

2500. OSTOMIA

EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS COMIENZA CON LA PREVENCIÓN

Un 37,3% de las operaciones de ostomía que se practican, son debidas a ingresos por urgencia, sin que el enfermo pueda ser preparado ni psíquica ni fisiológicamente para ella.

Los diagnósticos más comunes son los siguientes:

• **El cáncer de recto** se presenta, sobre todo, a partir de los 60 años, su síntoma predominante es la rectorragia, pero también es muy frecuente a esta edad, tener hemorroides a las que con demasiada frecuencia se relaciona cualquier pérdida de sangre rectal, **por ello se debe recomendar siempre, que sea un médico quien confirme el origen de una rectorragia.**

El diagnóstico precoz de cáncer de recto mejora considerablemente su pronóstico.

• **En el cáncer de colon**, la edad de aparición más frecuente son los 40 años, y el síntoma predominante es un dolor abdominal no explicable que se localiza según el lugar del asiento tumoral, también puede haber rectorragia.

Junto al aprendizaje de detección de los primeros síntomas, otra medida para combatir cualquier enfermedad en su inicio sería, la información acerca de la importancia que tiene hacerse **exploraciones y controles médicos periódicos.**

La ostomía es el menor mal al que llega un individuo que se ha abandonado y al que ningún sanitario ha sabido conducirle, para confirmar a tiempo, el origen de un signo de enfermedad digestiva o urinaria.

OSTOMÍA

Etimológicamente **STOMA** en griego es **boca**. De ahí la referencia a la boca de la palabra Estomatología.

Pero también existe una segunda aceptación que es **Orificio**; que aplicado a la patología en sentido amplio significa **ABERTURA ARTIFICIAL CREADA EN LA SUPERFICIE DEL CUERPO:**

- ? Laringectomía
- ? Traqueotomía
- ? Colostomía
- ? Ileostomía
- ? Urostomía

En este capítulo el término ostomía hará referencia sólo, a los orificios de la pared abdominal para abocar los conductos digestivo y urinario, a través de los que saldrán las sustancias orgánicas de deshecho.

OSTOMÍA: La derivación quirúrgica de una víscera a la piel, que tiene por objeto derivar de su curso natural, de forma temporal o definitiva, los fluidos normalmente vehiculizados por la víscera ostomizada.

- Se realizan sobre el aparato digestivo o urinario.
- Las ostomías digestivas pueden realizarse sobre cualquier segmento de los intestinos. Según el lugar, recibirán el nombre de **COLOSTOMÍAS O ILEOSTOMÍAS.**
- Para exteriorizar los tubos intestinales o urinarios es necesario abrir un orificio en la pared abdominal al que se denomina estoma.
- Según el tiempo que va a durar, la ostomía se considera:
 - Temporal: Afecciones que precisen mantener una zona en reposo.
Por ejemplo se realiza en caso de obstrucción aguda o sepsis.
 - Permanente: Si hay que eliminar una víscera o parte de ella definitivamente.

A partir de ahora se hará referencia al ostomizado, como aquel individuo al que se le ha realizado una ostomía; pero que ya no es un paciente en el sentido de tener una dolencia, aunque la intervención haya marcado la integridad de su personalidad.

ETIOLOGÍA DE LAS ILEOSTOMÍAS:

Colitis Ulcerosa
Enfermedad de Crohn
Poliposis múltiple
Trauma
Cáncer

ETIOLOGÍA DE LAS COLOSTOMÍAS:

Obstrucción de colon o recto
Cáncer de colon o recto
Malformación congénita (niños)
Trauma

ETIOLOGÍA DE LAS UROSTOMÍAS:

Pérdidas del control del músculo anal
 Pérdida o disfunción de la vejiga por cáncer o malformación congénita.

GENERALIDADES DE LA DIGESTIÓN:

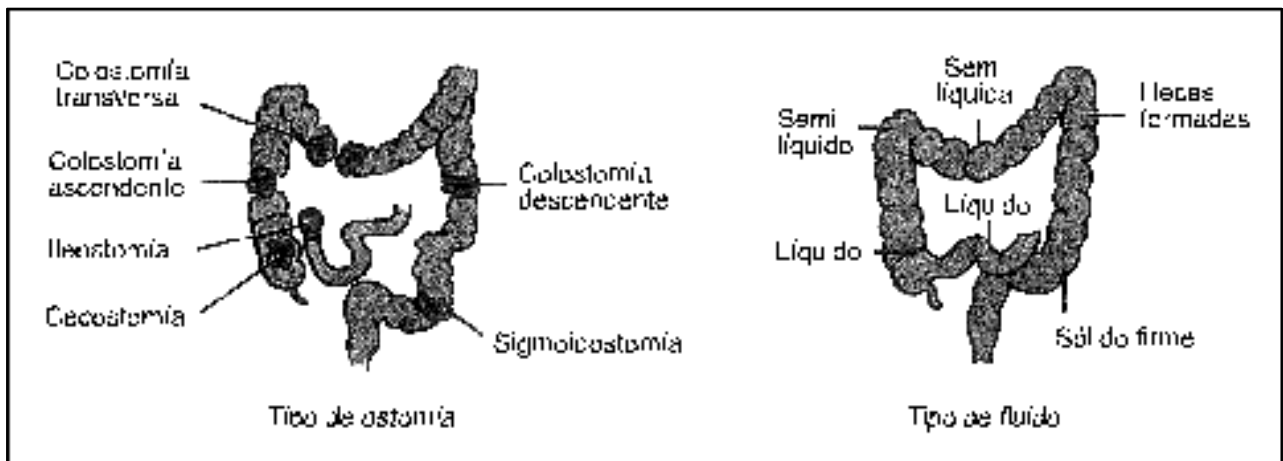
La digestión de los alimentos, es el conjunto de acciones químicas y físicas que se producen sobre ellos cuando son ingeridos, para degradarlos a sus elementos más simples: glúcidos, lípidos, aminoácidos, vitaminas, iones, sales y agua. Estos van a poder ser absorbidos por la mucosa intestinal y se eliminará por el recto, el material no asimilable que haya permanecido en el intestino.

	FUNCIÓN	TIPO DE CONTENIDO
INTESTINO DELGADO	<ul style="list-style-type: none"> Degradación final de alimentos Absorción de los elementos simples de los alimentos 	Consistencia líquida Gran cantidad de enzimas
INTESTINO GRUESO	<ul style="list-style-type: none"> Reabsorción agua residual del contenido intestinal 	COLON ASCENDENTE Consistencia pastosa COLON DESCENDENTE Consistencia seca

Las bolsas de ostomía serán abiertas o cerradas dependiendo de la consistencia del residuo que van a contener.

Clasificación de las ostomías digestivas según su localización anatómica:

Tipo de Ostomía	Tipo de Fluido	Acción
Ileostomía	Líquido	Irritante****
Cecostomía	Líquido	Irritante***
Colostomía ascendente o derecha	Semilíquido	Irritante**
Colostomía transversa	Semilíquido/Semisólido	Irritante*
Colostomía descendente o izquierda	Heces formadas	No irritante
Sigmoidostomía	Heces sólidas	No irritante



1º) BOLSAS ABIERTAS : Las que utilizará el ostomizado que evacue contenido líquido.
Es fundamental poderlas vaciar sin despegar continuamente la bolsa de la piel que rodea el estoma.

Aquí se adelanta el primer gran problema físico de los ostomizados:

Es primordial vigilar la piel periestomal, por su crucial importancia como soporte del dispositivo.

Sobre el mismo lugar exactamente, y toda la vida van a necesitar llevar un dispositivo pegado y con peso.

2º) BOLSAS CERRADAS : Las necesarias para recoger unos residuos secos.
En realidad hacen el papel de reservorio de la parte final de colon.
Por la propia fisiología de esta zona intestinal, están preparadas para recoger gases y poderlos expulsar sin olor.

3º) BOLSAS DE RECOGIDA DE ORINA:

Abiertas para poderlas vaciar.
Válvula antirreflujo que impida la orina retroceder hasta los riñones.

Además de la consistencia del producto a recoger - determinante de la forma de la bolsa, existen otras diferencias entre las 3 situaciones que van a condicionar los equipos necesarios para COLOSTOMÍA, ILEOSTOMÍA, UROSTOMÍA.

Entendiendo como Equipo: BOLSA + ACCESORIOS para la correcta **aplicación** y **utilización** de las bolsas.

ILEOSTOMÍA

Extirpación de la totalidad del intestino grueso y el recto.

Estoma situado en la parte inferior derecha.

Al anular las funciones del colon; que son principalmente absorción del agua y sales minerales, la ostomía actúa de reservorio fecal.

La evacuación es: continua, fluida y super irritante (por su alto contenido enzimático).

Con el tiempo el intestino delgado absorberá agua y la descarga se hará semisólida.

VIGILANCIA EXTREMA porque este contenido irritante no alcance la piel periestomal porque si así ocurriera va a provocar graves irritaciones cutáneas e incluso llega a ulcerarse toda la zona que debe soportar el peso de la bolsa con el contenido intestinal.

Para que estas heridas no se produzcan va a ser, casi siempre obligado la utilización de **Protectores Periestomales**, que son placas adhesivas o pasta, que se coloca sobre la piel que rodea el estoma. De esta forma y en el caso de que se produzcan fugas, es muy difícil que el contenido ileal, llegue a agredir la piel periestomal.

Es muy importante subrayar la importancia que tiene la perfecta colocación de la bolsa alrededor del estoma para que no quede piel entre la mucosa intestinal y el dispositivo.

Hay que tener presente, que al salir del hospital, el paciente presenta un área quirúrgica inflamada, e incluso que la apertura realizada tarda un cierto tiempo en alcanzar su tamaño definitivo, es decir salen con la necesidad de unas bolsas con un diámetro mayor del que se necesitará cuando la ostomía alcance este tamaño final.

OTROS CUIDADOS:

- * No retirar bruscamente el dispositivo para no alterar la capa protectora de la piel.
- * Lavar con jabón neutro sin restregar y aclarar perfectamente.
- * Colocar siempre el nuevo accesorio sobre piel limpia y seca

Vigilancia en cuanto a las pérdidas de agua.

Contraindicado el uso de laxantes.

Se cuidará la dieta recomendando el uso de fibra y de comidas astrigentes.

COLOSTOMÍA

Funciones del Colon

- Absortiva: Unos 500 ml de agua y 50-70 meq. de sales/día.
- Reservorio: Función de la parte final del colon y el recto, almacena el contenido fecal hasta su expulsión. Abriendo y cerrando voluntariamente el esfínter anal.
- Continencia: Retención voluntaria del contenido más o menos sólido y los gases, por los músculos esfínterianos.

Al extirparlo se pierden estas funciones y se produce la emisión de heces y gases de forma caprichosa.

La función de la colostomía se puede manejar de 2 formas:

- ? Natural: Evacuación espontánea en función de la actividad peristáltica intestinal.
- ? Programada: Irrigación a través del estoma.

Cuanto más baja sea la colostomía más secos serán los residuos y más gases se producen.

La producción de gases en el colon es un hecho fisiológico e inevitable, y la falta de control en su expulsión (ruidos y olor), origina impotencia, puede ser importante suprimir algunas bebidas gaseosas y ciertas comidas, judías, guisantes, cebollas, etc.

En la colostomía las bolsas son cerradas y con filtro de carbono (para prevenir el olor de los gases). Además el material de los equipos de ostomía, está fabricado a prueba de olor.

Antes de colocar el dispositivo se pueden introducir en la bolsa desodorantes comercializados en forma de gotas o polvos.

El cuidado de una colostomía supone: llevar un dispositivo adecuado y ajustado correctamente al tamaño del estoma, mantener unas reglas mínimas de higiene y limpieza corporal y una dieta equilibrada y sana.

IRRIGACIÓN: COLOSTOMÍA PROGRAMADA

La irrigación es el método de regulación de la actividad intestinal por medios mecánicos y tiene por objeto controlar la salida de las heces una sola vez al día y que no se produzcan pérdidas continuas por el estoma.

La irrigación en una persona colostomizada supone la expulsión programada del contenido intestinal, y ello es la respuesta a la instilación de agua por el estoma. Se realiza con un litro de agua, previamente hervida y dejada enfriar a temperatura ambiente.

Al introducirla a través del estoma por el intestino, se produce la distensión e inmediata contracción del colon, y se origina la expulsión del contenido intestinal: vaciado completo. La irrigación supone el reposo intestinal las siguientes 24 horas.

Se debe realizar de forma periódica y continuada a la misma hora todos los días. Su éxito se evalúa por la ausencia de evacuaciones entre dos irrigaciones consecutivas. Se basa en que al introducir “bruscamente” una cantidad de líquido en el colon, se produce distensión, contracción y el vaciado completo de su contenido. Esto, no debe intentarse en ileostomías y es de dudosa eficacia en colostomías transversas derechas y ascendentes, ya que los residuos alimentarios son vertidos por el intestino delgado al colon ascendente a las 4-5 horas de comer, lo que hace imposible conseguir la continencia durante 24 horas.

La irrigación de una colostomía está contraindicada en algunas enfermedades como, Enfermedad de Crohn, diverticulitis, recidiva neoplásica de colon, eventración, deficiencia mental, ceguera, artrosis de manos...

OBTURADORES :COLOSTOMÍA CONTINENTE

Teniendo en cuenta que uno de los factores que más preocupa a un ostomizado, es la salida continuada de las heces, se han intentado numerosas medidas tendentes a procurar una continencia fecal.

Algunos pacientes colostomizados dominan las técnicas de irrigación colónica, lo cual supone que pueden no llevar una bolsa de colostomía, permanentemente. Sin embargo, la irrigación es un procedimiento lento, y a pesar de ella, siguen produciéndose salida de gases, pérdidas fecales e irritación cutánea. Por ello se disponen de los obturadores que son un sistema de 3 piezas desechables: placa adherente, obturador y bolsa.

El obturador, blando y flexible, suele estar fabricado de una espuma de poliuretano de celdas abiertas, conteniendo un filtro de carbón que permite el paso de los gases intestinales pero sin producir olor, evitando igualmente el paso de heces, sólidas o líquidas.

El obturador se fija a una cubierta impermeable al agua, prevista de un filtro de carbón y posteriormente comprimido por una película hidrosoluble, la cual se desintegra a los pocos segundos de la inserción, con lo que el obturador se expande hasta alcanzar su tamaño natural, ocluyendo la luz intestinal.

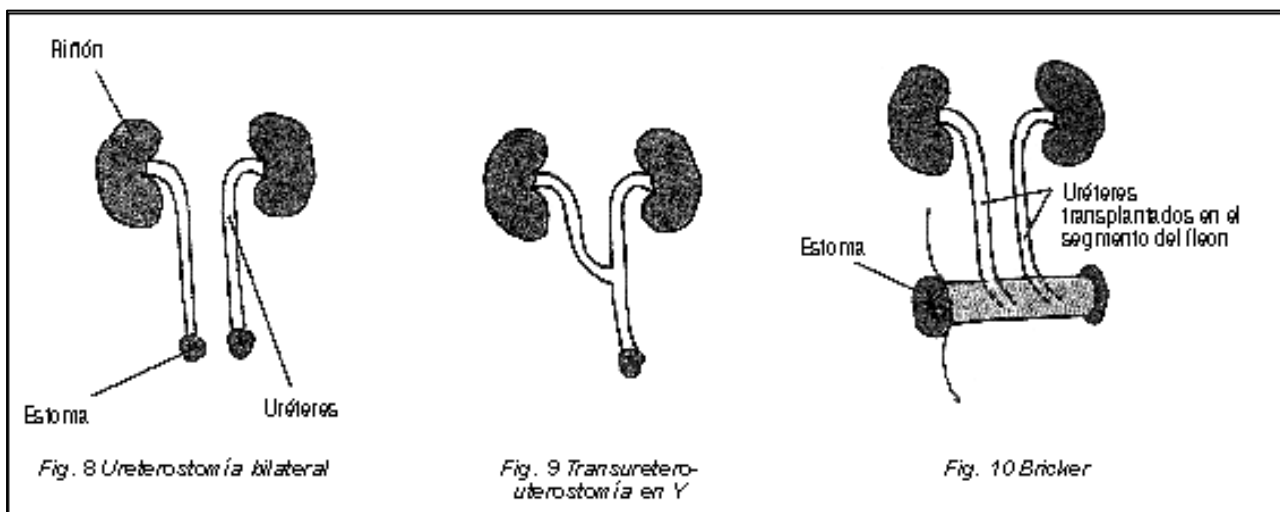
La continencia se mantiene durante 8-12 horas, pudiendo llegar a 24 horas en las personas que se irrigan, aplicándose a continuación una bolsa de colostomía que permite la evacuación, o se realiza la irrigación. Posteriormente se coloca el nuevo obturador.

LA UROSTOMÍA

ORIGEN	{	<p>Patología grave sin alternativa terapéutica.</p> <p>Tumores de vejiga.</p> <p>Obstrucción tracto urinario inferior.</p> <p>Tumor genital femenino.</p> <p>Vejigas neurógenas.</p> <p>Defectos Genéticos - niños.</p>
--------	---	---

La urostomía es la intervención quirúrgica practicada para desviar la orina de su paso por la vejiga. Los uréteres se desconectan de ella y se exteriorizan pero como la longitud de los uréteres es pequeña, si se une a la piel para abocarlos al exterior, el estoma que resulta tiende a hundirse con la consiguiente dificultad para la colocación de la bolsa y el continuo encharcamiento de orina de la zona periostomal, para evitarlo se recurre a la técnica de Bricker, que consiste en cortar un trozo de intestino que se utilizará internamente de puente entre el uréter y la piel. Otras veces para prevenir la estenosis del uréter, se deja una sonda, pero esto produce las complicaciones derivadas de la constante humedad de la zona.

La orina sale en forma de gotas cada 10-15 minutos.



CUIDADOS DE UNA UROSTOMÍA

Evitar la constante humedad de la zona, el urostomizado está obligado el utilizar protectores de piel.

Prevenir las infecciones renales: La urostomía es una vía abierta entre el exterior y los riñones, es muy importante que ante cualquier dolor renal u otra sospecha de infección se dirija al paciente al médico.

Las mayores complicaciones se derivan de la alcalinización de la orina que favorece el crecimiento bacteriano: En caso de tener que hacer una prueba bacteriológica hay que tener presente que la muestra de orina debe provenir del conducto renal directamente.

Si se forman depósitos cristalinos de fosfatos alrededor del estoma, se puede recomendar lavados con agua y unas gotas de vinagre.

Recomendar pequeños periodos de oxigenación de esa piel siempre tapada y soportando peso. Por ejemplo, ducharse sin bolsa o tomar el sol moderadamente.

La única restricción será levantar pesos.

COMUNICAR INMEDIATAMENTE

- Cambio repentino en el tamaño, longitud o color.
- Cambio repentino en la cantidad de orina sin relación con la ingesta de líquidos.
- Olor fétido o enturbiamiento.
- Dolor de riñones o del estoma.

BOLSAS COLECTORAS DE ORINA

Además de las condiciones generales para cualquier producto de ostomía, las bolsas de urostomía deben garantizar, que la orina excretada no retorna al uréter y permitir la adaptación de un sistema de sonda para eliminación nocturna.

Es deseable, además que tengan buenas características de discreción e insonoridad, válvula antirretorno y una llave de salida para vaciarlo.

Los factores para determinar su eficacia son:

- CALIDAD
 - Fugas por rebosamiento
 - Irritación de la piel
 - Ruido y bulto bajo la ropa
- PERFECTA FIJACIÓN
 - El 90% de los problemas surgen por un defecto de éstos.
 - Las bolsas se fijan con un material adhesivo:
 - Que no produzcan irritaciones.
 - Impermeable a los líquidos.
 - Ajuste perfecto: que la orina no entre en contacto con la piel.
 - Que evite fugas y malos olores.
 - Facilidad de cambio y vaciado.
 - Discreción e insonoridad.
 - Tolerancia.

OSTOMÍA: DISPOSITIVOS Y ACCESORIOS

Son aquellos elementos que necesita un paciente ostomizado para conseguir una vida socio-profesional, familiar y sexual en condiciones cercanas a la normal. Tiene como finalidad sustituir el papel de reservorio del colon o la vejiga y, además, facilitar la vida del ostomizado, evitándose los problemas secundarios derivados de su ostomía.

Bolsas de sistema único: Tienen incorporado el sistema de fijación a la piel.

Bolsas sistema doble: Presentan como piezas separadas la bolsa de recolección y el sistema de fijación a la piel.

Minibolsas: Son las bolsas de pequeño volumen de sistema único o doble, especiales para que el paciente desarrolle ciertas actividades físicas.

Accesorios: Son los precisos para la correcta aplicación y utilización de las bolsas: cinturones, pinzas de cierre, filtros de gases.

Protector periestomal: Previene las agresiones sobre la zona que rodea al estoma y absorbe una posible humedad de la zona.

Se comenzaron haciendo de resina natural o Goma Karaya, que es muy hidrófila y al cabo del tiempo se desintegra, lo que la hace poco adecuada.

Ahora se tiende a mejorar sus características con resinas sintéticas basándose en carboximetil celulosa elastomérica para no desintegrarse, más flexibles y menos alergénicas.

ESPECIFICACIONES DE CARACTER GENERAL

El sistema completo debe asegurar que los líquidos excretados no entren en contacto con la piel periestomal en condiciones normales de uso.

- ? Conservar la integridad en las condiciones normales de uso, asegurando resistencia a roturas, desprendimientos o separación accidental de las piezas componentes.
- ? Asegurar que no se produzcan fugas del líquido excretado en las condiciones normales de uso.
- ? Permitir el normal desarrollo de la vida laboral del paciente.

RECOMENDACIONES EN EL CUIDADO DE LAS OSTOMÍAS

Inmediatamente después de la operación, hasta que se cura el estoma y baja la inflamación, se recomendará utilizar dispositivos provisionales, ya que son transparentes y permiten al cirujano observar la evolución del estoma.

La medida del estoma varía, ya que disminuye el tamaño según cicatriza la herida. Los primeros seis meses es recomendable que antes de efectuar una nueva compra de bolsas **tome la medida correcta.**

Hay que vigilar que la abertura del dispositivo que se pegue a la piel, tenga la misma forma y tamaño que el estoma, ya que si quedasen aureolas cutáneas, la piel podría estar continuamente humedecida y, sobre todo, en caso de ileostomía, atacada por la acidez del fluido, originando lesiones dolorosas.

CUIDADOS DE LA PIEL

Es uno de los mayores problemas con lo que se enfrenta el ostomizado. Si aparecen lesiones y no se curan inmediatamente, se pueden formar ulceraciones y no hay que olvidar que es la zona que soporta la bolsa:

El 90 por 100 de los ostomizados sufre trauma adhesivo, en especial debido a la repetida aplicación/retirada de los adhesivos.

Hay que vigilar que el paciente no sea alérgico a los adhesivos y si lo fuera recomendable aquellos específicos de material hipoalérgico.

La piel debe mantenerse limpia y seca. Se recomienda lavar sólo con agua templada, nunca con jabones fuertes ni otros líquidos que puedan eliminar la protección natural de la piel (pH=5), y que la sequen para que la bolsa pegue bien, preferiblemente con papel higiénico, que no deje restos de hilillos.

El color normal de un estoma es rojo, tirando a rosa, y puede ser comparado al color del revestimiento interior de la boca, ante cualquier variación acudir al médico.

Un esmero en la limpieza del estoma o la aplicación de un dispositivo inadecuado puede originar hemorragia en la mucosa digestiva exteriorizada, esto no supone ninguna complicación, simplemente hay que recomendar delicadeza durante los cuidados o un dispositivo preciso y bien adaptado. Pero **la emisión de sangre roja o negra, cuyo origen sea el tubo digestivo, motivará una inmediata consulta médica.**

En las colostomías es importante eliminar el olor más o menos nauseabundo de los gases que se producen en el colon. Para ello las bolsas de colostomía llevan filtros desodorantes de carbón activo que van a permitir la salida de este gas inodoro y, además, evitar que la bolsa se hinche.

POSIBLES CAUSAS DE IRRITACIÓN CUTÁNEA

Fugas fecales:

- Dispositivo mal ajustado
- Estoma mal situado
- Cicatrices próximas al estoma
- Estoma complicado

Irritación mecánica:

- Adhesivo
- Pliegues del material adhesivo
- Medidas aplicadas para limpiar la piel
- Sustancias utilizadas para limpiar la piel

Alergia (Hipersensibilidad):

- Cualquier sustancia que entre en contacto con la piel alrededor del estoma y en especial adhesivo
- Bolsa, cinturón o cualquier otro aditamento del dispositivo para estoma
- Sustancia utilizada para limpiar la piel
- Preparaciones cutáneas

Sudoración, Infección:

- Micótica (candida)
- Bacteriana (frecuentemente estafilocócica o coliforme)

Enfermedad cutánea preexistente:

- Eczema

- Psoriasis

Otros:

- Componentes de la dieta
- Excreción de fármacos o sus metabolitos
- Vendajes
- Ropa de cama
- Prendas de vestir
- Cambios fisiológicos en la permeabilidad cutánea
- Radioterapia

Los dispositivos deben almacenarse en lugar fresco, seco y aireado, evitando temperaturas extremas y los rayos del sol.

Conviene controlar la obesidad.

LA ALIMENTACIÓN DEL OSTOMIZADO

El objetivo de nuestro consejo debe ser que el paciente vuelva a su alimentación habitual, la que tenían antes de la intervención, incluso puede ser más variada ya que algunas patologías que determinan la ostomía habrá obligado a restricciones dietéticas en el periodo preoperatorio.

Al urostomizado se le recomendará que tome cantidad de líquido suficiente para que la producción urinaria no baje de 1,5-2 litros.

Se le pueden recomendar zumos de frutas por su contenido en vitamina C, excepto si tienen historia de cólicos renales por cálculos de oxalato por lo que se recomendará consultar al médico.

Al ileostomizado que presente una evacuación acuosa y sobre todo en verano o después del ejercicio, casos en que se suponga una importante sudoración, recomendar líquidos con una pequeña cantidad de sal para corregir el desequilibrio electrolítico.

Al colostomizado se le debe recomendar tomar salvado para favorecer la consistencia de la evacuación: 2 cucharadas en yogur o zumo de naranja 1 ó 2 veces al día.

En general podemos decir que el régimen alimenticio más idóneo será el establecido por el propio paciente, teniendo en cuenta sus gustos personales y excluyendo aquellos alimentos que su propia experiencia le demuestre que son mal tolerados.

A todos los ostomizados se les puede recomendar que vayan incluyendo de uno en uno todos los alimentos que quieran, según su propia apetencia y que observen las variaciones que les produce su estoma, que esperen unos días antes de introducir otro o incluso el mismo para confirmar su efecto.

En resumen se puede recomendar:

- Coma tan normalmente como le sea posible.
- Intente tomar verduras frescas y fruta diariamente.
- Pruebe productos nuevos de uno en uno y en pequeñas cantidades.
- Evite sólo lo que no le siente bien.
- En tiempo caluroso aumente la toma de líquidos.
- Mastique despacio y bien la comida.
- Mantenga una boca higiénica y sana.
- En caso de diarrea leve se recomendará un régimen ligeramente astringente. Se consiguen buenos resultados con arroz hervido, zumo de limón y té con poco azúcar.
- En caso contrario aumentar alimentos tipo compota de frutas.

PARTICULARIDADES DE LA VIDA DIARIA DE UN OSTOMIZADO

El ostomizado no es un enfermo

Los farmacéuticos podemos transmitir a la sociedad el mensaje de que la vida de relación del paciente ostomizado no tiene que ser distinta en nada a la que tenía antes de la operación.

Las prendas de vestir

Al principio todos los ostomizados tienden a llevar prendas amplias y sueltas, cuando se convencen de que no hay razones que obliguen a ello vuelven a su forma habitual de vestir.

Es conveniente el evitar la presión directa sobre la estoma, los cinturones, por ejemplo, pueden sustituirse por tirantes, a las fajas se les puede hacer un orificio para que la bolsa se lleve por encima.

Aseo diario

Es conveniente dar la importancia justa a la higiene corporal sin excesos ni defectos.

Una recomendación: la ducha o baño debe realizarse sin el dispositivo colocado, para que al menos un rato al día se facilite el reposo y aireación de la piel periestomal. Secar esta zona con papel higiénico suave y ligeros toquitos.

La vida laboral

La reinserción profesional del ostomizado es más o menos fácil según el tipo de trabajo que realice.

Los trabajos de fuerza obligan a pensar en un cambio.

El ostomizado debe estar convencido de que nadie va a notar el dispositivo y sentirse libre para comentar o no su nueva imagen corporal a los compañeros de trabajo.

Una recomendación: tener siempre una bolsa de aseo con los utensilios necesarios para un cambio de dispositivo: bolsa limpia, tijeras, toallitas húmedas, bolsa de plástico para el dispositivo sucio, un ambientador, etc.

Relaciones sexuales

La existencia de una ostomía no es un impedimento absoluto para unas relaciones sexuales satisfactorias. No es posible generalizar, sobre todo por los factores psicológicos que intervienen en este aspecto. La intervención quirúrgica puede tener repercusiones urinarias y sexuales como consecuencia de una ablación de recto se pueden producir impotencias sexuales masculinas.

La maternidad

Cualquier mujer ostomizada puede quedarse embarazada. Una recomendación: comunicar al cirujano la intención o posibilidad de embarazo.

OSTOMÍA INFANTILES

Todos los niños tienen necesidades especiales en algún momento de sus vidas: Los niños ostomizados tienen necesidades normales la mayor parte del tiempo: físicas como el baño, y psíquicas como la aceptación y la no discriminación.

ETIOLOGÍA

- Ano no perforado congénito
- Enfermedad de Hirschsprungs (faltan nervios ganglionares)
- Espina bífida
- Accidentes de coche, moto

NECESER HABITUAL

Después de un tiempo se acostumbra a la frecuencia del cambio: No obstante, merece la pena llevar siempre a mano un neceser.

No posponga el cambio, la piel del bebé tarda muy poco en inflamarse.

Debe evitarse el sarpullido de pañal.

Educación para fomentar la auto observación.

Ejercicio -dieta.

El niño con espina bífida tiene una serie de problemas adicionales.

Se debe estudiar detenidamente el lugar donde se le hace la ostomía, si va obligado a ir en silla de ruedas.

Se pueden hacer pruebas del dispositivo en distintos lugares y elegir el menos malo.

Si los padres demuestran con su actitud que la forma de cuidar el estoma es sencilla, también lo será para el niño. El trato inicial es importante para toda la familia.

No hay una edad específica en la que se deba enseñar al niño a cuidar su estoma, depende de los padres y del propio niño.

Se debe recomendar que desde el principio lleven bolsas aunque sean muy bebés, frente a la utilización de pañales sobre la herida.

ESCOLARIZACIÓN

Cuando no existe deterioro físico, se elegirá el colegio como para cualquier niño, aunque al principio se solicite apoyo en el horario escolar.

En este contexto se fomenta la confianza y la independencia del niño.

Debe tomar parte de las actividades físicas del colegio, que le demostrará que él es similar a los otros niños, y debe aprender que algunas actividades son modificables por su situación física.

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

La etiología que ha llevado a estos pacientes al quirófano es grave y normalmente larga en el tiempo.

Cuando son dados de alta, se encuentran con una apertura anormal por la que defecan y se ven obligados a llevar unos dispositivos que creen imposible esconder, lo que les origina una fuerte sensación de vergüenza.

Inmediatamente después de la operación quirúrgica caen en una honda depresión, en la que influyen más factores externos a su situación clínica —que de por sí es importante como elemento depresivo— como son los signos de rechazo y repugnancia que observan, fundamentalmente en su familia y amigos.

Un 70% de los ostomizados son pacientes de más de 55 años: se sienten viejos y dependientes antes de tiempo, y esta situación se agrava con la jubilación laboral.

Los tipos de ostomía vienen bastante determinados por la edad:

- ? La mayoría de colostomizados son individuos de edad avanzada, con una etiología de cáncer de recto y una esperanza de vida no muy larga.
- ? El ileostomizado-tipo es un individuo joven que ha sufrido una intervención a causa de una enfermedad inflamatoria y tienen una esperanza de vida semejante a la del sujeto sano.

Las preocupaciones de los pacientes son diferentes, según el tiempo transcurrido desde la operación.

En los meses inmediatos a la salida del hospital, centran su atención en los problemas médicos relacionados con su nueva situación física.

Cuando pasa esta fase de adaptación, hay una actitud distinta, que depende de cómo hayan resuelto los problemas físicos y psíquicos: si se han adaptado a su nueva imagen corporal son individuos integrados socialmente y dispuestos a que su vida no sea diferente de la que llevaban antes de la intervención.

Pero hay pacientes que no se adaptan, sobre todo porque han recibido esa respuesta de vergüenza o repugnancia de su entorno a la que ellos responden con una actitud de infravaloración permanente.

Con demasiada frecuencia no pueden remontar esta depresión, lo que adelanta la muerte sin que haya una justificación clínica, suficientemente importante que la determine.

El mensaje que hay que transmitir, por tanto, es el del cambio de la actitud social ante un tabú ancestral que arrastramos todos nosotros: el estoma es algo sucio.

Sólo variando esta actitud podemos llegar a transmitir confianza donde hay miedo y naturalidad donde hay vergüenza.

DETERIORO FÍSICO Y MORAL

Desde el punto de vista psicológico, las consecuencias sociales más importantes de la enfermedad, como deterioro físico, para un individuo son:

- A) La devaluación del papel que ocupa el enfermo en la sociedad.
- B) Una valoración de sí mismos como inferiores.

En cuanto al apartado A), la devaluación social, hay que constatar que la pérdida de una parte del cuerpo se asocia con una imagen incompleta, lo que produce sentimientos de indignidad en el individuo ostomizado.

Las personas que sufren cualquier amputación, padecen un distanciamiento del grupo que les rodea, porque, además, los componentes de este grupo aceptan como normal esta devaluación.

Aunque esta infravaloración social obedece a muchos factores, hay que fijarse especialmente en la aceptación de unas normas preestablecidas que reflejen valores desarrollados históricamente y en otras de adquisición reciente, como que hay que esconder las heces que el estoma es antinatural, etc.

Este caldo de cultivo de considerar como normal que el ostomizado hay perdido su papel social, origina en él dos tipos de respuesta: aislamiento o dependencia y, sobre todo, una pregunta: ¿A quién le importo?.

Todo ello aumenta la falta de seguridad en sí mismo, especialmente cuando ésta actitud social es la de las personas con las que está en más estrecho contacto. En muchos casos, la percepción es tan clara que el ostomizado vive con vergüenza, miedo e incluso repugnancia su nueva situación, lo que agudiza aún más su autoevaluación negativa:

Hay un ejemplo que una mayoría de nosotros hemos vivido alguna vez, y es el de la negativa del paciente o familiar del paciente ostomizado a reconocerse como tal, cuando, al recibir las bolsas en la farmacia se le pregunta directamente por su ostomía.

Además, muchos ostomizados no quieren aprender a cuidar su ostomía, a ponerse la bolsa, a vigilar la situación de la piel periestomal, a irrigarse...

Quieren que sea un familiar el que aprenda y a éste, normalmente la pareja o una hija, le trasladan la responsabilidad de estar limpios, ir cómodamente, poder salir a la calle..., y ello les ocurre incluso a individuos que ocupaban cargos de responsabilidad hasta el momento de la operación; personas acostumbradas a dar órdenes, pueden asumir difícilmente tener que aprender que hacer y cómo, ante su nueva situación física.

Tales cambios de comportamiento en el sentido de depender de alguien, desvalorizan aún más a la persona y originan las afirmaciones del tipo «no sirvo para nada» «sólo soy una carga» «me tienen que hacer todo».

El ostomizado y su familia deben saber que todo esto es normal que ocurra, que el paciente va a poner a prueba, sin darse cuenta muchas veces, su capacidad para ser aceptado por los demás, que va a pasar por períodos de lamentaciones.

El saber que son formas normales de reacción, puede serle útil, aunque no le van a eliminar estos pasos.

Estas llamadas de atención sobre el grupo familiar ocultan, que la intervención y la ostomía les ha traumatizado de tal forma que necesitan un período, a veces largo, de adaptación para reestructurar una nueva personalidad. Ocurre a veces que el paciente maneja su ostomía y, sin embargo, ello no significa que ha aceptado su nueva imagen corporal.

La adaptación dependerá de lo que significa para él este cambio: sobre todo: la respuesta de su familia, amigos, compañeros de trabajo, las circunstancias de su reincorporación al mundo laboral...

Todos los que le rodean deben conocer que el paciente pasa por una situación muy difícil y donde más se puede incidir para ayudarle es elevando el concepto que tiene de sí mismo, recordarle que su vida sigue teniendo sentido.

PROPOSICIÓN PSICOLÓGICA

En cuanto a la estructura sanitaria que rodea al ostomizado, hay que decir que está impregnada de este tabú ancestral de la consideración de la ostomía como algo que hay que ocultar, y por ello también incide con sus propias características.

? El 37% de los operados lo son por urgencia; de ellos el 65% son del nivel sociocultural menos favorecido. Se habla de variable socio-cultural y no de nivel económico porque es la educación lo que más puede influir en que las personas se abandonen hasta llegar a una situación irreversible de alguna dolencia.

? El 42% de los ostomizados no habían oído nunca hablar de ostomía.

¿Qué significan estas cifras?

? Que muchas de las ostomías se realizan tarde, sin preparación psicológica del paciente: son muchos los pacientes que preguntan en el período postoperatorio, cuándo se les va a cerrar ese agujero; ¡no pueden ni imaginar lo que significa aquello!

? Pero, además, muchas ostomías se realizan sin preparación física del individuo: lo ideal sería dibujar sobre el abdomen del paciente el lugar idóneo para colocar después la bolsa: tanto de pie como sentado: pero desde luego nunca tumbado, posición en la que no se pueden comprobar ni pliegues abdominales ni cualquier otra protuberancia, por ejemplo, las que puede presentar un paciente obeso.

? Hay que resaltar el impacto sufrido por los pacientes cuando, al despertarse de la anestesia, se encuentran con la mutilación:

- Para la que no estaban preparados.
- Con total desconocimiento de las consecuencias.
- Sin saber cómo afrontar hechos como:
 - Si van a poder seguir trabajando.
 - Los cuidados especiales que va a necesitar aquello.
 - El futuro en cuanto a su vida.
 - Las dificultades en sus relaciones sexuales.

— Y luego, cuando sale del hospital, la estructura sanitaria sigue sin favorecerle.

Se encuentra en un círculo sanitario donde, casi siempre, se desconoce casi todo de su situación clínica.

El ostomizado tiene que probar todos los productos que hay en el mercado para llegar a la bolsa, al sistema de irrigación, etc. que mejor le va, al protector que mejor cuide su piel, en resumen, a que elija de toda la oferta del mercado sus preferencias, para ello, el círculo sanitario que rodea al ostomizado tiene que conocer, diferenciar y aconsejar sobre aquellos productos que van a posibilitar que su vida de relación vuelva a ser la de antes para que no se autoelimine de los círculos sociales donde se movía, por temor a que le noten mal olor, etc. en resumen, que no se esconda por un defecto de los que estamos a su alrededor.

El sanitario que más cerca está y mejor le puede ayudar es siempre el farmacéutico.

Debemos ser conscientes que el éxito del tratamiento quirúrgico, depende del restablecimiento satisfactorio del ostomizado.

Para conseguirlo, hay que darle a él y a sus familiares una información amplia, explicar en qué consiste la operación, quitarle el prejuicio de que es un inválido. Convencerle de que la industria farmacéutica está en constante evolución para ofrecerle alternativas que le ayuden a aumentar la confianza en sí mismo, que vayan seguros sin tener que dar explicaciones a nadie, si no quieren, de su cambio corporal.

Y el farmacéutico en la oficina de Farmacia:

- Tiene que eliminar los prejuicios.
- Aconsejar a la persona —familiar u ostomizado— y adelantarle acontecimientos.

Y para ello debe conocer casi todo lo que implica «estar ostomizado».