la oportunidad de escuchar, apoyar y fomentar un diálogo abierto con los pacientes y sus parejas. En el Anexo F podrá encontrar más consejos prácticos sobre relaciones íntimas y sexualidad.

RECOMENDACIÓN 8

Se debe ofrecer una terapia de relajación muscular progresiva (en adelante Progressive Muscle Relaxation Therapy o PMRT, por su nombre y siglas en inglés respectivamente) a los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía como parte de la atención continuada.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia

La PMRT es una técnica conductual basada en la relajación progresiva de 10 grupos musculares principales y el control de la respiración. Cheng, Molassiotis y Chang (2003) compararon los niveles de ansiedad y la CdV relacionada con la salud en un ensayo clínico aleatorizado de 59 sujetos. Los sujetos aleatorizados para el grupo control recibieron una atención tradicional tras la cirugía de ostomía y aquellos aleatorizados para el grupo experimental recibieron una atención tradicional más la PMRT, que comenzó al quinto día de la operación. Los sujetos aleatorizados para la PMRT resultaron tener puntuaciones significativamente inferiores sobre el estado de ansiedad, y puntuaciones significativamente superiores de CdV según un instrumento de CdV genérico utilizado tras 10 semanas. No se encontraron diferencias cuando la comparación de los grupos se realizó con un instrumento de CdV específico del trastorno. No se refirieron efectos secundarios adversos. Estas conclusiones apoyan el uso de una PMRT periódica para los clientes sometidos a una cirugía de ostomía, que comience el quinto día después de la operación, como medio para mejorar la CdV y reducir la ansiedad durante la fase postoperatoria temprana de creación de una ostomía. Es necesario seguir investigando sobre ésta y otras intervenciones conductuales para mejorar la CdV y reducir la ansiedad en esta población.

Recomendaciones para la práctica: Fase postoperatoria

RECOMENDACIÓN 9

Evaluar el estoma inmediatamente después de la operación, así como el estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía, con una herramienta de clasificación validada para controlar las posibles complicaciones.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Es necesario evaluar el estoma y la piel periestomal inmediatamente después de la intervención quirúrgica (en el Anexo G podrá encontrar una muestra de formulario de evaluación). Esta evaluación se usa para controlar el proceso de cicatrización y como referencia en el futuro, en el caso de que surgieran complicaciones..

En una revisión sistemática de la literatura, Salvadalena (2008) señala contradicciones en las definiciones operacionales de las complicaciones, una información insuficiente tanto de la tasa de abandono de los sujetos, como de la incidencia de complicaciones que provoca lagunas en el conocimiento en cuanto a

prevalencia e incidencia de complicaciones relacionadas con la ostomía, así como en los posibles factores de riesgo. Colwell y Beitz (2007) presentaron un estudio de validación del contenido de las definiciones de las complicaciones vinculadas a las ostomías en función de las respuestas de 686 enfermeras capacitadas en heridas, ostomía y continencia. Las complicaciones se dividieron en dos categorías generales: complicaciones del estoma y complicaciones de la zona periestomal. Las complicaciones del estoma afectan a la propia ostomía y las complicaciones de la zona periestomal afectan a la piel que está justo alrededor del estoma. Las definiciones validadas de las complicaciones del estoma en este estudio fueron: 1) hernia paraestomal, 2) prolapso, 3) necrosis, 4) separación mucocutánea, 5) retracción, 6) estenosis, 7) fístula y 8) traumatismo. Las definiciones validadas de las complicaciones de la zona periestomal en este estudio fueron: 1) varices, 2) candidiasis, 3) foliculitis, 4) trasplante de mucosa, 5) lesiones pseudoverrugosas, 6) pyoderma gangrenosum, 7) granulomas de sutura, 8) dermatitis irritante de contacto y 9) traumatismo.

La revisión sistemática de la literatura en la que se apoya esta Guía de buenas prácticas en enfermería tampoco cubría la variabilidad de las definiciones operacionales de las complicaciones del estoma y de la zona periestomal. Además, las investigaciones disponibles se limitaban a varias de las complicaciones del estoma más comunes y problemáticas, como son la retracción, la hernia periestomal, el prolapso y la necrosis. Los problemas de la piel periestomal tendían a estar agrupados en una sola categoría. En la Tabla 9-1, se proporcionan las definiciones de estas complicaciones más comunes del estoma. Algunos de los estudios revisaron los problemas evaluados relacionados con la capacidad de afrontamiento y adaptación a una ostomía. Aunque la adaptación psicosocial es una cuestión fundamental para la atención que las enfermeras prestan a los pacientes con ostomías, estas cuestiones ya se han tratado en la Recomendación 2.

Tabla 9-1: Definición de las complicaciones comunes del estoma y de la zona periestomal

Complicación	Definición
Retracción	Desaparición de la protuberancia normal del estoma al mismo nivel o por debajo del nivel cutáneo.
Hernia Periestomal	Defecto de la fascia abdominal que hace que el intestino sobresalga hacia la zona paraestomal.
Prolapso	Caída del intestino a través del estoma.
Necrosis	Muerte del tejido del estoma que afecta al flujo sanguíneo de la zona.
Problemas en la piel periestomal	Una de entre una variedad de dermatosis que afectan a la piel que está justo alrededor del estoma; comúnmente se manifiesta en forma de dermatitis irritante, dermatitis alérgica, candidiasis, foliculitis o traumatismo.

Modificado de Colwell and Beitz (2007)

Hay una serie de estudios clínicamente relevantes que documentan la presencia de complicaciones del estoma y de la zona periestomal durante el periodo postoperatorio temprano, o meses o años después. Salvadlena (2008) revisó sistemáticamente la literatura e identificó 13 estudios que medían la incidencia de las complicaciones del estoma y de la zona periestomal tras una cirugía de ostomía, entre los que se incluían ocho ensayos clínicos aleatorizados. Los índices totales de complicaciones fueron del 12% al 72%

Las complicaciones más comunes fueron la retracción del estoma, la hernia periestomal, el prolapso, la necrosis y los problemas en la piel periestomal (Tabla 9-2).

Tabla 9-2: Incidencia de complicaciones del estoma y de la zona periestomal a los 3 y 12 meses

Complicación	Incidencia a los 3 meses	Incidencia a los 12 meses
Retracción	3%–7%	10%–24%
Hernia Periestomal	0.8%	12%–40%
Prolapso	0%–3%	4%–10%
Necrosis	0%–3%	7%
Problemas en la piel periestomal	14.7%	15%–43%

Modificado de Salvadalena, (2008)

Herlufsen et al. (2006) presentaron un estudio transversal de 202 personas con ileostomías, colostomías y urostomías permanentes. Se produjeron complicaciones en el 45% de los casos, que fueron clasificadas como leves (57%), moderadas (33%) o graves (10%). Los tipos de daño en la piel incluían erosión, maceración, eritema y dermatitis irritante. Conjuntamente, estos tipos representaban el 77% del total de las complicaciones. Los trastornos de la piel periestomal perduraron durante más de tres meses en el 76% de los casos, pero el 80% no recurrió a una atención profesional. Los pacientes con una ileostomía resultaron tener el mayor índice de complicaciones (57%), seguidos por los de urostomía (48%) y colostomía (35%).

Las investigaciones centradas en la incidencia o la prevalencia de las complicaciones del estoma o de la zona periestomal entre los neonatos fueron muy escasas. Duchesne et al. (2002) presentaron un estudio sobre las complicaciones producidas en ocho neonatos que habían sido sometidos a una cirugía de ostomía por enterocolitis necrotizante ($n = 7$) o ano imperforado ($n = 1$). El índice general de complicaciones para este pequeño grupo fue del 25%. Park et al. (1999) también mencionan la inclusión de neonatos en su revisión retrospectiva de 1.616 sujetos, pero los índices de complicaciones solo se presentan de forma agregada.

En conjunto, esta evidencia demuestra que las complicaciones producidas en el estoma y en la zona periestomal son comunes y afectan a todos los tipos de ostomías. La prevalencia y las consecuencias negativas relacionadas con estas complicaciones refuerzan la necesidad de evaluar el estoma y la piel periestomal, tanto inmediatamente después de la intervención como, al menos, durante el año posterior a la cirugía de ostomía. Aunque no hay suficientes pruebas que apoyen su uso, los expertos coinciden en que el uso de una herramienta de evaluación estandarizada aumenta la exactitud del diagnóstico que, a su vez, dirige el tratamiento. Existe la necesidad de desarrollar y validar herramientas de clasificación estandarizadas.

RECOMENDACIÓN 10

Identificar los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma y de la zona periestomal.
Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia

Las investigaciones revelan múltiples factores vinculados a una mayor incidencia de las complicaciones producidas en el estoma y en la zona periestomal. Aunque no hay suficientes pruebas para calcular los riesgos relativos, las investigaciones existentes revelan múltiples factores constitutivos y potencialmente modificables vinculados a un mayor riesgo de este tipo de complicaciones.

Cirugía de ostomía de urgencia

Las pruebas respecto a la influencia de la cirugía de ostomía de urgencia frente a la programada son variadas. Duchesne et al. (2002) realizaron un estudio trasversal de 391 personas con colostomías e ileostomías, y Mahjoubi et al. (2005) revisaron retrospectivamente los registros médicos de 330 pacientes con colostomías terminales. Ambos grupos señalaron que la cirugía de urgencia no estaba relacionada con un mayor riesgo de padecer complicaciones del estoma o de la zona periestomal en comparación con los pacientes que habían sido sometidos a una cirugía de ostomía programada. Park et al. (1999) analizaron retrospectivamente los estomas intestinales de 1.616 pacientes, de los cuales 1.072 debían su ostomía a una cirugía de urgencia. Al igual que Duchesne y Mahjoubi, no encontraron diferencias significativas en la incidencia de complicaciones de este tipo.

En contradicción con estas conclusiones, se identificaron dos estudios que encontraron vinculaciones estadísticamente relevantes entre la ubicación del estoma y la cirugía de urgencia frente a la planificada. Cottam et al. (2007) presentaron los resultados de un estudio descriptivo prospectivo de 3.970 pacientes con ostomías intestinales. Concluyeron que los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía de urgencia tenían una mayor probabilidad de sufrir complicaciones relacionadas con la ubicación del estoma que los pacientes tratados mediante una cirugía programada. Arumugam et al. (2003) evaluaron prospectivamente a 97 pacientes sometidos a una cirugía de colostomía o ileostomía. También relacionaron la cirugía de urgencia con una mayor probabilidad de tener problemas con la ubicación del estoma (definidos por estos investigadores como la ubicación del estoma en un pliegue abdominal) y una incidencia significativamente mayor de problemas en la piel periestomal.

Las pruebas arrojadas por estos estudios sugieren que aunque la cirugía de urgencia no está vinculada a un aumento global de la incidencia de padecer complicaciones del estoma o de la zona periestomal, sí lo está a una mayor probabilidad de que el estoma no tenga una ubicación correcta y de tener problemas con la bolsa.

Elevación del estoma

Un estudio realizado por Cottam et al. (2007) de 3.970 pacientes con ostomías intestinales identificó una relación entre la elevación del estoma y la probabilidad de sufrir complicaciones en el estoma o la zona periestomal. En el caso de haber una combinación de ileostomía y colostomía, la elevación media de las ostomías que resultó no provocar complicaciones fue de 15 mm, en comparación con la elevación media de 11,3 mm de las ostomías con complicaciones. Un modelo de regresión logística de la elevación del estoma como variable predictiva de los problemas en la ostomía concluyó que las elevaciones menores de 10 mm están vinculadas a un 35% de probabilidad de que se produzcan problemas en su manejo.

Género

La evidencia existente demuestra que el género no es un factor de riesgo independiente para la aparición de complicaciones. Ni Duchesne et al. (2002) ni Park et al. (1999) ni Pittman et al. (2008) llegaron a la conclusión de que el género influyera en el riesgo de padecer complicaciones en el estoma o la zona periestomal. Cottam et al. (2007) afirmaron que las mujeres tenían más probabilidades que los hombres de experimentar complicaciones (38% frente al 30%), pero un análisis de regresión logística reveló que el género interactúa con la elevación del estoma y otros factores múltiples, entre los que se incluyen el IMC y el tipo de ostomía, que a su vez influyen en el riesgo de sufrir complicaciones.

Edad

También existen evidencias variadas respecto a la influencia de la edad en la incidencia de tener complicaciones en el estoma o en la zona periestomal. La edad se relacionó con una mayor probabilidad de sufrir complicaciones iniciales estomales o periestomales (siendo definidas las complicaciones iniciales como las que tienen lugar durante el primer mes posterior a la operación de ostomía) en dos estudios (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999). Sin embargo, Park et al. señalaron que esta diferencia desapareció al analizar únicamente las complicaciones posteriores. La edad media de los sujetos del estudio de Mahjoubi et al. fue de 57,49 años (DE 12,28 años). Los sujetos del estudio de Park et al. fueron descritos como de edad variable, de neonatos a ancianos, pero no se aportaron estadísticas descriptivas que identificaran la edad media o el intervalo de edades de los sujetos. La edad media de los sujetos del estudio de Cottam et al. (2007) fue de 63 años (intervalo de 15-99 años). En contradicción con las conclusiones obtenidas de los grupos de Mahjoubi y Park, afirmaron que la edad avanzada estaba vinculada a una menor incidencia de las complicaciones. Pittman et al. (2008) evaluaron la incidencia de tres resultados relativos a la cirugía de ostomía en un grupo de 239 personas con ostomías, en los que se incluían los problemas de la piel periestomal. Los sujetos de este estudio tenían una edad media de 68,8 años (intervalo de 28-92 años). De manera similar a las conclusiones obtenidas a partir del grupo de Cottam, concluyeron que la edad avanzada estaba vinculada a una menor incidencia de sufrir problemas en la piel periestomal. Arumugam et al. (2003) evaluaron a 97 adultos con un edad media de 65 años (DE = 16 años, intervalo de 16-99 años) y señalaron que la edad no estaba relacionada con la incidencia de tener problemas en el estoma o la piel periestomal.

Según estos estudios, no es posible determinar de manera fiable la influencia de la edad como un factor de riesgo independiente de las complicaciones del estoma o de la zona periestomal. Hay una serie de factores que pueden ser responsables de la considerable variabilidad de las conclusiones de estos estudios, entre los que se incluyen las diferencias en los motivos subyacentes de la creación de la ostomía en diferentes grupos de edad, las diferencias en los tipos de ostomías realizadas en los diversos grupos de edad, las diferencias en el número y la naturaleza de las enfermedades comórbidas o la probabilidad de buscar ayuda cuando aparecen las complicaciones.

Los investigadores también han especulado acerca de la influencia de factores vinculados indirectamente a la edad, como son la disminución de las percepciones sensoriales, la alteración de la función cognitiva o la disminución de las destrezas motoras finas (Mahjoubi et al., 2005; Park et al., 1999; Tseng et al., 2004), lo que ha conducido a recordar la importancia de evaluar el impacto de cada uno de estos factores en la capacidad del paciente anciano para manejar su ostomía y hacer un seguimiento de las complicaciones.

Piel neonatal

Se ha identificado la piel del neonato prematuro como un factor de riesgo que puede influir en las

complicaciones producidas en el estoma y en la zona periestomal. Los neonatos prematuros presentan una menor cohesión entre la dermis y la epidermis, y pueden estar en riesgo de sufrir una toxicidad sistémica (Asociación de Enfermeras Neonatales, Obstetras y de la Salud de la Mujer [Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, en adelante AWHONN por sus siglas en inglés], 2008).

Obesidad

La obesidad (definida como un Índice de Masa Corporal $> 25 \text{ kg/m}^2$) se ha relacionado con problemas en el estoma (retracción, prolapso y necrosis) y en la piel periestomal en múltiples estudios (Arumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Duchesne et al., 2002; Mahjoubi et al., 2005; Richbourg et al., 2007). Sin embargo, en un estudio no se halló asociación relacionada con las complicaciones del estoma o de la zona periestomal (Park et al., 1999).

Enfermedades subyacentes y comórbidas

Las enfermedades subyacentes y comórbidas resultaron estar vinculadas a una mayor probabilidad de sufrir complicaciones en el estoma y en la zona periestomal en múltiples estudios (Arumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Pittman et al., 2008). Los trastornos gastrointestinales vinculados a una mayor probabilidad de sufrir complicaciones incluían la enfermedad inflamatoria intestinal y la diverticulitis (Arumugam et al., 2003; Cottam et al., 2007; Duchesne et al., 2002; Pittman et al., 2008). La Diabetes mellitus y la enfermedad inflamatoria intestinal resultaron estar relacionadas con una mayor incidencia de problemas en la piel periestomal (Arumugam et al., 2003; Pittman et al., 2008).

Colostomía e ileostomía frente a urostomía

Existen pruebas que confirman una estrecha vinculación entre el tipo de ostomía y la incidencia y el tipo de complicación del estoma o de la zona periestomal. Aunque es necesario seguir investigando sobre la influencia del tipo de ostomía antes de sacar conclusiones definitivas, las pruebas existentes apoyan las siguientes conclusiones:

- 1) Las ileostomías están vinculadas a una mayor incidencia de problemas en la piel periestomal que las colostomías (Duchesne et al., 2002; Herlufsen et al., 2006; Pittman et al., 2008). Cottam et al. (2007) y Park et al. (1999) afirmaron que la creación de una ileostomía en asa estaba relacionada con un número significativamente mayor de complicaciones que las ileostomías o las colostomías terminales.
- 2) Las urostomías están vinculadas a una mayor incidencia de problemas en la piel periestomal que las colostomías (Herlufsen et al., 2006).

RECOMENDACIÓN 11

Revisar el perfil farmacoterapéutico del paciente para garantizar la máxima absorción y eficacia en relación con el tipo de ostomía.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Los pacientes con una ileostomía o una colostomía pueden experimentar cambios en la absorción de los medicamentos debido a un acortamiento del intestino como consecuencia de la cirugía de ostomía. Esto afecta particularmente a los pacientes con ileostomías, pues la mayoría de los medicamentos son absorbidos en el íleon. La observación de restos de medicamentos en la bolsa de ostomía del paciente puede sugerir que se ha de tener en cuenta la prescripción de fórmulas alternativas de acción rápida, como son los comprimidos sin revestir, cápsulas de gelatina, soluciones o suspensiones para maximizar la absorción terapéutica. Los medicamentos también pueden cambiar el olor, el color y la consistencia de las heces. Ya sea un medicamento de venta libre o que requiera receta médica, el paciente ha de ser informado sobre los fármacos que debe tomar y el efecto que tendrán en el funcionamiento de la ostomía. A los pacientes con una ostomía urinaria no les afecta el problema de la mala absorción, porque el intestino delgado usado para construir el conducto ileal es insignificante. Sin embargo, la decoloración de la orina es el efecto secundario más comúnmente producido por los medicamentos. El establecimiento de una relación terapéutica con un farmacéutico aporta al paciente una fuente continuada de información que fomenta su independencia. En el Anexo H se presenta una lista de medicamentos y su función en las ostomías. Si necesita información sobre las implicaciones medicinales que afectan al paciente neonato o pediátrico, puede consultar al farmacéutico y/o el Compendio de Fármacos y Especialidades (Compendium of Pharmaceuticals and Specialties, en adelante CPS por sus siglas en inglés).

RECOMENDACIÓN 12

Evitar la introducción en una colostomía de un supositorio de glicerina para ayudar a la evacuación de los residuos

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia

McClees et al. (2004) compararon la producción fecal, el volumen fecal y el flato usando un supositorio de glicerina en un estudio cruzado aleatorizado de ocho adultos con colostomías. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente al grupo cuya evacuación se realizaba con la ayuda de un supositorio de glicerina introducido en la ostomía diariamente en comparación con el procedimiento usado habitualmente para la evacuación (solo la bolsa en el caso tres personas, la bolsa más una irrigación en el caso de cinco personas). Tras dos semanas, se cruzaron los sujetos con un grupo alternativo para la recolección de datos durante dos semanas más. La introducción diaria de un supositorio no influyó en la producción fecal, el volumen fecal ni el flato en comparación con los procedimientos habituales de evacuación de su colostomía. La falta de eficacia del supositorio se atribuyó parcialmente a su incapacidad para permanecer en el intestino durante un periodo de tiempo adecuado. Aunque el tamaño de la muestra fue pequeño, este ensayo clínico aleatorizado cruzado aporta evidencias limitadas de que los supositorios de glicerina no influyen positivamente en la producción fecal, el volumen fecal ni el flato. El consenso alcanzado por el equipo de expertos concluyó que la administración de supositorios en la población pediatría y adulta no es eficaz ni está recomendada para ningún tipo de estoma.

RECOMENDACIÓN 13

Los pacientes ostomizados que estén en riesgo de desarrollar o que hayan desarrollado complicaciones nutricionales deben ser asesorados por un dietista titulado.

Nivel de Evidencia = IIa

Discusión de la evidencia

Peso

La ganancia o pérdida de peso tras la creación de una ostomía puede modificar la forma del abdomen. Si el dispositivo no está bien sujeto, se puede producir una fuga de heces u orina (Burch, 2007).

Necesidades dietéticas especiales

Los pacientes que no mastican suficientemente los alimentos por un mal ajuste de la dentadura, la falta de dientes o porque comen muy rápido están en riesgo de sufrir maldigestión y una posible oclusión (Burch, 2006). Una de las principales oportunidades que tiene el cuerpo para descomponer los alimentos comienza con una masticación adecuada. Los alimentos mal masticados aparecerán habitualmente sin digerir en la bolsa de ostomía, haciendo que el paciente crea que no está absorbiendo bien lo que ingiere (Price, 1989). Si el paciente no es capaz de masticar adecuadamente los alimentos, puede ser apropiado modificar la textura de su dieta o eliminar unos cuantos alimentos problemáticos (como son el maíz, las palomitas de maíz, los frutos secos y el apio). Es importante personalizar la dieta para cada paciente.

Puede que algunos pacientes hayan tenido que seguir una dieta restrictiva o especial antes de la creación de la ostomía. Sin embargo, la ostomía puede paliar la necesidad de aplicar restricciones y, en muchos casos, el paciente puede volver retomar una dieta normal. Este es especialmente el caso de los pacientes con colitis ulcerosa, cuya enfermedad ha sido eliminada de manera permanente con la colectomía total o la extirpación quirúrgica de un cáncer oclusivo. Si se ha producido un deterioro permanente del resto del intestino como consecuencia de la radiación o la enfermedad de Crohn activa, puede que sea necesario seguir con la dieta prescrita con anterioridad a la intervención, o modificarla en función de la ostomía.

Producción elevada y deshidratación

La producción de una ileostomía es habitualmente de 500–1.000 ml al día (Doughty, 2005; Gallagher y Gates, 2004). Una producción elevada por encima de estos niveles puede estar relacionada con una enfermedad preexistente, una oclusión parcial, la estimulación del movimiento del intestino provocada por determinados alimentos, los medicamentos o un acortamiento del intestino que derive en una superficie de absorción inadecuada. La incapacidad de mantener un equilibrio entre la ingesta oral y una producción elevada puede conducir a la deshidratación (en el Anexo I podrá encontrar los signos y síntomas de la deshidratación). Algunos alimentos pueden ayudar a espesar o diluir las heces, lo que puede ser beneficioso o perjudicial en determinados casos, como son la producción elevada de residuos en el caso de las ileostomías o el estreñimiento en las colostomías (en el Anexo I figuran alimentos que diluyen o espesan las heces). Un colon intacto absorbería 250–500 cc más de líquidos y, por tanto, se necesitaría un aumento de 1-2 tazas de líquidos por vía oral para cubrir las necesidades de hidratación (Doughty, 2005).

Las pérdidas de electrolitos pueden ser elevadas con una ileostomía de alta producción, pues el colon es la principal zona absorbente de sodio y potasio. Lo habitual es que baste con un consumo diario de

alimentos ricos en sodio y potasio para corregir o evitar esta disminución. Algunos profesionales sanitarios sugieren el uso de bebidas deportivas con aditivos de electrolitos, sin embargo son caras y no son más beneficiosas que los alimentos ricos en potasio y sodio (en el Anexo I encontrará una lista de alimentos y bebidas deportivas con alto contenido en sodio y potasio). La hiperhidratación voluntaria (el consumo excesivo de líquidos, es decir, > 4 litros al día) puede descender artificialmente los electrolitos y provocar una toxicidad por exceso de agua. No obstante, la ingesta de agua por encima de la cantidad necesaria, no parece aumentar los residuos del íleon (Kramer, 1987).

Obstrucción u oclusión intestinal

La oclusión de una ostomía puede ser muy dolorosa y, al principio, la mayoría de los pacientes temen que les ocurra. Durante la fase edematosa posterior a la creación de un estoma, que dura aproximadamente 6-8 semanas (Floruta, 2001; Gallagher & Gates, 2004), y con el fin de minimizar una posible oclusión, es aconsejable reducir la fibra del tracto digestivo (es decir, el material que es resistente a la descomposición) durante un breve periodo de tiempo, especialmente, si se trata de una ileostomía (Floruta, 2001). Los alimentos pueden provocar una oclusión cuando la fibra insoluble se deposita cerca del estoma (Doughty, 2005). Un cuestionario realizado a 604 pacientes con ostomías (Floruta, 2001) reveló que aunque el 88% de ellos afirmaba no estar siguiendo ninguna dieta especial, el 61% señalaron que evitaba ciertos alimentos debido a su potencial para ocluir la ostomía. En el Anexo I hay una lista de los alimentos que comúnmente se evitan durante este postoperatorio y de las instrucciones dietéticas generales con respecto a la obstrucción.

Estreñimiento

El estreñimiento es una cuestión fundamentalmente relacionada con la colostomía distal. La ingesta adecuada de líquidos por parte de adultos o niños debería paliar el endurecimiento de las heces, junto con la inclusión de alimentos con mucha fibra.

RECOMENDACIÓN 14

Enseñar al paciente y a su familia el conjunto mínimo de destrezas específicas que necesitan conocer antes del alta hospitalaria.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Tradicionalmente, a los pacientes se les enseñaba cómo y cuándo vaciar la bolsa de ostomía, el procedimiento de retirada y colocación de una nueva bolsa, el cuidado de la piel periestomal, los efectos de la dieta en la ostomía, el autoseguimiento de las complicaciones del estoma o de la zona periestomal y los efectos sobre el aspecto de la ropa durante el periodo inmediatamente posterior a la operación y antes de abandonar el hospital. Sin embargo, los avances producidos en la técnica quirúrgica han reducido espectacularmente la duración media de las estancias hospitalarias. Por ejemplo, la duración media de la estancia hospitalaria tras una resección del colon sigmoide que da origen a la creación de una colostomía es de cinco días y la de una proctocolectomía laparoscópica con la creación de una ileostomía es de 4,3 días (Colwell & Gray, 2007). Como consecuencia de ello, las enfermeras se enfrentan al reto de adaptar las necesidades de formación de un paciente ostomizado en los centros hospitalarios de hoy en día. Aunque no hay investigaciones que definan el conjunto mínimo de destrezas postoperatorias que los pacientes ostomizados necesitan, en la conferencia de consenso de la WOCN celebrada en Estados Unidos (Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 2007) se concluyó que este conjunto ha de incluir: 1) la capacidad de manipular el clip o el tubo de descarga, en caso de haberlo, de la bolsa y 2) la capacidad de vaciar de

manera independiente la bolsa. Otras destrezas adicionales que se deben enseñar, dentro de lo posible, incluían: 1) el aseo personal, la ropa y las restricciones en la actividad; 2) la revisión de la influencia de los medicamentos, tanto los de venta libre como los que requieren receta médica, sobre el funcionamiento de la ostomía; 3) la influencia de la dieta en el funcionamiento de la ostomía; 4) el cuidado de la piel periestomal; 5) la contención del olor; 6) el seguimiento de las complicaciones, y 7) la orientación sexual (Colwell & Gray, 2007).

El consenso alcanzado entre los miembros del equipo determinó que el paciente y a su familia, durante el periodo inmediatamente posterior a la creación de una ostomía, debía recibir la siguiente información:

- visionado de un vídeo o CD informativo sobre los cuidados del estoma;
- observación, al menos una vez, de un cambio completo del sistema de ostomía;
- independencia con el vaciado de la bolsa;
- información sobre dónde obtener los materiales de ostomía;
- ayudas económicas para la obtención de los materiales (p. Ej. El Programa de Dispositivos de Asistencia de Ontario [Ontario Assistive Devices Program, en lo sucesivo OADP por sus siglas en inglés]);
- aseo personal, ropa y restricciones en la actividad;
- restricciones dietéticas inmediatas (si procede);
- revisión de los medicamentos, tanto los de venta libre como los que requieren receta (si procede);
- perspectiva general de la literatura sobre ostomía proporcionada en el alta hospitalaria;
- número de teléfono de urgencias.

Otros temas, en función de las necesidades del paciente y de su familia, podrían incluir:

- adaptación del dispositivo al tamaño del estoma
- dieta, a largo plazo
- cuidado general de la piel
- contención del olor
- complicaciones; los pacientes han de ser informados sobre cómo evitar y/o reconocer los signos y los síntomas de:
 - a. problemas en la piel periestomal
 - b. obstrucción
 - c. hernia
- orientación sexual
- consideraciones para viajar
- acceso a los recursos comunitarios, entre los que se incluye el grupo de autoayuda de la sede de la UOAC de la zona.

En el Anexo E y J podrá encontrar ejemplos de diagramas de flujo de la educación sanitaria en ostomías.

RECOMENDACIÓN 15

Dar de alta al paciente y a su familia con el respaldo de una atención domiciliaria.

Nivel de Evidencia = Ib

Discusión de la evidencia

Addis (2003) presentó un ensayo clínico aleatorizado de 50 pacientes con colostomías o ileostomías recién creadas. Se aleatorizaron los sujetos para recibir visitas domiciliarias 2–5 días después del alta hospitalaria y mensualmente durante los seis meses siguientes. Los sujetos del grupo control recibieron visitas domiciliarias al tercer y sexto mes del alta hospitalaria. Los sujetos que recibieron seis visitas domiciliarias resultaron tener unas puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud significativamente superiores transcurridos tres meses en comparación con los sujetos control. Los pacientes aleatorizados para recibir seis visitas también demostraron una independencia significativamente mayor con el cuidado de su ostomía a los seis meses. Aunque es necesario seguir investigando para aclarar el intervalo de beneficios vinculados a un apoyo de atención domiciliaria, los datos obtenidos a partir de este ensayo clínico aleatorizado demuestran que las visitas domiciliarias de las enfermeras mejoran tanto la autoeficacia como la calidad de vida de los pacientes ostomizados.

La planificación del alta hospitalaria requiere la colaboración y la coordinación de los servicios y recursos. La enfermera desempeña un papel fundamental en el diseño de esta parte del plan de cuidados. Al principio, se han de tener en cuenta las derivaciones a servicios de atención de enfermería comunitarios y la puesta en contacto con una enfermera estomaterapeuta, las ayudas económicas para la adquisición de materiales de ostomía, los preparativos para la asistencia de un visitante ostomizado, la preparación de otros profesionales sanitarios sobre el protocolo de cuidados de la ostomía del paciente y las citas de seguimiento con la enfermera estomaterapeuta. Aunque las necesidades de atención del paciente evolucionen y cambien a lo largo del periodo postoperatorio, la planificación del alta hospitalaria le da seguridad para regresar a casa. Además evita “disposiciones o descuidos de última hora” que podrían tener un impacto negativo en la garantía de un plan de alta hospitalaria amoldado al paciente. En el Anexo K podrá encontrar los nombres y los números de teléfono de la sede de Ontario de la UOAC. En el Anexo L encontrará información sobre las asociaciones, los fabricantes, la ropa y accesorios y la financiación en materia de ostomías. En el Anexo M figura un ejemplo de formulario sobre los cuidados de la ostomía.

RECOMENDACIÓN 16

Asegurarse de que el plan de cuidados de la ostomía es un plan personalizado que cubre las necesidades del paciente y de su familia.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Los expertos coinciden en afirmar que el autocuidado independiente de la ostomía es un objetivo deseable para la mayoría de los adultos. Los objetivos de un buen cuidado incluyen una ostomía libre de fugas, olores y complicaciones. Wu, Chau y Twinn (2007) evaluaron la autoeficacia en el cuidado de la ostomía en un grupo de 96 sujetos. Afirmaron que los sujetos con una mayor autoeficacia en el cuidado de la ostomía tenían mayores puntuaciones de CdV relacionada con la salud. Los factores vinculados a una menor autoeficacia en el cuidado de la ostomía incluían una mayor edad, menores niveles académicos y dependencia de otros para realizar los cuidados de la ostomía, como son los cambios de bolsa. En el Anexo N figuran las estrategias de cuidados para el paciente con necesidades especiales.

Aunque no se identificó ningún estudio que comparara un uso sencillo de los productos de ostomía con la duración de la bolsa, la frecuencia de fugas o la incidencia de complicaciones, la opinión de los expertos apoya la elección del producto de ostomía más simple posible que se adecue a las necesidades del paciente. Bourke y Davis (2002) presentaron los resultados de un estudio de 2.060 personas ostomizadas tras el establecimiento de un programa que proporcionaba los materiales de ostomía sin un coste directo para el paciente. Más de la mitad de las mujeres (59,9%) y de los hombres (53,7%) afirmó haber cambiado el tipo de dispositivo de ostomía usado para manejar sus estomas. El motivo más comúnmente citado por el que cambiaron el tipo de dispositivo de ostomía fue la facilidad de uso.

Por lo tanto, es fundamental seleccionar el mejor sistema de ostomía posible teniendo estos objetivos en mente y las necesidades específicas y preferencias del paciente. En este momento, hay varias empresas canadienses que comercializan numerosos productos y accesorios de ostomía. Las enfermeras estomaterapeutas, o las enfermeras especializadas en ostomía, son las que mejor pueden evaluar y recomendar la elección de productos adecuados a las necesidades de cuidado del paciente o de la familia. Sin embargo, es importante que el paciente esté implicado en el proceso de toma de decisiones sobre esta elección. En el Anexo O hay una lista de productos de ostomía.

A continuación se presentan los factores que se han de tener en cuenta a la hora de elegir un producto de ostomía:

- tipo de ostomía: fecal o urinaria
- tipo de construcción del estoma
- paciente lactante, niño o adulto
- ubicación del estoma
- características del estoma
- características de la piel periestomal
- sensibilidades o alergias cutáneas
- deterioro físico y de la destreza manual para el manejo
- habilidades cognitivas para el aprendizaje
- preferencias personales del paciente
- situación de vida: domicilio, cuidados a largo plazo, vivienda colectiva
- implicaciones laborales
- prácticas religiosas
- costes
- estilo de vida
- accesibilidad a los productos
- cantidad y consistencia de los residuos

RECOMENDACIÓN 17

Se recomienda que una enfermera estomaterapeuta realice una evaluación y un seguimiento del paciente y de su familia tras la cirugía de ostomía con el fin de disminuir los problemas psicológicos, fomentar una calidad de vida óptima y evitar complicaciones.

Nivel de Evidencia = IIb

Discusión de la Evidencia

Múltiples estudios prueban que los problemas psicológicos son frecuentes tras la creación de una ostomía, provocando una imagen corporal distorsionada, y una disminución de la autoestima y de la CdV (Gooszen et al., 2000; Holzer et al., 2005; Karadag et al., 2003; Krouse et al., 2007; Ma et al., 2007; Marquis, Marrel y Jambon, 2003; McVey, Madill y Fielding 2001; Nugent et al., 1999; Ross et al., 2007; Scarpa et al., 2004; Wu, Chau y Twinn, 2007). Se desconoce el tiempo medio necesario para superar los problemas psicológicos producidos por la cirugía de ostomía y recuperar una CdV óptima, pero las pruebas existentes sugieren que este proceso requiere 12 meses o más. En el mayor estudio sobre CdV de personas ostomizadas publicado en la década pasada, Marquis, Marrel y Jambon (2003) concluyeron que las puntuaciones de calidad de vida aumentaron a ritmo constante durante el primer año posterior a la creación de una ostomía.

McVey, Madill y Fielding (2001) describieron problemas psicológicos caracterizados por una alteración aguda del control personal que persistía durante al menos tres meses tras la cirugía de ostomía.

Las pruebas existentes también revelan que el impacto negativo de una ostomía en el estado físico y funcional persiste variando de meses a años tras la cirugía de ostomía. En una revisión sistemática de las complicaciones producidas en el estoma y en la zona periestomal, Salvadalena (2008) señaló que la incidencia de problemas en la piel periestomal a los 12 meses era del 15%–43%, la incidencia de hernia paraestomal a los 12 meses era del 12%–40% y la de sufrir retracción a los 12 meses, del 10%–24%. Pringle y Swan (2001) hicieron un seguimiento de 112 pacientes con colostomías y cáncer colorrectal durante un año. Señalaron que la mitad de sus pacientes afirmaron sufrir una fatiga significativa al año, el 10% experimentó un dolor intenso y el 10% necesitó ser derivado a un médico por problemas físicos vinculados a la ostomía o a una enfermedad asociada. En cuanto a los factores que afectan al hecho de vivir con una ostomía, Brown y Randle (2005) presentaron, en su revisión sistemática, un estudio de 66 pacientes con urostomías que habían sido sometidos a una cirugía de ostomía al menos seis años antes de la recopilación de los datos: el 65% de los encuestados señalaron tener problemas en la piel periestomal en ese momento y el 40% afirmó haber solicitado la prestación por incapacidad permanente debido a problemas relacionados con el estoma. Tseng et al. (2004) también indicaron que el 37% de un grupo de 73 sujetos con colostomías permanentes había dejado de trabajar o había perdido su empleo debido a las implicaciones vinculadas al manejo de sus ostomías.

Las pruebas existentes sugieren con contundencia que el cuidado continuado por parte de una enfermera estomaterapeuta o una enfermera especializada en ostomía disminuye los problemas psicológicos vinculados a la ostomía, mejora la CdV y reduce la probabilidad de sufrir complicaciones. Los pacientes recurren a una enfermera estomaterapeuta o a enfermeras especializadas en ostomía cuando sufren problemas tanto físicos como psicológicos relacionados con su ostomía. Richbourg, Thorpe y Rapp (2007) analizaron a 43 personas ostomizadas para determinar las dificultades sufridas por los pacientes tras el alta hospitalaria. Los encuestados afirmaron haber recurrido a la ayuda de las enfermeras en ostomía fundamentalmente cuando tuvieron problemas con la ostomía o la piel periestomal. Duchesne et al.

(2002) revisaron retrospectivamente los registros médicos de 204 pacientes sometidos a una cirugía de ostomía intestinal y encontraron que los cuidados prestados por una enfermera estomaterapeuta aportaban un efecto de protección contra las complicaciones del estoma o de la zona periestomal (Odds Ratio de 0,15, IC del 95% 0,03-0,74). Un estudio cuasi-experimental prospectivo aporta aún más pruebas de que el acceso continuado a una enfermera estomaterapeuta o enfermera especializada en ostomías aumenta tanto la CdV como reduce la frecuencia de cambio del dispositivo de ostomía. Bohnenkamp et al. (2004) presentaron los resultados de un estudio de cohortes prospectivo para comparar la influencia de los cuidados prestados por las enfermeras en el domicilio con las interacciones mediante teleasistencia con una enfermera especialista en ostomía. Se asignaron catorce pacientes a las visitas tradicionales a domicilio o a las visitas de teleasistencia con una enfermera especialista en ostomía; la asignación de grupos no fue aleatorizada. Los pacientes que recibieron las interacciones de teleasistencia con una enfermera especialista en ostomía afirmaron estar más satisfechos con sus cuidados, resultaron tener mayores puntuaciones de CdV y usaron menos bolsas de ostomía que los pacientes que recibieron las visitas tradicionales en su domicilio.

En conjunto, estas conclusiones apoyan firmemente la necesidad de que todas las personas ostomizadas reciban un seguimiento periódico por parte de una enfermera estomaterapeuta durante un mínimo de 12 meses tras la operación y según sea necesario.

RECOMENDACIÓN 18

Formar al paciente y a sus familiares para que puedan reconocer las complicaciones que afectan al estoma y a la piel periestomal.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

La formación sobre ostomías es imprescindible para permitir que los pacientes puedan identificar los signos y los síntomas de las complicaciones. La identificación temprana y la notificación a un profesional sanitario son factores importantes sobre los que se ha de hacer hincapié al enseñar a los pacientes cómo cuidar su ostomía, particularmente, cuando se sospeche la existencia de una complicación. En un estudio realizado por Herlufsen et al. (2006) solo el 38% de los individuos diagnosticados de un trastorno en la piel periestomal reconocieron tener un trastorno cutáneo. Lo más revelador es que el 80% de los que tenían un agrietamiento de la piel periestomal no solicitaron la ayuda de un profesional sanitario.

En un estudio cualitativo y descriptivo realizado por Notter y Burnard (2006), se pidió a 50 mujeres intervenidas de proctocolectomía con una ileostomía en asa que describieran sus experiencias y percepciones. Las conclusiones se centraron en el dolor y en el impacto sufrido, la imagen corporal y la sexualidad, la ileostomía en asa y el papel de las enfermeras generales y especialistas. Aunque no fueran explícitas, las implicaciones en la práctica de este estudio recomiendan firmemente exponer al paciente durante el periodo preoperatorio las “realidades del estoma”, es decir, evitar mostrar una imagen de un estoma limpio y fácil de manejar. Para estas mujeres, esto estaba muy lejos de la realidad. Sin darse cuenta, las enfermeras habían contribuido a que experimentaran ese nivel de angustia y problemas en la calidad de vida a largo plazo. Estas experiencias negativas pueden retrasar la buena disposición de los pacientes a implicarse en el autocuidado, lo que afecta al reconocimiento temprano de complicaciones. Se anima a las enfermeras a que “miren la vida a través de los ojos de las mujeres (de todos los pacientes) en el proceso de esta cirugía y su recuperación” (Notter & Burnard, 2006).

En un estudio realizado de uno a cuatro meses después de la cirugía por McKenzie et al. (2006), el 25% de los pacientes encontraron como la parte más difícil del proceso de cambio de bolsa el hecho de deshacerse de los sistemas de ostomía ya utilizados y esta tarea había afectado enormemente a sus actividades sociales y de ocio. Más del 40% de los pacientes afirmó que la limpieza del estoma era la parte del procedimiento de cambio que les llevaba más tiempo. Lo que esto implica en la práctica es el impedimento psicológico y la posible excusa del paciente para no atender las necesidades fundamentales del cuidado de su ostomía. La elección del sistema de ostomía, por ejemplo, de uno drenable reutilizable frente a una bolsa cerrada desechable, ha de incluir las preferencias del paciente. Las repercusiones de retrasar el cambio de una bolsa con fugas o de no limpiar la piel periestomal son factores de riesgo. Este tipo de acciones puede predisponer al paciente a padecer una irritación cutánea leve, que puede derivar rápidamente en una dermatitis grave.

Richbourg et al. (2007) apoyan la estrategia de que los pacientes practiquen las tareas de retirada y recolocación de su sistema de ostomía en condiciones que simulen el entorno de su hogar. De nuevo, esto refuerza la implantación de una rutina habitual de cuidado de la ostomía intestinal o urinaria, y los principios fundamentales de examen y manejo del estoma y de la piel periestomal por parte del paciente y/o de su familia. Es importante que el paciente aprenda cómo es el aspecto normal del estoma y de la piel, de manera que su comparación le permita identificar posibles problemas.

Richbourg et al. (2007) identificaron que los pacientes necesitan saber cómo reconocer y tratar los problemas comunes de la piel periestomal y los procedimientos para evitar el olor.

RECOMENDACIÓN 19

Se puede emplear una irrigación por colostomía como un procedimiento seguro y eficaz para el manejo de colostomías descendentes o sigmoides en determinados pacientes adultos.

Nivel de Evidencia = III

Discusión de la evidencia

Se ha demostrado que la irrigación por colostomía es una alternativa eficaz para conseguir la continencia de la colostomía, lo que tuvo un impacto positivo en la CdV de 25 pacientes cuyos casos fueron revisados. Se identificaron mejorías significativas en las limitaciones conductuales relacionadas con problemas físicos, funcionamiento social, problemas emocionales, salud mental general, vitalidad y dolor corporal (Karadag, Mentis & Ayaz, 2005).

El paciente requiere tener acceso a una enfermera estomaterapeuta o una enfermera especializada en ostomía que pueda proporcionarle las evaluaciones clínicas y destrezas que necesita para realizarse la irrigación por colostomía. El material informativo complementario y las sesiones prácticas sirven como recursos adicionales que aumentan la capacidad del paciente para emplear esta técnica más allá del periodo de cicatrización postoperatorio. Los costes de la irrigación son significativamente menores que los del manejo diario de la bolsa. Esto puede resultar atractivo para algunos pacientes. Las instalaciones para pacientes ambulatorios de los centros hospitalarios o los servicios comunitarios de cuidados de enfermería se convierten en un recurso al que pueden acceder el paciente y su familia, pues la técnica de irrigación se desarrolla tras el alta hospitalaria, con el tiempo y bajo seguimiento según sea necesario. La irrigación pediátrica no es una práctica habitual a no ser que sea para procedimientos de diagnóstico u otros procedimientos de manejo especiales prescritos.

Recomendaciones para la Formación

RECOMENDACIÓN 20

La formación en materia de ostomía para todos los niveles de profesionales de atención sanitaria debe ser un procedimiento sistemático enfocado en el paciente, proporcionado tanto en el entorno laboral como académico.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Redman (2004) se refiere a la preparación para el automanejo como “la formación que las personas con afecciones crónicas necesitan tener para tomar medicamentos y mantener regímenes terapéuticos, mantener su vida cotidiana, como es su vida laboral y familiar, y tener en cuenta las implicaciones en el futuro, incluyendo el cambio de planes de vida, así como la frustración, la ira y la depresión” (p.4) que acompañan a una afección crónica. En general, la ostomía no se considera una afección crónica, pero la vida con una ostomía requiere que el paciente aprenda muchas de las mismas destrezas de automanejo. Sin embargo, muchos profesionales de atención sanitaria carecen de los conocimientos y las destrezas relacionados con la ostomía necesarios para proporcionar educación sanitaria y apoyo clínico que permitan a los pacientes tomar decisiones con fundamento, alcanzar sus objetivos y superar los obstáculos para conseguir un automanejo eficaz.

Entre los profesionales de atención sanitaria que enseñan y apoyan a los pacientes ostomizados se encuentran las enfermeras con formación profesional y las enfermeras universitarias. Su formación profesional básica, adquirida en institutos de enseñanza superior o universidades de la comunidad, está guiada por los estándares globales establecidos por el Ministerio de Formación, Institutos de Enseñanza Superior y Universidades (Ministry of Training, Colleges and Universities, en adelante MTCU por sus siglas en inglés) (www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/nurse.html; www.edu.gov.on.ca/eng/general/college/progstan/health/supwork.html) y por el Colegio de Enfermería de Ontario (en adelante, College of Nurses of Ontario por su nombre en inglés) (www.cno.org).

Estos estándares proporcionan una perspectiva general sobre los objetivos prácticos, dejando los objetivos de aprendizaje específicos bajo la competencia de cada institución educativa. Por ende, cada institución determina las áreas de interés y el tiempo otorgado a cada una de ellas. Para los centros generalistas, la formación y las prácticas sobre ostomía y cuidado de la ostomía se pueden limitar a la anatomía y la fisiología con un debate en clase mediante el uso de estudios de caso; a una práctica de una a dos horas sobre modelos en el laboratorio; o al cuidado de una persona ostomizada como trabajo de campo. Muchos de los recién titulados nunca han cuidado a una persona ostomizada antes de comenzar a ejercer profesionalmente (Comunicación personal, Algonquin College, 2008).

Todos los programas académicos de formación de enfermeras o cuidadores formales (Personal Support Workers, en adelante PSW por sus siglas en inglés), para poder comenzar con las prácticas, deben incluir los principios de manejo de la ostomía teóricos y basar las competencias en la comprensión de las técnicas de autocuidado. Los componentes teóricos han de ser enseñados a un nivel técnico apropiado para los profesionales de atención sanitaria regulados o no regulados según las competencias específicas del profesional resumidas en la Ley de Profesiones Sanitarias Reguladas (en adelante, Regulated Health Professions Act por su nombre en inglés). Entre los componentes teóricos enseñados en función del nivel del profesional de la salud (enfermera universitaria, enfermera con formación profesional, PSW) se podría incluir alguno o la totalidad de los siguientes: anatomía y fisiología, procesos patológicos que con-

ducen a una cirugía de derivación intestinal o de vejiga, procedimientos quirúrgicos comunes, cambios en el estilo de vida como resultado de una cirugía y estrategias para evaluar las necesidades del paciente en cuanto a un apoyo de formación, emocional y práctico que maximice su autocuidado.

Durante el periodo de orientación los nuevos empleados deben recibir información de cómo atender a los pacientes ostomizados en todos los lugares de práctica clínica donde se realicen este tipo de cuidados. Esta información ha de centrarse en ayudar al profesional de la salud a maximizar la capacidad de cada paciente para llegar al automanejo. Las expectativas del nuevo empleado y la selección del paciente se deben ajustar al alcance legal de sus prácticas. Los programas deben abordar los recursos necesarios para apoyar las prácticas y el modo de acceder a estos recursos en cada lugar, como es el acceso de los pacientes a la información y los grupos de apoyo, a los suministros y a la consulta de expertos como una enfermera estomaterapeuta.

En el Anexo P podrá encontrar el contenido recomendado de los programas de formación para niveles específicos de preparación académica y de orientación destinado a enfermeras universitarias, enfermeras con formación profesional y PSW.

RECOMENDACIÓN 21

Consultar a las enfermeras estomaterapeutas en el desarrollo de programas apropiados de formación sobre ostomía dirigidos a los profesionales de atención sanitaria, pacientes, familiares y cuidadores.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Las enfermeras estomaterapeutas son enfermeras universitarias que tienen un título de diplomadas o superior y han completado el programa de educación formal acreditado sobre heridas, ostomía y continencia denominado Programa de Formación de Enfermeras Estomaterapeutas (Enterostomal Therapy Nursing Education Program, en lo sucesivo ETNEP por sus siglas en inglés). Estas enfermeras, gracias a su formación especializada, están perfectamente preparadas para ser expertas en la materia y docentes de los programas de formación sobre ostomía. Trabajan con conocimientos avanzados y las destrezas relativas al cuidado y la formación de los pacientes ostomizados de todas las edades y en todas las etapas del desarrollo (en el Anexo Q podrá consultar las Etapas del Desarrollo según Erikson). Atienden directamente a los pacientes y proporcionan un apoyo de formación y orientación a los profesionales de atención sanitaria. En Canadá, la Asociación Canadiense de Estomaterapia (Canadian Association for Enterostomal Therapy, en lo sucesivo CAET por sus siglas en inglés) (www.caet.ca) establece las competencias teóricas y prácticas necesarias para ejercer como enfermera estomaterapeuta, y la CNA fija el estándar y los requisitos para la certificación de las especialidades de enfermería (www.cna-aiic.ca/CNA/nursing/certification/default_e.aspx).

En el Anexo R figuran programas de formación reconocidos para las enfermeras estomaterapeutas.

Recomendaciones para la organización y directrices

RECOMENDACIÓN 22

Las instituciones deben tener una enfermera estomaterapeuta con credenciales para el desarrollo de políticas y la gestión de los programas.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Los programas ETNEP como, por ejemplo, el ETNEP de la CAET, han sido aprobados por el Consejo Mundial de Estomaterapia (World Council of Enterostomal Therapy, en adelante WCET por sus siglas en inglés). El ETNEP de la CAET prepara a las enfermeras universitarias canadienses académica y clínicamente para manejar las ostomías, las heridas y la continencia. El programa se centra en la aplicación de los conocimientos y la pericia clínica como consultoras y/o cuidadoras directas de los pacientes con ostomías, heridas con complicaciones e incontinencia. Las funciones relacionadas incluyen la formación de los pacientes y del personal sanitario, así como la investigación, el desarrollo de políticas y la gestión. Tras completar un programa teórico interactivo en línea de 18 meses, que incluye un periodo de prácticas clínicas de 225 horas bajo la supervisión directa de un profesional especialista, la estudiante recibe un Certificado de Enfermera Estomaterapeuta. Este certificado le permite realizar el examen de certificación de enfermeras estomaterapeutas de la CNA para convertirse en una enfermera estomaterapeuta titulada en Canadá.

RECOMENDACIÓN 23

Todos los pacientes ostomizados y sus familias deben tener acceso a una educación sanitaria integral.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado y manejo de sus ostomías por parte de expertos durante toda la vida que les ayude a adaptarse a los cambios derivados de pasar a vivir con una ostomía (en el Anexo S, podrá encontrar la Carta de los Derechos de los Pacientes Ostomizados). El diseño, el desarrollo y la implantación de estos programas ha de reflejarse en una atención continuada. Los programas deben comenzar con un enfoque estructurado, integral y organizado del autocuidado, y del reconocimiento y la prevención de complicaciones.

RECOMENDACIÓN 24

Debe haber un mecanismo de transferencia de la información entre los centros sanitarios que facilite formar y atender al paciente de manera continua.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

En su mayoría, los cuidados y la educación sanitaria dirigida a los pacientes tras la intervención tienen lugar en el domicilio del paciente (residencias de ancianos, centros sociosanitarios, centros residenciales privados, etc.). Los pacientes se enfrentan a retos físicos y emocionales tras la cirugía. Por lo tanto, el intercambio de información entre el hospital y la comunidad respecto al estado de salud del paciente, su evolución tras la operación y la educación sanitaria en ostomías es esencial para garantizar una adaptación óptima (véanse los Anexos E y J).

RECOMENDACIÓN 25

Los centros sanitarios deben tener acceso a un equipo interdisciplinar de profesionales de la salud con conocimientos y aptitudes para ofrecer una atención de calidad en el manejo de la ostomía.

Nivel de Evidencia =IV

Discusión de la evidencia

Consulte la discusión de la evidencia de la recomendación n.º 3.

RECOMENDACIÓN 26

Las Guías de buenas prácticas en enfermería solo se pueden implantar satisfactoriamente si existe una adecuada planificación, recursos, respaldo institucional y administrativo, así como los medios oportunos. Es posible que las instituciones deseen desarrollar un plan para la implantación que incluya:

- La evaluación de la disposición institucional y de los obstáculos para la implantación, teniendo en cuenta las circunstancias de cada lugar de trabajo.
- La implicación de todos los miembros (bien sea con funciones de apoyo directo o indirecto) que contribuirán al procedimiento de implantación.
- Las oportunidades continuadas de debate y formación para reforzar la importancia de las buenas prácticas.
- La dedicación de un individuo cualificado para proporcionar el respaldo necesario para el proceso de formación e implantación.
- Las oportunidades para reflexionar sobre la experiencia personal e institucional en la implantación de las Guías.

Nivel de Evidencia = IV

Discusión de la evidencia

La RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadoras y gestoras) ha desarrollado la Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica (RNAO, 2002b), sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de la Herramienta para orientar en la implantación de la Guía de buenas prácticas en enfermería de la RNAO Cuidado y manejo de la ostomía. La implantación satisfactoria de las Guías de buenas prácticas requiere el seguimiento de un proceso de planificación estructurado y sistemático, y una sólida capacidad de liderazgo por parte de las enfermeras, que son capaces de transformar las recomendaciones basadas en la evidencia en directrices y procedimientos que tengan un efecto en las prácticas institucionales. La Herramienta de la RNAO (2002b) proporciona un modelo estructurado para la implantación de cambios en las prácticas. En el Anexo T se puede ver la descripción de la Herramienta.

Lagunas en la investigación e implicaciones para el futuro

Los expertos del equipo de desarrollo, durante la revisión de las pruebas sobre las que se fundamenta la presente Guía, han identificado varias lagunas en la literatura de investigación en materia de cuidado y manejo de la ostomía. Teniendo en cuenta estos vacíos de conocimiento, el equipo ha identificado las siguientes áreas de investigación prioritarias:

- Se requiere una mayor investigación relevante que valide las opiniones de los expertos y los conocimientos de impacto que conducirán a mejorar la práctica y los resultados relativos al cuidado y manejo de la ostomía.
- Es necesario seguir investigando en el campo del cuidado de la piel periestomal, particularmente, cuando aparecen complicaciones, y en las cuestiones de calidad de vida vinculadas a vivir con una ostomía.
- Se debe estudiar el efecto de simplificar los sistemas de bolsa sobre la capacidad de los pacientes para llegar al autocuidado de la ostomía, libre de cualquier sesgo potencial o percibido por parte de la industria farmacéutica.
- El efecto de la formación proporcionada por las enfermeras en relación a la capacidad de los pacientes para aprender, y poner en práctica y retener la información, y la influencia sobre la consecución de un autocuidado independiente de la ostomía.
- El impacto de la teoría de enfermería aplicada sobre la capacidad de los pacientes para lograr un autocuidado de la ostomía independiente.
- La eficacia de determinadas herramientas y estrategias de formación diseñadas para ayudar a los niños y a sus familias a adaptarse a vivir con una ostomía.
- La eficacia de recursos que se pueden encontrar en la red diseñados para ayudar a los niños y a sus familias a adaptarse a vivir con una ostomía.
- La eficacia de grupos de apoyo dentro del grupo de pacientes.

Aunque la lista anterior no es exhaustiva, pretende identificar y dar prioridad a algunas de las lagunas que han quedado en la investigación sobre la materia. Las recomendaciones de esta Guía se basan en la evidencia arrojada por investigaciones cualitativas o cuantitativas, mientras que otras se basan en consensos alcanzados por expertos.



Evaluación y seguimiento de la Guía

Se aconseja a las instituciones que están implantando las recomendaciones de esta Guía de buenas prácticas en enfermería, que se planteen cómo se va a realizar el seguimiento y la evaluación de la implantación y su impacto. La siguiente tabla, basada en el marco que establece la RNAO en su Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica (2002b) proporciona un ejemplo de cómo se puede usar esta matriz de la Herramienta.

OBJETIVO: Evaluar los apoyos necesarios, el proceso en cuestión y el efecto de las recomendaciones relacionadas con el cuidado y el manejo de la ostomía.

Nivel del Indicador	Estructura	Proceso	Resultado
	Lo que necesita	Cómo conseguirlo	Lo que ocurre
Institución	Cambios en políticas, procedimientos y prácticas	■ Examinar la cultura institucional para identificar los obstáculos y los apoyos para una cultura de prácticas basadas en la evidencia hacia el desarrollo y la prosperidad. ■ Revisar las directrices, procedimientos y prácticas relacionados con la ostomía.	■ Selección de un líder institucional para las prácticas basadas en la evidencia. ■ Buenas prácticas: un punto fijo del orden del día de los comités. ■ Las directrices, procedimientos y prácticas se reflejan en y apoyan las buenas prácticas en el cuidado de las ostomías.
	Cambios en la documentación	La documentación cambió para incluir: ■ Información de altas hospitalarias a nivel local (UOA) y proveedores de productos locales. ■ Cambios en la documentación interinstitucional para reproducir el grado de independencia en el autocuidado de los pacientes y los obstáculos que hay contra el dominio del autocuidado (incluyendo las complicaciones).	■ La documentación interinstitucional y de altas hospitalarias se refleja en la UOA, los proveedores, el nivel de independencia de los pacientes y las complicaciones identificadas.

Nivel del Indicador	Estructura	Proceso	Resultado
	Sistema de notificación de incidentes poco habituales	Intercambio de información con el equipo de cirujanos para que incluya: ■ Informes analizados por los comités apropiados, p.ej.: • comité mensual del equipo quirúrgico • comité para la seguridad de los pacientes • comité consultivo médico ■ Discusión individualizada. ■ Recopilación de las pruebas para debatirlas con el cirujano si se refieren a un problema recurrente.	■ Mayor uso de las enfermeras estomaterapeutas para informar y ubicar el estoma antes de la operación. ■ Menor índice de ingresos como consecuencia de complicaciones en el estoma o la zona periestomal. ■ Mayor uso de los centros de atención primaria para el manejo y el seguimiento continuado de las complicaciones producidas en las ostomías.
Proveedor de Cuidados	Enfermeras especializadas en el cuidado de las ostomías	■ Proporcionar una formación referente a productos, anatomía, complicaciones y consultas. ■ Realizar una encuesta al personal antes y después.	El informe sobre el personal aumentó la capacidad de prestar cuidados.
Paciente	Maximizar la independencia del paciente	La encuesta de satisfacción para los pacientes incluye cuestiones sobre el dominio del autocuidado y la independencia, continuidad y regularidad de los cuidados.	Los resultados de la encuesta muestran una mayor independencia y satisfacción de los pacientes.
Costes	Dinero destinado a la formación sobre ostomía	■ Enfermeras estomaterapeutas en plantilla o disponibilidad de estas enfermeras para consultas. ■ Los nuevos profesionales reciben formación en la orientación sobre ostomía. ■ Formación continuada sobre ostomías.	Dinero asignado a: ■ enfermeras estomaterapeutas. ■ orientación. ■ aprendizaje virtual interactivo.

Estrategias de implantación

La RNAO y el equipo de desarrollo de la Guía han recopilado una lista de estrategias de implantación que servirán de ayuda a las instituciones de atención sanitaria o a las disciplinas de la salud que están interesadas en la implantación de esta Guía. Dichas estrategias se resumen a continuación:

- Tener al menos una persona dedicada al proyecto, como una enfermera de práctica avanzada o una enfermera clínica, que proporcione apoyo, experiencia clínica y liderazgo. Dicha persona también debe tener una buena capacidad de comunicación interpersonal y gestión de proyectos.
- Llevar a cabo una evaluación de las necesidades de la institución relacionadas con el cuidado y el manejo de la ostomía con el fin de identificar los conocimientos actuales y las necesidades de formación futuras.
- La evaluación de las necesidades iniciales puede incluir un enfoque analítico, encuestas y cuestionarios, enfoques en formato de grupo (p.ej.: grupos focales) e incidentes relevantes.
- Establecer un comité directivo integrado por los principales colaboradores y miembros de equipos interdisciplinarios, comprometidos con liderar la iniciativa del cambio. Identificar los objetivos a corto y largo plazo. Mantener un plan de trabajo para realizar un seguimiento de las actividades, responsabilidades y plazos.
- Dirigir los cambios creando una nueva visión y desarrollar estrategias para alcanzar y mantener dicha visión.
- El diseño del programa ha de incluir:
 - población diana
 - objetivos
 - tipos de medidas de resultado
 - recursos necesarios (recursos humanos, instalaciones, material)
 - actividades de evaluación.
- Diseñar sesiones de formación y apoyo continuado para la implantación. Las sesiones de formación pueden consistir en presentaciones, una guía del facilitador, folletos y estudios de caso. Se pueden usar carpetas, pósters y tarjetas de bolsillo como recordatorios continuos de la formación. Las sesiones de formación del plan que son interactivas incluyen la resolución de problemas, abordar cuestiones que preocupan en ese momento y ofrecer la oportunidad de poner en práctica nuevos conocimientos (Davies & Edwards, 2004).
- Dar apoyo institucional para contar con las estructuras necesarias que faciliten la implantación. Por ejemplo, la contratación de personal de sustitución para evitar la distracción de los participantes por cuestiones laborales y tener una filosofía dentro de la institución que refleje el valor de las buenas prácticas a través de políticas y procedimientos. Desarrollar nuevas herramientas para la valoración y la documentación (Davies & Edwards, 2004).
- Identificar y respaldar a los defensores de las buenas prácticas designados en cada unidad para promover y apoyar la implantación. Celebrar los hitos y logros, y reconocer el trabajo bien hecho (Davies & Edwards, 2004).
- Las instituciones que implanten esta Guía deben adoptar una gama de estrategias de autoaprendizaje, aprendizaje en grupo, tutoría y refuerzos que, con el tiempo, aportarán conocimientos y confianza a las enfermeras en la implantación de esta Guía.
- Además de enfermeras cualificadas, la infraestructura necesaria para implantar esta Guía incluye el acceso a equipamiento especializado y a materiales de tratamiento. Se debe orientar al personal sobre el uso de productos y tecnologías específicas, así como planificar una formación de reciclaje continuo.

- El trabajo en equipo, la evaluación y la planificación del tratamiento en colaboración con el paciente y la familia y a través del trabajo interdisciplinario son elementos beneficiosos en la implantación correcta de las Guías. Si es necesario, los pacientes serán derivados a otros servicios o recursos comunitarios o bien dentro de la propia organización.

Aparte de las estrategias mencionadas anteriormente, la RNAO ha desarrollado otros recursos que se encuentran disponibles en su página web. Si se utiliza adecuadamente, la Herramienta para la implantación de las Guías puede resultar de gran utilidad. En el Anexo T se recoge una breve descripción de esta Herramienta. También puede consultar una versión completa del documento en formato pdf a través de la página web de la RNAO, www.rnao.org/bestpractices.

Proceso de actualización y revisión de la Guía

La RNAO propone actualizar la presente Guía de buenas prácticas en enfermería de la siguiente manera:

1. Un equipo de especialistas (el equipo de revisión) revisará la Guía cada tres años a partir de la fecha de la última serie de revisiones.
2. Durante el periodo de tres años transcurrido entre el desarrollo y la revisión, el personal del proyecto de la RNAO hará un seguimiento periódico en busca de nuevas revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados y controlados, y otras publicaciones relevantes en la materia.
3. Basándose en los resultados del seguimiento, el personal del proyecto recomendará el adelanto de la revisión. Es preciso consultar a un equipo compuesto por miembros del equipo de desarrollo y otros especialistas en la materia con el fin de facilitar la decisión sobre la necesidad de adelantar la revisión.
4. Tres meses antes de que se vaya a llevar a cabo la revisión de los tres años, el personal del proyecto empezará a planificar el proceso de revisión mediante:
 - a. La invitación a especialistas en la materia a que participen en el equipo de revisión. El equipo de revisión estará compuesto por miembros del equipo de desarrollo y de otros especialistas recomendados.
 - b. La recopilación de las opiniones recibidas, las dudas planteadas durante la fase de divulgación, así como otros comentarios y experiencias de los centros donde se ha implantado.
 - c. La recopilación de las nuevas guías de práctica clínica en la materia, revisiones sistemáticas, metaanálisis de documentos, revisiones técnicas, investigación mediante ensayos controlados aleatorizados y otras publicaciones relevantes.
 - d. El desarrollo de un plan de trabajo detallado con plazos y resultados esperados.
5. La publicación de la Guía revisada se llevará a cabo de acuerdo con las estructuras y los procedimientos establecidos.

Lista de referencias

- Addis, G. (2003). The effect of home visits after discharge on patients who have had an ileostomy or a colostomy. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(1), 26-33.
- American Dietetic Association and Dietitians of Canada (2000). *Manual of clinical dietetics 6th edition*. Chicago, IL: American Dietetic Association.
- Arumugam, P. J., Bevan, L., Macdonald, L., Watkins, A. J., Morgan, A. R., Beynon, J., et al. (2003). A prospective audit of stomas – analysis of risk factors and complications and their management. *Colorectal Disease*, 5(1), 49-52.
- Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (2008). *Evidence-based clinical practice guideline: Neonatal skin care 2nd edition*. Washington, DC: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Aukamp, V., & Sredl, D. (2004). Collaborative care management for a pregnant woman with an ostomy. *Complimentary Therapies in Nursing & Midwifery*, 10, 5-12.
- Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., & Nickeson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.
- Baldwin, C. M., Grant, M., Wendel, C., Rowl, S., Schmidt, C. M., Ko, C., et al. (2008) Influence of intestinal stoma on spiritual quality of life of US veterans. *Journal of Holistic Nursing*, 26(3), 185-194.
- Benjamin, H.C. (2002). Teaching the stoma care routine to a patient with low vision. *British Journal of Nursing*, 11(19), 1270-1277.
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12), 692-697.
- Black, P. & Hyde, C. (2004) Caring for people with a learning disability, colorectal cancer and stoma. *British Journal of Nursing*, 13(16), 970-975.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Ashkam, J., et al. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4), 236-248.
- Bohnenkamp, S. K., McDonald, P., Lopez, A. M., Krupinski, E., & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 1005-1010.
- Borwell, B. (1996). Colostomies and their management. *Nursing Standard*, 11(8), 49-55.
- Bourke, R. & Davis, E. (2002). Investigation of aspects of a government funded ostomy appliance scheme. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 22(1), 16-23.
- Bray L. & Sanders, C. (2006). Preparing children and young people for stoma surgery. *Paediatric Nursing*, 18(4), 33-37.
- Bressmer, S., Brown, J., Christanson, T., Cote, J., Cutting, D., Hoefflok, J., et al. (2008). *Basics of ostomy care*

for healthy professionals. Coloplast Canada: Mississauga, ON.

Broemeling, A., Watson, D., & Prebtani, F. (2008). Population patterns of chronic health conditions, comorbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly*, 11(3), 70-76.

Brown, H. & Randle, J. (2005). Living with a stoma: A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(11), 74-81.

Burch, J. (2006). Dietary considerations for the older ostomate. *Nursing and Residential Care*, 8(8), 354.

Burch, J. (2007). Dietary needs for care home residents with a stoma. *Nursing and Residential Care*, 9(8), 359-362.

Campo, C. J., Caparrós Sanz, R., Martín Bedia, L., Mendoza García, S., & Puente Muñoz, M. L. (2003). Psychological evaluation of patients with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23, 8-12.

Canadian Association for Enterostomal Therapy. (2008). *About CAET*. Retrieved February, 2009 from www.caet.ca/about.htm

Canadian Cancer Society/ National Cancer Institute of Canada (2008). *Canadian Cancer Statistics*. Toronto, On: Canadian Cancer Society.

Carlsson, E., Berglund, B., & Nordgren, S. (2001). Living with an ostomy and short bowel syndrome: Practical aspects and impact on daily life. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(2), 96-105.

Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: A randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), 504-509.

Cheng, W. S. (2001). Adapting a quality of life scale for those with a colostomy in Hong Kong: A preliminary study. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(3), 21-23.

Cheung, Y. L., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2003). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life after stoma surgery in colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 12(3), 254-266.

College of Nurses of Ontario (1999). *Standard for the therapeutic nurse-client relationship and registered nurses and registered practical nurses in Ontario*. Toronto, Canada: College of Nurses of Ontario.

Colwell, J. C. & Beitz, J. (2007). Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 57-69.

Colwell, J. C. & Gray, M. (2007). Does preoperative teaching and stoma site marking affect surgical outcomes in patients undergoing ostomy surgery? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(5), 492-496.

Colwell, J. C., Goldberg, M., & Carmel, J. (Eds.). (2004). *Fecal & urinary diversions: Management principles*. St. Louis, MO: Mosby Inc.

Cottam, J., Richards, K., Hasted, A., & Blackman, A. (2007). Results of a nationwide prospective audit of stoma complications within 3 weeks of surgery. *Colorectal Disease*, 9(9), 834-838.

Davies, B. & Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.

de Gouveia Santos, V. L., Chaves, E. C., & Kimura, M. (2006). Quality of life and coping of persons with temporary and permanent stomas. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 503-509.

Doughty, D. (2005). Principles of ostomy management in oncology patients. *Journal of Supportive Oncology*, 3(1), 59-69.

Duchesne, J. C., Wang, Y. Z., Weintraub, S. L., Boyle, M., & Hunt, J. P. (2002). Stoma complications: A multivariate analysis. *American Surgeon*, 68(11), 961-966.

Erwin-Toth, P. (1999). The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years on psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(2), 77-85.

Field, M. J. & Lohr, K. N. (Eds.). (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academy Press.

Floruta, C. V. (2001). Dietary choices of people with ostomies. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 28-31.

Gallagher, S. & Gates, J. (2004). Challenges of ostomy care and obesity. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 38-49.

Gooszen, A. W., Geelkerken, R. H., Hermans, J., Lagaay, M. B., & Gooszen, H. G. (2000). Quality of life with a temporary stoma: Ileostomy vs. colostomy. *Diseases of the Colon and Rectum*, 43(5), 650-655.

Gray, M., Colwell, J. C., & Goldberg, M. T. (2005). What treatments are effective for the management of peristomal hernia? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), 87-92.

Haugen, V., Bliss, D. Z., & Savik, K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(5), 525-535.

Health Canada. (2008). Canadian Nutrient File 2007b Version. Retrieved December 7, 2008, from <http://webprod.hc-sc.gc.ca/cnf-fce/index-eng.jsp>

Herlufsen, P., Olsen, A. G., Carlsen, B., Nybaek, H., Karlsmark, T., Laursen, T. N., et al. (2006). Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas. *British Journal of Nursing*, 15(16), 854-862.

Higgins, J. P. T. & Green, S. (Eds.). (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1*. Retrieved February 2009, from www.cochrane-handbook.org

Holzer, B., Matzel, K., Schiedeck, T., Christiansen, J., Christensen, P., Rius, J. et al. (2005). Do geographic and educational factors influence the quality of life in rectal cancer patients with a permanent colostomy? *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(12), 2209-2216.

International Ostomy Association Coordination Committee. (1993). *Charter of ostomates' rights*. Retrieved February 5, 2009, from www.ostomyinternational.org/aboutus.htm

Junkin, J. & Beitz, J. M. (2005). Sexuality and the person with a stoma: Implications for comprehensive WOC nursing practice. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(2), 121-128.

Kandel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, CA: Brooks-Cole.

Karadag, A., Menten, B. B., & Ayaz, S. (2005). Colostomy irrigation: Results of 25 cases with particular reference to quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 14(4), 479-485.

- Karadag, A., Menten, B. B., Uner, A., Irkorucu, O., Ayaz, S., & Ozkan, S. (2003). Impact of stomatherapy on quality of life in patients with permanent colostomies or ileostomies. *International Journal of Colorectal Disease*, 18(3), 234-238.
- Kerzner, H. (2001). *Project management: A systems approach to planning, scheduling, and controlling 7th edition*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kilic, E., Taycan, O., Belli, A. K., & Özmen, M. (2007). The effect of permanent ostomy on body image, self-esteem, marital adjustment, and sexual functioning. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4), 1-8.
- Kramer, P. (1987). Effect of specific foods, beverages and spices on amount of ileostomy output in human subjects. *American Journal of Gastroenterology*, 82(4), 327-332.
- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87.
- Kuzu, M.A., Topcu, O., Ucar, K., Ulukent, S., Unal, E., Erverdi, N., et al. (2002). Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 45(10), 1359-1366.
- Leininger, M. (1991). Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing*, 2(2), 32-39.
- Ma, N., Harvey, J., Stewart, J., Andrews, L., & Hill, A. G. (2007). The effect of age on the quality of life of patients living with stomas: A pilot study. *ANZ Journal of Surgery*, 77(10), 883-885.
- Mahjoubi, B., Moghimi, A., Mirzaei, R., & Bijari, A. (2005). Evaluation of the end colostomy complications and the risk factors influencing them in Iranian patients. *Colorectal Disease*, 7(6), 582-587.
- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: The Montreux Study. *Ostomy Wound Management*, 49(2), 48-55.
- McClees, N., Mikolaj, E. L., Carlson, S. L., & Pryor-McCann, J. (2004). A pilot study assessing the effectiveness of a glycerin suppository in controlled colostomy emptying. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 31(3), 123-129.
- McKenzie, F., White, C. A., Kendall, S., Finlayson, A., Urquhart, M., & Williams, I. (2006). Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of Nursing*, 15(6), 308-316.
- McVey, J., Madill, A., & Fielding, D. (2001). The relevance of lowered personal control for patients who have stoma surgery to treat cancer. *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 337-360.
- Miller, W. R. & Thoreson, C. E. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- National Health and Medical Research Centre (1998). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. Retrieved February 2009, from www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/_files/cp30.pdf
- Nordstrom, G. M. & Nyman, C. R. (1991). Living with a urostomy: A follow up with special regard to the peristomal-skin complications, psychosocial and sexual life. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 138, 247-251.
- Notter, J. & Burnard, P. (2006). Preparing for loop ileostomy surgery: Women's accounts from a qualitative

study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 147-159.

Nugent, K. P., Daniels, P., Stewart, B., Patankar, R., & Johnson, C. D. (1999). Quality of life in stoma patients. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42, 1569-1574.

Olejniak, B., Maciorkowska, E., Lenkiewicz, T., & Sierakowska, M. (2005). Educational and nursing problems of parents of children with stoma. *Roczniki Akademii Medycznej W Białymstoku*, 50(Suppl 1), 163-166.

Orbach, C. E. & Tallent, N. (1965). Modification of perceived body and of body concepts. *Archives of General Psychiatry*, 12, 126-135.

The Oryx Group. (2001). *The Canadian Ostomy Patient*. Pennington, NJ: The Oryx Group.

Park, J. J., Del, P. A., Orsay, C. P., Nelson, R. L., Pearl, R. K., Cintron, J. R., et al. (1999). Stoma complications: The Cook County Hospital experience. *Diseases of the Colon and Rectum*, 42(12), 1575-1580.

Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A. L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.

Persson, E. & Hellstrom, A. (2002). Experiences of Swedish men and women 6 to 12 weeks after ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 29(2), 103-108.

Persson E. & Larsson B. (2005). Quality of care after ostomy surgery: A perspective study of patients. *Ostomy Wound Management*, 51(8), 40-48.

Persson, E., Severinsson, E. & Hellstrom, A. L. (2004). Spouses perceptions of and reactions to living with a partner who has undergone surgery for rectal cancer resulting in a stoma. *Cancer Nursing*, 27(1), 85-90.

Pittman J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., et al. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(5), 493-503.

Piwonka, M. A. & Merino, J. M. (1999). A multidimensional modeling of predictors influencing the adjustment to a colostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 26(6), 298-305.

Price, A., Allen, L., & Atwood, T. (1989). Healthcare practitioners help ostomy patients adjust nutritionally. *Ostomy Wound Management*, 24, 30-41.

Prieto, L., Thorsen, H., & Juul, K. (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 62.

Pringle, W. & Swan, E. (2001). Continuing care after discharge from hospital for stoma patients. *British Journal of Nursing*, 10(19), 1275-1288.

Redman, B. K. (2004). *Patient self-management of chronic disease: The health care provider's challenge*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002, revised 2006). *Establishing therapeutic relationships*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Registered Nurses' Association of Ontario (2002b). *Toolkit: Implementation of clinical practice guidelines*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Reynaud, S. N. & Meeker, B. J. (2002). Coping styles of older adults with ostomies. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(5), 30-36.

- Richbourg, L., Thorpe, J. M., & Rapp, C. G. (2007). Difficulties experienced by the ostomate after hospital discharge. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(1), 70-79.
- Ross, L., Abild-Nielsen, A. G., Thomsen, B. L., Karlsen, R. V., Boesen, E. H., & Johansen, C. (2007). Quality of life of Danish colorectal cancer patients with and without a stoma. *Supportive Care in Cancer*, 15(5), 505-513.
- Salter, M. (1992). Aspects of sexuality for patients with stomas and continent pouches. *Journal of Enterostomal Therapy Nursing*, 19(4), 126-130.
- Salvadarena, G. (2008). Incidence of complications of the stoma and peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy and urostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(6), 596-607.
- Scarpa, M., Barollo, M., Polese, L., & Keighley, M.R. (2004). Quality of life in patients with an ileostomy. *Minerva Chirurgica*, 59(1), 23-29.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2008). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Edinburgh, UK: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
- Symms, M. R., Rawl, S. M., Grant, M., Wendel, C. S., Coons, S. J., Hickey, S., et al. (2008). Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(1), 30-40.
- Tseng, H. C., Wang, H. H., Hsu, Y. Y., & Weng, W. C. (2004). Factors related to stress in outpatients with permanent colostomies. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 20(2), 70-77.
- Turnbull, G.B. (2007). Special consideration for patients in a wheelchair. *Ostomy Wound Management*, 53(6), 8.
- United Ostomy Association of Canada, Personal Communication, September 22, 2008
- University of British Columbia (2008). *Searching for Grey Literature*. Retrieved July 31, 2008, from <http://toby.library.ubc.ca/subjects/subjpage2.cfm?id=877>
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society (2007). ASCRS and WOCN joint position statement on the value of preoperative stoma marking for patients undergoing fecal ostomy surgery. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 34(6), 627-628.
- Wound, Ostomy and Continence Nurses Society. (2007, June). Ostomy Consensus Session at the annual conference of the Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, Salt Lake City, UT.
- Wu, H. K.-M., Chau, J. P.- C., & Twinn, S. (2007). Self-efficacy and quality of life among stoma patients in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 30(3), 186-193.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., Cole, B. F., Rye, M. S., Butter, E. M., Belavich, T. G., et al. (1997). Religion and spirituality: Unfuzzifying the fuzzy. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36(4), 549-564.

Bibliografía

- Barr, J. E. (2004). Assessment and management of stomal complications: A framework for clinical decision making. *Ostomy Wound Management*, 50(9), 50-52.
- Bass, E., DelPino, A., Tan, A., Pearl, R., Orsay, C., Abcarian, H. (1996). Does preoperative stoma marking and education by the Enterostomal Therapist affect outcomes? *Journal of Diseases of Colon and Rectum*, 40(4), 440-442.
- Bastable, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Bekkers, M., VanKnippenberg, F., VandenBorne, H. (1995). Psychological adaptation to stoma surgery. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 1-3.
- Bosio, G., Pisani, F., Lucibello, L., Fonti, A., Scrocca, A., Morandell, C., et al. (2007). A proposal for classifying peristomal skin disorders: Results of a multicenter observational study. *Ostomy Wound Management*, 53, 38-43.
- Breckman, B. (2005). *Stoma care and rehabilitation*. Exeter Devon, UK: Churchill Livingstone.
- Breckman, B. (1981). *Stoma care: A guide for nurses, doctors and other health care workers*. Buckinghamshire, UK: Beaconsfield Publishers.
- Brown, C. B. (2001) Ostomy nursing practice and research: A clinician's perspective. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 4-5.
- Bulman, J. (2001). Changes in diet following the formation of a colostomy. *British Journal of Nursing*, 10(3), 179-186.
- Colwell, J. C. & Fichera, A. (2005). Care of the obese patient with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(36), 378-383.
- Constable, S. B. (2008). *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice (3rd edition)*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Gallo-Silver, I., Maydick-Youngberg, D., & Weiner, M. (2005) Ostomy surgeries. In H.H. Zaretsky, E.F. Richter, & M.G. Eisenberg (Eds.), *Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional*. (pp.427-443). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Gartner, A. & Riesman, F. (1976). Self-help models and consumer intensive health practice. *American Journal of Public Health*, 66(8), 783-786.
- Hampton, B. G., & Bryant, R. A. (Eds.). (1992). *Ostomies and continent diversions: Nursing management*. St Louis, MO: Mosby.
- Haugen, V., Bliss, D. Z., & Savik, K. (2006). Perioperative factors that affect long-term adjustment to an incontinent ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33, 525-535.
- Hui-qin, Z. (2003). Analysis of anxiety status in permanent colostomy patients 11-16 days post-operatively. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 23(4), 42-43.
- Jeffries, E., Joels, J., Wood, J., Butler, M., Callum, R., Little, G., et al. (1995). A service evaluation of stoma care nurses' practice. *Journal of Clinical Nursing*, 4(4), 235-242.

- Jenks, J., Morin, K., Tomaselli, N. (1997). The influence of ostomy surgery on body image in patients with cancer. *Applied Nursing Research*, 10(4), 174-180.
- Jepson, R. G. & Craig, J. C. (2008). Cranberries for preventing urinary tract infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(4).
- Jeter, K.F. (1982). Perioperative teaching and counseling. *Cancer*, 70(s3), 1346-1349.
- Jones, E. (1991). Nursing patients having cancer surgery. In R. Tiffany, & D. Borley (Eds.), *Oncology for Nurses and Healthcare Professionals*. London, Harper Collins.
- Kandel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Beach Grove, CA: Brooks-Cole.
- Kelly, M. (1987). Adjusting to Ileostomy. *Nursing Times*, 18, 29-31.
- Klopp, A. L. (1990). Body image and self-concept among individuals with stomas. *Journal of Enterostomal Therapy*, 17(3), 98-105.
- Lewis, S. J., Egger, M., Sylvester, P. A., & Thomas, S. (2001). Early enteral feeding versus "nil by mouth" after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *British Medical Journal*, 323(7316), 773-776.
- Lichenthal, C. (1990). Self study model on readiness to learn. In S. B. Bastable, *Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice 3rd edition*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Makela, J. T., Turku, P. H., & Laitinen, S. T. (1997). Analysis of late stomal complications following ostomy surgery. *Annales chirurgiae et gynaecologiae*, 86(4), 305-310.
- Martinez, L. A. (2005). Self-care for stoma surgery: Mastering independent stoma self-care skills in an elderly woman. *Nursing Science Quarterly*, 18(1), 66-69.
- McKenzie, F. (1988). Sexuality after total pelvic exentuation. *Nursing Time*, 84(20), 27-30.
- Nichols, T. R. & Reimer, M. (2008). The impact of stabilizing forces on postsurgical recovery in ostomy patients. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 35(3), 316-320.
- Norwell, R. (1991). Body image disturbance: Cognitive behavioural formulation and intervention. *Journal of Advance Nursing*, 16(12), 1400-1403.
- O'Brien, B. K. (1999). Coming of age with an ostomy. *American Journal of Nursing*, 99(8), 71-74, 76.
- O'Connor, G. (2005). Teaching stoma-management skills: The importance of self-care. *British Journal of Nursing*, 14(6), 320-324.
- O'Shea, H. S. (2001). Teaching the adult ostomy patient. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 28(1), 47-54.
- Persson, E., Gutavsson, B., Hellstrom, A.L, Fridstedt, G., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Information to the relatives of people with ostomies: Is it satisfactory and adequate? *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, (32)4, 238-244.
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellstrom, A. L., Lappas, G., & Hulten, L. (2005). Ostomy patients' perceptions

of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.

Pieper, B. & Mikols, C. (1996). Pre-discharge and post discharge concerns of persons with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 23(2), 105-109.

Pinter, F. (2001). Stoma care is far more than simply applying a bag. *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, 21(4), 26-27.

Ratliff, C. R. & Donovan, A. M. (2001). Frequency of peristomal complications. *Ostomy Wound Management*, 47(9), 26-29.

Ratliff, C. R., Scarano, K. A., Donovan, A. M., & Colwell, J. C. (2005). Descriptive study of peristomal complications. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 32(1), 33-37.

Registered Nurses' Association of Ontario. (2006). *Crisis Intervention*. Toronto, Canada: Registered Nurses' Association of Ontario.

Rolstad, B.S. (1996). Principles and techniques in the use of convexity. *Ostomy Wound Management*, 42(1), 24-32.

Roper, N., Logan, W., & Tiernay, A. (1985). *The elements of nursing (2nd edition)*. London: Churchill Livingstone.

Rubin, G. P. & Devlin, H. B. (1987). The quality of life with a stoma. *British Journal of Hospital Medicine*, 38(4), 300-303, 306.

Schultz, J. C. (2002). Preparing the patient for colostomy care: A lesson well learned. *Ostomy Wound Management*, 48(10), 22-25.

Sredl, D. & Aukamp, V. (2006) Evidence-based nursing care management for the pregnant woman with an ostomy. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 33(1), 42-49.

Stokes, S. A. & Motta, G. J. (1982). The geriatric patient. In D. C Bradwell, & B. S. Jackson (Eds.), *Principles of Ostomy Care*. St. Louis, MO: Mosby.

Tjandra, J. J., Kilkenny, J. W., Buie, W. D., Hyman, N., Simmang, C., Anthony, T., et al. (2005). Practice parameters for the management of rectal cancer (revised). *Diseases of the Colon and Rectum*, 48(3), 411-423.

Tsukada, K., Tokunaga, K., Iwama, T., Mishima, Y., Tazawa, K., & Fujimaki, M. (1994). Cranberry juice and its impact on peristomal skin conditions for urostomy patients. *Ostomy Wound Management*, 40(9), 60-67.

Turnbull, G.B. (1998). The ostomy assessment inventory: A data gathering process to enhance appropriate pouching system selection. *Ostomy Wound Management*, 44(2), 28-37.

Turnbull, G.B. (2002) The ostomy files: A one- or two-piece pouching system? *Ostomy Wound Management*, 48(11), 16-18.

Turnbull, G.B. (2004). The ostomy files: Using intellect and judgement at the table. *Ostomy Wound Management*, 50(5), 15-16.

Turnbull, G.B. (2007). An alternative solution for difficult-to-manage colostomies in the descending and sigmoid colon. *Ostomy Wound Management*, 53(8), 12.

Turnbull, G.B. (2007). A pressure ulcer and an ostomy: An unlikely combination? *Ostomy Wound Management*, 53(5), 10-12.

United Ostomy Association of Canada (2007). *Visitor training guidelines for chapters*. Toronto, Canada: United Ostomy Association of Canada.

Wade, B. E. (1990). Colostomy patients: Psychological adjustment at 10 weeks and 1 year after surgery in districts which employed stoma care nurses and districts which did not. *Journal of Advance Nursing*, 15(11), 1297-1304.

Watson, P. (1985). Meeting the needs of patients undergoing ostomy surgery. *Journal of Enterostomal Therapy*, 12(4), 121-124.

White, C. A., & Hunt, J. C. (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 79(1), 3-7.

Wright, J. (2008). Managing retracted stomas. *Journal of Community Nursing*, 22(5), 16-21.

Anexo A: Glosario de términos

Colaborador: Individuo, grupo u organización con un interés particular en las decisiones y acciones llevadas a cabo por las instituciones y que puede tratar de ejercer su influencia sobre las mismas (Baker et al, 1999). Entre los colaboradores se encuentran todos los individuos o grupos afectados directa o indirectamente por la modificación o solución del problema.

Consenso: Un proceso para la toma de decisiones, y no un método científico para alcanzar nuevos conocimientos. El desarrollo del consenso hace el mejor uso posible de la información disponible, ya se trate de datos científicos o de la sabiduría colectiva conocimiento de los participantes (Black et al., 1999).

Ensayos aleatorizados controlados: Ensayos clínicos que implican al menos un tratamiento de prueba y un tratamiento control, la inscripción y el seguimiento de los grupos del tratamiento de prueba y control simultáneamente, y en los que los tratamientos que se van a administrar se seleccionan mediante un proceso aleatorio.

Guías de práctica clínica o Guías de buenas prácticas: Declaraciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención sanitaria más adecuada en circunstancias (prácticas) clínicas específicas (Field & Lohr, 1990).

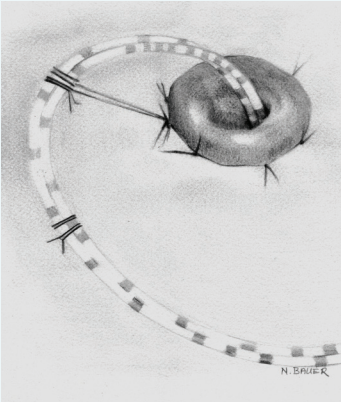
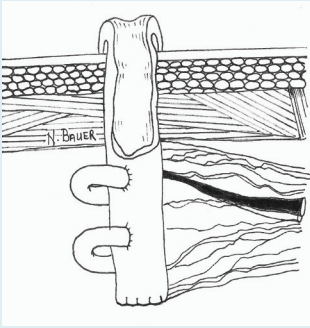
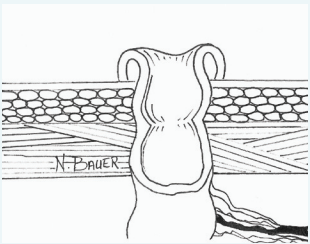
Recomendaciones sobre formación: Informe de las necesidades de formación y planteamientos o estrategias de formación para la introducción, implantación y sostenibilidad de la Guía de buenas prácticas.

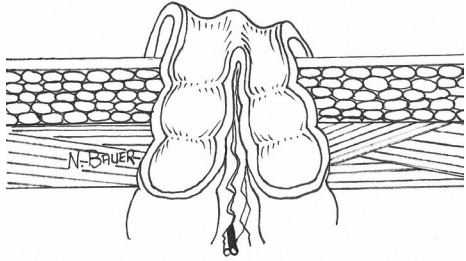
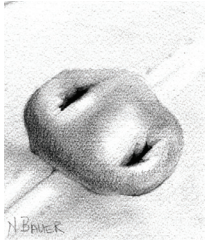
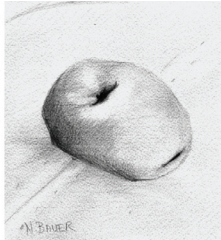
Recomendaciones para las instituciones y directrices: Informe de los requisitos para garantizar que los centros sanitarios permitan la correcta implantación de la Guía de buenas prácticas. En gran medida, las condiciones para que esto funcione dependen de la organización. No obstante, la responsabilidad también puede recaer en mayor escala sobre la política a nivel gubernamental o social.

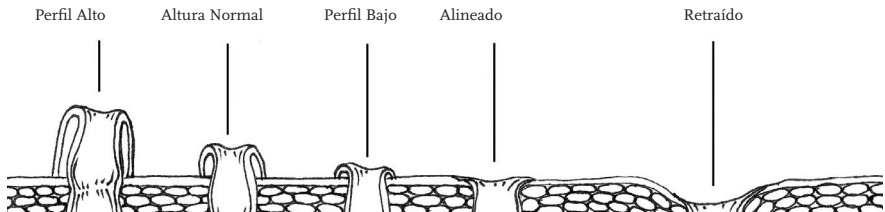
Recomendaciones para la práctica: Informes de buenas prácticas basados en la evidencia y orientados a la práctica clínica.

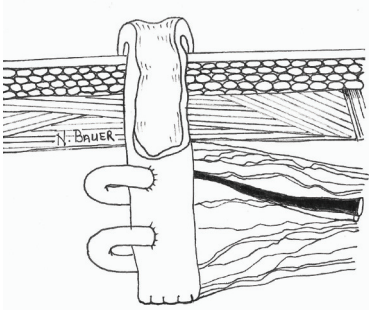
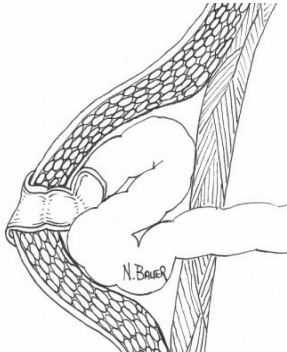
Revisión sistemática: Aplicación de un enfoque científico riguroso en la preparación de un artículo de revisión (National Health and Medical Research Centre, 1998). Las revisiones sistemáticas indican si los efectos de los cuidados sanitarios son congruentes, si los resultados de las investigaciones pueden aplicarse a distintos grupos de población, entornos y con variaciones de tratamiento (por ejemplo, las dosis), y si los efectos pueden variar de forma significativa. El uso de una metodología explícita y sistemática en las revisiones limita la parcialidad (errores sistemáticos) y reduce los efectos fruto del azar, lo que proporciona unos resultados más fiables sobre los que sacar conclusiones y tomar decisiones (Higgins & Green, 2008).

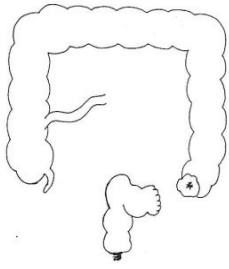
Anexo B: Glosario de términos clínicos

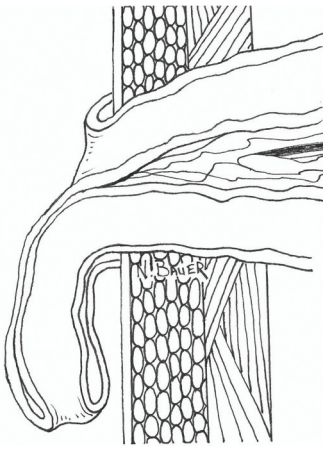
Bolsa (Dispositivo)	Receptáculo impermeable que recolecta los residuos (es decir, la orina o las heces).
Candidiasis periestomal	Sobrecrecimiento de un organismo fúngico de una magnitud suficiente como para provocar, la inflamación, infección o enfermedad en la piel periestomal.
Catéter o “Stent”	Cualquier material o dispositivo usado para sujetar tejido, en su sitio, para mantener abiertos los vasos sanguíneos o para soportar un injerto o una anastomosis durante el proceso de cicatrización. P. ej.: soporta la anastomosis o evita la obstrucción provocada por un edema de los uréteres en los puntos de inserción del íleon tras la formación de un conducto ileal.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Cinturones/Fajas	En el Anexo O podrá encontrar sistemas de bolsa y accesorios.
Colitis ulcerosa	Inflamación ulcerosa de la capa mucosa y submucosa del colon caracterizada por remisiones y agravamientos (brotes).
Colectomía	Extirpación parcial o total del colon.
Colostomía	Abertura quirúrgica en la que se pasa un extremo del colon a través de la pared abdominal hasta la superficie cutánea de dicha pared. Las colostomías también se pueden definir en términos de construcción, ubicación y permanencia.
Conducto ileal (Urostomía)	Procedimiento de desviación del flujo urinario mediante el transplante de los uréteres en un segmento preparado y aislado del íleon que tiene uno de sus extremos cerrado mediante sutura. El otro extremo está conectado a una abertura de la pared abdominal. La creación de un conducto ileal es la urostomía más común. La parte del intestino producirá mucosidad.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Construcción de una ostomía terminal	Ostomía en la que el extremo proximal cortado del colon adopta la forma de un estoma y el colon distal es resecado o cerrado.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.

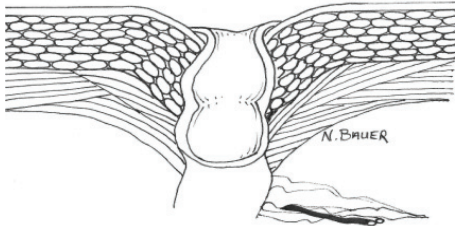
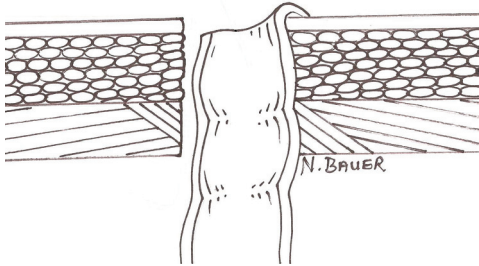
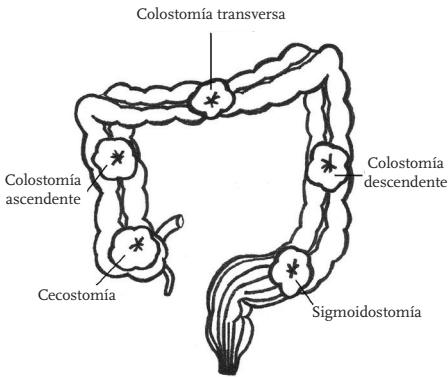
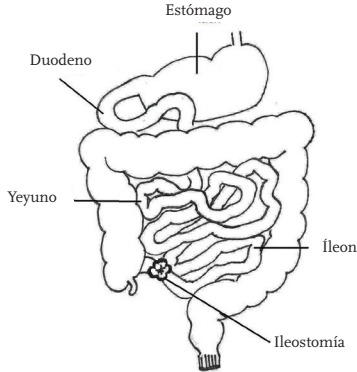
Construcción de una ostomía en asa	Se realiza habitualmente en el colon transverso. La ostomía en asa se puede realizar en el intestinogrueso y delgado. Se trata de un estoma con dos aberturas. Por una salen las heces y por la segunda, mucosidad.  Vista transversal Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.   Vista superficial Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Convexidad	Superficie que está curvada o redondeada hacia afuera; aplica una tensión en la piel, alisando el contorno de la piel periestomal que hace que el estoma sobresalga más. Puede estar integrada (como parte del disco o placa) o ser añadida (anillos de barrera). En el Anexo O podrá encontrar sistemas de bolsa y accesorios.
Denudamiento	Piel intensamente roja; cualquier erosión o ulceración superficial producida mecánica o químicamente.
Derivación	Construcción quirúrgica de una vía alternativa para los residuos del tracto GI o del tracto urinario; se puede describir como “continente o incontinente”.
Dermatitis	Véase la dermatitis periestomal de contacto (alérgica o irritante).
Dermatitis periestomal de contacto (alérgica)	Cualquier inflamación de la piel que se crea que está provocada por una reacción alérgica hacia uno o más componentes de un producto (sistemas de bolsa y/o accesorios).
Dermatitis periestomal de contacto (irritante)	Lesión cutánea provocada por el contacto con el drenaje fecal o urinario.
Dispositivo	También denominado sistema de bolsa. En el Anexo O podrá encontrar sistemas de bolsa y accesorios.
Electrolito	Sal ionizada que se encuentra en la sangre, fluidos tisulares y células. Entre estas sales se incluye el sodio, el potasio y el cloro.

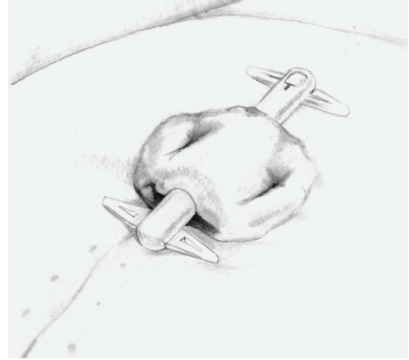
Enfermedad de Crohn	Inflamación y ulceración que aparece habitualmente en la parte terminal del íleon y/o intestino delgado.
Enfermedad inflamatoria intestinal	Nombre que recibe una serie de trastornos crónicos recurrentes del tracto gastrointestinal de etiología desconocida. Véase colitis ulcerosa y/o enfermedad de Crohn.
Enfermera capacitada en heridas, ostomía y continencia (WOCN)	Véase Enfermera estomaterapeuta.
Enfermera especialista en ostomía	Véase Enfermera estomaterapeuta.
Enfermera estomaterapeuta	Enfermera universitaria con conocimientos avanzados y preparación en habilidades clínicas obtenidos a partir de un programa de formación y certificación reconocido para el manejo de las ostomías, las heridas y la incontinencia.
Enfermera terapeuta enterostomal	Véase Enfermera estomaterapeuta.
Estenosis	El estrechamiento o la contracción del estoma en la piel o la fascia que afecta al drenaje de los residuos.
Estoma	De la palabra griega “boca”; abertura quirúrgica para el drenaje de residuos.
Estoma alineado	Estoma que está nivelado con la piel. Véase el Anexo O sobre sistemas de bolsa. Elevación del estoma – Perfiles transversales 

Fístula mucosa	Parte no funcional del intestino llevada a la superficie de la piel. Generalmente, la fístula mucosa tendrá un perfil inferior al de la ostomía en funcionamiento. Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.	
Foliculitis	Inflamación de uno o varios folículos provocada habitualmente por <i>Staphylococcus aureus</i>.	
Granuloma	Se presenta como un tejido friable, habitualmente, en pequeñas formas redondeadas en relieve esparcidas en la unión mucocutánea. Puede producirse por la retención o reacción al material de sutura.	
Hernia periestomal o paraestomal	La hernia paraestomal es un defecto de la fascia que hace que las curvas intestinales sobresalgan hacia la zona afectada. Al crearse un estoma, se realiza una abertura en la fascia para permitir el avance del intestino. En algunos pacientes este defecto se puede agrandar, haciendo que el intestino sobresalga. Se puede sujetar con un cinturón ancho o una faja abdominal; o puede que su corrección requiera una intervención quirúrgica.	
Hiperplasia	Proliferación excesiva de células normales en el tejido normal de un órgano.	
Ileostomía	Conducto quirúrgico a través de la pared abdominal mediante el que se saca al exterior un segmento del íleon. Se puede crear un estoma terminal o un estoma en asa.	
Irrigación del colon intestino grueso	Procedimiento para infundir líquido en un estoma fecal con el fin de provocar la evacuación de las heces antes de una operación quirúrgica o como alternativa al sistema de bolsa en determinados pacientes.	
Karaya	Véase el Anexo O sobre los sistemas de bolsa y accesorios.	
Lesiones pseudoverrugasas	Lesión en forma de verruga de la zona periestomal.	
Localización del estoma (preoperatoria)	Selección de la ubicación ideal del estoma sobre el abdomen antes de la cirugía, realizada por un profesional sanitario, habitualmente, una enfermera estomaterapeuta o el cirujano para intentar evitar futuras complicaciones en el estoma y problemas con la bolsa.	

Obstrucción intestinal	Oclusión total o parcial del intestino grueso o delgado.
Operación de Hartmann	[Henri Hartmann, Fr. Cirujano, 1860–1952]. Extirpación quirúrgica de una parte afectada del colon distal o recto proximal con la formación de una colostomía terminal, acompañada por la sutura del resto de recto o colon distal. Este procedimiento puede ser la primera etapa de una operación que consta de dos partes, de manera que posteriormente se vuelvan a conectar la colostomía y la parte suturada. La operación de Hartmann se emplea más comúnmente en pacientes debilitados o en circunstancias en las que la anastomosis primaria o la extirpación del segmento distal completo no sean apropiadas.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Ostomía	Intervención quirúrgica que produce una abertura entre el tracto urinario o gastrointestinal y la piel.
Ostomía permanente	Ostomía que nunca se cerrará.
Ostomía temporal	Lo habitual es que el plan quirúrgico contemple una reconexión del intestino y un cierre de la ostomía.
Peristaltismo	Movimiento ondulatorio progresivo involuntario de los órganos tubulares del cuerpo, especialmente, del canal alimentario que impulsa su contenido hacia delante.
Pioderma Gangrenoso	Forma rara de presentación ulcerosa o clásica de la enfermedad. Se presenta en forma pústulas rodeadas por un borde inflamado que progresan rápidamente a úlceras de base granular o costrosa y borde violáceo en relieve.
Plano o piel periestomal	Superficie cutánea de 10 x 10 cm que rodea a un estoma abdominal.
Proctocolectomía	Extirpación quirúrgica del colon y del recto.

Prolapso (a través del estoma)	Complicación de una cirugía de ostomía que provoca la caída del intestino a través del estoma. Este tipo de prolapso puede ser de longitud variable. Es más común en las construcciones de ostomías en asa transversas. Véase Construcción de ostomía en asa. Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada. 
Reborde	Véase el Anexo O sobre sistemas de bolsa y accesorios
Recursos de formación	Libros, revistas, vídeos, CD, páginas web, dispositivos de aprendizaje, programas informáticos.
Recursos financieros	Ayuda estatal, seguros, apoyo de la industria, asociaciones
Recursos humanos	Conocimientos, habilidades, pericias especializadas y talento de los profesionales de la salud (Kerzner, 2001).
Recursos sociales	Grupos de autoapoyo, boletines informativos, conferencias, campamentos, familia, otros recursos de apoyo.
Recursos organizativos	Infraestructura de organización sanitaria; hospitales, centros ambulatorios, centros comunitarios, profesionales e industria.
Relación terapéutica	Relación intencional con el objetivo de promover los mejores intereses y resultados el paciente.
Resección abdominoperineal (RAP)	Procedimiento para la extirpación de un cáncer rectal que utiliza la vía abdominal y perineal. El procedimiento implica la extirpación del recto, ano y ganglios linfáticos perirrectales.
Residuos	Secreción de orina o de heces.

Retracción (estoma retraído)	Desaparición del abultamiento normal del estoma hasta o por debajo de la piel. Puede ser intermitente: los pacientes pueden ver cómo el estoma desaparece al sentarse o cuando el intestino está en funcionamiento. Véase estoma alineado – Elevación del estoma.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Separación mucocutánea	El desprendimiento del estoma de la piel. Puede estar provocado por una mala cicatrización, una tensión sobre el intestino o una infección superficial.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Sistemas de bolsa (sistemas de ostomía de tipo bolsa)	Compuestos por un disco o placa y un dispositivo colector para recoger el material drenado (residuos) y proteger la piel. Los sistemas de bolsa son de una o dos piezas. La bolsa está sujeta al disco, que se adhiere al abdomen, y está colocada sobre y alrededor del estoma para recoger las heces y la orina. Véase el Anexo O sobre sistemas de bolsa y accesorios.
Ubicación del estoma	Colostomía  Colostomía transversa Colostomía ascendente Cecostomía Colostomía descendente Sigmoidostomía Ileostomía  Estómago Duodeno Yeyuno Ileon Ileostomía Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Unión mucocutánea	La unión entre la piel y una membrana mucosa como puede ser un estoma.

United Ostomy Association of Canada (UOAC)	Organización de voluntarios dedicada a ayudar a todas las personas que tienen que vivir con derivaciones gastrointestinales o urinarias mediante la prestación de servicios de apoyo emocional, de formación e informativos por parte de sus afiliados, familia, cuidadores asociados y público en general.
Urostomía	Véase Conducto ileal.
Válvula antirreflujo	Válvula incorporada en los dispositivos de urostomía. Esta válvula evita que la orina vuelva a los riñones una vez que haya sido drenada a la bolsa.
Varilla	Cualquier material o dispositivo de soporte usado en la construcción de una ileostomía en asa. Se coloca bajo una curva del intestino exteriorizado para que mantenga su posición sobre la superficie abdominal. Véase Construcción de ostomía en asa.  Ilustración de Nancy Bauer, HBA, HB Admin, RN, ETN. Publicación autorizada.
Visitante ostomizado	Persona con una ostomía que ha completado un programa de formación y visita a pacientes antes y/o después de ser sometidos a una cirugía de ostomía. Más que información sobre medicina, el visitante da apoyo y consejos prácticos.

Anexo C: Proceso de desarrollo de la Guía

La RNAO, con la financiación del Gobierno de Ontario, se ha embarcado en un proyecto plurianual de desarrollo, implantación piloto, evaluación, difusión y mantenimiento de Guías de buenas prácticas en enfermería. Uno de los campos en los que se ha hecho especial énfasis es en las intervenciones de las enfermeras relacionadas con el cuidado y el manejo de las ostomías. Este trabajo se llevó a cabo de forma independiente de cualquier influencia o sesgo del Gobierno de Ontario.

En enero de 2008, un equipo internacional multidisciplinar de enfermeras y profesionales sanitarios afines con experiencia en la práctica, la formación y la investigación en el cuidado y el manejo de las ostomías, y procedentes de diferentes ámbitos sanitarios, se reunieron bajo los auspicios de la RNAO. El equipo debatió acerca del cometido de su trabajo, y se alcanzó un acuerdo sobre los objetivos de la Guía de buenas prácticas.

Por consiguiente, se llevó a cabo una búsqueda de la literatura existente en materia de Guías de buenas prácticas, revisiones sistemáticas, estudios de investigación destacados y páginas web. No se encontraron Guías de buenas prácticas. Como parte del riguroso proceso de desarrollo de las Guías para el programa de Guías de buenas prácticas clínicas, se realizó una revisión sistemática. En el Anexo D, podrá encontrar los datos sobre la estrategia de búsqueda y los resultados.

Los miembros del equipo debatieron los resúmenes de evidencias y los artículos clave, y llegaron a un consenso sobre la mejor evidencia disponible en la que basarse para hacer las recomendaciones. Entonces el equipo se dividió en subgrupos de expertos en la materia a efectos de redactar un borrador de las recomendaciones sobre las intervenciones de las enfermeras. Este proceso dio lugar al desarrollo de recomendaciones para la práctica, la formación, la organización y las directrices. Los miembros del equipo revisaron conjuntamente el borrador de las recomendaciones, debatieron sobre las lagunas existentes, revisaron la evidencia y llegaron a un consenso sobre un conjunto final de recomendaciones.

Este borrador fue revisado y comentado por colaboradores externos (en la página 14 de este documento se pueden ver los agradecimientos a los revisores). Los colaboradores consistieron en varios grupos de profesionales sanitarios, pacientes, familiares y asociaciones profesionales. Los colaboradores externos recibieron preguntas específicas sobre las que aportar sus comentarios, así como la oportunidad de ofrecer su asesoramiento e impresiones generales.

El equipo de desarrollo recopiló y revisó los comentarios de los colaboradores, y el debate y el consenso dieron como resultado una serie de revisiones del borrador final antes de la publicación.

Anexo D: Proceso de revisión sistemática y estrategia de búsqueda

La estrategia de búsqueda utilizada durante el desarrollo de esta Guía se centró en dos áreas clave. Una fue la búsqueda estructurada en la web para identificar las Guías de buenas prácticas publicadas sobre el tema del cuidado y el manejo de la ostomía; y la segunda fue la revisión de la literatura con el fin de identificar los principales estudios, metaanálisis y revisiones sistemáticas publicados en la materia desde 1998 a 2008.

Parte 1: Búsqueda de Guías

Uno de los miembros del equipo buscó una lista de las páginas web cuyos contenidos estaban relacionados con la materia en diciembre de 2007. Esta lista de direcciones se confeccionó según los conocimientos existentes en las páginas web sobre la práctica basada en la evidencia, los creadores de Guías conocidas y las recomendaciones de la literatura. Se indicó la presencia o la ausencia de Guías en cada dirección y fecha de búsqueda. En ocasiones, las páginas web no albergaban Guías, pero dirigían a otra página web o fuente para acceder a una de ellas. Se descargaron las Guías cuyas versiones completas estaban disponibles en las páginas y el resto fueron solicitadas por teléfono o correo electrónico.

- Agency for Healthcare Research and Quality: www.ahrq.gov
- Alberta Medical Association – Clinical Practice Guidelines: www.albertadoctors.org
- American College of Chest Physicians: www.chestnet.org/education/hsp/guidelinesProducts.php
- American Medical Association: www.ama-assn.org
- Bandolier Journal: www.medicine.ox.ac.uk/bandolier
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: www.bcguidelines.ca/gpac
- British Medical Journal – Clinical Evidence: www.clinicalevidence.com/ceweb/conditions/index.jsp
- Canadian Centre for Health Evidence: www.cche.net/che/home.asp
- Canadian Cochrane Network and Centre: www.ccn.cochrane.org
- Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment: www.ccohta.ca
- Canadian Institute of Health Information: www.cihi.ca
- Canadian Task Force on Preventive Health Care: www.ctfphc.org
- Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov
- Centre for Evidence-Based Mental Health: <http://cebmh.com>
- Centre for Health Evidence: www.cche.net/che/home.asp
- Centre for Health Services and Policy Research: www.chspr.ubc.ca
- Clinical Resource Efficiency Support Team (CREST): www.crestni.org.uk
- CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines: <http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp>
- Cochrane Database of Systematic Reviews: www.update-software.com/publications/cochrane
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE): www.crd.york.ac.uk/crdweb
- Evidence-based On-Call: www.eboncall.org
- Guidelines Advisory Committee: www.gacguidelines.ca
- Institute for Clinical Evaluative Sciences: www.ices.on.ca
- Institute for Clinical Systems Improvement: www.icsi.org
- Institute of Child Health: www.ich.ucl.ac.uk/ich

- Institute of Health Economics: www.ihe.ca
- Joanna Briggs Institute: www.joannabriggs.edu.au
- Medic8.com: www.medic8.com/ClinicalGuidelines.htm
- Medscape Women's Health: www.medscape.com/womenshealthhome
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness: www.mihsr.monash.org/cce
- National Guideline Clearinghouse: www.guidelines.gov
- National Institute for Clinical Excellence (NICE): www.nice.org.uk
- National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Test (HSTAT):
<http://hstat.nlm.nih.gov/hq/Hquest/screen/HquestHome/s/64139>
- Netting the Evidence: A SchARR Introduction to Evidence-Based Practice on the Internet:
www.shelf.ac.uk/scharr/ir/netting
- New Zealand Guidelines Group: www.nzgg.org.nz
- NHS Centre for Reviews and Dissemination: www.york.ac.uk/inst/crd
- NIH Consensus Development Program: <http://consensus.nih.gov>
- NIHR Health Technology Assessment Programme: www.nchta.org
- PEDro: The Physiotherapy Evidence Database: www.pedro.org.au
- Royal College of General Practitioners: www.rcgp.org.uk
- Royal College of Nursing: www.rcn.org.uk/index.php
- Royal College of Physicians: www.rcplondon.ac.uk
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network: www.sign.ac.uk
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada Clinical Practice Guidelines:
www.sogc.org/guidelines
- SUMSearch: <http://sumsearch.uthscsa.edu>
- The Qualitative Report: www.nova.edu/ssss/QR
- TRIP Database: www.tripdatabase.com
- U.S. Preventive Service Task Force: www.ahrq.gov/clinic/uspstfix.htm
- University of California, San Francisco: www.ucsf.edu

Además, se realizó una búsqueda en la web de Guías de Buenas Prácticas sobre el cuidado y el manejo de la ostomía con el buscador “Google”, usando términos de búsqueda clave. Uno de los miembros del equipo realizó esta búsqueda, y anotó los resultados de la misma, las páginas web revisadas, la fecha y el resumen de los resultados.

Se solicitó a los miembros del equipo que revisaran sus archivos personales para identificar Guías que no se hubieran encontrado previamente a través de la estrategia de búsqueda descrita anteriormente.

No se encontró ninguna Guía sobre el tema del cuidado y manejo de la ostomía mediante la estrategia de búsqueda anteriormente descrita.

PARTE 2: Revisión de la literatura

Un bibliotecario de la University Health Network realizó una búsqueda en las bases de datos de la evidencia relacionada con el cuidado y manejo de la ostomía. En enero de 2008, se realizó una búsqueda inicial en las bases de datos CINAHL, PsycInfo, Medline y EMBASE sobre los estudios publicados desde 1998 a 2008. Esta búsqueda fue estructurada para dar respuesta a las siguientes cuestiones clínicas establecidas por el equipo:

1. Qué necesidades físicas y psicosociales tienen que cubrir las intervenciones de las enfermeras para preparar a la población neonatal, pediátrica o adulta para una cirugía de ostomía?
 - a. Preoperatorias
 - b. Postoperatorias
 - c. Futuras o de seguimiento
2. Qué intervenciones de las enfermeras son eficaces para mejorar el cuidado de la ostomía y de la piel periestomal (p. ej.: reducir el grado y/o la frecuencia de las complicaciones, acortar el tiempo de cicatrización) en la población neonatal, pediátrica o adulta.
3. Qué intervenciones de las enfermeras son eficaces para promover el autocuidado de la ostomía y de la piel periestomal por parte del paciente en la población neonatal, pediátrica o adulta.
4. Qué intervenciones de las enfermeras son eficaces para manejar las complicaciones producidas en la ostomía y piel periestomal en la población neonatal, pediátrica o adulta.
5. Cuáles son las consideraciones especiales que hay que tener en cuenta en el cuidado de individuos ostomizados con necesidades especiales, como puede ser la ceguera.
6. Cuáles son las necesidades de formación de las enfermeras que cuidan a individuos ostomizados.
7. Qué intervenciones de educación sanitaria centradas en los pacientes son eficaces para mejorar el estado físico y psicosocial de los individuos ostomizados.
8. Qué recursos usados por las enfermeras en el cuidado de las ostomías son los más eficaces en el manejo de las mismas (p. ej.: estimular la cicatrización, reducir las complicaciones).
9. Qué recursos usados por los pacientes en el automanejo de la ostomía y la piel periestomal son los más eficaces en el manejo de las ostomías (p. ej.: estimular la cicatrización, reducir las complicaciones).

Podrá encontrar más información acerca de los resultados de la búsqueda en “Ostomy Care and Management: a systematic review of the assessment and management of colostomies, ileostomies, and urostomies, including the assessment and management of peristomal skin” (Mayo et al., en prensa).

Anexo E: Muestra de registro de educación sanitaria en ostomías

REGISTRO DE EDUCACIÓN SANITARIA EN OSTOMÍAS

Paciente: _____

Dirección: _____

Visionado de un vídeo sobre la ostomía	Fecha e iniciales
Fecha de la cirugía	
Tipo de cirugía y ostomía	
Motivo de la cirugía	
Visita de enfermera estomaterapeuta	
Selección y marcaje del lugar del estoma	
Ubicación y aspecto del estoma	
Folletos informativos ofrecidos sobre la cirugía	
Muestras ofrecidas del sistema de bolsa	
Propósito de la bolsa y de los discos	
Conocimiento de otros pacientes ostomizados	
Visionado de un vídeo sobre la ostomía	

Después de la cirugía: Educación sanitaria prestada durante la estancia hospitalaria	Fecha e iniciales
Estoma (tamaño, inflamación, contracción y aspecto)	
Tipo de drenaje durante la estancia en el hospital	
Observación y/o ayuda con el vaciado de la bolsa	
Independencia con el vaciado de la bolsa	
Observación y/o ayuda con la liberación de los gases de la bolsa	
Independencia con la liberación de los gases de la bolsa	
Observación y/o ayuda con el cambio de bolsa y disco	
Charla sobre las opciones que hay para contener los olores	
Signos de fugas de la bolsa (prevención y tratamiento)	
Visionado de vídeo sobre ostomía y folleto informativo ofrecido	
A quién recurrir si surgen problemas tras el alta hospitalaria	

Después de la cirugía: Educación sanitaria prestada en el domicilio tras el alta hospitalaria	Fecha e iniciales
Tipo de sistema de ostomía para el domicilio	
Estoma (tamaño, inflamación, contracción y aspecto)	
Independencia con el vaciado de la bolsa	
Observación y/o ayuda con el cambio de bolsa y disco	
Independencia con el cambio de bolsa y disco	
Signos de fugas de la bolsa (prevención y tratamiento)	
Agrietamiento de la piel (prevención y tratamiento)	
Instrucciones de aplicación	
Lista de materiales y dónde adquirirlos	
Cuidado de los materiales y kit de urgencia	
Charla sobre las opciones que hay para contener los olores	
Instrucciones nutricionales y dietéticas	
Bañarse	
Actividad y viajar	
Cambios en la ropa	
Preocupaciones sobre la actividad sexual	
Ayudas económicas (ADP., DVA., seguros privados, asistencia social, discapacidad)	
Grupo de apoyo de la UOAC	
Visitante ostomizado	
Instrucciones sobre el alta hospitalaria	

Colostomía: Educación sanitaria prestada	Fecha e iniciales
Cuidado de la herida perineal (en caso de haberla)	
Drenaje mucoso por vía rectal (si el recto quedó intacto)	
Cuidado de una fístula mucosa (en caso de haberla)	
Información sobre la irrigación por colostomía	
Ensayo de la irrigación por colostomía (opcional)	
Estreñimiento, diarrea y gases	

Ileostomía: Educación sanitaria prestada	Fecha e iniciales
Cuidado de la herida perineal (en caso de haberla)	
Drenaje mucoso por vía rectal (si el recto quedó intacto)	
Pérdida de sodio y reposición	
Pérdida de potasio y reposición	
Obstrucción y manejo	
Desequilibrio de líquidos y tratamiento	
Medicación	

Urostomía: Educación sanitaria prestada		Fecha e iniciales
Conexión de la bolsa a una bolsa de pierna adicional (opcional)		
Conexión de la bolsa a un sistema de drenaje nocturno (opcional)		
Cuidado del sistema de drenaje nocturno y/o la bolsa de pierna		
Mucosidad en la orina		
Ingesta de líquidos, zumo de arándano		
Infección del tracto urinario		
Muestra de orina del estoma		

Firma de la enfermera:	Iniciales:	Firma de la enfermera:	Iniciales:

Reproducción autorizada por ET NOW, CarePartners, Waterloo, Ontario.

Anexo F: Información sobre sexualidad

Relaciones íntimas y sexualidad

- Evaluar la relación del paciente con su pareja antes de la operación u otras relaciones previas que haya podido tener.
- Tranquilizar al paciente y a su pareja asegurándoles que es posible reanudar las relaciones íntimas una vez que se recuperen las fuerzas y haya cicatrizado la herida.
- Revisar con el paciente y su pareja los cambios que se pueden producir en la función sexual como resultado de diversos tratamientos (p. ej.: cirugía, radiación, quimioterapia).
- Animar al paciente y a su pareja a que transmitan sus sentimientos a su pareja o cuidador.
- Recordar al paciente y a su pareja que hay muchos modos de expresarse sexualmente.
- Tranquilizar al paciente y a su pareja asegurándoles que el acercamiento físico no dañará el estoma.
- Informar al paciente de que no es necesario comunicar a los demás que se posee una ostomía, a no ser que se trate de una relación más seria o íntima.

Consejos prácticos sobre las relaciones íntimas para el paciente

- Planifique el encuentro sexual para cuando la ostomía esté menos activa.
- Evite alimentos que puedan aumentar la producción de gases y/o olores.
- Aplique gotas de desodorante en la bolsa.
- Seleccione una bolsa con un filtro para los gases.
- Contemple la posibilidad de usar bolsas opacas o revestidas con una funda o faja.
- Cambie su bolsa a una “mini” bolsa o use un obturador de estoma.
- Vacíe y cambie la bolsa antes del encuentro sexual.
- Si lo desea, póngase un cinturón de ostomía.
- Asegúrese de que las bolsas están bien sujetas.
- Utilice perfume o colonia.
- Vista lencería para sentirse más sensual y camuflar el estoma.
- Pruebe con posiciones diferentes, pero cómodas.
- Ponga música para evitar escuchar sonidos que le puedan avergonzar.
- Si se produce algún accidente, hable de sus sentimientos y emociones.

Páginas Web:

www.ideas-na.com

www.intimatemomentsapparel.com

www.mtsinai.on.ca

www.weircomfees.com

www.meetanostomate.com

Fuente: Bressmer et al., (2008). Reimpresión autorizada.

Anexo G: Muestra de formulario de evaluación

Registro de evaluación de la ostomía

INFORMACIÓN BÁSICA

Cirugía: _____ Fecha: _____

Tipo de ostomía. ☐ Colostomía ☐ Ileostomía ☐ Urostomía ☐ Fístula mucosa
☐ Otro: _____

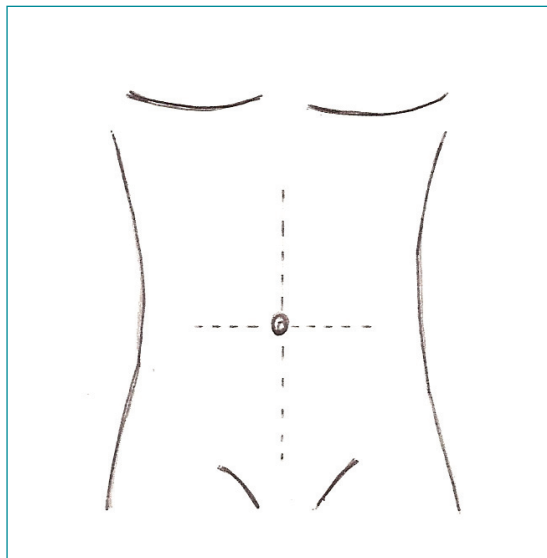
☐ Permanente ☐ Temporal Fecha aproximada al cierre: _____

☐ Estoma terminal ☐ Estoma en asa ☐ Varilla in situ Fecha de la extracción: _____

☐ Catéteres ureterales Fecha de extracción: _____
☐ Catéter

Ubicación del Estoma

Leyenda:	
E	estoma
T	tubos
H	herida
FM	fístula mucosa
PO	prominencia ósea
PC	pliegue cutáneo



EVALUACIÓN

Se firmará con las iniciales la evaluación realizada con cada cambio de dispositivo durante las 6 primeras semanas, o cuando se detecte un problema.

	Fecha:						
ESTOMA							
Tamaño	Redondo (medir con la guía de medición de estomas)						
	Ovalado (medir longitud y anchura)						
Color	Rojo (flujo sanguíneo adecuado)						
	Pálido (contenido bajo de hemoglobina)						
	Rojo oscuro, matiz violáceo (indica contusión)						
	De gris a negro (isquemia – sin flujo sanguíneo)						
Otro:							
Aspecto	Saludable (brillante y húmedo)						
	Tirante (edematoso)						
	Desgarrado (el estoma se ha cortado o rasgado)						
	Granulomas (nódulos sobre el estoma)						
Elevación	Normal (entre 1,5-2,5 cm)						
	Alineado (mucosa al nivel de la piel)						
	Retraído (por debajo del nivel cutáneo)						
	Prolapsado (longitud superior a 5 cm)						
Otro:							
UNIÓN MUCOCUTÁNEA							
Intacta	(La sutura de alrededor del estoma está intacta)						
Separada	A las ___ en punto (estoma separado de la piel)						
PIEL PERIESTOMAL							
Color	Saludable (no se diferencia de la superficie cutánea adyacente)						
	Eritema (roja)						
	Contusionada (color violáceo a amarillento)						
Integridad	Intacta (piel no agrietada)						
	Macerada (piel blanca friable, demasiada humedad)						
	Erosión (lesión superficial de la piel)						
	Erupción (brote de lesiones en la piel)						
	Ulceración (herida en la dermis)						
	Otro:						
Turgencia	Normal (blanda, buena elasticidad)						
	Flácida (débil y fofa)						
	Firme (dura)						
Factores de predisposición	Eczema, psoriasis						
Otro							

		Fecha:						
RESIDUOS								
Heces	Textura: Sólida							
	Espesa							
	Pastosa							
	Líquida							
	Paso de gases							
	Sin funcionamiento (no pasan gases ni heces)							
	Producción normal (750 – 1.000 ml)							
	Producción alta (más de 1.500 ml/24 horas)							
	Producción baja (menos de 500 ml/24 horas)							
Orina	Color: Ámbar o color paja							
	Matiz rosáceo							
	Rojo							
	Claridad: Clara							
	Turbia							
	Con sedimentos							
	Olor: Ninguno							
	Ligero							
	Hediondo							
	Producción normal (1.200 – 2.500 ml/24 horas)							
	Producción alta (más de 2.500 ml/24 horas)							
	Producción baja (menos de 1.200 ml/24 horas)							
PERCEPCIÓN DEL PACIENTE								
	Implicado/hace preguntas							
	Da la espalda al cambio producido por la ostomía							
DISPOSITIVO DE OSTOMÍA USADO								
	De una pieza							
	De dos piezas							
	Convexidad							
	Pasta, tiras adhesivas y sellos de barrera							
	Polvo para el estoma							
	Cinturón							

Firma:

Iniciales

Firma:

Iniciales

Firma:

Iniciales

Firma:

Iniciales

A la RNAO le gustaría agradecer a los miembros del equipo Karen Bruton, RN, BScN(c), ETN y Helen Fatum, RN, BScN, ETN la creación de este formulario de evaluación.

Anexo H: Medicamentos y función en la ostomía

Clase de medicamento	Tipo de medicamento	Tipo de ostomía	Comentarios generales (para información véase el CPS)
Analgésico	Acetaminofén	Conducto ileal Ileostomía	• Orina turbia, hematuria, erupción cutánea, picor. • Los analgésicos no deben ser de acción prolongada para la ileostomía. • La sobredosis provoca diarrea.
	Salicilato	Ileostomía	• Tomar con las comidas para su absorción. • Evitar los de cubierta entérica por su absorción prolongada.
		Colostomía	• Coloración de las heces: rosa o roja puede indicar hemorragia gastrointestinal.
	Opiato	Colostomía Ileostomía	• Controlar el patrón de eliminación intestinal. • Estreñimiento; pueden ser necesarios ablandadores de heces para la colostomía descendente o sigmoidea. • Heces espesas, íleo paralítico.
Adenocorticosteroides	Glucocorticosteroide	Piel periestomal	• Reducción del espesor cutáneo, Petequias, hiperpigmentación, dermatitis alérgica.
Antiácido	Nota: productos de magnesio, calcio o aluminio	Ileostomía Colostomía	• Contraindicado en caso de obstrucción intestinal, hemorragia rectal. • Puede provocar diarrea, estreñimiento. • Puede provocar decoloración o “coloración moteada” de las heces. • El uso crónico puede provocar dependencia intestinal.
Antibiótico		Urostomía Ileostomía Colostomía	• Daño renal, neurotoxicidad. • Náuseas, vómitos, diarrea moderada a grave. • Enterocolitis, mucositis. • Colitis pseudomembranosa (raro). • Erupción de la piel periestomal.
Antifúngica		Urostomía Ileostomía Colostomía	• Superinfección del tracto GI con sobrecrecimiento de “una pelusa negra” sobre el estoma. • Heces u orina hediondas.

Clase de medicamento	Tipo de Medicamento	Tipo de ostomía	Comentarios generales (para información véase el CPS)
Anticoagulante	Heparina Warfarina	Urostomía Colostomía Ileostomía	- Sangre en heces u orina. - Diarrea. - Mayor sangrado de la mucosa del estoma. - Ileostomía: Dieta normal para mantener un consumo adecuado de vitamina K; puede requerir prescripción.
Antidiarreico		Ileostomía Colostomía	- Estreñimiento, erupción, náuseas, vómitos, anorexia. - Íleo paralítico.
Antiflatulante		Ileostomía Colostomía	Reacciones adversas de relevancia clínica o contraindicaciones desconocidas.
Antineoplásico (agente quimioterápico)		Ileostomía Colostomía	Debido a la amplia clasificación de los agentes quimioterápicos, se recomienda consultar a un farmacéutico especializado en farmacia y tratamientos oncológicos.
			- Diarrea, náuseas, vómitos, heces alquitranadas negras, estreñimiento. - Dermatitis, mucositis, sangrado inusual del estoma, amarillamiento de la piel.
		Conducto ileal	Cambio del color de la orina, hematuria.
Laxantes	Incrementador del bolo fecal Ablandador de heces Estimulante	Ileostomía Colostomía	- Debido a la variación de los productos, compruebe con el farmacéutico las implicaciones específicas. No recomendado para las ileostomías, excepto el uso de agentes incrementadores del bolo fecal en ciertas ocasiones. - Contraindicado en caso de obstrucción intestinal, úlcera, impactación, dolor abdominal. No emplear una dieta rica en fibra. - El uso a largo plazo provoca una coloración granate de la mucosa denominada melanositis coli. - Con el tiempo provoca una dependencia a los laxantes.

Clase de medicamento	Tipo de medicamento	Tipo de ostomía	Comentarios generales (para información véase el CPS)
	Hiperosmótico	Ileostomía	• Diarrea excesiva, calambres abdominales, deshidratación, desequilibrio electrolítico.
	Lubricante	Ileostomía Colostomía	• Usar con precaución en caso colostomía e ileostomía. • No recomendado para niños menores de 6 años de edad ni ancianos pues puede producir neumonía por aspiración. • Irritación de la piel periestomal. • Interfiere con el sellado del sistema de ostomía que rodea al estoma
	Supositorio	Colostomía	• No se recomienda supositorios.
	Enema	Ileostomía	• NO APLICAR NUNCA EN LAS ILEOSTOMÍAS NI LOS CONDUCTOS ILEALES.
		Colostomía	• Poco beneficioso para las colostomías ascendentes y transversas debido a las heces pastosas. • Para las colostomías descendentes y sigmoides, puede ayudar a retirar los restos de heces o la materia particulada tras los procedimientos diagnósticos de radiografía. • Se puede usar para limpiar la fístula mucosa del intestino delgado usando solución salina normal. • Se puede usar para limpiar la fístula mucosa del intestino grueso usando una solución salina prescrita. • Para su administración, se recomienda el uso de una punta cónica con el fin de minimizar el riesgo de perforación intestinal.
Desodorante químico		Ileostomía Colostomía Urostomía	• Nunca usar ácido acetilsalicílico como desodorante de la bolsa debido al riesgo de úlceras en la mucosa. • Lea detenidamente las instrucciones de administración: oral (uso interno) o introducción en la bolsa de ostomía (uso externo). • No es necesario como desodorante de la bolsa, pero puede usar vinagre diluido en la bolsa de orina nocturna, si lo precisa.

Clase de medicamento	Tipo de medicamento	Tipo de ostomía	Comentarios generales (para información véase el CPS)
	Compuestos de subcarbonato de bismuto		• Se pueden tomar por vía oral o introducirlos en la bolsa. • Su administración oral puede producir heces alquitranadas negras o estreñimiento.
	Compuestos de clorofila		• Se pueden tomar por vía oral o introducirlos en la bolsa. • Su administración oral puede producir heces líquidas verdosas y manchas verdes en la lengua.
Anticonceptivos orales		Ileostomía Colostomía	• Son absorbidos en la parte más proximal del ileon (intestino delgado) con un buen efecto. • Se ha de informar al paciente para que esté pendiente de la aparición de cualquier trozo de píldora en la bolsa de ostomía producto de una mala absorción. • Se ha de recomendar a los pacientes con “síndrome de intestino corto” el uso de un procedimiento alternativo.
Vitaminas		Ileostomía	• Controlar una posible mala absorción de la vitamina B12. • Las pastillas de cubierta entérica pueden no ser absorbidas, por lo que se ha de usar una forma de dosificación alternativa.
		Urostomía Colostomy	• Está contraindicado el ácido ascórbico en combinación con sulfamidas debido a su cristalización en el riñón. • La Vitamina C puede provocar irritación periestomal. • En general, las vitaminas pueden provocar un aumento del olor fecal y urinario, y pueden modificar el color de la orina.

A la RNAO le gustaría agradecer a Rob Campbell, BScPhm Manager, Ambulatory Pharmacy, London Health Sciences Centre, su contribución en esta lista de medicamentos.

Anexo I: Consejos prácticos sobre nutrición para el cuidado de la ostomía

Signos y síntomas de deshidratación:

- mareo
- aturdimiento
- sed
- sequedad de la boca y de la lengua
- menor producción de orina
- orina de color amarillo oscuro
- sensación de inquietud y nerviosismo

Alimentos que pueden espesar las heces:

- | | | |
|----------------------|----------------------------|-----------|
| ■ Compota de manzana | ■ Mantequilla de cacahuete | ■ Plátano |
| ■ Salvado de avena | ■ Galletitas saladas | ■ Pasta |
| ■ Copos de avena | ■ Arroz | ■ Pan |
| ■ Patatas | ■ Tapioca | ■ Queso |
| ■ Malvaviscos | | |

Alimentos que pueden diluir las heces:

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ■ Alcohol (cerveza, vino y licores) | ■ Caramelos de regaliz negro |
| ■ Zumo de ciruela | ■ Chocolate |
| ■ Legumbres | ■ Comidas picantes |
| | ■ Bebidas con cafeína (té, café, refrescos de cola) |

American Dietetic Association and Dietitians of Canada, (2000)

Alimentos ricos en sodio y contenido aproximado de sodio:

Alimento:	Cantidad:	Contenido de sodio:
Sal de mesa	1 cucharadita	2.373 mg
Caldo	250 ml	1.217 mg
Menestra de verduras	250 ml	690 mg
Bacon	1 loncha	178 mg
Queso Cheddar	50 g	310 mg
Jamón	1 loncha	436 mg
Caldo de sopa envasado	250 ml	1.660 mg
Encurtidos	1 pieza mediana	833 mg
Pizza congelada	100 g	555 mg
Salchichas	1 ristra	821 mg
Perrito caliente	1	670 mg
Crepes	1 mediano	368 mg
Requesón con 2%m.g.	125 ml	485 mg

Alimentos ricos en potasio y contenido aproximado de potasio:

Alimento:	Cantidad:	Contenido de potasio:
Plátano	1 grande	487 mg
Orejones	1/2 taza	930 mg
Suero de leche	250 ml	466 mg
Leche con 2% m.g.	250 ml	473 mg
Zumo de naranja	250 ml	500 mg
Melocotón crudo	1 mediano	186 mg
Tomate crudo	1 mediano	292 mg
Patata asada	1 mediano	926 mg
Patatas fritas	ración mediana	923 mg
Cereales All Bran	1/2 taza	408 mg

Contenido de sodio y potasio de las bebidas deportivas:

Gatorade 250ml	Sodio: 102mg	Potasio: 28mg
(Health Canada, 2008)		

Signos y síntomas de obstrucción de la ileostomía y la colostomía

- dolor por calambres abdominales con producción de heces acuosas o producción nula de heces;
- alta producción de heces líquidas o producción nula de heces;
- menor producción de gases o producción nula de gases;
- náuseas y vómitos;
- distensión abdominal;
- inflamación del estoma.

Colwell, Goldberg, & Carmel, 2004

Alimentos que pueden provocar obstrucción y, generalmente, se evitan en las 6-8 primeras semanas posteriores a la operación:

- | | | |
|-------------------------------|----------------------|------------------------|
| ■ Salvado de trigo grueso | ■ Tripas de embutido | ■ Frutos secos |
| ■ Verduras chinas | ■ Fruta deshidratada | ■ Palomitas de maíz |
| ■ Huesos y semillas de frutas | ■ Apio | ■ Maíz de grano entero |
| ■ Piña cruda | ■ Pulpa de naranja | ■ Brotes de judías |
| | ■ Champiñón crudo | |

Alimentos comunes que producen gases:

- | | | |
|-------------------|------------------------|---------------------|
| ■ Legumbres | ■ Pepino | ■ Melón |
| ■ Huevos | ■ Brócoli | ■ Cebolla |
| ■ Piel de manzana | ■ Cerveza | ■ Repollo |
| ■ Lechuga | ■ Bebidas carbonatadas | ■ Nabo |
| ■ Coliflor | | ■ Coles de Bruselas |

Alimentos comunes que pueden aumentar el mal olor o el decoloramiento de los residuos:

- Ajo
- Pescado
- Espárragos
- Huevos
- Remolacha: puede decolorar la orina, aportando un matiz rojizo

Instrucciones generales postoperatorias para el paciente ostomizado:

- Se ha de masticar muy bien la comida.
- El mal ajuste de la dentadura o la falta de algún diente pueden hacer necesaria una modificación de la dieta mediante la eliminación de algunos alimentos que, de no ser bien masticados, podrían provocar una obstrucción.
- En la fase postoperatoria inicial, puede aumentar el peristaltismo, haciendo que los alimentos aparezcan sin digerir en la bolsa de ostomía. Se debe tranquilizar al paciente asegurándole que, con el tiempo, se reducirá la duración del tránsito intestinal y que, con una masticación adecuada, la comida se ha de descomponer, si no totalmente, al menos parcialmente.
- Se debe evitar el consumo excesivo de un solo alimento, especialmente, si se trata de un alimento que puede provocar obstrucción.
- Tras 6–8 semanas, la mayoría de los pacientes pueden volver a tomar una dieta normal. Sin embargo, se aconseja consumir pequeñas cantidades de comida de 4 a 6 veces al día, en lugar de 2 ó 3 comidas copiosas con el fin de permitir al tracto digestivo que ejerza mejor su función digestiva y de absorción. Esto sería especialmente recomendable para los pacientes con ileostomías. Se debe aconsejar a los pacientes que tomen cenas ligeras en caso de sufrir interrupciones del sueño debidas al llenado completo de la bolsa en mitad de la noche, o reducir la ingesta de líquidos unas horas antes de irse a dormir en el caso de las urostomías.
- Se ha de evitar el uso de pajitas y bebidas gaseosas, así como saltarse comidas, pues todo ello puede provocar un exceso de gases en la bolsa.

Anexo J: Diagramas de flujo de educación sanitaria sobre ostomías

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS URINARIOS

Objetivos de aprendizaje: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación. Este diagrama ayudará al paciente y a la enfermera a hacer un seguimiento del progreso y de las necesidades de aprendizaje antes y después de la operación.

Grado de comprensión de este proceso por parte del paciente:

C =Capaz de entender y describir N = Necesita reafirmación Incapaz de entender (señalar en caso de discrepancias)

Fecha de la operación: _____ Fecha del alta hospitalaria: _____

Objetivos de aprendizaje	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Charlar sobre cómo se siente ante la cirugía y la ostomía								
2. Revisión de recursos y grupos de apoyo								
3. Revisión de la anatomía y fisiología del tracto GU antes y después de la cirugía								
4. Revisión del tipo de cirugía y ostomía								
5. Revisión de los materiales de ostomía y de cómo facilitar su financiación								
6. Manejo y prevención del olor urinario								
7. Revisión de los requisitos dietéticos y de ingesta de líquidos								
8. Indicios y síntomas de infección del tracto urinario								
9. Cómo obtener muestras de orina en caso de una presunta ITU								
10. Manejo del sistema de drenaje nocturno								
11. Cambio del tamaño del estoma a lo largo de las 6 semanas								
12. Estado y manejo de la piel periestomal								
13. Baño y ducha								
14. Vuelta a la actividad								
15. Socialización, vuelta al trabajo o a los estudios								
16. Viajar								
17. Relaciones íntimas y sexualidad								
18. Descripción del régimen de cambio del sistema de bolsa								
Otros								

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS URINARIOS (Continuación)

Procedimientos de manejo: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación.

Enfermera estomatoterapeuta y Hospital _____ Teléfono: _____

LNivel de independencia del paciente: D = Dependiente A = Necesita ayuda I = Independiente

En el hospital: requisitos mínimos, independencia con n.º 1-4 antes del alta. Lo ideal es que practique n.º 1-20 con apoyo antes del alta.
En su domicilio: mantiene la independencia con n.º 1-4; objetivo de independencia con n.º 5-20 para la semana 4-6.

Procedimientos de gestión	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Observación y tacto del estoma								
2. Vaciado de la bolsa								
3. Conexión y desconexión del sistema de drenaje nocturno								
4. Limpieza del sistema de drenaje nocturno								
5. Recopilación y preparación de los materiales para el cambio cotidiano								
6. Retirada del sistema de bolsa								
7. Limpieza del estoma y de la piel periestomal								
8. Examen y descripción del estado del estoma y de la piel periestomal								
9. Eliminación del vello periestomal si es necesario								
10. Medición del estoma								
11. Diseño de una plantilla sobre la parte trasera del disco o moldeado del disco (si está cortado a la medida)								
12. Corte y moldeado de la abertura del disco								
13. Aplicación de anillos de barrera a la parte trasera del disco (en caso de usarlos)								
14. Comprobación de que la piel está limpia y seca.								
15. Colocación del disco sobre la piel.								
16. Enganche de la bolsa al disco (si se usa dispositivo de dos piezas).								
17. Cierre de la llave.								
18. Colocación de un cinturón de ostomía (en caso de usarlo).								
19. Retirada de los accesorios usados.								
Otros								

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS FECALES

Objetivos de aprendizaje: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación.

Este diagrama ayudará al paciente y a la enfermera a hacer un seguimiento del progreso y de las necesidades de aprendizaje antes y después de la operación.

Grado de comprensión de este proceso por parte del paciente:

C = Capaz de entender y escribir **N** = Necesita reafirmación **Incapaz de entender** ☐ (señalar en caso de discrepancias)

Fecha de la OPERACIÓN: _____ Fecha del alta hospitalaria: _____

Objetivos de aprendizaje	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Charla sobre cómo se siente ante la cirugía y la ostomía								
2. Revisión de recursos y grupos de apoyo								
3. Revisión de la anatomía y fisiología del tracto GI antes y después de la cirugía								
4. Revisión del tipo de cirugía y ostomía								
5. Revisión de los materiales de ostomía y de cómo facilitar su financiación								
6. Manejo y prevención de los gases y del olor								
7. Revisión de los requisitos dietéticos y de ingesta de líquidos								
8. Signos y síntomas de obstrucción, y manejo								
9. Signos y síntomas de diarrea y deshidratación								
10. Signos y síntomas de estreñimiento								
11. Cambio del tamaño del estoma a lo largo de las 6 semanas								
12. Estado y manejo de la piel periestomal								
13. Baño y ducha								
14. Vuelta a la actividad								
15. Socialización, vuelta al trabajo o a los estudios								
16. Viajar								
17. Relaciones íntimas y sexualidad								
18. Descripción del régimen de cambio del sistema de bolsa								
Otros								

Ostomía – Diagrama de flujo de educación sanitaria – ESTOMAS FECALES (Continuación)

Procedimientos de manejo: Se han de completar todas las etapas en las 6 semanas posteriores a la operación.

Enfermera estomatoterapeuta y Hospital: _____ Teléfono: _____

Nivel de independencia del paciente: D = Dependiente A = Necesita Ayuda I = Independiente

En el hospital: requisitos mínimos, independencia con n.º 1-4 antes del alta. Lo ideal es que practique n.º 1-20 con apoyo antes del alta.
En su domicilio: mantiene la independencia con n.º 1-4; objetivo de independencia con n.º 5-20 para la semana 4-6.

Procedimientos de gestión	Preop.	En el Hospital	En casa Semana 1	En casa Semana 2	En casa Semana 3	En casa Semana 4	En casa Semana 5	En casa Semana 6
1. Observación y tacto del estoma								
2. Vaciado de la bolsa								
3. Liberación de los gases de la bolsa								
4. Adición de gotas de desodorante en la bolsa (opcional)								
5. Recopilación y preparación de los materiales para el cambio cotidiano								
6. Retirada del sistema de bolsa								
7. Limpieza del estoma y de la piel periestomal								
8. Examen y descripción del estado del estoma y de la piel periestomal								
9. Eliminación del vello periestomal si es necesario								
10. Medición del estoma								
11. Diseño de una plantilla sobre la parte trasera del disco o moldeado del disco (si está cortado a la medida)								
12. Corte y moldeado de la abertura de la barrera cutánea								
13. Aplicación de pasta o anillos de barrera a la parte trasera del disco (en caso de usarlos)								
14. Comprobación de que la piel está limpia y seca								
15. Colocación del disco sobre la piel								
16. Enganche de la bolsa al disco (si se usa dispositivo de dos piezas)								
17. Gierre del extremo de la bolsa con un clip o un cierre integrado								
18. Colocación de un cinturón de ostomía (en caso de usarlo)								
19. Retirada de los accesorios usados.								
Otros								

Reimpresión autorizada por Toronto Community Care Access Centre

Agradecimientos: Toronto Central CCAC - Joanne Greco, Director, Client Services; Toronto Central CCAC - Dipti Purbhoo, Manager, Client Services; Toronto Central CCAC - Raquel Lashley, Care Coordinator; SEHC Metro Toronto

- Maureen Cooling, RN, ET; Spectrum Health Care - Holly Murray, RN, BScN, WOCN; University Health Network - Debra Johnston, RN, BScN, ET; University Health Network - Claudia Ganson, RN, BScN, ET; ParaMed Home Health Care - Estrella Mercurio, RN, BScN, ET; Toronto East General Hospital - JoAnne McKeown, RN, BScN, WOCN; St. Michael's Hospital - Jo Hoeflok, RN, BSN, MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre - Debbie Miller, RN, BScN, MN, ET; Ostomy Toronto - Carol Roda.



Anexo K: Sedes en Ontario de la United Ostomy Association of Canada

Belleville, Quinte West & Area Chapter
p. 613-399-3010

Brantford & District Ostomy Association
p. 519-752-5037

Halton Peel Counties
p. 905-542-2386

Hamilton & District Ostomy Association
p. 905-389-8822

Kitchener/Waterloo Area Ostomy Chapter
p. 519-894-4573

Kawartha District Chapter
p. 705-292-9910

London & District Ostomy Association
p. 515-641-2782

Niagara Ostomy Association
p. 905-646-2228

North Bay Ostomy Association
p. 705-474-8600, ext. 2065

Oshawa & District Ostomy Association
p. 905-665-1711, ext. 558

United Ostomy Support Group, Ottawa Inc.
p. 613-447-0361

Sarnia/Lambton Chapter
p. 519-344-9060

Stratford & District Ostomy Association
p. 519-273-4327

Sudbury & District Ostomy Association
p. 705-693-3847

UOAC Sault Ste. Marie Chapter
p. 705-759-4940

Thunder Bay (Sleeping Giant)
p. 807-344-7736

Ostomy Toronto
p. 416-596-7718

Windsor & District Ostomy Association
p. 519-727-0488

Para más información sobre estas sedes (páginas web, persona de contacto) puede acceder a:
United Ostomy Association of Canada Inc. www.ostomycanada.ca

Anexo L: Información sobre los recursos

Organización	Descripción del recurso
Bladder Cancer “Webcafe” http://blcwebcafe.org	Servicio en línea para las personas diagnosticadas con cáncer de vejiga y sus cuidadores.
Canadian Association of Enterostomal Therapy 1720 ch Norway Town of Mount Royal, Québec, H4P 1Y2 p. 1-888-739-5072 www.caet.ca	Folletos educativos en línea (colostomía, ileostomía, urostomía).
Canadian Cancer Society p. 1-888-939-3333 www.cancer.ca	Material educativo en línea (p. ej.: información sobre los tipos de cáncer; disponible en numerosos idiomas).
Canadian Society of Intestinal Research p. 1-866-600-4875 www.badgut.com	Material educativo en línea (p. ej.: síntomas, tratamientos, investigaciones, grupos de apoyo disponibles).
Cancer Care Ontario 620 University Avenue Toronto, Ontario, M5G 2L7 p. 416-971-9800 www.cancercare.on.ca	Material educativo en línea (p. ej.: prevención, evaluación selectiva de los diversos tipos de cáncer; servicios disponibles en Ontario).
Colorectal Cancer Association of Canada 60 St. Clair Avenue East Suite 204 Toronto, Ontario, M4T 1N5 p. 416-920-4333 www.colorectal-cancer.ca	Material educativo en línea (p. ej.: evaluación selectiva, tratamiento, nutrición, investigaciones).
Crohn's & Colitis Foundation of Canada 60 St. Clair Avenue, East, Suite 600 Toronto, Ontario M4T 1N5 www.cfc.ca	Material educativo en línea (p. ej.: Enfermedad de Crohn, Colitis, nutrición, sexualidad).
Friends of Ostomates Worldwide – Canada 19 Stonehedge Park Ottawa, Ontario, K2H 8Z3 www.fowcanada.org	Organización sin fines de lucro dirigida por voluntarios. Envía materiales y publicaciones a todos los países del mundo.
Gay and Lesbian Ostomates (GLO) Network www.glo-uoa.org	Grupo de apoyo para personas ostomizadas gays, lesbianas y bisexuales, para sus parejas, familiares, cuidadores y amigos.

Organización	Descripción del recurso
International Ostomy Association www.ostomyinternational.org	Asociación internacional, dirigida por personas ostomizadas, cuyo fin es proporcionar información y guías de manejo a sus miembros, ayudar a la formación de nuevas asociaciones de ostomía, así como hacer recomendaciones acerca de todas las cuestiones y directrices sobre ostomía.
Krames Health and Safety Education Product Catalogue Superior Medical Limited 520 Champagne Drive Toronto, Ontario, M3J 2T9 www.superiormedical.com	Venta de folletos educativos para las organizaciones (colostomía, ileostomía, urostomía).
Mount Sinai Hospital www.mountsinai.on.ca	Información sobre el “procedimiento de la bolsa pélvica”.
Ostomy Toronto 344 Bloor Street West, Suite 501 Toronto, Ontario, M5S 3A7 p. 416-596-7718 www.ostomytoronto.com	Material educativo en línea (p. ej.: prevención, evaluación selectiva de los diversos tipos de cáncer; servicios disponibles en Ontario).
Ostomy Resource Centre Toronto, Ontario p. 416-598-7718	Ofrece apoyo personal, orientación psicopedagógica, publicaciones y visionado de vídeos sobre ostomía.
United Ostomy Associations of America p. 1-800-826-0826 www.uoaa.org	Material educativo en línea (p.ej.: Guía de urostomía continente; bolsa íleoanal, relaciones íntimas, sexualidad y ostomía).
United Ostomy Association of Canada Inc. 344 Bloor St. West, Suite 501 Toronto, Ontario, M5S 3A7 www.ostomycanada.ca	Para encargar material educativo en línea.
World Council of Enterostomal Therapists www.wcetn.org	Asociación internacional para dar identidad a aquellos encargados de cuidar a las personas ostomizadas; ofrecer la oportunidad a sus miembros de debatir los intereses comunes relacionados con la estomaterapia; promover actividades que ayuden a los miembros implicados en la estomaterapia a aumentar sus conocimientos y su contribución en este campo; y concienciar sobre el papel y la contribución de la WCET.

Fabricantes de productos de ostomía (Oficinas Centrales Canadienses)

- Hay múltiples recursos disponibles para enfermeras y pacientes (p.ej.: vídeos y DVD, revistas, folletos, publicaciones, productos de ostomía).
- Es posible obtener muestras llamando a los fabricantes.

Coloplast Canada Corporation 3300 Ridgeway Drive, Unit 12 Mississauga, Ontario, L5L 5Z9 p. 1-888-880-8605 www.coloplast.ca	Convatec 2365 Cote-de-Liesse Montréal, Québec, H4N 2M7 p. 1-800-465-6302 www.convatec.com
Hollister Incorporated 95 Mary Street Aurora, Ontario, L4G 1G3 p. 1-800-263-7400 www.hollister.com	Nu-Hope Laboratories, INC. www.nu-hope.com • hernia belts, ostomy products & accessories

Ropa y accesorios de ostomía

Colo-majic Distribution Canada Ltd. 2892 McGill Crescent Prince George, British Columbia, V2N 1Z6 p. 1-866-611-6028 www.colostomymajic.com • Forros de bolsa lavables para sistemas antisépticos	Intimate Moments Apparel www.intimatemomentsapparel.com
Weir Comfees 89A High Street P.O. Box 1088 Sutton, Ontario, L0E 1R0 p. 1-866-856-5088 www.weircomfees.com	White Rose Collection www.whiterosecollection.com

Recursos económicos

Northern and Indian Affairs

infoPubs@ainc-inac.gc.ca

p. 1-800-567-9604

Ontario Provincial Government

Assistive Devices Program (ADP)

p. 1-800-268-6021

p. 416-327-8804

www.health.gov.on.ca/english/public/forms/form_menus/adp_fm.html

- solo para ostomías permanentes;
- formularios en línea;
- solo para residentes en Ontario.

Gobiernos autonómicos

- Póngase en contacto con su gobierno autonómico para informarse sobre el sistema de financiación disponible.

Sociedades médicas privadas

- Póngase en contacto con su sociedad médica para informarse sobre la cobertura en materia de ostomía.

Veteran's Affairs Canada

p. 1-866-522-2122 (English)

information@vac-acc.gc.ca

Anexo M: Ejemplo de formulario en cuidados de la ostomía

CIRUGÍA

Procedimiento quirúrgico

Cirujano

Fecha de la operación

Otra operación prevista:

Sí No Se desconoce

TIPO DE OSTOMÍA

Ileostomía Colostomía

Urostomía

Terminal En asa

Fístula mucosa

Temporal Permanente

Desconocido

Varilla Catéteres ureterales(x) Catéter

Fecha para D/C de la varilla

Realizada por

RESIDUOS

Heces:

Líquidas Pastosas Espesas

Solidas

Orina:

Clara Con mucosidad Con sangre

PIEL PERIESTOMAL

Intacta Roja Húmeda Erupción

Separación mucocutánea

Otros

Intervenciones:

ALERGIAS A PRODUCTOS

Sí No

ADAPTACIÓN GLOBAL

Actividad física:

(sólo para ileostomías)

No levantar (más de 2 kg), tirar o empujar durante 6 semanas

Sexualidad:

Tema hablado N/D

RECURSOS

Folleto informativo sobre ostomía

Consejos prácticos sobre viajar

Instrucciones dietéticas

Equipo de alta hospitalaria Ostomy Toronto

Lista de minoristas Guía de recursos

Derivación a un visitante ostomizado

Completado por

Firma

ADRESÓGRAFO

ALERGIAS A PRODUCTOS

Sí No

MEDICAMENTOS

(sólo para ileostomías)

Comprimidos de acción lenta NO

Comprimidos de cubierta entérica NO

Laxantes NO

PROVEEDOR

Hollister ConvaTec Coloplast

Otros

Tipos:

1-pieza 2-piezas

Tipo de cierre:

Clip Integrado

Disco o placa:

Plana Convexa

Bolsa:

Drenable Cerrada

Urinaria

Urinaria nocturna

Cantidad:

5 barreras 10 bolsas

ACCESORIOS

Pasta Cinturón Polvo

Anillos de barrera

Otros

CUIDADO DE LA FÍSTULA MUCOSA

Apósito diario Bolsa nº

FRECUENCIA DE CAMBIO DE DISPOSITIVO

Una vez/semana Dos veces/semana

Otros

INDEPENDENCIA CON EL CUIDADO

Vaciado de la bolsa

Independiente Necesita ayuda

Depende de un cuidador

Cambio de la bolsa y disco o placa:

Independiente Necesita ayuda

Depende de un cuidador

Deterioro físico y Limitaciones

DIETA

Dieta normal (para Colo. y Uro.)

Postileostomías durante semanas

Líquidos hidratantes:

Mínimo 1,5 L/día

Mínimo 2 L/día

Otros

TAMAÑO/CONSTRUCCIÓN ESTOMA

Tamaño

Protruberancia

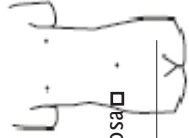
Retraído Nivelado

Ovalado Redondeado

Necrosis Estenosis

Desprendimiento de la mucosa

Otros



FINANCIACIÓN

Formulario ADP completado: Sí No

(El ADP no es aplicable a estomas temporales)

Sociedad médica privada: Sí No

Apoyo económico: DVA DIA

HIN ODSP JD

WSIB Reclamación

Otros

Impresión autorizada por Toronto Community Care Access Centre. Agradecimientos: Toronto Central CCAC – Joanne Greco, Client Services; Toronto Central CCAC – Dipti Purbhoo, Manager, Client Services; Toronto Central CCAC – Raquel Lashley, Care Coordinator; SEHC Metro Toronto – Maureen Cooling, RN, ET; Spectrum Health Care – Holly Murray, RN, BScN, WOCN; University Health Network – Debra Johnston, RN, BScN, ET; University Health Network – Claudia Ganson, RN, BScN, ET; ParaMed Home Health Care – Estrella Mercurio, RN, BScN, ET; Toronto East General Hospital – JoAnne McKeown, RN, BScN, WOCN; St. Michael's Hospital – Jo Hoefloek, RN, BSN, MA, ET, ACNP, CGN (C), Sunnybrook Health Sciences Centre – Debbie Miller, RN, BScN, MN, ET; Ostomy Toronto – Carol Roda.

106  RNAO REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO

Anexo N: Necesidades especiales y estrategias de cuidados

Paciente con necesidades especiales	Estrategia de cuidados, dispositivos y recursos de aprendizaje
Pediatría	• juguete o muñeca con una bolsa de ostomía; • fotografías de otros niños con una ostomía; • guiones gráficos, páginas web, “salas de chat”; • grupos de apoyo para jóvenes. (Bray & Saunders, 2006)
Deficiencia visual	• impresiones en letra grande; • instrucciones de audio; • iluminación adaptada, espejos de pie y ampliados para la visualización del estoma; • bolsa de dos piezas con ensamble de señalización audible mediante un clic; • colocación de cinta adhesiva sobre el abdomen para señalar la ubicación del disco o placa; • uso del disco o placa de ostomía precortada; • señalización táctil de la ubicación del estoma y del disco o placa. (Benjamin, 2002)
Paciente en silla de ruedas	• marcaje preoperatorio estando el paciente sentado en la silla de ruedas; • bolsa cerrada frente a la bolsa drenable a efectos del acceso al váter; • prolongación de los tubos de drenaje para urostomías y ostomías fecales de alta producción; • discos o placas de duración prolongada. (Turnbull, 2007)
Gestación	• cuidado prenatal y postnatal conjunto entre el departamento de ginecología y/o obstetricia y GI; • iluminación adaptada, espejos de pie y ampliados para la visualización del estoma • disco y/o bolsa flexibles para su adaptación al abdomen en crecimiento; • más adhesivo o película de disco para sujetar mejor la bolsa debido a los cambios hormonales de la piel que hacen disminuir la adherencia; • discos o placas precortadas para evitar las lesiones y el sangrado del estoma debido al aumento de la vascularidad del mismo; • ajustar con frecuencia la abertura del estoma al disco con el fin de adaptar el tamaño del estoma al crecimiento del abdomen; • cinturón abdominal para una mayor sujeción. (Aukamp & Sredl, 2004)
Problemas de aprendizaje, analfabetismo	• imágenes y símbolos para la comunicación de Makaton www.makaton.org/about/ss_how.htm • uso de objetos y fotografías reales para transmitir mensajes; • logopedas, ludoterapeutas, dramaterapeutas para ayudar a traducir la información. (Black & Hyde, 2004)

Anexo O: Lista de productos de ostomía

Categorías Genéricas	Descripción de los productos	Indicaciones	Contraindicaciones y precauciones
Sistemas de bolsas	- De una pieza: el disco y la bolsa son una unidad. - De dos piezas: la bolsa se adhiere o se cierra con un clic sobre el disco.	Factores que hay que tener en cuenta al elegir el sistema de bolsa: - tipo y consistencia de los residuos; - tamaño y construcción del estoma; - destreza manual y agudeza visual; - nivel de actividad física; - recursos económicos; - preferencias.	
Disco o placas	De polímeros sintéticos o un material natural (karaya) para proteger la piel de los residuos. Puede ser: - plano o convexo; - de duración normal o prolongada; - con o sin cinta adhesiva.	- Obligatorio para proteger la piel periestomal. - Estomas poco prominentes: pueden ser eficaces los discos convexos. - Piel sensible o alergias cutáneas: pueden ser eficaces los discos no adhesivos o de karaya.	Usar la convexidad con precaución en las ostomías recién operadas o hernias paraestomales.
	- reborde flotante, fijo o sin reborde; - abertura precortada, cortada a la medida o moldeable; - disponible en tamaño adaptado al neonato prematuro y a los niños; - algunos discospediátricos se encuentran disponibles sin orificio iniciador.	- Pacientes recién operados: los discos flotantes ayudan a reducir la presión y el dolor sobre el abdomen cuando se une a la bolsa. - El disco cortado a la medida puede ser apropiado para los pacientes con poca destreza.	- No se recomiendan los discos precortados para los estomas ovalados. - Los discos cutáneos pediátricos tienen tendencia a fundirse más rápidamente; son más flexibles y menos resistentes.
Bolsa	De diversos tamaños, (también para neonatos y niños): - drenable; - cerrada por el extremo inferior; - de alta producción; - de clip, cierre de velcro® o tubo de salida; - clara, opaca; - filtro de gases.	- Es una cuestión personal. - Los sistemas de urostomía tienen un mecanismo antirreflujo para evitar que la orina vuelva a subir. - Los filtros pueden ser beneficiosos para los pacientes con un aumento de gases. - Adaptadores especiales para conectar las bolsas de alta producción y urinarias a un drenaje lineal.	- Los filtros se pueden atascar cuando el residuo es líquido; no se recomiendan filtros justo después de la operación. - No se recomiendan bolsas opacas inmediatamente después de la operación.

Categorías Genéricas	Descripción de los productos	Indicaciones	Contraindicaciones y precauciones
Polvos	• Polvos constituidos por un material de barrera cutánea.	• Absorbe la humedad de la piel periestomal para mejorar la adhesión de la barrera. • Ayuda en la eliminación de la pasta. • Rellena los defectos de la separación mucocutánea.	• No son necesarios sobre la piel periestomal intacta.
Rellenos	• Pasta.* • Tiras de pasta. • Anillo. • Anillos: • Precortados. • Moldeables. • Convexos.	• Se usan para rellenar las arrugas y las superficies irregulares de la piel. • Disminuye la fuga de residuos por debajo de la barrera. • Sirven para aplicar convexidad a una barrera. • * La pasta es un relleno, no un pegamento.	• La mayoría de las pastas contienen alcohol; usar con cuidado sobre la piel denudada. • Uso de pasta sin alcohol en neonatos prematuros.
Sellantes	• Paños o toallitas. • Pulverizados.	• Para los pacientes que tienen una sensibilidad conocida hacia los productos adhesivos. • Afecciones cutáneas como el eczema. • Cambios en la piel provocados por la quimioterapia. • Evita el desprendimiento de la piel. • Se pueden usar para impermeabilizar la barrera cutánea.	• Contraindicados en barreras de larga duración. • Contraindicados sobre piel denudada a excepción de productos sin alcohol. • Se recomiendan productos sin alcohol en neonatos prematuros.
Eliminadores de restos de adhesivos	• Paños.	• Acumulación de adhesivo. • Piel hipersensible: dolor al retirar los productos.	• piel denudada; • neonatos prematuros.
Cinturón	• Disponible en tallas para adulto y niños.	• para aumentar la estabilidad de la barrera; • para los pacientes activos físicamente y para las relaciones íntimas si se necesita.	• Asegurarse de que está correctamente colocado. • Evitar apretarlo excesivamente.
Cinturón para hernias	• Disponible en diferentes tallas.	• Hernias periestomales.	• Uso prudente con convexidad.
Desodorante	• Geles. • Líquidos.	• Reduce el olor de las heces en la bolsa. • Para desodorizar los sistemas de drenaje lineales (fecales y urinarios).	• Estos productos son SOLO para la bolsa.
Oburadores del estoma		• deportes de contacto; • condiciones de trabajo peligrosas.	

Anexo P: Contenido recomendado de los programas de formación sobre ostomía para los profesionales de atención sanitaria

Profesional de atención sanitaria	Currículum	Orientación
Cuidadores formales (PSW)	1. Lo siguiente ha de ser enseñado a un nivel informativo (Taxonomía de Bloom) de manera que el PSW pueda describir el efecto de la cirugía en lo referente al funcionamiento de la ostomía: a. Anatomía básica: i. sistema genitourinario ii. sistema gastrointestinal b. procedimientos quirúrgicos básicos que derivan en una ostomía. 2. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel informativo (Taxonomía de Bloom) con la capacidad de describir las anomalías a un profesional sanitario regulado. a. reconocimiento de un estoma normal y un estoma anormal común; b. reconocimiento de la producción de un estoma normal y anormal para la ileostomía; colostomía y urostomía; c. reconocimiento de la piel periestomal normal y anormal; d. comprensión general del efecto de la dieta sobre la producción del estoma; e. perspectiva general de los tipos de productos de contención y productos auxiliares, como son la pasta, los polvos, los discos o placas, los eliminadores de restos de adhesivo, etc.; f. papel de la enfermera estomaterapeuta, la enfermera universitaria y la enfermera con formación profesional en el cuidado de la ostomía.	Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de comprensión y aplicación, pues se refiere a un paciente en particular: 1. descripción de la enfermedad y la cirugía que conducen a la ostomía; 2. predicción del tipo de resultados que tendrá el paciente; 3. uso de herramientas de evaluación predefinidas para garantizar una colocación correcta del dispositivo; 4. retirada de los dispositivos antiguos; 5. evaluación de la duración del dispositivo; 6. preparación del nuevo dispositivo; 7. colocación del dispositivo; 8. revisión de los procedimientos con el paciente; 9. comunicación de las anomalías a una persona específicamente designada.

Profesional de atención sanitaria	Currículum	Orientación
Cuidadores formales (PSW) ENFERMERA DE FORMACIÓN PROFESIONAL La enfermera de formación profesional es responsable de sus conocimientos, destrezas y opiniones, y trabaja en colaboración con otros miembros del equipo de atención sanitaria; atiende a los pacientes estables con menos complicaciones, cuyos resultados son más predecibles. Estas enfermeras poseen una base de conocimientos enfocados y básicos en la práctica clínica, toma de decisiones, pensamiento crítico, investigación y liderazgo. Las enfermeras con formación profesional tendrán una mayor autonomía en el cuidado de los pacientes con afecciones menos complejas. A medida que aumenta la complejidad de un paciente, aumenta la necesidad que tienen estas enfermeras de consultar a las enfermeras universitarias, supervisores o médicos.	3. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de aplicación (Taxonomía de Bloom): a. mantenimiento de una higiene normal para el paciente ostomizado; b. ayudar a vestirse a un paciente ostomizado; c. preparación adecuada de un dispositivo que haya sido predeterminado por un profesional sanitario regulado o el paciente; d. retirada del dispositivo; e. aplicación de un dispositivo predeterminado; f. desechado adecuado del dispositivo; g. cómo encargar un dispositivo u obtener información para el encargo de dispositivos.	• directrices y procedimientos de la institución relacionados con la ostomía; • tipos habituales de pacientes con ostomía recibidos en la institución; • herramientas de documentación; • tipos de productos disponibles; • cómo encargar productos con y sin formulario; • cómo consultar a la enfermera estomaterapeuta; • debate sobre el papel de otros cuidadores, p. ej.: PSW; • transmisión de las prácticas de planificación e implantación de los cuidados de un paciente ostomizado, bien mediante un estudio de casos o la asignación de un paciente.
	1. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de comprensión: a. opciones quirúrgicas generales para los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía; i. localización de la región del intestino; ii. charla sobre los efectos esperados en las heces en función de la región; b. descripción del posible efecto de la disminución en la duración del tránsito sobre los medicamentos; i. posibilidad de sufrir reacciones adversas hacia los medicamentos que bien, estén siendo absorbidos muy rápido, o no estén siendo absorbidos. 2. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de aplicación: a. emplear el producto apropiado para las necesidades del paciente en los casos de los pacientes sin complicaciones; b. selección y aplicación de una amplia variedad de productos de ostomía.	

Profesional de atención sanitaria	Currículum	Orientación
Complejidad de las necesidades de atención del paciente (incluye necesidades biopsicosociales, culturales, emocionales y de aprendizaje sanitario). Práctica autónoma de la enfermera con formación profesional: - necesidades de atención bien definidas y establecidas; - mecanismos de afrontamiento y sistemas de apoyo en funcionamiento y eficaces; - estado de salud bien controlado o manejado; - pequeña fluctuación de la afección a lo largo del tiempo; - el paciente es una persona, una familia o un grupo. Capacidad de predicción Práctica autónoma de la enfermera con formación profesional: - resultados predecibles (planificación del tiempo y naturaleza) (p. ej.: paciente parapléjico cuyos cuidados están bien establecidos y cuyos resultados son predecibles); - cambios predecibles en el estado de salud. Riesgo de resultados negativos como respuesta a los cuidados Práctica autónoma de la enfermera con formación profesional: - respuestas predecibles, localizadas y tratables; - los signos y los síntomas son obvios College of Nurses of Ontario <i>Practice Guideline: Utilization of RNs and RPNs</i>	3. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel analítico: a. anatomía del sistema genitourinario y gastrointestinal; i. resumen de las consecuencias de las diversas cirugías en el funcionamiento normal como resultado de la ubicación de la cirugía; b. anatomía, fisiología y función del sistema tegumentario; i. detección de los factores específicos del paciente que afectan al sistema tegumentario vinculado a la ostomía. 4. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel sintético: a. evaluación centrada en el estoma i. diferenciación entre una presentación del estoma normal y anormal; b. evaluación centrada en la producción del estoma: i. reconocimiento de la producción de un estoma normal y anormal para la ileostomía; colostomía; urostomía; c. evaluación centrada en la piel de alrededor de la herida: i. diferenciación entre normal y anormal; ii. identificación de las reacciones comunes de la piel periestomal; iii. proposición de protocolos de tratamiento estándar para las reacciones cutáneas; iv. proposición de indicaciones para y uso de productos tegumentarios que se emplean habitualmente en el cuidado de las ostomías.	

Profesional de atención sanitaria	Currículum	Orientación
Enfermera universitaria “La enfermera universitaria conoce, analiza e interpreta las desviaciones con respecto a la(s) respuesta(s) predicha(s) del paciente y modifica de manera autónoma el plan de cuidados”. Esta enfermera puede “ordenar” a otra enfermera universitaria o de formación profesional que preste los cuidados vinculados al tratamiento de las heridas. El currículum de las enfermeras con formación profesional y el de las enfermeras universitarias son similares, pero estas últimas han de tener una mayor capacidad de asimilación. College of Nurses Practice Guideline: Utilization of RNs and RPNs	5. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de evaluación: a. evaluación del efecto de la dieta sobre la producción del estoma: i. recomendación de cambios en la dieta por diarrea, gases, estreñimiento; b. elección de los dispositivos apropiados para un paciente estable sin complicaciones: i. evaluación de la eficacia de estos dispositivos.	• directrices y procedimientos de la institución relacionadas con la ostomía; • tipos de productos disponibles; • cómo encargar productos dentro y fuera de guía; cómo consultar a la enfermera estomaterapeuta; • debate sobre el papel de otros cuidadores, p.ej.: PSW; • transmisión de la práctica adquirida con la planificación e implantación de los cuidados de un paciente ostomizado.
	1. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de aplicación: a. interpretación de la relevancia de las diferentes opciones quirúrgicas generales para los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía: i. localización de la región del intestino; ii. revisión de cirugías específicas y relación de la anatomía con la función o la pérdida de función (B12, efecto sobre la nutrición, etc.); iii. predicción de los efectos sobre las heces en función de la región; b. interpretación del posible efecto de la disminución en la duración del tránsito sobre medicamentos específicos: i. posibilidad de tener reacciones adversas hacia los medicamentos que bien estén siendo absorbidos demasiado rápido o no estén siendo absorbidos; 2. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel analítico: a. valoración de la idoneidad del producto en uso con respecto a las necesidades del paciente; b. selección y aplicación de una amplia variedad de productos de ostomía.	

Profesional de atención sanitaria	Currículum	Orientación
	3. Lo siguiente ha de ser enseñado a un nivel sintético: a. evaluación centrada en el estoma: i. diferenciación entre una presentación del estoma normal y anormal; ii. evaluación centrada en la producción del estoma; iii. reconocimiento de la producción de un estoma normal y anormal para la ileostomía; colostomía; urostomía; b. evaluación centrada en la piel de alrededor de la herida: i. diferenciación entre normal y anormal; ii. identificación de las reacciones comunes de la piel periestomal; iii. proposición de protocolos de tratamiento estándar para las reacciones cutáneas; iv. proposición de indicaciones para y uso de productos tegumentarios que se emplean habitualmente en el cuidado de las ostomías. 4. Lo siguiente debe ser enseñado a un nivel de evaluación: a. Anatomía, fisiología y función del sistema tegumentario: i. evaluación de los factores específicos del paciente que afectan al sistema tegumentario vinculado a la ostomía; ii. elección de los tratamientos apropiados para las afecciones de la piel periestomal; b. evaluación del efecto de la dieta sobre la producción del estoma: i. recomendación de cambios en la dieta en caso de diarrea, gases, estreñimiento.	

Anexo Q: Etapas del desarrollo de Erikson

INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS Y ETAPAS DEL DESARROLLO DE ERIKSON

Etapa	Crisis	Problemas comunes	Resultados deseados	Intervenciones
De 0 a 1 año	Confianza frente a desconfianza	• La madre no consigue establecer un vínculo afectivo. • El padre no participa en la vida familiar.	Los niños desarrollan la capacidad de confiar cuando los cuidadores aportan fiabilidad, atención y afectividad.	• Enseñanza de las competencias relativas a la crianza de los hijos. • Implicación de ambos padres en los cuidados.
De 1 a 3 años	Autonomía frente a vergüenza y duda	• Padres excesivamente controladores que no dan independencia.	Los niños necesitan sentir que controlan las destrezas físicas y tener independencia. Lograrlo les conduce a ser autónomos y lo contrario provoca vergüenza y duda.	• Los padres han de potenciar un cierto autocontrol de los hijos • Equilibrio entre establecimiento de límites e independencia.
Edad preescolar	Iniciativa frente a culpa	• Tienen dificultados para jugar con otros niños e iniciar el juego. • Demasiado competitivos y no comparten.	Los niños necesitan comenzar a demostrar que controlan su entorno. Superar con éxito esta etapa les conduce a tener iniciativa. Los niños que encuentran obstáculos en esta etapa experimentan desaprobación que provoca un sentimiento de culpa.	• Modelo de conducta en casa y fomento de una interacción apropiada con la familia. • Enseñar al niño a respetar la autoridad sin humillarle.
Infancia	Industriosidad frente a inferioridad	• El niño no logra dominar destrezas.	Los niños necesitan hacer frente a nuevas demandas sociales y académicas. Lograrlo les conduce a sentirse competentes y lo contrario provoca un sentimiento de inferioridad.	• Fomento de un nivel de competencias y alabanzas, y asignación de destrezas y tareas apropiadas para su edad.
Adolescencia	Identidad frente a confusión de papeles	• Los padres no consiguen aumentar la responsabilidad y el adolescente no asimila el aumento de responsabilidad propia del adulto. • Falla la transferencia de necesidades de padres a iguales.	Los adolescentes necesitan desarrollar una identidad propia y personal. Los adolescentes necesitan tomar sus propias decisiones y sentirse responsables. Conseguirlo les conduce a ser honestos consigo mismos.	• Debate centrado en la negociación y el acuerdo. • Los adolescentes necesitan interactuar socialmente con sus iguales y ser escuchados. • Introducción de los adolescentes a la responsabilidad económica y física, así como a la realidad de la edad adulta.

Etapa	Crisis	Problemas comunes	Resultados deseados	Intervenciones
Adulthood temprana	Intimidad frente a aislamiento	• Incapacidad de mantener relaciones íntimas. • Dependencia económica y social.	No superar esta etapa conduce a una confusión de la conducta y a poca seguridad en uno mismo; los adultos jóvenes necesitan establecer relaciones íntimas y de amor. Completar con acierto esta etapa conduce a relacionarse con los demás, mientras que el no hacerlo les lleva a la soledad y el aislamiento.	• Es necesaria una mayor adaptación social al entrar en el mundo de los adultos con los papeles y las responsabilidades de los adultos. • El papel de los padres es solo el de consejeros.
Edad adulta media	Generosidad frente a estancamiento	• Los hijos se independizan; el matrimonio se viene abajo. • Poca capacidad para ejercer como abuelos.	Los adultos necesitan sentirse útiles para crear y criar elementos que les sobrevivirán, lo que a menudo se realiza teniendo hijos.	• Terapia matrimonial. • Cambio de carrera profesional. • Se establece una frontera entre padres e hijos.
Ancianidad	Integridad del yo frente a la desesperación	• Dejan de participar. • Enfado y vergüenza si son dependientes.	Los ancianos contemplan su vida en función de sus logros. Superar con éxito esta etapa les da una sensación de sabiduría.	• Fomento del voluntariado. • Atención a las cosas positivas de la vida. • Terapia familiar.

(Kandel, 1999)

Anexo R: Programas educativos reconocidos

País	Página web	Programas
Canadá	www.caet.ca	• Canadian Association for Enterostomal Therapy – Enterostomal Therapy Nursing Education Program (CAET-ETNEP)
Estados Unidos	www.wocn.org	• Cleveland Clinic – R.B. Turnbull, Jr. School, Cleveland, Ohio • Emory University Wound, Ostomy and Continence Nursing Education Center • Harrisburg Area WOC Nursing Education program (Wick's) • La Salle University School of Nursing • University of Texas, M.D. Anderson Cancer Center, WOCNEP • University of Virginia Graduate Program in WOC Nursing • WebWOC Nursing Education Program

Anexo S: Carta de los derechos de los pacientes ostomizados

Esta carta de los derechos de los pacientes ostomizados presenta las necesidades especiales de este colectivo en particular y los cuidados que requieren. Han recibido la información y los cuidados que les permitirán tener una vida independiente y determinada por ellos mismos, y toman sus propias decisiones.

El objetivo de la Asociación Internacional de Ostomizados (International Ostomy Association, en lo sucesivo IOA por sus siglas en inglés) es que esta CARTA se haga realidad en todos los países del mundo.

El paciente ostomizado:

- Recibirá orientación antes de la operación para garantizar que entiende claramente los beneficios de la cirugía y los factores esenciales de vivir con un estoma.
- Tendrá un estoma bien hecho en un lugar apropiado considerando la total comodidad del paciente.
- Recibirá apoyo médico profesional, cuidados de enfermería en el estoma y apoyo psicosocial antes y después de la cirugía, tanto en el hospital como en su comunidad.
- Recibirá apoyo e información para beneficio de la familia, sus cuidadores y los amigos, con el fin de que puedan entender las condiciones y adaptaciones necesarias para lograr un nivel de vida satisfactorio con un estoma.
- Tendrá a su disposición información completa e imparcial sobre todos los materiales y productos relevantes disponibles en su comunidad.
- Tendrá acceso libre a una variedad de productos de ostomía a un precio asequible.
- Recibirá información sobre su Asociación Nacional de Ostomía y sobre los servicios y apoyo que puede proporcionarle.
- Estará protegido frente a cualquier forma de discriminación.
- Tendrá la certeza de que la información personal referente a su cirugía de ostomía será manejada con criterio y confidencialidad a efectos de mantener su privacidad; y que ningún dato referente a su estado de salud será revelado por aquellos que posean esta información a ninguna entidad implicada en la fabricación, venta o distribución de productos de ostomía o productos relacionados; ni a ninguna persona que se pueda beneficiar, tanto directa como indirectamente, por su relación con el mercado de la ostomía sin el consentimiento expreso del paciente ostomizado.

Emitido por el Comité de Coordinación de la IOA, junio de 1993. Revisado por el Consejo Mundial en junio de 1997, 2004, 2007.

Anexo T: Descripción de la Herramienta

Las Guías de buenas prácticas únicamente podrán implantarse con éxito si existen unos recursos, una planificación y un respaldo administrativo e institucional adecuados, así como los medios necesarios. En vista de ello, la RNAO (a través de un equipo de enfermeras, investigadores y gestores) ha desarrollado la “Herramienta de implantación de Guías de práctica clínica”, sobre la base de las evidencias disponibles, las perspectivas teóricas y el consenso. Se recomienda el uso de esta Herramienta para la implantación de cualquier Guía de buenas prácticas clínicas en una institución de atención sanitaria.

La “Herramienta” orienta paso a paso a los grupos e individuos que trabajan para planificar, coordinar y facilitar la implantación de la Guía. En concreto, la “Herramienta” recomienda que, en la implantación de las Guías, se sigan los siguientes pasos principales:

1. Identificar una Guía de práctica clínica bien desarrollada y basada en la evidencia.
2. Identificar, valorar y lograr el compromiso de los colaboradores.
3. Valorar si el entorno está preparado para la implantación de la Guía.
4. Identificar y planificar estrategias de implantación basadas en la evidencia.
5. Evaluar la planificación y la implantación.
6. Identificar y garantizar los recursos necesarios para la implantación.

Implantar las Guías en la práctica, de tal manera que se consiga cambiar la práctica clínica con éxito, resulta una tarea extremadamente compleja. La “Herramienta” supone un recurso fundamental para gestionar este proceso. Se puede descargar esta “Herramienta” en www.rnao.org/bestpractices.

[illegible]

AGOSTO 2009

Guías de buenas prácticas clínicas

Cuidado y manejo de la ostomía

Hecho posible gracias a la financiación del
Ontario Ministry of Health and Long-Term Care



ISBN-13: 978-0-920166-
ISBN-10: 0-920166-95-4



9 780920 166956