

Dispositivos de recolección en las derivaciones digestivas

M Guyot
M Conge
S Montandon

Atención técnica y relacional de los pacientes con colostomías e ileostomías definitivas o temporarias

Resumen. – El paciente que ha de someterse a una colostomía o a una ileostomía temporaria o definitiva debe recibir informaciones preoperatorias claras por parte del cirujano. La víspera de la intervención, éste, o la enfermera estomaterapeuta, marcan el sitio del futuro estoma en el abdomen del enfermo.

Después de la operación, se coloca el dispositivo que resulte más adecuado según el tipo de ostomía (colostomía transversa o sigmoidea, ileostomía), según el período postoperatorio inmediato o tardío, según los efluentes (líquidos o heces moldeadas) y según las preferencias del enfermo entre todos los materiales y las técnicas existentes.

Debe suministrarse apoyo psicológico desde antes de la intervención, y durante todo el tiempo que sea necesario.

A fin de recuperar su autonomía, el paciente ha de aprender a higienizarse, a vaciar o cambiar la bolsa, eventualmente, a practicar la irrigación cólica (cuando se trata de una colostomía sigmoidea) y a prevenir los problemas cutáneos.

Las enfermeras enterostomistas, mediante su atención de alta calidad junto con los grupos de antiguos pacientes, a través de sus testimonios y experiencia, contribuyen a la rehabilitación de los nuevos operados.

© 2000, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Introducción

Gracias a los progresos de la investigación y de la fabricación, los pacientes portadores de derivaciones digestivas disponen actualmente de materiales fiables, que garantizan una adecuada protección cutánea.

La creación de una ostomía definitiva implica la pérdida del control voluntario de la expulsión de las heces, que es básico para la vida comunitaria y social.

Se comprende fácilmente, pues, la aflicción de quien debe habituarse a una nueva imagen corporal y tratar de disimular lo que siente como una deficiencia.

Esta situación puede evolucionar rápidamente, a medida que el paciente toma conciencia de la posibilidad de llevar una vida familiar, profesional y social normal. A ello contribuyen las informaciones claras del cirujano, la competencia del equipo paramédico (en lo posible asesorado por una enfermera estomaterapeuta con experiencia en estas técnicas), y, eventualmente, la visita de las asociaciones de colostomizados.

Preoperatorio

INFORMACIÓN AL ENFERMO^[3, 5, 10, 13]

Constituye el primer elemento del contrato de confianza entre el cirujano y el paciente y debe ser clara y precisa.

Desde luego, el cirujano, fiel a su misión de curar o, por lo menos, aliviar, no puede admitir fácilmente que su acto provoque una cierta mutilación. Se comprende entonces que le cueste anunciar al paciente la necesidad de practicar una ostomía.

Esta información, sin embargo, es esencial, y debe repetirse en el momento de identificar el sitio de la intervención. Sea o no estomaterapeuta, la enfermera desempeña una función complementaria a la del cirujano. Su presencia hace más verdadero el rigor de un diagnóstico siempre desagradable, por más que haya sido comunicado con delicadeza.

En diciembre de 1994, al concluir la conferencia de consenso sobre la elección de las terapéuticas del cáncer de recto, la asociación francesa para el desarrollo de la evaluación médica (ANDEM^[4]) precisó lo siguiente: «La información al enfermo es una necesidad preliminar e ineludible. Para elegir el tratamiento, debe tomarse en cuenta la calidad de vida sin sacrificar la eficacia carcinológica. Se recomienda considerar con mayor cuidado las repercusiones psicológicas, sociales y económicas de los tratamientos, y evaluar la calidad de vida en los estudios terapéuticos, con la contribución de estomaterapeutas, psicólogos clínicos y asociaciones de antiguos ostomizados».

Michelle Guyot : Surveillante chef, responsable du centre de stomathérapie Georges-Guillemin de l'Hôtel-Dieu à Lyon, responsable de la formation de stomathérapeutes à l'Institut international de formation des cadres de santé (IIFCS) à Lyon, présidente AFET de l'Association française des entéro-stomathérapeutes.

Michelle Conge : Ex-surveillante générale, service du Professeur Malafosse à l'hôpital Rothschild à Paris, stomathérapeute, formatrice à l'école de stomathérapie de Paris, secrétaire de l'Association française des entéro-stomathérapeutes AFET.

Suzanne Montandon : Ex-surveillante des services médicaux (Hôtel-Dieu à Lyon), stomathérapeute diplômée de la Cleveland Clinic Ohio (États-Unis), responsable ESFORD (Espace formation recherche et développement) et de l'école de stomathérapie de Paris.

LOCALIZACIÓN DEL ESTOMA (fig. 1)

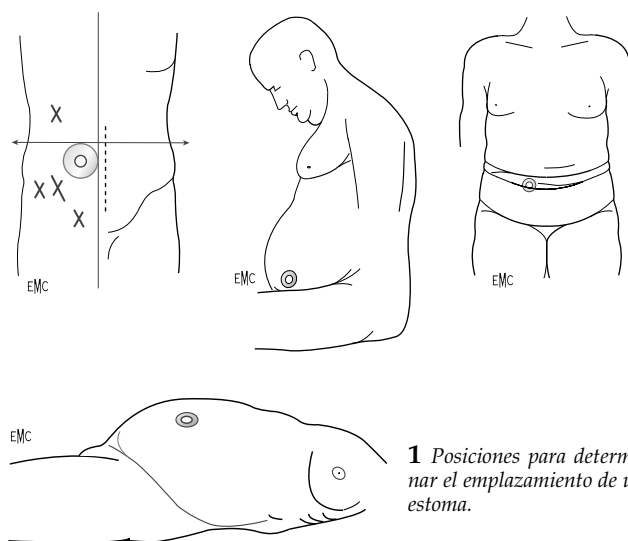
Antes de la intervención, el cirujano, solo o ayudado por una enfermera estomaterapeuta o competente, ha de determinar el emplazamiento del estoma [1, 3, 6, 10, 11, 13].

El sitio del abocamiento cutáneo externo en el abdomen condiciona todo el futuro del paciente. Se ha de verificarlo en las posiciones de pie, acostado, y también, imprescindiblemente, sentado. El estoma debe situarse en una superficie plana, paraumbilical, visible para el paciente, alejado unos 5 cm de todo relieve óseo (cresta ilíaca, reborde costal), del ombligo, de cicatrices abdominales o de deformaciones parietales y, condición muy importante, fuera de los pliegues cutáneos que a menudo sólo aparecen en posición sentada. Recuérdese también que un paciente obeso no podrá ver un estoma situado en la parte declive del abdomen (figs. 2, 3).

Además de estos criterios ineludibles, deben tomarse en cuenta los hábitos de vida (trabajo, deportes) y las limitaciones funcionales eventualmente asociadas (miembros superiores deficientes, corsé, silla de ruedas).

Se empieza por marcar el sitio primeramente elegido con un lápiz dérmico. Después de haberlo confirmado, con el acuerdo del cirujano y del paciente, se hace una inyección intradérmica de una gota de azul de metileno, pequeño «tatuaje» que resiste a la preparación de la piel y, si no ha sido útil, desaparece al cabo de unas semanas.

Se debe proceder así aunque no se tenga la total certeza de practicar la derivación, o aunque se trate de una intervención urgente. Por lo menos, se habrá de sentar al paciente al borde de la cama para escoger el sitio fuera de las zonas inadecuadas.



1 Posiciones para determinar el emplazamiento de un estoma.

Postoperatorio

DIFERENTES TIPOS DE OSTOMÍAS

Se distinguen tres tipos de colostomías [1, 3, 10, 11, 13]: la sigmoideostomía, la colostomía transversa y la cecostomía. Todas ellas pueden ser temporarias o definitivas.

La ileostomía es el abocamiento de la parte terminal del intestino delgado.

El estoma puede ser:

- terminal: con un solo orificio;
- lateral: con dos orificios; para mantener el asa exteriorizada se coloca una varilla (durante 10 o 15 días) o se practica un puente de piel o de crin.

MATERIAL DE RECOLECCIÓN

Debe ser fiable, hermético a los olores, poco ruidoso, fácil de manipular, no alergógeno, cómodo, y estético en cuanto a la forma y el color.

■ Bolsas

No existe ninguna bolsa «universal» que resulte adecuada para todos los casos. El paciente debe recibir asesoramiento, probar diferentes modelos, y elegir el más conveniente. Eventualmente puede utilizar dos modelos distintos según sus actividades.

Características:

- bolsas cerradas, recortadas o para recortar, con filtro;
- bolsas vaciables recortadas o para recortar, con o sin filtro;
- bolsas adhesivas mediante protector cutáneo sintético.

Los protectores cutáneos sirven para prevenir las complicaciones locales ocasionadas por las pérdidas o las irritaciones causadas por los adhesivos. También pueden curar las lesiones



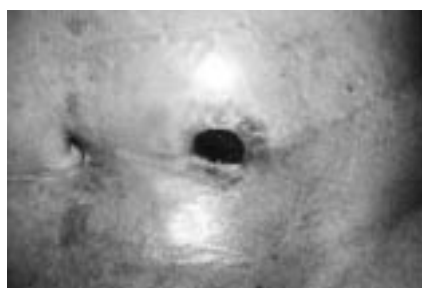
2 Posición inadecuada de una colostomía sigmoidea (falta de visibilidad).

ya constituidas, puesto que poseen una actividad cicatrizante propia, verificada empíricamente en las lesiones peristomiales;

- bolsas de una sola pieza o monobloque;
- bolsas de dos piezas o bibloque: compuestas por un soporte (protector cutáneo total, o mitad protector cutáneo y mitad adhesivo microporoso) pegado a la piel en el que se encaja una bolsa cerrada o vaciable. Este sistema tiene la ventaja de que el soporte puede durar varios días, independientemente de la renovación de la bolsa, que puede realizarse según las necesidades.

Cuando existe un pliegue, se corre el riesgo de que el sistema de dos piezas provoque pérdidas, sea porque el tamaño del anillo no es el que corresponde, sea porque no se ha hecho el recorte ovalado en el sentido del pliegue en posición sentada.

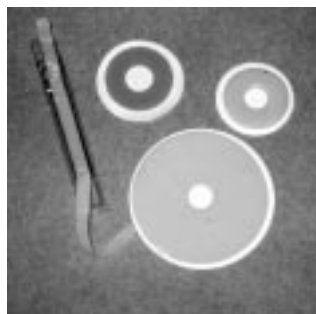
Mediante el uso de un soporte convexo se pueden resolver los problemas causados por un estoma demasiado plano, retraído. En estos casos, el estomaterapeuta debe hacer controles frecuentes y, eventualmente, decidir la vuelta a un dispositivo tradicional una vez que los problemas han quedado solucionados.



3 Posición inadecuada de una colostomía (pliegue en posición sentada).



4 Protectores cutáneos.



5 Eventración peristomial.

■ Accesorios

- A modo de refuerzo, puede colocarse un cinturón, especialmente, en las personas poco activas o, por el contrario, muy activas, como por ejemplo los niños. Dicho cinturón nunca deberá estar demasiado ajustado.
- Protectores cutáneos: los hay en forma de placas, de pasta en pomo, de bandas y de anillos (fig. 4).

INSTALACIÓN DEL DISPOSITIVO EN UN ESTOMA NORMAL ^[3, 10, 13]

Comprende cuatro tiempos:

- *medida del diámetro del estoma* mediante los anillos calibrados. Luego, se recorta la bolsa o el soporte contando 3 mm más que el diámetro del estoma;
- *limpieza de la piel*, lavándola con agua del grifo, como se hace normalmente después de una evacuación. No es en absoluto necesario utilizar compresas, ni menos aún compresas estériles. Se seca perfectamente;
- *colocación de la bolsa*: esta operación, cuidadosa, empieza por la parte inferior, para luego subir, presionando con la palma de la mano (bolsa de una pieza). Cuando se trata de un sistema dos piezas, el soporte se aplica insistiendo para hacer adherir el centro del anillo antes de encajar la bolsa;
- *mantenimiento*: la bolsa monobloque se reemplaza una o dos veces al día (colostomizados). El paciente elige el momento más adecuado según el modo de evacuación: en ayunas (ileostomizados) o después de defecar a una hora regular (colostomizados sigmoideos).

En el sistema de dos piezas, el soporte puede conservarse mientras no haya pérdidas (de 2 a 7 días). Si se emplea una bolsa cerrada, cambiarla una o dos veces al día. El otro modelo, que se cierra con ayuda de un clamp, puede vaciarse donde y cuando se desee, pero antes de que, por estar demasiado llena, la bolsa pueda despegar el sistema.

Una vez que ha tomado las decisiones definitivas, el cirujano prescribe detalladamente el material que se ha de comprar, precisando el tipo de estoma, el diámetro del orificio prerrecortado o del anillo, el modelo de bolsa y el nombre del laboratorio fabricante.

Conviene hacer las prescripciones para 2 o 3 meses, y no renovarlas sin haber verificado el estoma, su tamaño y el estado de la piel, a fin de adaptar la nueva prescripción a la situación del momento.

El paciente debe saber que el tamaño y el aspecto del estoma pueden evolucionar por efecto de la modificación del peso o la aparición de un prolapso o una eventración (fig. 5). Si estas lesiones pasan inadvertidas, pueden producir compresiones, heridas o hemorragias.

El personal especializado debe saber reconocer tales incidentes, identificar su origen local o general (una recidiva de la enfermedad causal o una asociación mórbida, como la cabeza de medusa, signo de hipertensión portal) y advertir, eventualmente, al cirujano o al médico tratante.

POSTOPERATORIO INMEDIATO ^[3, 10, 13]

Cualquiera que sea el tipo de estoma, durante el período postoperatorio inmediato las heces son blandas, y hasta líquidas. Se utiliza una bolsa vaciable o transparente, sin filtro, preferentemente de dos piezas con visor. Para garantizar la hermeticidad peristomial se realiza una junta de pasta. Si se observa una demora en la reanudación del tránsito, el cirujano puede practicar un tacto estomial, o bien, una pequeña irrigación (colostomía).

Si el espolón del estoma lateral es deficiente, se puede producir al mismo tiempo una exteriorización de heces por el cabo proximal y por las vías naturales. Si no hay una buena evacuación, pueden formarse fecalomas. Por lo tanto, también se deben hacer controles a largo plazo.

ATENCIÓN PARTICULAR SEGÚN EL TIPO DE OSTOMÍA

■ Colostomía sigmoidea (cuadro I)

El paciente evacua heces formadas y una cantidad variable de gases. Por lo general, utiliza una bolsa cerrada equipada con un filtro y, para compensar la pérdida de control, puede

Cuadro I. – Colostomía sigmoidea.

Hasta que se reanude el tránsito	Bolsa postoperatoria transparente vaciable sin filtro + protector cutáneo
Heces moldeadas	— Bolsa cerrada de una o dos piezas — Irrigación + bolsa de una pieza cerrada de tamaño normal o mínima
Diarrea	Bolsa vaciable de una o dos piezas ± filtro + protector cutáneo No practicar la irrigación
Preparación para un estudio radiográfico o endoscópico	Bolsa vaciable desde la toma del laxante + protector cutáneo Una irrigación antes del laxante, y eventualmente la mañana del examen

practicar la irrigación cólica que le permitirá elegir el momento de la evacuación.

Su principio se basa en la evacuación del intestino grueso mediante la administración de un enema evacuante cada 2 o 3 días, a hora fija.

Indicaciones y contraindicaciones

Sólo pueden utilizar esta técnica los portadores de una colostomía izquierda, que conservan la totalidad del tubo digestivo, ya que las heces tienen una consistencia normal y pueden almacenarse en el colon durante varios días.

Sin embargo, la irrigación se halla contraindicada, o al menos puede resultar menos eficaz, en las personas de edad o en mal estado general, débiles, o con deficiencias visuales o manuales. Debe utilizarse con cautela en los casos de enfermedad diverticular, o cuando el colon ha sido irradiado. Cabe desaconsejarla cuando existen antecedentes de angina de pecho grave. Si el paciente sufre de colopatía espasmódica, la irrigación puede resultar ineficaz.

En caso de diarrea deben suspenderse las irrigaciones, y sólo reanudarlas una vez que el tránsito se haya normalizado, tras haber detectado, y eventualmente tratado, la causa desencadenante.

Desde hace unos años ha disminuido el número de pacientes ostomizados que adoptan este método. Ello puede explicarse porque la quimioterapia o la radioterapia postoperatoria, cada vez más empleadas, provocan modificaciones del tránsito, de modo que no es posible enseñar la técnica de irrigación cólica inmediatamente después de la intervención. Los pacientes, pues, se acostumbran a cambiar la bolsa en unos minutos, y ya no quieren adoptar una técnica que lleva alrededor de 1 hora.

Material de irrigación

Dentro de un estuche, se encuentra:

- un reservorio para colgar, de plástico blando, graduado, conectado a un tubo equipado con una llave de regulación del flujo; en el extremo de dicho tubo, se coloca un cono romo que, una vez aplicado contra el estoma, permite introducir el agua;
- una gran manga de plástico, adhesiva, abierta en sus dos extremos;
- dos pinzas;
- minibolsas u obturadores.

Técnica (fig. 6)

Conviene que la persona encargada de enseñar el método sea un estomaterapeuta.

6 Práctica de la irrigación.



La primera vez, es importante que el paciente identifique el trayecto del colon, introduciendo en el estoma un dedo recubierto con un dedil lubricado.

Por lo general, se practica la primera irrigación unas 2 a 3 semanas después de la operación, durante el período de convalecencia, si bien es posible empezar al 8.º día postoperatorio.

El paciente se instala en el baño, de pie o sentado. Durante el postoperatorio reciente, o cuando se trata de preparar un examen, el paciente también puede permanecer acostado en su cama.

Se introducen de 750 a 800 ml de agua tibia lo más rápidamente posible (en menos de 5 minutos). Sin embargo, si aparecen dolores abdominales (espasmos) se ha de reducir el caudal con la llave reguladora, y no aumentarlo sino cuando los dolores hayan desaparecido (fig. 7).

La evacuación se realiza en dos tiempos:

- el primero (aproximadamente de 15 minutos, durante los cuales el paciente debe permanecer en la misma posición) consiste en volcar en el retrete (WC) la mayor parte del agua, que arrastra una parte del contenido intestinal; esta evacuación puede facilitarse practicando masajes abdominales;
- en el segundo (entre 15 y 30 minutos), se puede doblar la manga sobre sí para formar una bolsa; mientras el paciente espera la evacuación total del agua y de las heces puede hacer otra cosa (higienizarse, desayunar, etc.).

Al final de la evacuación, se retira la manga, se limpia la piel con agua, se la seca, y se coloca una minibolsa o un tapón obturador en el estoma (fig. 8).

Para aprender este método, generalmente, se necesitan tres lecciones, a fin de que el paciente vaya integrando progresivamente las maniobras. Puede resultar útil la colaboración de un ostomizado que ya practique la irrigación de modo satisfactorio.

Durante las primeras sesiones, conviene que la enfermera estomaterapeuta acompañe al paciente, y que éste pueda consultarle en caso de necesidad. Puesto que la mayor parte de las colostomías izquierdas se practican en pacientes con



7 Introducción del cono.



8 Bolsas postirrigación.

cáncer, éstos deben permanecer atentos a cualquier cambio en la evacuación, que podría indicar una evolución de la enfermedad causal.

Aunque en principio la colostomía izquierda no requiere ningún régimen especial, el paciente debe evitar los alimentos que le provoquen diarrea. Cuando, excepcionalmente, la persona modifica su régimen habitual (por ejemplo, en ocasión de un banquete o un viaje), es recomendable que lleve una bolsa tradicional.

También es preciso evitar todo estreñimiento, bebiendo regularmente alrededor de 1,5 l fuera de las comidas.

En los viajes, es prudente llevar consigo material de repuesto y, si se desea practicar una irrigación, verificar la calidad del agua. De ser necesario, utilizar agua hervida o agua mineral sin gas.

Al suprimir el uso de la bolsa colectora, el control de la exoneración cólica transforma la vida de los pacientes que adoptan esta técnica, tanto física como psicológicamente, y facilita una más rápida reinserción en la vida activa.

Pueden presentarse tres problemas:

— *el agua no entra*: material defectuoso (tapado); cono mal orientado; complicación local (eventración, prolapso); complicación interna (recidiva de la enfermedad, oclusión);

— *el agua no sale*: puede haber sido absorbida porque el enfermo estaba deshidratado, o puede no haber desencadenado el reflejo de evacuación por haber sido inyectada demasiado lentamente;

— *se producen rechazos entre las irrigaciones*: diferenciar un rechazo del agua y una diarrea. El primero ocurre de 12 a 20 horas después de la inyección de líquido porque ésta ha sido demasiado abundante.

■ Colostomía transversa (cuadro II) [3, 10, 13]

Por lo general, las heces son blandas, aunque algunas veces están formadas. Según la calidad de las heces, se utilizan bolsas vaciables o cerradas, pero siempre con un protector cutáneo. La presencia de gases puede obligar a emplear una bolsa con filtro.

No se puede practicar la irrigación cólica.

■ Ileostomía (cuadro III) [1, 3, 10, 13]

El equipo consiste en una bolsa vaciable (con o sin filtro). Nunca deben faltar los protectores cutáneos, porque las heces son líquidas y muy corrosivas para la piel peristomial. Todos los días se cambia la bolsa y se hace una nueva junta hermética de pasta. El sistema de dos piezas puede quedar instalado varios días, pero se ha de limpiar el soporte después de retirar la bolsa, y se ha de realizar una nueva junta de pasta diariamente. Proceder en ayunas a fin de evitar el molesto flujo de líquido. Vaciar la bolsa cuatro o cinco veces al día (dejando transcurrir de 2 a 4 horas después de una comida).

No se indica ningún régimen alimenticio estricto, salvo la proscripción de alimentos laxantes o que provoquen trastornos específicos en el paciente. La hidratación debe ser suficiente como para compensar las pérdidas (alrededor de 1 l/día).

Los efluentes pueden provocar quemaduras peristomiales muy dolorosas. Para que no se extiendan e impidan la portación del dispositivo, deben ser tratadas de modo urgente.

PROBLEMAS CUTÁNEOS [1, 3, 10, 13]

Aunque el cirujano haya tomado las mayores precauciones en cuanto a la situación del estoma, y pese a la mejor calidad del material actual, pueden observarse problemas cutáneos de diferentes orígenes:

— una modificación ponderal puede favorecer la aparición de pliegues, siempre tan peligrosos. Se debe recortar la bolsa según el tamaño del estoma, y en el sentido del pliegue (recorte ovalado a varios milímetros del estoma). Si se corre el riesgo de que aparezca una irritación, utilizar un protector cutáneo en forma de lengüeta o de pasta (fig. 9);

— limpieza con productos agresivos (enjuague insuficiente del jabón, uso de alcohol o de éter);

— modificación de la naturaleza de las heces (diarrea);

— reacción cutánea por el uso de un nuevo material, etc.

La irritación puede manifestarse por:

— simples manchas rojas sin lesión (fig. 10);

— una quemadura de segundo grado: piel enrojecida, húmeda y muy dolorosa (fig. 11);

— una excoriación de la piel, con engrosamiento local y modificación aparente de la misma.

Para curar y prevenir la reaparición de las lesiones se lava delicadamente con agua pura, se seca cuidadosamente con leves presiones de la mano, se aplica un protector cutáneo en placa y en pasta, y se coloca un dispositivo de dos piezas, vaciable.

Si se trataba tan sólo de manchas rojas, habrá curado al cabo de 2 o 3 días, cuando se retire el material.

La curación de las lesiones más avanzadas es más larga, y a menudo obliga a recolocar una o dos veces el dispositivo en las primeras horas, porque los protectores cutáneos se despegan al embeberse con el líquido exudado.

Las lesiones de piel son muy traumáticas, no sólo por el dolor que despiertan, sino porque, a causa de las pérdidas, el paciente se ve obligado a reducir su actividad y pierde confianza en el dispositivo.

El tratamiento, pues, debe ser inmediato. Desde luego, se ha de cambiar la bolsa cuando esté llena, pero también, y sin la menor demora, cuando exista una pérdida.

Cuadro II. – Colostomía transversa.

Hasta que se reanude el tránsito	Bolsa postoperatoria transparente vaciable sin filtro + protector cutáneo
Heces blandas o líquidas	Bolsa vaciable de una o dos piezas ± filtro protector cutáneo
Heces moldeadas	Bolsa cerrada de una o dos piezas
Preparación para una radiografía o una endoscopia	Bolsa vaciable desde la toma del laxante + protector cutáneo ± irrigación (en la colostomía transversa izquierda)

Cuadro III. – Ileostomía.

Hasta que se reanude el tránsito	Bolsa postoperatoria transparente vaciable sin filtro + protector cutáneo
Heces líquidas	Bolsa vaciable de una o dos piezas ± filtro + protector cutáneo
Preparación para una radiografía o una endoscopia	No dar laxante, dejar en ayunas a partir de medianoche.

**9** Lengüetas de protección cutánea en un pliegue.**10** Irritación provocada por el adhesivo utilizado para sujetar la bolsa.**11** Quemadura provocada por los efluentes ileales.

Puesto que es imposible suprimir el dispositivo de almacenamiento, se ha de hacer un montaje adecuado (pasta, protector, bolsa), por personal especializado.

Aspectos psicológicos [3, 7, 8, 10, 13]

Las repercusiones psicológicas son diferentes según se trate de una derivación digestiva definitiva o temporaria.

En el primer caso, el paciente inicia un trabajo de duelo desde el momento en que el médico le anuncia la necesidad de practicar la operación. Dicho duelo corresponde a la pérdida de la salud y de la función de eliminación, a la modificación de la imagen corporal (cicatriz y estoma) y, a veces, a la perturbación de otras funciones físicas, como la nutrición «normal», la sexualidad y la eliminación urinaria, con las consiguientes repercusiones sobre la vida familiar y social.

El paciente necesita un acompañamiento psicológico por parte de todos los profesionales (médico, cirujano, enfermera, estomaterapeuta y, eventualmente, psicólogo o sexólogo) desde el momento en que se entera de la intervención, y durante todo el tiempo necesario, especialmente si experimenta dificultades para adoptar las nuevas prácticas o si se presentan complicaciones secundarias. El papel desempeñado por el personal especializado en estomaterapia es de suma importancia porque brinda ayuda técnica, relacional y educativa.

Si se trata de un estoma temporario, el paciente lo vive como un episodio «entre paréntesis», puesto que sólo ha de utilizar la bolsa durante unas semanas. Sin embargo, si la enfermedad es grave, puede requerir un verdadero trabajo de duelo.

Obviamente, la educación de un enfermo recién operado no puede ser uniforme en todos los casos, sino que debe tomar en cuenta el estado psicológico de cada uno de ellos.

Educación del paciente ostomizado [1, 5, 6, 7, 8, 10, 13]

Empieza en la consulta preoperatoria, fundamento del diálogo y de la confianza entre el paciente y el cirujano (y, eventualmente, la enfermera estomaterapeuta). Un estudio ha mostrado que los colostomizados que reciben información sobre la irrigación desde el período preoperatorio se sienten más motivados y practican más asiduamente esta técnica.

El estoma no debe impedir las acciones de la vida diaria (ducharse, vestirse, salir, etc.) ni representar una minusvalía para el enfermo. Es esencial que éste asuma lo antes posible todas las maniobras, a menos que se encuentre en la imposibilidad real de practicarlas y deba ser ayudado por otra persona. Así pues, durante el tiempo de hospitalización postoperatoria, el nuevo ostomizado debe aprender a vaciar o cambiar la bolsa y, eventualmente, a practicar la irrigación.

Cada paciente evoluciona a su modo, y es importante respetar las diferencias. No todos se hallan en condiciones de aprender las mismas cosas al mismo ritmo.

Recuérdese que el anuncio de la intervención conlleva un diagnóstico (más o menos claramente formulado, evocado o percibido) de enfermedad crónica grave (rectocolitis ulcerohemorrágica, enfermedad de Crohn, cáncer), y que a ello se suma la idea de tener que llevar adosada a su cuerpo la bolsa colectora, todo lo cual genera angustia y requiere un período de adaptación.

Aunque el tiempo de educación es muy variable, siempre se apunta a que la persona ostomizada cobre autonomía lo más rápidamente posible. Dado que las hospitalizaciones son cada vez más breves, a veces, no se alcanza esa meta antes de la salida del paciente, y hace falta continuar la educación en el establecimiento para convalecientes, en el domicilio, o en un consultorio externo.

Los laboratorios editan folletos que pueden servir de base para el aprendizaje, y resultan muy útiles para el paciente, por lo que no hay que dudar en distribuirlos.

Estomaterapeutas [3, 6, 10, 13]

Todos los profesionales que se han visto en la necesidad de crear un estoma y de afrontar los consiguientes problemas técnicos y psicológicos conocen la intensa demanda de ayuda de estos pacientes, y tratan de responder con todos los recursos de su arte, su sensibilidad y su delicadeza.

El profesor Rupert Turnbull, de la Cleveland Clinic (Ohio, EE UU), y Norma Gill, una de sus pacientes ileostomizadas, concibieron un curso de *enterostomal therapists* para la formación de enfermeras dedicadas a la readaptación de enfermos ostomizados.

Asociaciones de ostomizados [3, 5, 10, 13]

Tienen por objetivo:

- ayudar a los ostomizados que lo deseen a resolver sus problemas de reinserción;
- estimular la formación médica y paramédica en estomaterapia;
- favorecer la información sobre los diferentes dispositivos y sobre algunas prácticas médicas para mejorar el bienestar de los ostomizados;

- promover la investigación a fin de perfeccionar las técnicas quirúrgicas y los materiales;
- informar a la opinión pública acerca de los problemas médicos y sociales de los ostomizados;
- promover la constitución de centros de reinserción;
- desarrollar todas las formas de intercambio entre asociaciones, en particular, las reagrupadas en el seno de la International Ostomy Association (IOA), y la European Ostomy Association (EOA).

Conclusión

Para que los pacientes ostomizados puedan reanudar una vida lo más normal y satisfactoria posible es importantísimo brindarles una atención adecuada y competente. Ello también resulta conveniente desde el punto de vista económico, porque se ahorra material y se evitan las complicaciones locales, siempre largas y difíciles de tratar.

Los equipos pluridisciplinarios que incluyen una enfermera estomaterapeuta constituyen, pues, una modalidad de atención ventajosa.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Guyot M, Conge M et Montandon S. Appareillages des dérivations digestives. Prise en charge technique et relationnelle des colostomisés et iléostomisés définitifs ou temporaires. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Appareil digestif, 40-550, 2000, 10 p.

Bibliografía

- [1] Adloff M, Ollier JCL. Les stomies digestives de l'adulte. Paris: Springer-Verlag, 1993
- [2] Bérard PH, Bonnin R, Carabona JP, Montandon S, Papillon M. Contrôle des exonérations par l'irrigation des colostomies. *Cah Chir* 1979; n° 31
- [3] Böll G, Conge M, Guyot M, Marquet JM, Montandon S. Le point sur les stomies, les fistules et les troubles de la continence. Atlas B. Braun, 1998
- [4] Conférence de consensus. Le choix des thérapeutiques du cancer du rectum. ANDEM, 1994
- [5] Gill-Thompson NN. Spécial stomies. Les soins, l'information et l'aide aux stomisés. Hier, aujourd'hui et encore demain. *Lyon Chir* 1989; 85 (n° 2)
- [6] Guyot M, Conge M. L'infirmière stomathérapeute: son rôle auprès du malade stomisé. *J Pathol Dig* 1993; III: 134-136
- [7] Jeter FK. The evolution of enterostomal therapy: Patient need or personal growth. *J Enterostomal Ther* 1981; 8 (n° 4)
- [8] Les stomies digestives, la stomathérapie. *Rev Soins Chir* 1981; n° 5-6
- [9] Montandon S, Guyot M. L'irrigation des colostomies, technique. *Rev Infirm (Fiche technique)* 1980; n° 22
- [10] Montandon S, Guyot M, Degarat F. La stomathérapie, une compétence pour l'approche globale des soins aux stomisés. Collection Infirmières d'aujourd'hui. Paris: Le Centurion, 1986
- [11] Papillon M. Entérostomie, colostomie, iléostomie, urétérostomie cutanée trans-iléale. [thèse], Ediprim, 1978
- [12] Rigaud JY. Place du kinésithérapeute face au péristaltisme intestinal du colostomisé. Convatec, 1991
- [13] Spécial stomie. *Cah Chir* 1985; n° 54