

Instituto de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

## PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL PACIENTE CON OSTOMÍA

*My. Constantino Luis Noda Sardiñas,<sup>1</sup> Tte. Cor. Lázaro E. Alfonso Alfonso,<sup>2</sup> Tte. Cor. Miguel Fonte Sosa,<sup>3</sup> Cor. Francisco L. Valentín Arbona<sup>1</sup> y My. Margarita L. Reyes Martínez<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Las ostomías constituyen procedimientos estándar en la práctica de la cirugía, con gran repercusión sobre los pacientes y sus familiares por los inconvenientes económicos, sociales, laborales y los efectos psicológicos que producen. En esta revisión se reflexiona sobre estos aspectos que en ocasiones el profesional de la salud no analiza de forma integral y precisamente el éxito de la rehabilitación está en la educación. Además se compara la situación actual de Cuba con otros países. Se dan instrucciones especiales sobre la dieta, aseo, deportes, ejercicios, viajes. Se concluye de que el diagnóstico precoz es factible de realizar gracias al sistema de salud cubano y constituye la única forma de poder disminuir las ostomías.

*DeCS:* PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS OPERATIVOS/economía; PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS OPERATIVOS/psicología; MEDIO SOCIAL; ENFERMEDAD IATRIOGENICA.

En las ciencias médicas contemporáneas se manifiestan de forma ostensible los avances científicos que incorporan continuamente nuevos conocimientos, perfeccionan sus recursos con novedosos y complejos dispositivos técnicos, para auxiliar el trabajo diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades<sup>1</sup> (Colectivo de autores. Ética y deontología médica. La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1979: 92-100).

En los medios sociales en que la práctica médica adquiere un carácter competi-

tivo y mercantil, un equipo novedoso, instrumento o técnica forma parte de los intereses científicos y además de los económicos particulares. En Cuba, el médico adquiere una elevada responsabilidad científica y humana en la indicación o realización de nuevos métodos diagnósticos o terapéuticos. Estos no están exentos de causar molestias y temores al enfermo, y en algunos casos no se puede descartar el peligro de una complicación de menor o mayor gravedad. Es preciso ser muy cui-

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Coloproctología. Instructor.

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.

dadoso en la práctica de un proceder técnico y ofrecer una información detallada al enfermo y los familiares que están en relación directa con el grado de molestias y con la posibilidad de yatrogenia<sup>2</sup> (Colectivo de autores. Obra citada).

Dentro de la variedad de procedimientos en la práctica de la cirugía se seleccionaron las ostomías como proceder estándar de gran repercusión por los inconvenientes económicos, sociales y laborales, además de los efectos psicológicos que provocan estos cambios en el físico<sup>3,4</sup> (Colectivo de autores. Obra citada).

Una ostomía se define como la comunicación con el exterior de la luz de un órgano, ejemplo: gastrostomías, yeyunostomías, ileostomías, colostomías, entre otras.

En las décadas pasadas al paciente que se le realizaba una ostomía era abandonado a su propio albedrío para determinar como manejar mejor el estoma. En los últimos años se desarrolló un “sistema de ayuda” (países desarrollados) auspiciado por la Asociación de Ostomizados que facilitó la rehabilitación, al permitir que un paciente fuera testigo de que otra persona en igual situación pudiera retornar a la independencia y al bienestar. Un grupo profesional, los terapeutas para ostomías, desempeñan en la actualidad una función invaluable asesorando a este tipo de pacientes. Muchas compañías han desarrollado dispositivos que son más planos, livianos, inodoros y adhesivos.

La educación es la clave del éxito, un paciente informado se convierte en un aliado. Como resultado de esto parecerían existir pocos problemas en este consorcio para la ayuda. Sin embargo, el cirujano debe seleccionar al paciente apropiado y emplazar la ostomía en el sitio correcto, prestando atención a detalles de la técnica para alcanzar buenos resultados a largo plazo. Asimismo debe conocer todos los

pasos y los problemas de la rehabilitación aun cuando disponga de este nuevo equipo de asistentes.<sup>3-6</sup>

En Cuba, en la atención primaria se logra por parte del médico y la enfermera de la familia la información complementaria y el apoyo necesario al paciente y familiares en el manejo de esta nueva problemática<sup>7</sup> (González Enoa PA, Sánchez L. Problemas sociales de las ciencias y tecnologías médicas: la relación médica. Análisis a la luz de un enfoque no habitual. SILAC 2000. III Congreso Iberoamericano de Cirujanos. Noviembre 20-24, La Habana, 171).

## PROBLEMAS ECONÓMICOS, SOCIALES Y LABORALES DE LAS OSTOMÍAS

En las sociedades capitalistas generalmente lo más costoso es el trabajo profesional especializado y paramédico, los insumos por concepto de hospitalización que depende de la categoría de la institución, y las circunstancias en que este proceder se realice (urgente o electivo) (González Enoa PA, Sánchez L. Obra citada).

En Cuba, el costo de las ostomías es casi totalmente subsidiado por el estado, ya que la atención hospitalaria es totalmente gratuita; se incluyen los recursos empleados (anestésicos, suturas, bolsas, sondas, entre otros) que se adquieren en países desarrollados con moneda libremente convertible (González Enoa PA, Sánchez L. Obra citada).

En los países del Tercer Mundo con tecnología atrasada y en muchos casos rudimentaria o sencillamente inexistente, los tratamientos son muy selectivos y se destinan solo a la clase social con posibilidades económicas, esto hace que los pacientes acudan en etapas avanzadas de la enfermedad, donde la única alternativa es la

ostomía. En África, específicamente los etíopes, por su bajo nivel cultural y creencias religiosas no aceptan este proceder quirúrgico y en ocasiones llegan al suicidio, al despertar de la anestesia y verse con una ostomía (González Enoa PA, Sánchez L. Obra citada).

En España el costo social viene determinado por el tiempo medio que el paciente permanece inactivo entre la intervención quirúrgica y la recuperación total con una media de 3 meses por persona. El total asciende a unos 18 millones de dólares atendidos por la seguridad social, a la que se deben añadir gastos particulares como consecuencia directa de la intervención, ejemplo: dieta especial, materiales, bolsas, pomadas, algodón, gasas, entre otros, que durante años representa un gasto fijo importante.<sup>3</sup> Sufrir la pérdida de control del esfínter además de otros inconvenientes, puede alterar su desarrollo social.<sup>3</sup>

El mal olor que el paciente con ostomía cree percibir constantemente y que no siempre es cierto y bastante evitables con las actuales bolsas desechables, livianas, y a prueba de olores con filtro de carbón, tapas de seguridad, solo adquiridas en países desarrollados, así como el sonido producido por las ventosidades, que trastornan el silencio o la conversación son a veces suficientes para encerrar a un individuo en sí mismo. Tanto los opérculos magnéticos, como los reservorios que han intentado resolver estas molestias son todavía poco satisfactorios, el problema del ruido de la ventosidad es difícil de resolver. Una vez más el ambiente socio-cultural en que se desenvuelva el paciente con ostomía, va a ser fundamental; a pesar de los adelantos de los países desarrollados se hace insuficiente resolver las incomodidades que representa esta solución quirúrgica.<sup>2-4,8-11</sup>

En el mundo existe una tendencia a realizar en el politraumatizado con lesión del intestino grueso siempre que cumpla

con los requisitos, sutura primaria de la lesión intraabdominal y se evitan así todos los inconvenientes de la ostomía y de una reintervención posterior para el cierre del asa intestinal, este proceder ha tenido seguidores y detractores.<sup>3,12-16</sup>

Validar en Cuba este procedimiento quirúrgico por demás muy ventajoso para el paciente y con gran ahorro de recursos para el país, es objetivo de un proyecto de investigación que se espera su generalización de acuerdo con los resultados preliminares.

En Cuba los pacientes con ostomía se comportan de modo similar a los de países desarrollados, generalmente se encuentran en pleno desarrollo de su profesión, ya sean aquellos que sufren lesiones traumáticas, o en los casos de cáncer. El estado cubano ha tomado medidas con vistas a garantizar los recursos mínimos de forma centralizada y equitativa.

## EFFECTOS PSICOLÓGICOS

El impacto de una ostomía puede ser devastador, incluso en un período posoperatorio sin complicaciones. El paciente se encuentra en ocasiones sin conocimiento previo, con un segmento del intestino exteriorizado a través de la pared abdominal por donde escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa y a veces inadvertida; la inadaptación y depresión resultan comunes. La forma en que el paciente se ajusta a una imagen corporal alterada, impacta sobre su capacidad de establecer relaciones personales, experimentar y expresar su sexualidad y pasar por el proceso de rehabilitación.

El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad que requirió cirugía, son factores críticos que determinan los efectos

psicológicos de la ostomía. El paciente con una larga historia de enfermedad inflamatoria intestinal, tendrá una reacción diferente a la cirugía con ostomía, que un paciente con cáncer rectal recientemente diagnosticado que debe recibir de inmediato una ostomía inesperada. El temor a la recidiva y a la muerte son temas principales de preocupación para el paciente con cáncer, mientras el paciente con enfermedad inflamatoria intestinal puede esperar ver mejorada su salud, después de la cirugía. Que la ostomía sea temporal o permanente, influye sobre la respuesta emocional del paciente; el concepto de ostomía temporaria es más fácil de aceptar. Así mismo, si un individuo centra su adaptación a la naturaleza temporaria de la ostomía, y esta debiera ser convertida en permanente por alguna causa clínica posterior, el cambio puede resultar emocionalmente invalidante.<sup>4,17,18</sup>

La adaptación a una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido. Para adaptarse al cambio el paciente experimentará primero un período de *shock* o escepticismo. Durante ese período, la toma de decisiones y la resolución de problemas resultan difíciles y de ser posible, no debieran intentarse. Un abordaje positivo dentro de un clima de apoyo comienza con información, instrucción clara y simple que a menudo requiere ser repetida y reforzada.<sup>3,4,17-19</sup>

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un período de depresión reactiva; quien lo cuidará puede ayudar aceptando y reconociendo la normalidad de estos sentimientos. Las oportu-

nidades de expresar estos sentimientos, acerca de la situación, pueden fortalecer la relación terapéutica y ayudar al paciente durante su proceso de rehabilitación.<sup>3,4,20,21</sup>

La fase de reconocimiento y aceptación representa el tiempo en que los pacientes comienzan a reintegrar sus vidas y a aceptar las implicaciones de su ostomía. Durante esa fase del proceso de adaptación, el paciente hará preguntas más específicas y comenzará a mostrar algunas señales positivas con respecto a la autoayuda.<sup>20,21</sup>

La última etapa es la de adaptación o resolución. Los pacientes asimilan la pérdida de su imagen corporal perfecta, aceptan la modificación de su situación, la adaptan a su nivel funcional previo y comienzan a mirar el futuro.<sup>3,4,18-21</sup>

## SEXUALIDAD

La cirugía con ostomía es percibida por la mayoría de los pacientes como una amenaza para su vida sexual satisfactoria. Antes de la operación deben ser discutidas francamente con el/la paciente y su pareja, los aspectos referidos a la sexualidad.

Las relaciones con la pareja dependerá tanto de la efectividad y relaciones previas a la intervención, como de la repercusión de esta sobre la esfera sexual, aunque variará según el concepto de sexualidad que tenga el individuo y su pareja. Entre los trastornos desde este punto de vista se citan la abstinencia sexual, la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer.

En pacientes con amputación rectal, la impotencia puede ser de carácter psicológico y orgánico. También se asocia con esta situación, raíces éticas, o ser fruto del pudor o la vergüenza por su ostomía, esto puede ser mitigado con una terapia psicológica adecuada. Esta problemática

importante en el hombre, se acentúa mucho más en la mujer.<sup>3,4,21</sup>

Recomendaciones específicas requeridas al manejo de la bolsa durante la actividad sexual ayudarán a los pacientes a sentirse más confiados. Elementos como cubierta para las bolsas y minibolsas de pequeña capacidad ayudan a alejar la atención de la ostomía durante la actividad sexual.<sup>3,4</sup>

Una vez más la madurez de la pareja será fundamental.<sup>3,21</sup>

## ASESORAMIENTO

Tanto el paciente como su familia temen a la cirugía con ostomía. Deben responderse las preguntas sobre las posibilidades de vida, pronóstico y existencia con ostomía. La rehabilitación comenzará para los pacientes y sus familiares con el asesoramiento preoperatorio. Algunos beneficios documentados y asociados con el resultado del asesoramiento preoperatorio son: menor ansiedad, reducción de la anestesia, menos complicaciones y estadías más cortas en el hospital.

Durante el período preoperatorio, la mayor necesidad es la de atender la cirugía inminente. El cirujano debe explicar con palabras simples qué está mal, qué procedimiento quirúrgico se utilizará y qué puede esperarse después de la cirugía y el hecho de que la operación creará una abertura en la pared abdominal por donde saldrán las heces fecales y los gases provenientes del intestino.<sup>4,18</sup>

## DIAGNÓSTICO PRECOZ

La única forma de poder disminuir las ostomías es la detección precoz de las distintas lesiones, ya sean de urgencias, en

caso de traumatismo, en enfermedades neoplásicas o no, que requieran este tipo de intervención.<sup>3</sup>

En el caso particular de las lesiones de colon por traumatismo abdominal, la sutura primaria intraabdominal evita todas las molestias que tiene una colostomía y por tanto se acorta la convalecencia. Este proceder ha demostrado igual seguridad que las técnicas tradicionales.<sup>3,4,22,23</sup> Aumentar las exploraciones endoscópicas es el único medio y el más eficaz que poseen los especialistas para la detección precoz de las neoplasias, que al ser diagnosticadas en estadios tempranos de su evolución, o mejor aún en forma de afecciones precancerosas, permitirá realizar tratamientos adecuados no mutilantes o intervenciones de amputación, con resultados de supervivencias y adaptación mucho mejores que en el momento actual.<sup>3</sup>

Con el diagnóstico precoz, primeramente se elevarían los costos al tener que intervenir mayor número de pacientes; en cambio, con la detección de lesiones preneoplásicas mediante métodos endoscópicos e intervenciones menos mutilantes disminuirá el número total de enfermos, fallecimientos precoces por neoplasias y la mortalidad operatoria, así como las recidivas, todo ello ligado al grado de malignidad. Esto representa un aumento de la media de supervivencia, una mejor disposición para el trabajo, mayor adaptación, y por tanto menos gastos de recursos.<sup>3</sup>

Desde el punto de vista social y familiar la diferencia es notable si pensamos en la distancia que existe entre la extirpación de un pólipo por vía endoscópica, sin prácticamente guardar cama con un gasto mínimo y sin repercusión psíquica, y la ostomía con todas las consecuencias que se han realizado.

## INSTRUCCIONES ESPECIALES<sup>4</sup>

**Dieta.** Esta no es estricta pero los alimentos tienen que ser bien masticados. Con el desarrollo de materiales para bolsas a prueba de olores, filtros de gas y desodorantes de bolsas y heces, las personas con ostomías pueden disfrutar de mayor libertad y confianza acerca de las comidas que elijan. No obstante, el paciente debe estar alerta para reconocer alimentos que producen efectos indeseables como por ejemplo, mayor cantidad de heces. Algunos alimentos como cebollas, ajo, pescado y huevos pueden producir olores ofensivos. Si el olor constituye un problema, incluso cuando se usan filtros de carbón para gases deben evitarse esos alimentos.

**Baño.** Pueden bañarse o ducharse tan frecuente como lo deseen. Está permitido hacerlo sin la bolsa; si el paciente prefiere conservar la bolsa mientras se baña puede usar papel o cinta a prueba de agua para cubrir los bordes de la barrera cutánea.

**Deportes y ejercicios.** En general los pacientes con ostomía no ven limitadas sus actividades y ejercicios. Al practicar ejercicios pueden utilizar pequeñas bolsas por

comodidad y apariencia. Los deportes de contacto que pueden traumatizar al estoma, como el fútbol, judo, lucha deben ser desalentados.

**Viajes.** Al viajar siempre deben llevarse elementos de reserva para ostomía. Si se hacen irrigaciones deben usarse agua destilada o embotellada.

## CONCLUSIONES

- El paciente con ostomía en Cuba posee los recursos indispensables para mantener una vida estable y segura.
- El paciente con ostomía soporta cambios importantes: físicos, psíquicos y socioeconómicos, a pesar de estos debe enfrentar su enfermedad con optimismo.
- La atención al paciente con una ostomía debe ser multidisciplinaria; la colaboración del médico de la familia es de vital importancia en su rehabilitación.
- La detección precoz, fundamentalmente de afecciones precancerosas, constituye una forma importante de mejorar la calidad de vida.

## SUMMARY

Ostomies are standard procedures in surgical practice and have a great repercussion on patients and their relatives due to the economic, social, and labor inconveniences and to the psychological effects they produce. In this review, it is reflected on these aspects that on occasions the health professional does not analyze in a comprehensive manner and the success of rehabilitation depends precisely on education. Besides, the present situation in Cuba is compared with that of other countries. Special instructions on diet, cleanliness, sports, exercises and trips are given. It is observed that it is possible to make an early diagnosis thanks to the health system existing in Cuba and that it is the only way to reduce ostomies.

*Subject headings:* SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE/economics; SURGICAL PROCEDURES, OPERATIVE/psychology; SOCIAL ENVIRONMENT; IATROGENIC DISEASE.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bioética sobre el consentimiento informado Mayo-Junio. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5 y 6):439-44.
2. Bioética sobre problemas éticos de la Tecnología Médica Mayo-Junio. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5 y 6):399-405.

3. Leveroni J, Toure CL. Problemática del ostomizado. En: Temas Coloproctología. La Habana: Instituto Cubano del Libro, 1982:225-7 (Edición Revolucionaria)
4. Smith LE, Heneghan GM. Manejo de las ostomías En: Shackelford RT. Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1993:201-23.
5. Bartha I, Hajdu; Bokor L, Kanyari ZD. Quality of life of post-colostomy patients. Orv Hetil 1995;136(37):1995-8.
6. Walsh BA, Grunet BK, Telford GL, Otlerson MF. Multidisciplinary management of altered body image in the patient with ostomy. J Wound Ostomy Continence Nurs 1995;22(5):227-36.
7. Suárez Jiménez J. El sistema de salud en Cuba. Desafío hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Pública 1987;23(1-2):5-16.
8. Martínez Calvo S. El análisis de situación de salud. Su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997;23(1-2):47-54.
9. Adang EM, Engel GL, Rutlen FF, Geerdes BP, Baeten CG. Cost-effectiveness of dynamic graciloplasty in patients with fecal incontinence. Dis Colon Rectum 1998;41(6):725-33.
10. Beeker A, Schulten-Oberborsch G, Beck V, Vestweber KH. Stoma care nurses: good value for money. World J Surg 1999;23(7):638-42.
11. Sánchez CI. Observational study for evaluation of the efficacy of a new colostomy pouch. Rev Enferm 1998;21(241):55-61.
12. Flint LM, Vitale GC Richardson JD. The injured colon Ann Surg 1981;193(5):619-23.
13. Mihmanli N, Erzurumluk M. Primary repairing in penetrating colon injured. Hepatol gastroenterology 1996;43(10):819-22.
14. Komanor Y, Kejla Z. Treatment of war. Injuries to the colon. Primary resection and anastomosis without relieving colostomy. Acta Med Croat 1995;49(2):65-8.
15. Carrillo EH, Somberg LB, Ceballos LE, Martini MA, Ginzburg E. Blunt traumatic injuries to the colon and rectum. J Am Coll Surg 1996;183:548-52.
16. Scibel RW, Flint LM. Traumatismo del colon y del recto. En: Shackelford RT. Cirugía del aparato digestivo. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1993:47-54.
17. Forsberg C, Bjorvell H. Living with cancer: perceptions of well being. Scand J Caring Sci 1996;10(2):109-15.
18. Trunnell EP. Mindfulness and people with stomas. J Wound Ostomy Continence Nurs 1996;23(1):38-45.
19. Pivonka MA, Merino JM. Factor which determine the psychological adjustment to permanent colostomies. An empirical study in Santiago de Chile. Rev Med Chil 1999;127(6):675-83.
20. Erwin-Toth P. The effect of ostomy surgery between the ages of 6 and 12 years of psychosocial development during childhood, adolescence, and young adulthood. J Wound Ostomy Continence Nurs 1999;26(2):77-85.
21. Northouse LI, Shafer JA, Tipton J, Metierr L. The concerns of patients and spouses after the diagnosis of colon cancer: a qualitative analysis. J Wound Ostomy Continence Nurs 1999;26(1):8-17.
22. Conrad JK, Foreman KL, Gogel BM. Changing management trends in penetrating colon trauma. Dis Colon Rectum 2000;43(4):466-71.
23. González RP, Falimirski ME, Holevar MR. Further evaluation of colostomy in penetrating colon injury. Am Surg 2000; 66(4):342-6.

Recibido: 8 de mayo del 2001. Aprobado: 14 de junio del 2001.

My. *Constantino Luis Noda Sardiñas*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11700, Ciudad de La Habana, Cuba.