



GUÍA *de* INTERVENCIONES ENFERMERAS *en* UROSTOMÍAS

REALIZADA POR ENFERMERAS PARA ENFERMERAS

GUÍA INTERACTIVA

GUÍA de INTERVENCIONES ENFERMERAS en UROSTOMÍAS

REALIZADA POR ENFERMERAS PARA ENFERMERAS

Avalado por:



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



I.S.B.N.: 978-84-09-45668-0
DEPÓSITO LEGAL: M-28370-2022

PRÓLOGO

Esta guía que tienen en sus manos es el resultado final de todo un trabajo llevado a cabo por un grupo de enfermeras que viene a demostrarnos el gran compromiso con su profesión y con la mejora en la prestación de los cuidados de Enfermería. Hecha por enfermeras para enfermeras y todo aquel que quiera indagar en la labor fundamental que desarrollan estos profesionales en el ámbito de las urostomías.

A través de ella podemos tener una mejor aproximación a la anatomía y funciones del aparato urinario, la evolución histórica y la descripción de las diferentes derivaciones urinarias, todos los cuidados de enfermería en función de la fase de la atención a los pacientes en la que nos encontremos, la aproximación a las posibles complicaciones y el abordaje de los cuidados para otros aspectos complementarios como son la nutrición, el ejercicio, la sexualidad o la integración laboral entre otros. Y todo ello con alto rigor científico desarrollado a través de revisión bibliográfica y consulta de expertos. Es evidente, que esta estandarización de los cuidados y la aplicación de la metodología enfermera son herramientas altamente consolidadas cuyo impacto se ha demostrado que contribuyen a una mejor calidad asistencial.

Por tanto, este conjunto de intervenciones enfermeras, descritas en la guía, debe permitirnos desarrollar la misión que nos tiene encomendada la legislación de nuestro país: "Prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo" y en este caso hacia aquellos pacientes que tienen o tendrán una urostomía.

Sin duda, en los últimos años estamos asistiendo a una gran transformación de nuestra profesión generando conocimiento y aportando elementos de mejora, cuestiones claves para un mayor desarrollo y crecimiento profesional. Fruto de estos avances y esfuerzos hacen posible que hoy en día contemos con guías como la que hoy tenemos en nuestras manos.

Me siento muy orgulloso de poder prologar esta guía y solo me queda agradecer el esfuerzo desarrollado por sus autoras y revisores, así como quienes han colaborado para que esta obra haya visto la luz. Estoy convencido de que aportará elementos de mejora en la calidad de los cuidados prestados a nuestra población, uno de los ejes fundamentales del desarrollo profesional y líneas investigadoras de la enfermería española.

Dr. José Luis Cobos Serrano

Miembro de la Junta Directiva del Consejo Internacional de Enfermería

Vicepresidente III del Consejo General de Enfermería de España

Coordinadora del grupo y autora:



Cecilia Bernal, Vanesa
Hospital Universitario de Vinalopó Elche

Diplomada en Enfermería por la Universidad CEU Cardenal Herrera. Elche. Master de Enfermería de Coloproctología y Estomaterapia, y experta en Urolitiasis, por la Universidad Francisco de Victoria. Madrid. Enfermera de CCEE de Urología en el Hospital Universitario del Vinalopó desde el 2010, ejerciendo como estomaterapeuta del servicio y realizando todas las funciones de la Enfermería Urológica. Enfermera de Práctica Avanzada en litotricia. Identificador Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2432-2309>

Autores:



Caballero González, Álvaro
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Enfermero titulado por la Universidad de Murcia realiza su actividad asistencial en el servicio de Urología del Hospital Universitario Santa Lucía de Cartagena desde 2015.



Domenech Pastor, Paqui
Hospital General Universitario de Elda

Diplomada de Enfermería por la Universidad de Alicante, curso 1999/2002. Máster en Enfermería Urológica por la Universidad Francisco de Vitoria, curso 2021. Enfermera de la consulta de Urología del Hospital General Universitario de Elda desde el 2015. Identificador Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4339-7389>



Garrido Mora, Asunción
Hospital General Universitario de Elche

Enfermera urología y suelo pélvico del Hospital General Universitario de Elche, especialista en cuidados de enfermería en ostomías por la Universidad pública de Navarra 2009. Enfermera urológica desde 1983 con tareas en planta, quirófano y supervisión.



López Sabuco, Susana
Hospital General Universitario de Elche

Diplomada en Enfermería por la Universidad de Alicante. 1992/1995. Premio Extraordinario Fin de Carrera. Promoción 1992-1995. Especialidad de Enfermería Pediátrica. Enfermera de la unidad de hospitalización del servicio de Urología, Nefrología y Trasplantes Renales del Hospital General de Elche durante varios años, en la actualidad desempeño mi trabajo en la consulta de Enfermería Urológica del Hospital General Universitario de Elche.



Mari Vidal, Carmela
Hospital Marina Salud de Denia

Diplomada en enfermería por la Universidad de Alicante 2009-2011.
Master Universitario en Deterio de la Integridad Cutánea, Ulceras y Heridas, por la Universidad Católica de Valencia Sant Vicent Martir 2014.
Curso de Experto de Enfermería: Cuidado integral del Paciente Ostomizado, por la Universidad Francisco de Victoria 2017-2018. Master de Enfermería de Coloproctología y Estomaterapia, por la Universidad Francisco de Victoria 2019-2021.
Enfermera de la Unidad de Cirugía en el Hospital Marina Salud de Denia, actualmente llevando la consulta de cirugía.



Zamora Heredia, Paqui
Hospital Marina Baixa de Villajoyosa

Diplomada universitaria en enfermería por la Universidad de Murcia 1990.
Desde el 2013 enfermera y supervisora del servicio de urología Marina Baixa de Villajoyosa.



Dra. Romero-Elías, María

Doctora en ejercicio físico y salud por la Universidad Miguel Hernández de Elche.
remaria17@gmail.com



<https://orcid.org/0000-0001-6034-7397>

Revisora de Contenido:



Domingo Pérez, Tamara

Enfermera Especialista en Pediatría.
Graduada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Epidemiología y Salud Pública por la Universidad Rey Juan Carlos.
Experto Universitario en Investigación Enfermera por Universidad Católica de Ávila.
Enfermera técnico en el Instituto Español de Investigación Enfermera.
Consejo General de Enfermería de España y Enfermera asistencial en el Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.



<https://orcid.org/0000-0002-4785-9643>

Revisores de Coloplast:

Casado Rebollo, Gema

Educational Manager Chronic Care



García Blázquez, Eduardo

Market Manager Ostomy Care
<https://orcid.org/0000-0003-1229-3229>

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	11
3. OBJETIVOS Y ÁMBITO DE APLICACIÓN	12
4. METODOLOGÍA	13
5. APARATO URINARIO	14
5.1. Riñones	14
5.2. Uréteres	15
5.3. Vejiga	15
5.4. Uretra	16
5.5. Dinámica miccional	16
6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS DERIVACIONES URINARIAS MÁS FRECUENTES	18
6.1. Evolución de los cuidados de las derivaciones urinarias	19
6.2. Formación en los cuidados	19
7. DERIVACIONES URINARIAS	19
7.1. Derivaciones no continentes	20
7.1.1. Ureteroileostomía	20
7.1.2. Ureterostomía cutánea.	20
7.1.3. Nefrostomía	21
7.1.4. Nefrostomía percutánea	21
7.1.5. Cistostomía	22
7.1.6. Uretrostomía	22
7.2. Derivaciones continentes	23
7.2.1. Ureterosigmoidostomía	25
7.2.2. Ureteroileouretrostomía	25
8. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA PERSONA UROSTOMIZADA	26
8.1. Etapas del proceso enfermero	27
8.2. Diagnóstico NANDA. Preoperatorio	28
8.3. Diagnóstico NANDA. Posoperatorio	31
8.4. Diagnóstico NANDA. Al alta	39
9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA UROSTOMIZADA	46
9.1. Cuidados de enfermería preoperatorios	46
9.1.1. Fase de información	46
9.1.2. Fase de marcaje del estoma	47
9.1.3. Procedimiento del marcaje	48
9.2. Cuidados en el posoperatorio inmediato del paciente urostomizado	49
9.2.1. Valoración del estoma	50
9.2.2. Permeabilidad de los catéteres	51
9.2.3. Cuidados del estoma y de la piel periestomal	51
9.2.4. Recomendaciones finales en los cuidados de la piel periestomal	54
9.3. Recogida de muestras de orina	54
9.3.1. En ureteroileostomías	54
9.3.2. En nefrostomía	55
9.4. Elección de dispositivos	55
9.4.1. Tipos de dispositivos	56
9.4.2. Tipos de discos	57
9.4.3. Factores que afectan al sistema colector	58

9.5	Accesorios	58
9.5.1.	Productos que protegen la piel	58
9.5.2.	Productos que proporcionan una seguridad adicional	58
9.5.3.	Productos que mejoran el sellado.	59
9.5.4.	Productos que proporcionan una seguridad adicional	59
9.6.	Cuidados del posoperatorio intermedio	59
9.7.	Cuidados del posoperatorio tardío	59
9.7.1	Educación sanitaria. Adiestramiento de la persona cuidadora	59
9.7.2	Información básica	60
9.7.3.	Consejos sobre los cuidados	60
9.7.4.	Cuidados para evitar que la piel se irrite	61
9.7.5.	Requisitos al alta	62
9.7.6.	Seguimiento al alta	62
9.7.7.	Autonomía del paciente	63
10.	COMPLICACIONES	63
10.1	Complicaciones precoces	63
10.1.1	Abscesos	63
10.1.2	Dehiscencia	64
10.1.3	Dermatitis periestomal	65
10.1.4.	Edema	68
10.1.5.	Hemorragia	68
10.1.6.	Salida accidental del catéter	69
10.1.7.	Necrosis	69
10.2	Complicaciones tardías	70
10.2.1	Granulomas	70
10.2.2	Estenosis	71
10.2.3	Invaginación/ retracción	72
10.2.4	Hernia	72
10.2.5	Prolapso	73
10.2.6	Hiperplasia Epitelial	73
10.2.7	Fístula	74
11.	EL PACIENTE AL ALTA	74
11.1.	Sexualidad	74
11.1.1.	Problemas sexuales	75
11.1.2.	Actividad sexual.	76
11.1.3.	Posiciones durante el coito	77
11.1.4.	Sexo sin coito.	77
11.2.	Nutrición.	78
11.3.	Actividades de ocio	79
11.4.	Integración laboral	80
12.	EJERCICIO FÍSICO	80
13.	CONCLUSIONES	87
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
15.	ANEXOS	92

ÍNDICE DE IMÁGENES

Figura 1. Dibujo del aparato Urinario.	14
Figura 2: La inervación de la vejiga, de la uretra y del suelo pélvico.	17
Figura 3. Fotografía ureteroileostomía tipo Bricker con estoma y piel periestomal en estado normal.	20
Figura 4. Fotografía Ureterostomía con catéter.	20
Figura 5. Fotografía Ureterostomía sin catéter.	21
Figura 6. Fotografía Nefrostomía percutánea.	21
Figura 7. Fotografía Cistotomía o sonda suprapúbica.	22
Figura 8. Fotografía Uretrostomía.	22
Figura 9. Dibujo Ureteroileouretrostomía.	26
Figura 10. Fotografía Kit marcaje del estoma. Coloplast.	48
Figura 11. Fotografía Catéter de Nefrostomía fijado con seda.	53
Figura 12. Fotografía extracción de orina mediante orina en una Urostomía.	55
Figura 13. Bolsa de Urostomía 1 pieza.	56
Figura 14. Bolsa de Urostomía 3 piezas.	56
Figura 15. Accesorios para las Urostomías.	59
Figura 16. Fotografía Dehiscencia en un Bricker.	64
Figura 17. Fotografía Irritación periestomal por fuga del efluente.	65
Figura 18. Fotografía Irritación mecánica.	66
Figura 19. Fotografía Irritación por reacción alérgica al disco.	67
Figura 20. Fotografía Infección fúngica en una nefrostomía.	67
Figura 21. Fotografía Estoma edematizado en un Bricker.	68
Figura 22. Fotografía Limpieza quirúrgica en un estoma esfacelado.	69
Figura 23. Fotografía Granuloma en un Bricker.	70
Figura 24. Fotografía Estoma estenosado.	71
Figura 25. Fotografía Estoma retraído.	72
Figura 26. Fotografía Hernia paraestomal.	72
Figura 27. Fotografía Prolapso de un estoma en una colostomía.	73
Figura 28. Fotografía Formación de cristales en la piel periestomal de una Urostomía.	73
Figura 29. Fotografía Fístula en un Bricker.	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Diagnósticos de Enfermería en el preoperatorio.	29
Tabla 2. Diagnósticos de Enfermería en el posoperatorio.	32
Tabla 3. Diagnóstico de Enfermería al alta.	41
Tabla 4: Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de un estoma.	50
Tabla 5. Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de la unión mucocutánea.	50
Tabla 6: Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de la piel periestomal.	51
Tabla 7. Cuadro resumen de las complicaciones sexuales en el hombre y en la mujer.	76
Tabla 8. Cuadro informativo de posturas sexuales.	77
Tabla 9. Ejemplo de ejercicios para activar, coordinar y fortalecer el abdomen.	84
Tabla 10. Cuadro resumen derivaciones incontinentes.	92
Tabla 11. Cuadro resumen derivaciones continentales.	93
Tabla 12. Cronograma de la frecuencia de los autocateterismos en una Neovejiga.	93
Tabla 13. Cuadro resumen de las complicaciones tempranas más frecuentes en una Urostomía	94
Tabla 14. Cuadro resumen de las complicaciones tardías más frecuentes en una Urostomía.	95

PRÓLOGO

Agradecimiento

Esta guía no hubiera sido posible sin el apoyo de varias personas, por ello, desde el equipo de trabajo queremos mostrar nuestro agradecimiento.

En primer lugar, a Solenn Pilvesse por escucharnos, creer y confiar en nosotros.

A Eduardo García Blázquez por su apoyo incondicional y hacer posible que este proyecto se haya hecho realidad.

Agradecemos también a Tamara Domingo su paciencia y dedicación y a la Dra. Marina Garcés esos dibujos elaborados especialmente para esta guía.

Nada de esto hubiera sido posible sin vosotros.

Al ver el resultado logrado de este proyecto, solo se nos ocurre dos palabras: ¡Gracias, Coloplast!

1. INTRODUCCIÓN

Una derivación urinaria es una cirugía o procedimiento que permite evacuar la orina procedente del tracto urinario superior hacia el exterior que debe adaptarse a las necesidades de cada persona.

Estas técnicas pueden ser temporales o permanentes y continentes o incontinentes, dependiendo de las características o proceso de enfermedad de cada persona con urostomía.

Existen diferentes indicaciones quirúrgicas por las que se podría realizar una derivación urinaria, como en casos de: vejiga neurógena, uropatías obstructivas, neoplasia urológica, incontinencia severa, traumatismos y malformaciones congénitas.

Cuando el tumor infiltra el músculo detrusor, es necesario realizar una cistectomía radical, siendo la persona portadora de una urostomía.

Las personas urostomizadas requieren una atención y un tratamiento especializado que fomente tanto su independencia y calidad de vida como la de sus familiares y cuidadores ante esta nueva situación. La prestación de una atención especializada comienza antes de la operación y continúa con el posoperatorio, de hecho, dura toda su vida.

Cabe recordar, que el cáncer de vejiga es el quinto más frecuente entre los hombres en países desarrollados (tras los tumores de próstata, pulmón, colorrectales y de estómago) con aproximadamente 357 000 nuevos casos al año en todo el mundo. Representa el 3,3% de todos los tumores (el 4,75% en hombres y 1,6% en mujeres). Como el cáncer de pulmón, es mucho más frecuente entre los hombres. Se trata de dos tumores cuyo factor de riesgo es el hábito tabáquico. En España se diagnostican unos 12.200 casos anuales, lo que representa el 11% de los tumores del sexo masculino (10.700 casos) y el 2,4% de los femenino (1.500 casos). La incidencia en nuestro país es de las más altas del mundo, siendo el cuarto tumor más frecuente en hombres, tras los de pulmón, próstata y colorrectales.¹

El objetivo de esta guía es dar a conocer los cuidados de enfermería que requiere una persona urostomizada en las distintas fases de su recuperación. Se pretende unificar conceptos y establecer un método de trabajo basado en la evidencia científica para optimizar los recursos, realizar un cuidado eficaz y actual, promover el autocuidado y conseguir unos resultados de salud positivos, entre los que se incluye la evaluación y manejo de la piel periestomal.

Esta publicación se centra en las derivaciones urinarias no continentes, en especial, en las Urostomías. Las directrices contienen sólo material en adultos y no en niños. Además, estas directrices son para complementar o dar a poyo a la práctica clínica establecida.

La guía está organizada en 16 capítulos. Los 4 primeros capítulos son la introducción, justificación y objetivos y ámbito de aplicación. El capítulo 5, es un pequeño recordatorio del aparato urinario, en el cual, se repasa la dinámica miccional. El capítulo 6, hace referencia a los antecedentes históricos de las derivaciones urinarias. Le sigue el apartado 7 donde se explican los tipos de derivaciones urinarias, nombrado sus complicaciones más frecuentes. En el capítulo 8 se incluye un modelo de plan de cuidados estandarizado con la taxonomía NANDA, NOC Y NIC en su ejecución, descripción, prevención y solución de las situaciones que puede padecer una persona urostomizada. El capítulo 9 comenta los cuidados de la

persona en el preoperatorio (haciendo referencia a la información a aportar y al marcaje) en el posoperatorio inmediato y en el tardío, estableciendo los cuidados del estoma y piel periestomal, cuidados de los catéteres en una ureteroileostomía, recogida de muestra de orina para un urinocultivo, los cuidados de la nefrostomía, los dispositivos disponibles, así como de sus accesorios, incluyendo los cuidados al alta. El capítulo 10 trata sobre las complicaciones tempranas y tardías incluyendo los cuidados enfermeros y recomendaciones.

A continuación, los siguientes capítulos resuelven dudas sobre la situación al alta de las personas urostomizadas.

El capítulo 11 trata sobre la sexualidad, nutrición, actividades de ocio y la integración social, el capítulo 12 trata sobre el ejercicio físico, siendo este punto un tema innovador ya que hasta ahora en ninguna guía se había dedicado un apartado para explicar tipos de ejercicios e intensidad que puede realizar una persona portadora de una Urostomía.

La guía acaba con las conclusiones y próximas líneas de investigación.

La presente guía está dirigida a todo profesional de enfermería, en especial, al personal de nueva incorporación de los diferentes sistemas de salud de ámbito nacional. Es un documento exhaustivo que aporta una versión actualizada de la práctica clínica de los cuidados enfermeros en la persona urostomizada durante todo su proceso (preoperatorio, posoperatorio y cuidados al alta).

Al equipo puntos de encuentro nos gustaría destacar al lector que la atención y el cuidado de las personas urostomizadas no es lineal, y que las necesidades de la persona, pueden cambiar con frecuencia. Se debe reflejar un plan de atención muy flexible, a la vez que integral.

El equipo de desarrollo se ha esforzado por conseguir recomendaciones que se basen en la mejor de las investigaciones, reconociendo el limitado carácter científico de la práctica en el manejo y cuidado de la Urostomía basada en la evidencia. Es por ello, que se hace referencia a modo de ejemplos a documentos no publicados, artículos de opinión y material de conferencias.

2. JUSTIFICACIÓN

Las personas ganan seguridad y autonomía según su capacidad de autocuidado, la información prequirúrgica recibida, la relación enfermera-paciente y del hecho de conocer otras personas ostomizadas. Cuando la persona logra tener un control efectivo del estoma mediante prácticas orientadas y aprendidas de manera independiente, puede presentar una mejor adaptación al cambio corporal, lo que genera seguridad suficiente para continuar con las actividades familiares y sociales que se solían realizar.²

La implantación de una guía para el cuidado y manejo de la ostomía produce mejoras en los cuidados preoperatorios, el marcaje del estoma y en las complicaciones de la piel periestomal.³

El personal sanitario, y en especial la enfermera experta debe comprender la repercusión que tiene el estoma en cada persona y ofrecer unos cuidados individualizados y de calidad, además de ofrecer una educación en cuidados prequirúrgicos y posquirúrgicos y posteriormente un seguimiento al alta para asegurar una mayor calidad de vida. Según el estudio de Yanfen Jin et al ⁴, señala que una atención continuada brindada por enfermeras estomaterapeutas es más efectiva para mejorar los resultados de salud en pacientes con estomas y confirma que la atención integrada basada en la evidencia con una base teórica puede ser más eficaz.⁴

Esos cuidados deben proporcionarlos profesionales formados, sensibilizados con sus necesidades, y que desarrollen su trabajo desde la empatía y la profesionalidad. Las personas ostomizadas que no reciben atención por parte de profesionales formados en ostomías, son más dependientes y se sienten más ansiosos y deprimidos⁵. Con esto se intenta justificar la importancia del cuidado enfermero en la persona ostomizada.

Debido a la escasez de bibliografía actualizada sobre el cuidado enfermero en urostomía, técnicas de recogida de orina en urostomías, el deporte en la persona urostomizada entre otros, surge la necesidad de realizar esta guía con recomendaciones y cuidados basados en la evidencia más actual para adoptar las mejores intervenciones enfermeras a las personas que viven con una urostomía, promoviendo el autocuidado. Con el objetivo de mejorar las prácticas actuales, unificar criterios y un protocolo confiable estandarizado.

3. OBJETIVOS Y ÁMBITOS DE APLICACIÓN

Esta guía aborda las urostomías en las personas adultas. Este documento puede ser utilizado por enfermeras con cualquier rol en todo el proceso asistencial y en todos los ámbitos de práctica, así como por los distintos miembros del equipo multidisciplinar. También pueden usarla las instituciones en las que estos profesionales enfermeros desarrollan su actividad.

Objetivo general:

- Proporcionar a las/los enfermeras/os una guía escrita que responda a las necesidades y situaciones que afrontan en su día a día en el cuidado de personas urostomizadas.
- Describir los cuidados enfermeros que plantean mayores dificultades a los profesionales enfermeros de nueva incorporación en el sistema sanitario del territorio nacional.
- Difundir y facilitar el acceso a la información contenida en esta guía.

Objetivos específicos:

- Identificar los tipos de derivaciones no continentales y continentales y sus complicaciones.
- Diseñar un plan de cuidados estandarizado con los diagnósticos, intervenciones de enfermería y actividades más importantes y comunes en las personas sometidas a una cirugía como una urostomía.
- Diferenciar los cuidados durante todo el proceso de atención de enfermería: cuidados preoperatorios, posoperatorios y al alta.
- Proponer soluciones a las complicaciones más habituales en el cuidado de la persona urostomizada según el tipo de cirugía.
- Recomendar cuidados de enfermería al alta relacionadas con su sexualidad, nutrición e instauración precoz del ejercicio físico.

4. METODOLOGÍA

Esta guía se ha elaborado por un equipo multidisciplinario de expertos en enfermería urológica de distintas áreas asistenciales.

En una primera fase de este documento se realizó una primera búsqueda bibliográfica, para asegurar la identificación de la evidencia disponible priorizando metanálisis, ensayos controlados aleatorios, revisiones Cochrane y otras guías de práctica clínica o revisiones sistemáticas.

Además, se consultaron distintas guías publicadas como: "Cuidado y manejo de la ostomía" RNAO (Registered Nurses Association of Ontario), 2009. "Apoyo a adultos que esperan o viven con una Ostomía" RNAO, 2019. Incontinent Urostomy (European Association of Urology Nurses), 2009. "Guía sobre la intimidad después de una cirugía de Ostomía" UOAA (United Ostomy Association of America), última revisión en 2018. "Manual de Derivaciones Urinarias" Coloplast, 2002. "Urostomy Guide" UOAA, última revisión 2017. Para poder dar visión de la evidencia actual se realizaron búsquedas en las bases de datos: Pubmed, Cuiden Plus, además de Google Academic, así como en bibliotecas y libros de autores. Las palabras claves utilizadas fueron urinary diversion, cystostomy, nephrostomy percutaneous, ureterostomy, ostomy/ adverse effects, postoperative complications, posoperative care, nursing care, ostomy/nurse, skyn care. Las estrategias de búsqueda fueron: (Care urostomy) AND (skin care ostomy), (care nephrostomy percutaneous) AND (nursing), (postoperative complications) AND (urostomy).

Se limitó la búsqueda a los últimos 10 años las publicaciones, del año 2011 al 2021 y se introdujo como límite que la lengua de los estudios fuera inglés o español. Se analizaron además las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados con el fin de rescatar otros estudios potencialmente incluíbles para la revisión. Dichos artículos fueron localizados a través de PubMed y de Google Scholar.

Respecto a las revisiones sistemáticas y los estudios científicos, se aplicó como criterio de inclusión que los estudios realizados en adultos incorporaran conclusiones sobre cuidados o recomendaciones enfermeros en derivaciones urinarias incontinentes. El principal criterio de exclusión fue que los artículos no aportaran información sobre cuidados o recomendaciones enfermeras.

Para proceder a la selección se revisaron los abstracts y en caso necesario los artículos completos con el fin de decidir si la información que contenían estaba o no relacionada con nuestro objetivo.

Para las recomendaciones de cada intervención enfermera propuesta se realizaron mediante consenso de expertos con 4 reuniones presenciales y 14 de forma telemática en el periodo del 2021-2022.

La información aportada se estructuró en un único apartado dedicado a los cuidados enfermeros de las derivaciones urinarias incontinentes en la persona adulta. Del conjunto de estudios se extrajo información de diferentes variables. En los documentos sobre cuidados enfermeros el cribado de las variables fueron: organización, colectivo que recomienda los cuidados y grado de evidencia (sólo en población adulta). De las revisiones sistemáticas: año, finalidad y conclusiones. De los artículos: año de publicación, medida de resultados y conclusiones.

5. APARATO URINARIO

El sistema urinario se compone por los riñones, los uréteres, la vejiga y la uretra. Su función es filtrar la sangre produciendo orina que contiene sustancias de deshecho hidrosolubles y que posteriormente transporta por los uréteres, almacena en la vejiga y excreta por la uretra.

Se puede dividir en sistema urinario superior o abdominal, en el que se incluirían los riñones y la porción proximal y distal de los uréteres; y aparato urinario inferior o pélvico, que incluiría la porción distal de los uréteres, la vejiga y la uretra, y en el caso de los varones también la próstata. Todo el aparato urinario es extraperitoneal, siendo los abdominales retroperitoneales y los pélvicos intraperitoneales y pélvicos propiamente dicho.⁶



Figura 1. Dibujo del aparato Urinario.

5.1 RIÑONES

Morfología: Los riñones son órganos pardo-rojizos pares bilaterales. La masa renal va aumentando desde 50 gramos en el nacimiento hasta 400 gramos o más a los 40 años, aunque habitualmente su peso es de unos 150 gr cada uno. Miden de 10 a 12 centímetros en el eje vertical, 5 a 7 cm en el eje transversal y 3 cm en el anteroposterior.⁷

Relaciones: La disposición del riñón está condicionada por las estructuras que lo rodean. Los polos superiores tienen una situación más medial y posterior que los polos inferiores. La cara medial es más anterior que la cara lateral, estando rotada hacia adelante unos 30 grados. Ambos riñones se disponen a ambos lados de la columna vertebral.

El riñón derecho se suele situar 1 a 2 cm por debajo del izquierdo debido al desplazamiento que el hígado genera y se sitúa en el espacio entre la parte superior de la 1ª vértebra lumbar y la parte inferior de la 3ª vértebra lumbar. El riñón izquierdo al estar algo más elevado va desde el cuerpo de la 12ª vértebra torácica hasta la 3ª vértebra lumbar.⁷

El riñón derecho se relaciona por su parte anterior con la porción descendente del duodeno y la

flexura hepática del colon. El riñón izquierdo por su parte anterior se relaciona con la cola del páncreas y la flexura esplénica del colon. Por la parte superior y medial de ambos riñones se relacionan con su correspondiente glándula suprarrenal.⁷

En el borde medial de ambos riñones está el hilio renal donde se encuentra el pedículo vascular y la pelvis renal. De adelante hacia atrás las estructuras del hilio renal son la vena renal, la arteria renal y el sistema colector. Las arterias renales surgen de la aorta abdominal por debajo de la arteria mesentérica superior, mientras que el drenaje venoso se realiza a ambos lados de la vena cava inferior. Son frecuentes las variaciones anatómicas de la red vascular renal.

Estructura: El parénquima renal está compuesto por la médula y la corteza. La médula está compuesta por múltiples áreas cónicas más oscuras que la corteza que se denominan pirámides renales, el vértice de la pirámide es la papila renal y cada papila está rodeada por un cáliz menor, iniciando el sistema colector. Los cálices menores se unen para formar un cáliz mayor y los cálices mayores se unen para conformar la pelvis renal. El número de cálices y su tamaño está sujeto a una gran variación, así como el tamaño de la pelvis renal. La corteza es más clara que la médula y cubre las pirámides periféricamente y entre ellas mismas formando las columnas de Bertin por dónde circulan los vasos renales.⁷

5.2 URÉTERES

Los uréteres son dos estructuras tubulares de entre 22 y 30 cm (varía en función de la estatura del individuo) que transportan la orina mediante movimientos peristálticos desde la pelvis renal a la vejiga.

Se inician a la altura del polo inferior renal por detrás de la arteria renal en la unión pieloureteral y descienden por delante del músculo psoas continuando por su borde anterior. Antes de entrar en la pelvis pasan por la cara anterior de los vasos ilíacos comunes. Por delante, el uréter derecho se relaciona con el colon ascendente, el ciego, el mesocolon y el apéndice. El izquierdo se relaciona con el colon descendente, el colon sigmoide y los mesos asociados. En la mujer, el uréter pélvico se encuentra muy cerca del cuello y vasos uterinos. Su conexión con la vejiga se hace de forma posteroinferior atravesando su pared y desembocando en los meatos ureterales que se insertan a unos 3-5 cm uno del otro. Los meatos hacen función de esfínter evitando que la orina transportada refluya hacia los riñones.⁷

La pared de los uréteres está formada por múltiples capas. Tiene un revestimiento mucoso formado por la capa interna de epitelio transicional y la lámina propia de tejido conectivo. Alrededor se disponen dos capas de músculo liso, una longitudinal interna y otra circular externa. Juntas desarrollan el movimiento peristáltico necesario para el transporte de la orina. La capa más externa es la adventicia, esta delgada capa recubre todo el uréter y envuelve los vasos sanguíneos y linfáticos.⁷

5.3 VEJIGA

Morfología: La vejiga es un órgano muscular, hueco e infraperitoneal que distendido tiene forma ovoide y que puede albergar aproximadamente entre 300 y 500 ml de orina, en este estado se sitúa por encima de la sínfisis púbica y sale de la pelvis menor. Replegada tiene forma tetraédrica, forma numerosos pliegues y se sitúa por debajo de la sínfisis púbica.^{8,9}

Relaciones: En hombres y mujeres la vejiga está en contacto con la parte posterior de la sínfisis púbica y recubierta en la cúpula por peritoneo. En hombres la base vesical se relaciona con las vesículas seminales, las ampollas de los conductos deferentes, el uréter terminal y el recto. Lateralmente está protegida por la grasa pélvica y el tejido conjuntivo laxo perivesical. El cuello vesical está a unos 3-4 cm de la sínfisis púbica y está fijado por las fascias pelvianas y por su unión con la próstata en hombres y

con la uretra en mujeres. La parte posterior se relaciona con la cara anterior de la vagina y el útero en mujeres y con el recto en varones.

Estructura: La pared de la vejiga está compuesta por la serosa que es su capa más externa, el músculo liso y la matriz extracelular, la lámina propia formada por tejido conjuntivo y el urotelio que es epitelio transicional³. La capa muscular de la pared vesical está formada por un músculo liso denominado detrusor formado por múltiples haces de distribución longitudinal en múltiples direcciones lo cual permitirá una adecuada contracción esférica de la vejiga. El trigono es un área triangular de urotelio liso delimitada por los meatos ureterales y el meato uretral interno.¹⁰

5.4 URETRA

La uretra es un conducto virtual músculo-membranoso a través del cual se excreta la orina al exterior y es muy diferente en el hombre y la mujer. En el hombre la uretra forma parte tanto del sistema urinario como del reproductor y tiene una longitud aproximada de entre 13 y 20 cm. La uretra masculina comienza en el orificio interno de la uretra situado en el vértice del trigono y termina en el meato uretral. Su pared se compone de una capa mucosa y otra muscular. La uretra se divide en cuatro secciones:¹⁰

Uretra intramural: discurre verticalmente a través del cuello vesical y en ella se ubica el esfínter interno cuyo accionamiento es involuntario. Su longitud y diámetro varía en función de si la vejiga está llena o vacía.

Uretra prostática: atraviesa la próstata desde la base hasta el ápex o vértice de la misma y tiene una longitud de entre 3 y 4 cm. En esta porción de uretra se encuentra el utrículo prostático a cuyos lados se encuentran los orificios de los conductos eyaculadores. El resto de su superficie está repleta de orificios microscópicos de desembocadura de las glándulas prostáticas. En esta porción su pared está formada por una capa mucosa formada por epitelio de transición y epitelio cilíndrico pseudoestratificado y otra muscular que es esencialmente continuación de la capa muscular de la vejiga y presenta fibras circulares y longitudinales.

Uretra membranosa: se dispone a continuación de la uretra prostática. Tiene una longitud promedio de 2 a 2,5 cm, es la parte más estrecha de la uretra y está rodeada por el músculo estriado del esfínter uretral externo. Este esfínter es de control voluntario. Aquí la capa mucosa es de epitelio pseudoestratificado y la muscular presenta fibras longitudinales y circulares.

Uretra esponjosa o peneana: se extiende desde el bulbo hasta el meato uretral, su longitud es de unos 15 cm y discurre por la parte ventral del pene cubierta por el cuerpo esponjoso y rodeada dorsalmente por los cuerpos cavernosos. En esta sección la mucosa es epitelio cilíndrico pseudoestratificado que pasa a ser estratificado no queratinizado en la fosa navicular y queratinizado en el orificio externo de la uretra. La capa muscular es muy parecida a la de la uretra intermedia.¹⁰

La uretra femenina tiene una longitud aproximada de entre 2,5 y 4 cm y unos 8 mm de diámetro.⁵ Se extiende del cuello vesical, discurriendo por la pelvis y atravesando el suelo del periné, hasta el orificio externo uretral en el vestíbulo vaginal. Al igual que la uretra masculina tiene una porción intramural ubicada en la pared vesical. Otra porción es la pélvica, donde se encuentra el esfínter externo constituido por músculo estriado de contracción lenta y por último la porción perineal que desemboca entre los labios menores por debajo del clítoris.

5.5 DINÁMICA MICCIONAL

La orina es un líquido traslúcido de color amarillo pálido no estéril¹¹. Está compuesta en un 96% de agua y un 4% de sólidos orgánicos e inorgánicos entre los que se encuentran la urea, principal producto

de la degradación de las proteínas, creatinina, cloruros, amonio, fósforo, nitrógeno, cetosteroides y ácido úrico. Tiene un pH promedio de entre 5,5 y 6,5, por debajo de estos valores el pH de la orina se considera ácido y por encima de ellos alcalino. Un pH alcalino propicia la formación de cristales de fosfato que podrían formar depósitos en la piel periestomal y dañarla.^{12,13}

La orina se forma en varias fases. La fase de filtración es en la que los componentes plasmáticos se filtran en el glomérulo renal. La fase de reabsorción se produce en el túbulo proximal, asa de Henle, túbulo distal y por último en el túbulo colector. Una vez formada la orina se produce la fase de excreción que comienza en los cálices y pelvis renal pasando después mediante movimientos peristálticos a los uréteres y a la vejiga, donde queda almacenada hasta el momento de la micción a través de la uretra.

El llenado y el vaciado vesical crea el conocido ciclo miccional, coordinado por múltiples sistemas somáticos y autonómicos: sistema nervioso central (córtex motor, centro mesencefálico de la micción, centro medula simpático D10-L2 y centro medular parasimpático y pudendo S2-S4), sistema nervioso periférico (plexos nerviosos pélvicos, hipogástricos y nervios pudendos) y otros importantes factores como el urotelio, el estroma vesical y los neurotransmisores y receptores implicados (acetil colina y noradrenalina, receptores alfa, beta y muscarínicos).

Fase de llenado: Durante la fase de llenado, la vejiga debe contener hasta 300-500 cc sin aumentar la presión interna, de forma que permita un adecuado llenado de forma inconsciente. Esta fase, gobernada por el sistema simpático y su neurotransmisor noradrenérgico, evita una contracción detrusora gracias a distintos reflejos medulares que evitan la liberación de calcio al interior de la célula y favorecen la introducción de este en el retículo endoplasmático.

De esta manera, y gracias a las propiedades elásticas biomecánicas de la pared vesical y al propio urotelio, se consigue mantener una presión vesical estable y de baja presión (de entre 0 y 10 cm H₂O) hasta que se alcanza el límite de llenado vesical. Momento en el cual hay un aumento rápido de la presión a base de contracciones miccionales superpuestas producidas por el reflejo de distensión vesical¹⁴ captado por los receptores uroteliales vesicales y de la uretra intramural. Dichas señales se conducen a los segmentos sacros de la médula por los nervios pélvicos y ascienden a los centros cerebrales y protuberenciales de la micción, que analizan las señales vesicales y si el momento y ambiente se considera adecuado, se permite iniciar la fase de vaciado.

Fase de vaciado: El vaciado vesical se produce mediante actividad parasimpática que al liberar el neurotransmisor acetilcolina estimula los receptores muscarínicos o nicotínicos de la superficie de las fibras musculares detrusoras y provoca la liberación masiva del calcio almacenado en el retículo endoplasmático. Esta liberación activa la unión de la actina-miosina generando una contracción de todas las fibras detrusoras. Para que la orina almacenada pueda excretarse adecuadamente, los centros cerebrales deben asimismo coordinar y permitir la relajación de ambos esfínteres urinarios consiguiendo así, en ausencia de compromisos uretrales, la micción. Una micción normal se realiza en

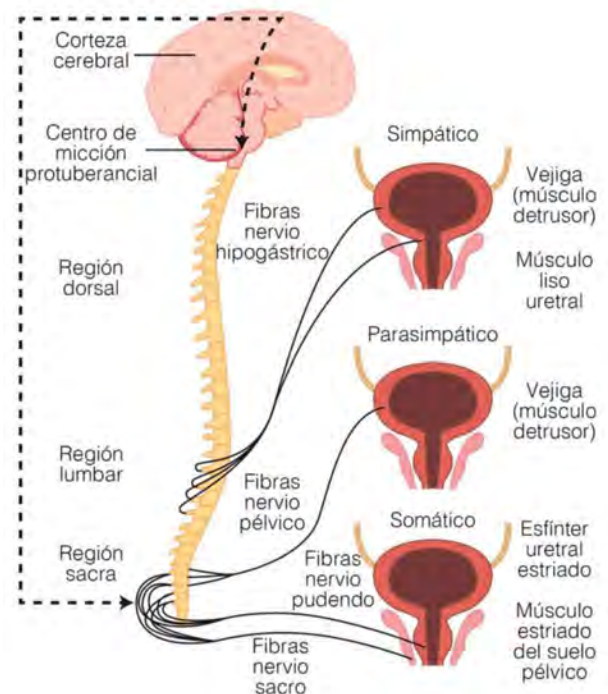


Figura 2: La inervación de la vejiga, de la uretra y del suelo pélvico.

unos 30-50 segundos y debe conseguir vaciar más del 85-90% del volumen residual.^{13,14}



Anatomía y fisiología del tracto urinario

6. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LAS DERIVACIONES URINARIAS MÁS FRECUENTES

Las primeras derivaciones se realizaron a mediados del S. XIX con la intención de tener un cierto control esfinteriano.

Simon en 1852 fue quien realizó la primera derivación urinaria mediante una ureterosigmoidostomía, desde el inicio no se obtuvo buenos resultados por la aparición frecuente de pielonefritis agudas, infecciones renales crónicas y trastornos hidroelectrolíticos.

Entre 1920 y 1950 la ureterosigmoidostomía era la derivación más utilizada, poco a poco fue quedándose obsoleta a la vez que surgían nuevas técnicas quirúrgicas que evitaban parte de las complicaciones citadas.

En 1895, el cirujano Mauclaire implantaba los uréteres en el recto aislado y realizaba una colostomía en la fosa iliaca izquierda. En 1898, Heitz-Boyer y Hovelecque realizaron una neovejiga rectal con sigmoidostomía perineal a través del esfínter anal por donde se evacuaría tanto material fecal como urinario.

En 1908 en Bruselas, Verhoogen decide realizar por primera vez dos tifo-ureterostomías cutáneas tras una cistectomía por tumoración vesical y George Marion en 1909 realiza con éxito por primera vez la implantación de los uréteres en un asa del íleon terminal a un niño.

Se puede decir que en 1950 comienza una etapa para las derivaciones urinarias. Gracias a Eugene Bricker que gracias a él se extendió el uso del conducto ileal como forma de derivación urinaria.¹⁵

Desde dicha época hasta nuestros días, el avance farmacológico y el cateterismo intermitente han hecho que se reduzcan considerablemente las derivaciones urinarias, en especial en las disfunciones vesicales neurológicas. Siendo el cáncer vesical una de las principales indicaciones para realizar una urostomía.

La realización de la anastomosis íleo-cutánea o ileostomía urinaria fue clave en el total de la técnica. Ha de decirse que desde entonces la técnica de realización y sus cuidados han cambiado significativamente.

Tipos de construcción quirúrgica del estoma a lo largo de la historia:

- Estoma plano que introdujo Bricker.
- Estoma evertido, propuesto por Brooke.
- Estoma en asa, por Turnbull.

- Estoma continentes tipo Dock (1975). Inicialmente realizado por Gilchrist en 1950.¹⁶

6.1 EVOLUCIÓN DE LOS CUIDADOS DE LAS DERIVACIONES URINARIAS

Hasta mediados del siglo pasado las ostomías se cubrían con paños y los pacientes estaban continuamente húmedos, lo que llevaba a ulceraciones de la piel por irritación de los fluidos.

En 1953, Koenig, un estudiante de química y portador de una ileostomía crea un colector que permitió el completo control del efluente líquido, es el precursor de los actuales dispositivos.

En 1954, Elise Sorensen, una enfermera danesa, inventó una bolsa de colostomía para uso individual.

Un avance en el desarrollo de la tecnología de los dispositivos y una mejor formación de los profesionales sanitarios ha hecho posible que los pacientes portadores de ostomías hayan mejorado su calidad de vida considerablemente.

6.2 FORMACIÓN EN LOS CUIDADOS DE LA OSTOMÍA

La necesidad de enseñar de forma individualizada y dar apoyo a los pacientes con ostomías dio lugar a la creación del rol de terapeutas en ostomías por el Dr. Rupert Turnbull del hospital Cleveland a finales de la década de los 50 al nombrar a la Sra. Gill técnica en estomas, conocida como la primera estomaterapeuta.

En 1961 se reconoce como una profesión en EEUU, y en 1962 se constituye en EEUU la Asociación de Ostomizados (United Ostomy Association).¹⁷

En 1988 se crea la primera sociedad española de estomaterapia. Con el paso del tiempo y gracias al interés profesional y a las asociaciones surge la disciplina de la estomaterapia.

Cada persona urostomizado debe ser evaluado por un equipo multidisciplinar de profesionales de la salud con conocimientos y aptitudes para ofrecer una atención de calidad en el manejo de la ostomía.

7. TIPOS DE DERIVACIONES URINARIAS

Se denomina derivación urinaria a la alteración parcial o total del recorrido normal de la orina. Se pueden clasificar en derivaciones continentes o incontinentes.

DERIVACIONES CONTINENTES:

- **Ortotópicas:** cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utiliza la vía natural o uretra.
 1. Ureteroileouretrostomía (sustitución vesical): Camey I y II, Studer, Hautmann, Padovana.
- **Heterotópicas:** cuando para la eliminación y exteriorización de la orina se utilizan vías alternativas a la natural como el tubo digestivo o la piel.
 1. Ureterosigmoidostomía (uréteres a sigma): Mainz II, Coffeys, Hemi-Kock, etc.
 2. Urostomía Continente (con estoma mucocutáneo): Indiana, Barcelona, Kock.

DERIVACIONES NO CONTINENTES:

- **Heterotópicas:**
 1. Mediante sonda o catéter: Nefrostomía, Pielostomía, Sonda Vesical, Talla Suprapúbica o Cistostomía.
 2. Con estoma mucocutáneo: Ureteroileostomía cutánea (Bricker), Ureterostomía cutánea, Ureterostomía¹⁸

7.1 DERIVACIONES NO CONTINENTES

7.1.1 Ureteroileostomía

Es la derivación urinaria más frecuente en Europa y consiste, en aislar una porción de íleon para crear un «conducto ileal» al que se abocarán ambos uréteres. El extremo próximo de esta porción de íleon se cierra y el distal se lleva a la piel para construir un estoma protruyente a modo de pezón. Se presenta como un excelente método de derivación permanente en el adulto, con tasas de complicaciones muy aceptables y, aunque distorsiona la imagen corporal, protege de manera eficaz al riñón.¹⁹

Complicaciones más frecuentes:¹⁸

- **Del tracto urinario:**
 1. Infección urinaria Uretero-hidronefrosis.
 2. Insuficiencia renal.
- **Del asa intestinal:**
 1. Del estoma Sistémica.
 2. Estenosis de la anastomosis uretero-intestinal.
 3. Fístula del asa intestinal.
- **Del estoma:**
 1. Retracción.
 2. Hernia.
 3. Irritación cutánea.
- **Sistémica**
 1. Acidosis metabólica.



Figura 3. Fotografía ureteroileostomía tipo Bricker con estoma y piel periestomal en estado normal.

7.1.2 Ureterostomía cutánea

Se utiliza cuando el uso de un segmento intestinal no es posible. Se trata de abocar los uréteres a la piel, sin interposición de ningún tramo digestivo. La ureterostomía puede ser unilateral, en los casos donde sólo se aboca un uréter a piel, bilateral donde se abocan los dos uréteres separados, a ambos lados del abdomen, en cañón de escopeta, se abocan ambos uréteres juntos en un solo estoma o transuretero- ureterostomía en Y es el caso en que el uréter más corto se aboca al más largo y éste a su vez a la piel, construyéndose un único estoma. Figuras 4 y 5.

La ventaja es que no hay que tocar el tubo digestivo, es un método de derivación externa de sencilla realización técnica y brevedad quirúrgica.²⁰⁻²¹

Complicaciones más frecuentes:

- **Del tracto urinario:**
 1. Infección urinaria.
 2. Uretero-hidronefrosis.
 3. Insuficiencia renal.

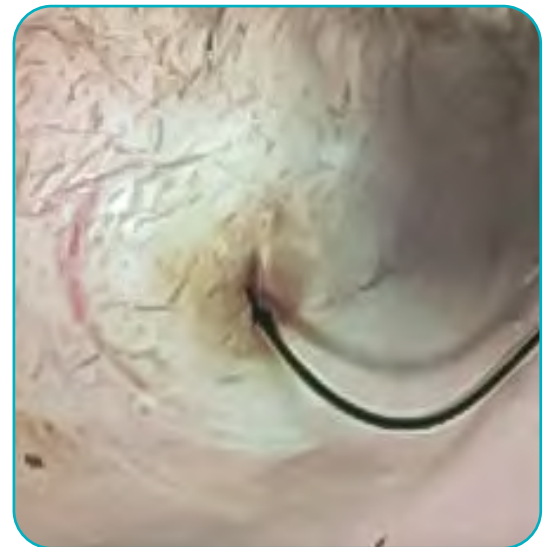


Figura 4. Fotografía Ureterostomía con catéter.

- **Del estoma:**

1. Estenosis del estoma (ver figura 3).
2. Obstrucción del uréter.
3. Irritaciones cutáneas periestomales por las fugas de orina.



Figura 5. Fotografía Ureterostomía sin catéter.

7.1.3 Nefrostomía

Consiste en derivar el curso de la orina desde el riñón al exterior. Se realiza cuando hay un problema que entorpece el recorrido fisiológico de la orina y se produce un acúmulo de la orina en el riñón, hidronefrosis, que puede dañar la función renal

7.1.4 Nefrostomía percutánea

Es la colocación de un catéter mediante una punción a través de la piel dentro del sistema colector renal, guiada a través de imagen ecográfica como el ultrasonido, tomografía computada, fluoroscopia. La principal indicación suele ser la obstrucción de la vía urinaria superior. La Nefrostomía Percutánea ha reemplazado a la Nefrostomía Quirúrgica, llegando a ser un gesto indispensable para resolver una gran variedad de problemas urológicos, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos.²²



Figura 6. Fotografía Nefrostomía percutánea.

Complicaciones más frecuentes:¹⁸

- **Del tracto urinario**
 1. Infección urinaria.
- **Del catéter**
 2. Obstrucción del catéter (retención urinaria).
 3. Desalojo o pérdida del catéter.

7.1.5 Cistostomía

Este procedimiento consiste en colocar un catéter en la vejiga, a través de la pared del abdomen, para drenar la orina directamente hacia el exterior. Se realiza mediante punción suprapúbica asistida por ecógrafo.

Complicaciones más frecuentes:¹⁸

- **Del tracto urinario**
 1. Infección urinaria.

- **Del catéter**
 1. Obstrucción del catéter (retención urinaria).
 2. Desalojo o pérdida del catéter.



Figura 7. Fotografía Cistotomía o sonda suprapúbica.

7.1.6 Uretrostomía

Consiste en derivar la orina desde la uretra a piel a través de un estoma en el periné. En los primeros días tras la cirugía se suele dejar una sonda para evitar la estenosis del estoma. Esta derivación no se realiza en mujeres y sí en hombres. Se puede realizar como derivación definitiva en tumores penéanos, traumatismos o estenosis uretrales complejas o con carácter temporal en el transcurso de otras cirugías para asegurar el reposo de suturas internas. En muchas ocasiones se requiere de dilataciones periódicas tras la cirugía.

VER ANEXO 1. Tabla 1: Cuadro resumen derivaciones incontinentes.



Figura 8. Fotografía Uretrostomía.

7.2 DERIVACIONES CONTINENTES

El objetivo de la ostomía continente es liberar a la persona de una bolsa de urostomía. La técnica consiste en aislar una porción de íleon que oscila entre 45 a 70 cm según las técnicas y autores, para construir un reservorio o neovejiga a la que se abocarán ambos uréteres.

Para evacuar la orina y vaciar el reservorio es necesario realizarse autocateterismos. Esta operación de vaciado de la neovejiga ha de realizarse 5 ó 6 veces al día, recomendándose la utilización de sondas autolubricadas, de calibres adaptados y de baja fricción.

Las personas que pueden beneficiarse de este tipo de técnica deben tener aptitud para el autocateterismo, sin comorbilidades, ni contraindicaciones que lo impidan.¹⁸

La preparación intestinal preoperatoria no es necesaria.

Los principios técnicos de la derivación urinarias continente, constan de cuatro partes:

1. **Un Reservorio, o neovejiga.** Debe tener capacidad suficiente para recoger la orina a baja presión.
2. **Los uréteres** se abocan a este reservorio, debe permitir el almacenamiento de unos 300-500 ml de orina, debe prevenir el reflujo neovesicouretral.
3. **Tubo eferente**, conducto por donde pasa la orina, desde el reservorio hacia la ostomía, y facilita la cateterización para el vaciado. El mecanismo de continencia puede ser natural, artificial o combinación de ambos.
4. **Ostomía**, abocamiento del tubo eferente a la piel.

Complicaciones más frecuentes:¹⁸

- **Del tracto urinario**
 1. Infección urinaria.
 2. Uretero-hidronefrosis.
 3. Insuficiencia renal.
- **Del asa intestinal**
 1. Estenosis de la unión uretero-intestinal.
 2. Fístula del asa intestinal.

CUIDADOS DE LA UROSTOMÍA CONTINENTE

Esta guía se basa en los cuidados enfermeros de las derivaciones urinarias incontinentes, aunque consideramos importante conocer también los cuidados básicos de una urostomía continente. Por ello, hemos realizado un anexo con la información básica de los cuidados enfermeros en una neovejiga.

El seguimiento estrecho del paciente es esencial para una función óptima de la neovejiga y prevenir las complicaciones. Una buena neovejiga deberá tener un mínimo residuo posmiccional, una capacidad entre 400 - 500 ml y evitar la obstrucción del tracto urinario superior.

Es importante destacar que la vejiga está formada por un músculo que ayuda en la eliminación de la orina cuando se llena, sin embargo, el intestino no posee este músculo, es por ello que los pacientes deberán aprender a cómo manejar el vaciado de su neovejiga ya que en muchas ocasiones requiere de cateterismos.

La incontinencia es normal en la fase posoperatoria tras la retirada de la sonda. Esto se explica porque durante esta fase la neovejiga tiene baja capacidad y alta presión. Con el tiempo, el volumen aumenta y la presión disminuye por debajo de la presión de cierre uretral.²³

El tiempo de recuperación de la continencia depende de varios factores, la técnica quirúrgica, la preservación de los nervios del suelo pélvico y la uretra, edad del paciente y del entrenamiento del esfínter uretral externo.

La continencia posoperatoria mejora entre el sexto y duodécimo mes tras la intervención a medida que aumenta la acomodación de la neovejiga.¹⁸

Se considera que el paciente presenta una buena continencia cuando se mantiene seco o usa un absorbente al día, en cambio por la noche la pérdida de orina es muy frecuente. La continencia nocturna es en general peor que la que se consigue por el día.

¿Cómo podemos hacer frente a la pérdida de orina? Se debe fortalecer los músculos del suelo pélvico, podríamos comenzar realizando ejercicios de Kegel y deberemos realizar micciones pautadas.

Algunas personas no tienen ninguna sensación cuando necesitan vaciar su neovejiga, o si tienen alguna sensación será diferente de lo que sentían antes de la cirugía.

Probablemente sientan una pequeña presión en la parte del hipogastrio, una sensación de estar lleno o incluso calambres leves en el abdomen, esto nos indicará que su neovejiga está llena y deberá vaciarla.

A la hora de vaciar la neovejiga deberán sentarse en el inodoro, relajar los músculos del suelo pélvico y realizar la Maniobra de Credé que consiste en comprimir la parte baja del abdomen para conseguir el vaciado.¹⁸

Su médico controlará si vacía la vejiga correctamente. Si no se está vaciando por completo, es posible que necesite realizarse cateterismos para vaciarla.

Se debe de programar un número de cateterismos al día, con ello, lo que queremos es un adiestramiento para orinar cuyo objetivo es ir aumentando el tamaño de la neovejiga.

Durante la noche se aconseja poner una alarma para despertarse a mitad de noche y vaciar su neovejiga, nunca debe de pasar más de 6 horas sin orinar.

Si tiene pérdida entre las horas pautadas vuelva al cronograma de la semana anterior.

En caso de sentir presión o sensación de llenado deberá vaciar la neovejiga y no esperar a la hora del cronograma.²⁴

El éxito de la neovejiga ileal se basa en la técnica quirúrgica y en el seguimiento exhaustivo y protocolizado. Sólo de esta forma, el reservorio alcanzará una función óptima.

VER ANEXO 2. Tabla 12: Cronograma de la frecuencia de los autocateterismos en una Neovejiga.



Neovejiga

7.2.1 URETEROSIGMOIDOSTOMÍA

En esta derivación la orina será expulsada al exterior a través del ano, junto con las heces.

Descrita por Coffey en 1911. Consiste en la anastomosis de los uréteres al sigma de forma transcólica. En esta técnica se expulsa la orina junto con las heces por el ano, En su inicio se realiza de forma directa, pero posteriormente Goodwin, en 1953, y Leadbetter, en 1954, introducen las uniones tunelizadas para evitar el reflujo.²⁴

Otra variante de esta derivación consiste en reconfigurar el sigma a modo de reservorio. Su gran ventaja es su simplicidad y se conoce con el nombre de Mainz II. Entre las distintas técnicas quirúrgicas se encuentran además Coffeys, Bolsa de Alejandría y Bolsa de Hemi-Kock. En este último caso, la técnica empleada respeta la válvula ileocecal, realizando con esta asa un reservorio similar al descrito por Mainz II. Para realizar este tipo de derivación es necesario que la persona tenga una buena continencia anal con un esfínter sólido y que no tenga ninguna enfermedad orgánica o funcional ni antecedentes de cirugías previas sobre el recto o sigma.

Algunos autores describen entre las complicaciones halladas un mayor índice de neoplasias desarrolladas sobre la anastomosis uretero-sigmoidea en largas supervivencias. En algunos casos, también se produce incontinencia de orina y heces.¹⁸

7.2.2 URETEROILEOURETOSTOMÍA

Se trata de técnicas de sustitución vesical que mantienen la vía excretora natural (la uretra). Son derivaciones permanentes, continentes y ortotópicas. Existen diferentes técnicas quirúrgicas para realizarla: Camey I, Camey II, Padovana, Hautman, Kock ortotópico, Studer... En cada caso la neovejiga se construye de forma diferente, aunque siempre se persiguen los mismos objetivos: conseguir una micción lo más parecida posible a la fisiológica, con preservación de la función renal.

Los candidatos a esta técnica de derivación son pacientes cuya enfermedad o proceso precise de una

cistectomía, siempre y cuando se den los requisitos necesarios que garanticen la no presencia de complicaciones posteriores derivadas del empleo de intestino como reservorio urinario.

Está contraindicada en pacientes con insuficiencia renal, afección intestinal que pueda comprometer la función gastrointestinal y la incapacidad de poder realizarse el autocateterismo.¹⁸

Complicaciones más frecuentes:

- **Del tracto urinario**
 1. Dificultad para el vaciado completo de la vejiga con presencia de orina residual.
 2. Infección urinaria
 3. Uretero-hidronefrosis
 4. Insuficiencia renal
 5. Incontinencia (sobre todo nocturna)
- **Sistémica**
 1. Acidosis metabólica.

VER ANEXO 1.

Tabla 11: Cuadro resumen derivaciones urinarias continentales.

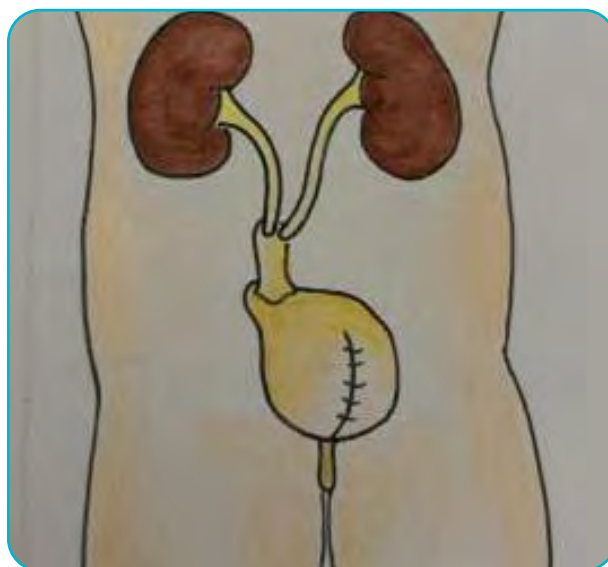


Figura 9. Dibujo Ureteroileoureterostomía.

8. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO EN LA PERSONA UROSTOMIZADA

Uno de los aspectos fundamentales dentro de la actuación enfermera es la enseñanza y el asesoramiento para aumentar de manera específica los conocimientos y fomentar el autocuidado. Dicha enseñanza es una intervención esencial y debe ser planificada, para ello debemos seguir los siguientes pasos:

- Valorar la disponibilidad de la persona para aprender.
- Facilitar un entorno tranquilo y privado que fomente el aprendizaje.
- Usar términos sencillos, adaptando el lenguaje a la capacidad de la persona.
- Establecer con la persona los objetivos del aprendizaje, respetando los tiempos marcados.
- Estimular a la persona ostomizada y a su familia a que formule preguntas.
- Planificar el ritmo de enseñanza. No dar demasiada información a la vez.

El asesoramiento es otra intervención importante que incluye ofrecer apoyo durante los periodos de adaptación a esta nueva situación.

La aplicación de un plan de cuidados en personas intervenidas de una urostomía nos aporta unos cuidados integrales atendiendo sus necesidades físicas, psíquicas y sociales.

Con la planificación y estandarización de los cuidados utilizando la clasificación NANDA-NOC-NIC garantiza unos cuidados de calidad, efectivos, continuos, centrados en la persona y evaluables.

8.1 ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO

Valoración: Es la primera fase del proceso de Enfermería, en la que se recogen y organizan los datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

El objetivo es obtener información objetiva y subjetiva de la persona y así poder tener diagnósticos de Enfermería que guíen la intervención.

En esta fase se utilizan escalas, test y cuestionarios estandarizados para conseguir información precisa sobre la situación de salud de la persona.

Está formada por una serie de pasos: recogida de datos, validación, organización, comprobación de las primeras impresiones, informe y anotación.²⁵

Para la organización de datos nos podemos basar en las 14 necesidades de Virginia Henderson o en los patrones funcionales de M.Gordon.

Los componentes principales del plan de cuidados son:

- Diagnósticos o problemas.
- Objetivos (resultados deseados).
- Intervenciones: ¿qué hay que hacer para conseguir los objetivos?

Diagnóstico.

Es la identificación de problemas: en esta fase se identifican los problemas, que son la base del plan de cuidados, clasificándose en diagnósticos de Enfermería según la taxonomía NANDA. Los factores relacionados con cada diagnóstico marcan la dirección de los cuidados enfermeros.

Planificación.

Consiste en realizar conjuntamente con el paciente un plan de actuación que dé respuesta a su demanda de salud.

Ejecución.

Es la puesta en práctica del plan de cuidados.

Evaluación.

En este apartado del proceso enfermero se determina en qué grado se han conseguido los objetivos.

La evaluación de un plan de cuidados individual incluye:

- Determinar el logro de los objetivos.
- Identificar los factores que afectan al logro de los objetivos.
- Decidir si hay que mantener el plan, modificarlo o darlo por finalizado.

8.2 DIAGNÓSTICO NANDA. PREOPERATORIO

Después de la valoración en la etapa preoperatoria, los diagnósticos específicos que encontraremos en la persona urostomizada son:

Etiqueta diagnóstica	Definiciones
(00126) Conocimientos deficientes.	Carencias o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico: ostomía.
(00148) Temor.	Respuesta emocional básica e intensa generada por la detección de una amenaza inminente que implica una reacción de alarma inmediata.

Nota: La tabla representa los Diagnósticos Enfermeros que hemos considerado más importantes y comunes a todas las personas que vayan a tener una intervención quirúrgica relacionada con una urostomía.

Para resolver de una forma específica los problemas identificados en el preoperatorio en relación a la urostomía y siempre personalizándolo en función de las necesidades de cada paciente, se proponen los siguientes objetivos, intervenciones y actividades:

TABLA 1. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL PREOPERATORIO

Diagnóstico: (00126) Conocimientos deficientes r/c falta de exposición y m/p el propio paciente.		
RESULTADOS (NOC) (1829) Conocimiento: cuidados de la ostomía. Definición: grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.		
INDICADORES ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende. Desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[182902] Propósito de la ostomía.</p> <p>[182901] Funcionamiento de la ostomía.</p> <p>[182908] Pauta para cambiar la bolsa de la ostomía.</p> <p>[182909] Materiales necesarios para cuidar la ostomía.</p> <p>[182912] Necesidades de ingesta de líquidos.</p> <p>[182914] Modificaciones en las actividades diarias.</p> <p>[182916] Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía.</p> <p>[182917] Grupos de apoyo disponibles.</p>	<p>[5606] Enseñanza: individual.</p> <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza para abordar las necesidades particulares del paciente respecto a la ostomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el nivel actual de conocimiento y comprensión de contenidos del paciente. • Establecer una relación de confianza. • Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas). • Información sobre el propósito, el funcionamiento, los dispositivos, el material necesario y el manejo de la ostomía. • Marcar en la piel del lugar donde se ubicará el estoma. • Determinar la secuencia de presentación de la información. • Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades/discapacidad es cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente. • Proporcionar un ambiente que conduzca al aprendizaje. Incluir a la familia, si es adecuado. • Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes. • Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión y conducta del paciente sobre información.

Diagnóstico: (00148) Temor r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (la hospitalización, la anestesia, la cirugía, el pronóstico de la enfermedad, el impacto de la ostomía en su vida) m/p expresión de inquietud, intranquilidad, aprensión.

**RESULTADOS (NOC)
(1404) Autocontrol del miedo.**

Definición: acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietudes secundarias a una fuente identificable.

INDICADORES ESCALA 13. Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[140406] Utiliza estrategias de superación efectivas.</p> <p>[140403] Busca información para reducir el miedo.</p> <p>[140407] Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</p> <p>[140417] Controla la respuesta de miedo.</p>	<p>[5610] Enseñanza prequirúrgica.</p> <p>Definición: ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación posoperatorio.</p> <p>[5606] Enseñanza: individual</p> <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza para abordar las necesidades particulares del paciente respecto a la ostomía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y a la familia sobre la fecha, hora y lugar programados de la cirugía. • Conocer experiencias quirúrgicas previas y el nivel de conocimientos relacionados con la cirugía. • Dar tiempo al paciente/familia para que hagan preguntas y discutan sus inquietudes. • Describir las rutinas preoperatorias (anestesia, dieta, pruebas diagnósticas, preparación de la piel, terapia IV, ropa y sala de espera para la familia). • Informar a la familia sobre el sitio de espera de los resultados de la cirugía, si resulta apropiado. • Comentar las posibles medidas de control del dolor. • Instruir al paciente acerca de la técnica de sujetar su incisión, toser y respiración profunda. • Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama. • Instruir al paciente y evaluar su capacidad sobre el uso del inspirómetro y respiración profunda. • Instruir al paciente sobre la técnica de ejercicios de piernas. • Destacar la importancia de la deambulación precoz y los ejercicios pulmonares. • Determinar las expectativas del paciente acerca de la cirugía. • Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, si es posible. • Documentar la enseñanza, incluida la respuesta del paciente a la misma.

8.3 DIAGNÓSTICO NANDA. POSOPERATORIO

Los siguientes diagnósticos de enfermería están presentes en todas las personas a las que se le practica una urostomía.

ETIQUETA DIÁGNOSTICA	DEFINICIONES
(00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.	Susceptible de padecer una alteración en la epidermis y/o la dermis, que puede comprometer la salud
(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos.	Susceptible de sufrir una disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud.
(00126) Conocimientos deficientes.	Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.
(00118) Trastorno de la imagen corporal.	Confusión en la imagen mental del yo físico.
(00214) Disconfort.	Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y social.

Nota: La tabla representa los Diagnósticos Enfermeros que hemos considerado más importantes y comunes a todas las personas que han tenido una intervención quirúrgica relacionada con una Urostomía.

A continuación, se muestran los resultados e intervenciones que seleccionamos a partir de los diagnósticos identificados para el posoperatorio.

TABLA 2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN EL POSOPERATORIO

Diagnóstico: (00047) Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c humedad, contacto con las excreciones y factores mecánicos.		
RESULTADOS (NOC)		
(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas. Definición: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.		
INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar. Desde gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso. Desde grave a ninguno</p>		
<p>[110113] Integridad de la piel alrededor de la ostomía.</p> <p>[110101] Temperatura de la piel.</p> <p>[110121] Eritema.</p> <p>[110104] Hidratación.</p> <p>[110111] Perfusión tisular.</p>	<p>[3590] Vigilancia de la piel.</p> <p>Definición: ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el periodo de recuperación posoperatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la curación del estoma/tejido circundante y la zona de incisión • Vigilar el color y la temperatura de la piel. • Observar si hay excesiva sequedad o humedad en la piel. • Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel. • Documentar los cambios en la piel y las mucosas.

RESULTADOS (NOC)
(1615) Autocuidado de la ostomía. Definición: acciones personales para mantener la ostomía de eliminación

INDICADORES ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[161502] Describe el propósito de la ostomía.</p> <p>[161501] Describe el funcionamiento de la ostomía.</p> <p>[161503] Se muestra cómodo viendo el estoma.</p> <p>[161511] Sigue un programa para cambiar la bolsa de la ostomía.</p> <p>[161502] Vacía la bolsa de la ostomía.</p> <p>[161507] Cambia la bolsa de la ostomía.</p> <p>[161520] Mantiene el cuidado de la piel alrededor de la ostomía.</p> <p>[161504] Mide el estoma para el ajuste adecuado del dispositivo.</p> <p>[161519] Expresa aceptación de la ostomía.</p>	<p>[9480] Cuidados de la ostomía.</p> <p>Definición: asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar al paciente lo que representarán los cuidados de la ostomía en su rutina diaria. • Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. • Ayudar al paciente a planificar en el tiempo la rutina de los cuidados. • Proporcionar apoyo y ayuda mientras el paciente desarrolla la técnica para el cuidado del estoma/tejido circundante. • Instruir al paciente/allegados en la utilización del equipo/cuidados de la ostomía. • Hacer que el paciente/allegados muestren el uso del equipo. • Vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda. • Observar la curación de la incisión/estoma. • Cambiar/aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente. • Instruir al paciente sobre cómo monitorizar la presencia de posibles complicaciones (lesión mecánica, lesión química, exantema, fugas, deshidratación, infección). • Expresar confianza respecto a que el paciente puede continuar haciendo vida normal con la ostomía.

Diagnóstico: (00028) Riesgo de déficit de volumen de líquido r/c alteraciones que afectan a l absorción de líquidos.

**RESULTADOS (NOC)
(0602) Hidratación.**

Definición: agua adecuada en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.

INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso. Desde grave a ninguno</p> <p>ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar. Desde gravemente comprometido hasta no comprometido</p> <p>[60202] Membranas mucosas húmedas.</p> <p>[60201] Turgencia cutánea.</p> <p>[60205] Sed.</p> <p>[60219] Orina oscura.</p> <p>[60227] Aumento de la temperatura corporal.</p> <p>[60218] Función cognitiva.</p> <p>[60224] Calambres musculares.</p>	<p>[2080] Manejo de líquidos y/o electrolitos.</p> <p>Definición: Regular y prevenir las complicaciones derivadas de la alteración de los niveles de líquidos y/o electrolitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los signos vitales: tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca. • Observar si hay manifestaciones de desequilibrio electrolítico. • Llevar un registro preciso de entradas y salidas. • Administrar líquidos si está indicado. • Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio hidroelectrolítico persisten o empeoran.

Diagnóstico: (00126) Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p el paciente.

RESULTADOS (NOC)
(1829) Conocimientos: cuidados de la ostomía.
Definición: grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.

INDICADORES ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende. Desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>Reforzar los conocimientos de los siguientes indicadores valorados en el preoperatorio:</p> <p>[182901] Funcionamiento de la ostomía.</p> <p>[182902] Propósito de la ostomía.</p> <p>[182903] Cuidados de la piel alrededor de la ostomía.</p> <p>[182905] Cómo medir un estoma.</p> <p>[182907] Complicaciones relacionadas con el estoma.</p> <p>[182908] Pauta para cambiar la bolsa de la ostomía.</p> <p>[182909] Materiales necesarios para cuidar la ostomía.</p> <p>[182912] Necesidades de ingesta de líquidos.</p> <p>[182915] Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía.</p> <p>[182916] Procedimiento para vaciar la bolsa de ostomía.</p> <p>[182913] Mecanismos de control del olor.</p> <p>[182917] Grupos de apoyo disponibles.</p>	<p>[5606] Enseñanza: individual.</p> <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p> <p>[0480] Cuidados de la ostomía.</p> <p>Definición: asegurar la evacuación a través de un estoma y los cuidados del tejido circundante.</p> <p>[5614] Enseñanza: dieta prescrita.</p> <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las mismas actividades que en el preoperatorio, favoreciendo la comunicación, la intimidad, la confianza y la motivación. • Reforzar y ampliar la información y las instrucciones dadas en el preoperatorio, evaluando la calidad de las destrezas que va adquiriendo el paciente. • Instruir al paciente/allegados acerca de la dieta adecuada y los cambios esperados en la función de evacuación.

Diagnóstico: (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p expresar cambio en el estilo de vida, nomirar ni tocar la ostomía.

**RESULTADOS (NOC)
(1200) Imagen corporal.**

Definición: percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.

INDICADORES ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación . Desde nunca positivo hasta siempre positivo	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[120001] Imagen interna de sí mismo.</p> <p>[120003] Descripción de la parte corporal afectada.</p> <p>[120005] Satisfacción con el aspecto corporal.</p> <p>[120006] Satisfacción con la función corporal.</p> <p>[120007] Adaptación a cambios en el aspecto físico.</p> <p>[120008] Adaptación a cambios en la función corporal.</p> <p>[120014] Adaptación a cambios corporales por cirugía.</p> <p>[120016] Actitud hacia tocar la parte corporal afectada.</p> <p>[120017] Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto.</p>	<p>[5220] Mejora de la imagen corporal.</p> <p>Definición: mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales del paciente en función del estadio de desarrollo. • Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía, según corresponda. • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda. • Identificar la influencia de la cultura, la religión, la raza, el sexo y la edad del paciente en la imagen corporal. Observar la frecuencia de las afirmaciones de autocrítica. • Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. • Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. • Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas.

Diagnóstico: (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c cirugía m/p expresar cambio en el estilo de vida, nomirar ni tocar la ostomía.

**RESULTADOS (NOC)
(1205) Autoestima.**

Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

INDICADORES ESCALA 11 Frecuencia de una percepción o características afirmativas o de aceptación. Desde nunca positivo hasta siempre positivo	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[120501] Verbalizaciones de autoaceptación. Aceptación de las propias limitaciones.</p> <p>[120503] Mantenimiento de una postura erecta.</p> <p>[120504] Mantenimiento del contacto ocular. Comunicación abierta.</p> <p>[120509] Mantenimiento del cuidado/higiene personal.</p> <p>[120511] Nivel de confianza.</p> <p>[120515] Voluntad para enfrentarse a los demás.</p> <p>[120519] Sentimientos sobre su propia persona.</p>	<p>[5400] Potenciación de la autoestima.</p> <p>Definición: ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas. Abstenerse de realizar críticas negativas. • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda. • Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. • Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. • Animar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario.

RESULTADOS (NOC) (2011) Estado de comodidad: psicoespiritual. Definición: tranquilidad psicoespiritual relacionada con autoconcepto, bienestar emocional fuente de inspiración y significado y objetivo de la propia vida.		
INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
ESCALA 01 Grado de deterioro de la salud o el bienestar. Desde gravemente comprometido hasta no comprometido		
201101] Bienestar psicológico. [201103] Esperanza. [201107] Expresiones de optimismo. [201109] Significado y objetivo de la vida.	[5310] Dar esperanza. Definición: aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. • Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona. • Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. • Evitar disfrazar la verdad. • Facilitar la admisión por parte del paciente de una pérdida personal en su imagen corporal. • Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. • Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas. • Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos. • Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente).

Diagnóstico: (00214) Disconfort r/c falta de control de la situación m/p temor, deterioro del patrón del sueño e inquietud.

**RESULTADOS (NOC)
(1210) Nivel de miedo.**

Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable.

INDICADORES ESCALA 14 Grado de un estado o respuesta negativo o adverso. Desde grave a ninguno	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[121005] Inquietud.</p> <p>[121026] Incapacidad para dormir.</p> <p>[121031] Temor verbalizado.</p>	<p>[5240] Asesoramiento.</p> <p>Definición: utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Favorecer la expresión de sentimientos. • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. • Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de la familia. Ayudar al paciente a identificar problemas o la situación causante del trastorno.

8.4 DIAGNÓSTICO NANDA AL ALTA

En la valoración inicial identificaremos lo que la persona necesitará cuando vaya al domicilio y los recursos que dispondrá la persona, así como la situación familiar con respecto a los apoyos que le puedan ofrecer.

Antes de que la persona abandone el hospital se realizará un informe de alta de enfermería, incluyendo toda la información relacionada con la urostomía y la consecución o no de los objetivos planteados.

Estos son los principales diagnósticos relacionados con el alta de la persona urostomizada.

Etiqueta diagnóstica	Definiciones
(00182) Preparación para un mejor cuidado personal.	Un patrón de realizar actividades para uno mismo para cumplir con las metas relacionadas con la salud, que se pueden fortalecer.
(00052) Deterioro de la integración Social.	Cantidad insuficiente o excesiva o cualitativamente ineficaz de intercambio social.
(00059) Disfunción Sexual.	Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.
(0069) Afrontamiento Inefectivo.	Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.
(10026) Conocimientos deficientes.	Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

Nota: La tabla representa los Diagnósticos Enfermeros que hemos considerado más importantes y comunes a todas las personas que han tenido una intervención quirúrgica relacionada con una Urostomía.

A continuación, se muestran los resultados e intervenciones que seleccionamos a partir de los diagnósticos identificados al alta.

TABLA 3. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA AL ALTA

<p>Diagnóstico: (00162) Disposición para mejorar la gestión de la propia salud m/p expresa tener dificultades con los tratamientos prescritos y manifiesta deseo de manejar la enfermedad.</p>		
<p>RESULTADOS (NOC) (1601) Conducta de cumplimiento. Definición: acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica.</p>		
INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado</p>	<p>[7370] Planificación al alta. Definición: preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familiar/allegados a prepararse para el alta. • Ayudar al paciente/familiar/allegados en la planificación de los ambientes de apoyo necesarios para proveer los cuidados fuera del hospital. • Colaborar con el médico, paciente/familiar/allegado y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. • Comunicar al paciente los planes de alta, según corresponda. • Coordinar las derivaciones relevantes para el enlace entre los profesionales sanitarios. • Coordinar los esfuerzos de distintos profesionales sanitarios para asegurar un alta oportuna. • Fomentar el autocuidado, según corresponda. • Formular un plan de mantenimiento para el seguimiento posterior al alta. • Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. • Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta. • Observar si todo está listo para el alta. • Registrar los planes respecto del alta del paciente en la historia clínica.
<p>[160102] Analiza el régimen de tratamiento prescrito con el profesional sanitario.</p> <p>[160103] Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito.</p> <p>[160104] Acepta el diagnóstico.</p>		

Diagnóstico: (00052) Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto, m/p disconfort en las situaciones sociales.

**RESULTADOS (NOC)
(1503) Implicación social**

Definición: gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada, surgida de una fuente identificable.

INDICADORES ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[150301] Interacción con amigos íntimos.</p> <p>[150302] Interacción con vecinos.</p> <p>[150303] Interacción con miembros de la familia.</p> <p>[150311] Participación en actividades de ocio.</p>	<p>[5440] Aumentar los sistemas de apoyo.</p> <p>Definición: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno. • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. • Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.

Diagnóstico: (00059) Disfunción sexual r/c alteración de la función y estructura corporal (ostomía) m/p limitaciones reales impuestas por la enfermedad y verbalización del problema.

RESULTADOS (NOC)

(0119) Funcionamiento sexual.

Definición: integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

INDICADORES ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>[11907] Expresa capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de imperfecciones físicas.</p> <p>[11918] Expresa conocimiento de las necesidades sexuales personales.</p> <p>[11922] Comunica las necesidades sexuales con la pareja.</p>	<p>[5248] Asesoramiento sexual.</p> <p>Definición: utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Establecer la duración de la relación de asesoramiento. • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. • Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda.

Diagnóstico: (0069) Afrontamiento ineficaz r/c falta de confianza para afrontar la situación m/p dificultad para organizar la información y expresión de incapacidad para el afrontamiento.

RESULTADOS (NOC)

(1302) Afrontamiento de problemas.

Definición: acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>ESCALA 13 Frecuencia de aclarar por informe o conducta. Desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.</p>		
<p>[130201] Identifica patrones de superación eficaces. [130201] Refiere disminución de estrés. [13025] Verbaliza aceptación de la situación. [130208] Se adapta a los cambios en desarrollo. [130212] Utiliza estrategias de superación efectivas. [130214] Verbaliza la necesidad de asistencia. [130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés. [130217] Refiere disminución de los sentimientos negativos. [130220] Busca información acreditada sobre el diagnóstico y tratamiento. [130222] Utiliza el sistema de apoyo personal. [130223] Obtiene ayuda de un personal sanitario.</p>	<p>[5230] Mejorar el afrontamiento. Definición: facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

Diagnóstico: (00126) Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p el paciente en relación a: cuidados de la ostomía, dieta prescrita, estilo de vida saludable.

RESULTADOS (NOC)
(1829) conocimiento: cuidados de la ostomía.
Definición: Grado de conocimiento transmitido sobre el mantenimiento de una ostomía de eliminación.

INDICADORES ESCALA 20 Grado de información cognitiva que se comprende. Desde ningún conocimiento hasta conocimiento extenso	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
<p>Reforzar los conocimientos valorados en el posoperatorio, añadiendo los siguientes indicadores:</p> <p>[182901] Funcionamiento de la ostomía.</p> <p>[182903] Cuidados de la piel alrededor de la ostomía.</p> <p>[182905] Cómo medir un estoma</p> <p>[182907] Complicaciones relacionadas con el estoma.</p> <p>[182908] Pauta para cambiar la bolsa de la ostomía.</p> <p>[182912] Necesidad de ingesta de líquido.</p> <p>[182915] Procedimiento para cambiar la bolsa de ostomía.</p>	<p>[5606] Enseñanza individual.</p> <p>Definición: planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p> <p>[480] Cuidados de la ostomía:</p> <p>Definición: asegurar la evacuación a través del estoma y los cuidados del tejido circundante.</p> <p>[5614] Enseñanza: dieta prescrita.</p> <p>Definición: preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación de confianza. • Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Seleccionar los métodos/estrategias adecuadas de enseñanza del paciente. • Corregir las malas interpretaciones de la información, según corresponda. • Proporcionar folletos, vídeos y recursos en línea educativos, cuando proceda. • Aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente, si es necesario. • Observar la curación de la incisión/estoma. • Ayudar al paciente a practicar los autocuidados. • Reformar la conducta, si se considera oportuno. • Cambiar/vaciar la bolsa de ostomía, según corresponda. • Ayudar al paciente a obtener el equipo necesario. • Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general. • Instruir al paciente sobre la ingesta hídrica adecuada. • Incluir a la familia, si procede.

Una vez realizada la planificación, se informa a la persona y a su familia y se pone en marcha el plan de cuidados, adaptándolo e individualizándolo según la situación clínica de la persona.

A lo largo del proceso enfermero es necesario realizar valoraciones sistemáticas, comprobando la evolución de los problemas, ya que pueden aparecer alteraciones nuevas o haberse resuelto las anteriores.

9. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PERSONA UROSTOMIZADA

Una persona sometida a una cirugía resultante en derivación urinaria debe adaptarse a su nueva situación que supone afrontar la disminución del control personal, y gestionar las sensaciones de angustia, ansiedad y depresión.

Algunos estudios han demostrado que la creación de una derivación urinaria tiene un gran impacto en la calidad de vida relacionada con la salud de las personas.²⁶

Además, en los casos de dependencia suponen un esfuerzo importante por parte de los cuidadores que los atienden, generalmente miembros de la familia.

Requieren unos cuidados integrales, individualizados y especializados que fomenten tanto su independencia y su calidad de vida como la de familiares y cuidadores. Las enfermeras aportan conocimiento, pericia clínica y apoyo a estas personas a lo largo de toda su vida, desde la realización del estoma, asegurando la continuidad de la atención.²⁷

En la educación que brinda el profesional es fundamental tener en cuenta aspectos físico, psicológicos, socioculturales con el fin de adaptarse a la necesidad de la persona urostomizada, ya que pueden presentar distintos problemas y su situación basal ser muy variada.²⁸

En este capítulo trataremos de guiar a los profesionales en los cuidados de las personas con derivaciones urinarias que precisen bolsa de urostomía y en la educación sanitaria para que alcancen lo antes posible su autonomía en el manejo del estoma.

9.1 CUIDADOS DE ENFERMERÍA PREOPERATORIOS

9.1.1 Fase de información

La educación prequirúrgica es el primer acercamiento de la enfermera a la persona que se le va a realizar una derivación urinaria. Normalmente son vistos en la consulta de enfermería antes de la intervención. Solo los casos en que la intervención se realiza de forma urgente no se lleva cabo esa consulta.

Según el estudio de Bagés Fortacín C, et al ²⁹ se demuestra que una visita de enfermería preoperatoria estructurada es un instrumento eficaz para reducir la ansiedad previa a la cirugía y el dolor postoperatorio durante las primeras 72 horas, así como para mejorar la percepción de bienestar.³²

En primer lugar, debemos hacer una valoración inicial para reunir toda la información necesaria para adecuar nuestra atención a cada paciente:

- Identificar las necesidades básicas, culturales, sociales y sexuales.
- Conocer su estado físico y psíquico, hábitos higiénicos, alimentación, antecedentes médicos y alergias.

- Valorar el grado de necesidad que tiene la persona para recibir educación.
- Conocer el soporte familiar e identificar al cuidador principal.

Según La Guía de Buenas Prácticas Clínicas Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), la educación y el asesoramiento preoperatorios deben incluir:³⁰

- Descripción del procedimiento quirúrgico y de qué es una ostomía.
- Explicación de las intervenciones enfermeras preoperatorias.
- Instrucción y demostración práctica del cuidado del estoma.
- Revisión de los materiales para la ostomía.
- Descripción de las intervenciones durante la hospitalización esperables después de la cirugía.
- Explicación sobre cómo manejar complicaciones frecuentes.
- Descripción del impacto del estoma en la vida diaria.
- Revisión de los cambios en la dieta y las necesidades de hidratación.

La información en esta fase debe proporcionarse de forma oral y complementarse con material escrito debiéndose individualizar y adaptar a las características de cada persona, teniendo en cuenta su capacidad de comprensión, la situación en la que se encuentra o su nivel cultural.³¹

- Mostrar imágenes del tipo de derivación y de donde será la ubicación aproximada.
- Entregar un documento breve informativo que se llevará a casa.
- Mostrar un estoma demo y dar una explicación breve de los cuidados.
- Entregar un dispositivo y una bolsa de drenaje para que practique un poco su manejo.
- Describir las intervenciones enfermeras sobre el cuidado de catéteres, herida quirúrgica, drenajes, tratamientos, alimentación. Explicar que las primeras 24 o 48 horas estará hospitalizado en una unidad de reanimación o cuidados intensivos (REA o UCI) y posteriormente pasará a una unidad de hospitalización quirúrgica.
- Explicar que una vez recuperado del posoperatorio inmediato, recibirá la educación sanitaria necesaria durante su ingreso por parte del personal de enfermería sobre los cuidados y las complicaciones frecuentes.
- Explicar la necesidad de adaptarse poco a poco con ayuda profesional a la nueva situación.
- Conocer sus hábitos de alimentación y aconsejar si precisa realizar algún cambio.

Durante esta consulta dedicar el tiempo suficiente para explicar toda esta información necesaria y que el paciente y su acompañante puedan aclarar sus dudas, permitirle poder expresar sus sentimientos.

9.1.2 Fase de marcaje del estoma

Se denomina marcaje del estoma a la técnica consistente en ubicar y señalar preoperatoriamente la zona del abdomen más adecuada para la apertura quirúrgica de un estoma, evitando complicaciones en la adaptación de los dispositivos.³²

El Consejo General de Enfermería de España reconoce como Intervención enfermera al “marcaje del estoma”.³¹

La evidencia científica ha mostrado los beneficios que supone el hecho de que a un paciente se le marque adecuadamente dónde debe alojarse el futuro estoma. Con ello se evitarán futuras complicaciones como fugas e irritaciones, facilitará la adaptación a los dispositivos y contribuirá a una mejor calidad de vida.

Debe considerarse como un estándar en la atención preoperatoria.^{30,33}

Por tanto, los objetivos de esta técnica son:

- Conseguir la máxima adaptación al dispositivo de ostomía.

- Evitar complicaciones posoperatorias.
- Conseguir la mejor calidad de vida de la persona ostomizada.

El marcaje se puede realizar en la consulta de enfermería o en la habitación del propio paciente.

9.1.3 Procedimiento del marcaje^{34,35}

Antes de marcar el lugar donde ubicar el estoma es necesario repasar la historia de la persona. Hay que tener en cuenta las características físicas como: constitución, peso actual y cambios de peso recientes, morfología abdominal, agudeza visual, deficiencias sensoriales y destreza manual.

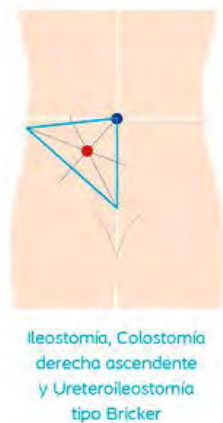


Figura 10. Fotografía Kit marcaje del estoma. Coloplast.



Descarga de la Resolución 21/2017 del Consejo General de Enfermería de España relativo al marcaje del estoma como intervención enfermera.

También debemos conocer su situación familiar, social y/ laboral, creencias religiosas, orientación sexual y costumbres culturales. Práctica de deportes y aficiones. Actividad laboral, ropa habitual y soporte familiar.

Después de tener recogida esta información, pasamos a explicar el procedimiento del marcaje al paciente y le pedimos que se tumbé y se descubra el abdomen.

El punto de referencia se marca mediante unas líneas imaginarias, cuyos vértices se encuentran el ombligo, la espina iliaca anterosuperior de la cresta iliaca y la línea media del pubis. Tras ubicar estos vértices, se marcarán las bisectrices de cada punto. El punto de encuentro de estas bisectrices será la ubicación ideal del estoma. En caso de una urostomía tipo Bricker se realiza en el cuadrante inferior derecho del abdomen y en caso de ureterostomía cutánea bilateral en ambos flancos.

Debemos localizar el músculo recto del abdomen; para ello, se puede pedir al paciente que tosa o que se incorpore ligeramente. Verificar que el punto de marcaje obtenido se encuentra dentro del músculo recto.

Una vez localizado el punto en el abdomen, se debe colocar un dispositivo de ostomía y llenarlo con agua, haciendo adoptar al paciente diferentes posturas (decúbito supino, sentado y de pie) y simular actividades de la vida diaria (vestirse, caminar, agacharse, etc.). Comprobar que el sitio es visible y accesible para el paciente, de modo que el paciente puede cuidar de su estoma.

El punto marcado teórico en principio puede modificarse en función de la prueba con el dispositivo o de la morfología del abdomen. En la persona que ha perdido peso previo a la cirugía, conviene señalar el punto un poco más arriba del lugar ideal, ya que, al recuperar el peso, el estoma tiende a desplazarse hacia abajo.

En abdómenes globulosos o deambulación en silla de ruedas: podría ser beneficioso marcar el estoma por encima del punto teórico.

Si coexisten dos estomas (urinario y digestivo): no deben colocarse en el mismo plano horizontal y la derivación urinaria puede ser un poco más alta.

Es fundamental evitar la ubicación del estoma en las siguientes zonas anatómicas: depresión umbilical, flexura de la ingle, línea natural del pubis, zona media del pubis. También se debe evitar situarlo sobre o cerca de: prominencias óseas (cresta iliaca o parrilla costal), cicatrices, prótesis quirúrgicas, zonas con alergia o procesos crónicos cutáneos. Zonas de roce continuo, interferencia con cinturones. Pliegues cutáneos o relieves adiposos.

Consensuar con la persona el sitio elegido, para que la persona pueda estar de acuerdo con él y entienda la elección. Marque el sitio definitivamente con un rotulador indeleble. Se debe tener en cuenta que, aunque es deseable que sea el/la estomaterapeuta quien realice el marcaje del estoma, todo el personal de enfermería que atiende a esta persona en su proceso quirúrgico puede realizar la técnica tras adquirir unos conocimientos que le capaciten para ello.

9.2 CUIDADOS EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO DEL PACIENTE UROSTOMIZADO

La etapa posoperatoria inmediata, es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.

Los cuidados específicos de la derivación urinaria en este periodo serán:

- controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color de la orina.
- en la derivación que lleve catéteres es necesario controlar la permeabilidad de estos, que cada uno de ellos gotee orina y comprobar que no hay acodamientos.

Si la persona es portadora de una uretoroileostomía tipo Bricker: vigilar el aspecto del estoma, la coloración de la mucosa, el tamaño, la piel periestomal y la unión muco-cutánea.

Si la persona es portadora de una ureterostomía cutánea: vigilar la piel periestomal y el punto de inserción de los catéteres. Los uréteres se abocan directamente a piel, por lo que la caída de los catéteres podría producir una estenosis si no se detecta enseguida.

Si es portador de una nefrostomía: vigilar el aspecto de la piel periestomal y del punto de inserción del catéter.

Hay que tener en cuenta que una derivación urinaria debe comenzar a producir orina inmediatamente después de la intervención. Es normal que la orina contenga una pequeña cantidad de sangre al principio del período posoperatorio. En el caso de uretoroileostomía contiene hilos de mucosidad producidos por el íleon y arrastrados por la orina hacia la bolsa de recolección. La presencia de moco en la orina es un hallazgo normal.³⁶

En los tres tipos de derivaciones mencionados se debe aplicar un dispositivo de ostomía que se adapte adecuadamente. En el posoperatorio inmediato es importante que el dispositivo sea transparente para valorar el aspecto del estoma (coloración, edema, puntos de sutura, posible hemorragia).

Cuando el paciente va recuperando cierta autonomía, que suele ser 3 o 4 días después de la intervención, se iniciará la educación sobre el manejo del estoma.

9.2.1 Valoración del estoma

En la piel periestomal o en el propio estoma es muy común que puedan aparecer complicaciones, por ello se deben evaluar de forma periódica tanto en el posoperatorio inmediato como, al menos, durante el primer año tras la cirugía.³⁷

En una valoración del estoma y piel periestomal, las variables básicas a tener en cuenta son: estoma, unión mucocutánea y piel periestomal.

A continuación, vamos a desarrollar cada una de las partes.

- ESTOMA: Valorar el tipo (uréter o íleon), el tamaño, el color, aspecto y elevación.

ESTOMA	
Tamaño	- Redondo (medir con las plantillas de medidas) - Ovalado (medir la longitud y la anchura)
Color	- Rojo (con flujo sanguíneo) - Pálido (escaso flujo sanguíneo) - Rojo oscuro (indica contusión) - Gris/ negro (isquemia)
Elevación	- Normal (el estoma sobresale entre 1.5 y 2.5 cm) - Alineado (estoma a nivel de piel) - Retraído (Estoma por debajo del nivel de la piel) - Prolapsado (estoma mayor de 5 cm)
Aspecto	- Saludable (brillante y húmedo) - Tirante (edematoso) - Granuloma (Nódulos sobre el estoma)

Tabla 4: Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de un estoma.

Fuente: Elaboración propia.

- UNIÓN MUCOCUTÁNEA: Valorar si la unión está intacta o se ha producido una dehiscencia.

UNIÓN MUCOCUTÁNEA	- Intacta (La sutura está intacta)
	- Dehiscencia (estoma separado de la piel)
	A las _____ desde las _____ a las _____ en punto

Tabla 5: Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de la unión cutánea.

Fuente: Elaboración propia.

- PIEL PERIESTOMAL: Valorar el color, la integridad y la consistencia.

PIEL PERIESTOMAL	
Color	- Saludable (No se diferencia del resto de la piel) - Eritema (Roja) - Contusionada (Color violáceo)
Integridad	- Intacta (Piel íntegra) - Macerada (Piel blanca, demasiada humedad) - Erosión (Lesión superficial en la piel) - Erupción (Brote de lesiones en la piel) - Ulceración (Herida en la dermis)
Consistencia	- Uniforme (El área es firme alrededor del estoma) - Variable (El área no es uniforme)

Tabla 6: Cuadro resumen de las variables básicas en la valoración de la Piel periestomal.

Fuente: Elaboración propia.

Existen distintas guías que pueden ayudar a identificar las posibles causas de las alteraciones cutáneas. Una de ellas es la Escala DET (Discolouration, Erosion, Tissue overgrowth)³⁸. Dicha escala valora: La coloración, la integridad de la piel y el tejido de sobrecrecimiento. (Disponible en la página web de Coloplast).

9.2.2 Permeabilidad de los catéteres

Se debe vigilar la permeabilidad de los catéteres en cada cambio de dispositivo. Si alguno de los catéteres no gotea, debemos averiguar si está obstruido, y para ello realizaremos un lavado de manera inmediata.

Para realizar el lavado, debemos realizarlos con una técnica estéril incluyendo una jeringa de 10cc. Se inyecta 2cc de SSF 0'9% lentamente y se aspira. Lo repetiremos varias veces hasta dejar el catéter con goteo. Utilizaremos jeringa y aguja distinta para cada catéter.

En caso de que no consigamos desobstruir, se avisará al servicio de urología.

9.2.3 Cuidado del estoma y de la piel periestomal

Pasos a seguir en el procedimiento de higiene del estoma y piel periestomal y el cambio de dispositivo realizado por la enfermera.³⁹⁻⁴⁵

- Explicar al paciente el procedimiento a realizar y obtener su consentimiento verbal.
- Favorecer la intimidad del paciente cerrando puertas o cortinas.
- Vaciar la bolsa en el inodoro o en bolsa de diuresis.
- Preparar todo el material que vamos a necesitar: bolsa de plástico para los desperdicios, jabón neutro, esponja suave, gasas o papel de celulosa, tijeras curvas con punta redonda, medidor de estoma y el nuevo dispositivo.
- Colocar a la persona en la posición adecuada (decúbito supino en el Bricker y ureterostomía cutánea y en decúbito lateral en la nefrostomía). Debe descubrirse el abdomen y proteger la ropa con un empapador si precisa ante un posible derrame de fluidos.
- Realizar la higiene de manos con agua y jabón. Si un cuidador o el paciente van a colaborar en el procedimiento, también necesitan realizarse la higiene de sus manos. La higiene del estoma o el cambio de bolsa no es un procedimiento estéril. Sin embargo, es esencial que las personas implicadas en el cuidado hagan una correcta higiene de manos antes del procedimiento.

EN UNA URETEROILEOSTOMÍA:

- Retiramos la bolsa despegando el disco de arriba abajo, siempre protegiendo la piel circundante del estoma.
- Lavamos el estoma con agua y jabón neutro utilizando para ello una esponja natural u otro material suave hasta retirar bien los restos que puedan quedar del disco. En caso de haber mucosidad retiramos toda la mucosidad del estoma con la esponja. Se deben observar las características del estoma; color, tamaño y brillo y la integridad y coloración de la piel de alrededor para detectar posibles lesiones.
- Secamos bien la zona, preferiblemente con papel absorbente (tipo papel de cocina).
- Realizamos un recorte en el orificio del disco de forma y tamaño exacto al del estoma. En caso de duda se puede utilizar un medidor. El disco debe ajustarse muy bien al estoma, como anillo al dedo, para prevenir la irritación cutánea.
- Si observamos huecos o pliegues en la piel, los rellenaremos con pasta o resina o anillos moldeables, nivelándola antes de colocar el dispositivo.
- Calentamos el disco con las manos para su mejor adherencia.
- Retiramos el film protector del disco y lo pegamos sobre la piel. Deslizamos los dedos alrededor del estoma para asegurar que el dispositivo se haya ajustado correctamente.
- Colocamos la parte inferior del acople de la bolsa con la parte inferior del acople del disco y presionamos suavemente rodeando toda la circunferencia. Cerramos el anillo de bloqueo. La bolsa estará acoplada al disco cuando escuche un clic. En caso de utilizar la bolsa de una pieza este paso no sería necesario.



Cuidados de la ureteroileostomía

EN UNA URETEROSTOMÍA CUTÁNEA.

- Retiramos la bolsa despegando el disco desde arriba hacia abajo, protegiendo siempre la piel periestomal.
- El estoma debemos lavarlo con agua y jabón neutro, para ello utilizo una esponja natural u otro material suave. Nos aseguramos de retirar bien los restos que puedan quedar del disco, y para finalizar, secamos bien la zona. Se recomienda que sea con papel absorbente o de cocina.
- Al ser un estoma tan pequeño o portador de catéter, la circunferencia central del disco no llega a proteger la piel periestomal por lo que utilizaremos un anillo moldeable para proteger dicha piel.
- Una vez colocado el anillo moldeable calentamos el disco, retiramos el film protector y pegamos. Es muy importante deslizar con los dedos alrededor del disco de manera circular para asegurar que el dispositivo se haya ajustado correctamente.
- Colocamos la parte inferior del acople de la bolsa con la parte inferior del acople del disco y presionamos suavemente toda la circunferencia cerrando el anillo de bloqueo. La bolsa estará acoplada al disco cuando escuche un click. En caso de utilizar la bolsa de una pieza este paso no sería necesario.



Cuidados de la ureterostomía

EN UNA NEFROSTOMÍA.

- Retiramos el disco de la piel suavemente desde arriba hacia abajo. Esta operación se debe realizar lentamente, sujetando la piel con una mano para no dar tirones y a la vez con la otra mano ir retirando el disco.
- Una vez despegado todo el disco sujetaremos bien el catéter para retirar la bolsa. Es muy probable que el catéter esté anudado con un punto de fijación a la piel para evitar su salida accidental, por ello, procuraremos no dar tirones al movilizar el catéter.
- Con agua y jabón limpiamos la piel alrededor de la inserción y el catéter. Secamos con papel absorbente de forma suave. En caso de estar el catéter sujeto con sutura, no hay que aplicar antiséptico en la zona a no ser que haya signos claros de infección como es el rubor, calor, dolor y eritema. Su utilización debe ser correcta y no rutinaria ya que no tienen una actividad selectiva y destruyen la flora bacteriana propia.⁴⁶
- El disco lo calentamos con las manos y realizaremos un corte en el orificio interno para que el extremo distal del catéter se pueda introducir sin dificultad.
- El siguiente paso es retirar el film transparente que protege el disco e introducir la punta del catéter por el orificio en el que se ha realizado un corte previo, pegamos el disco sobre la piel procurando dejar el catéter justo en el centro del orificio del disco.
- El catéter se coloca en la cámara superior de la bolsa colectora. Hacia un lado o también se puede enrollar en forma de espiral.
- Deslizamos los dedos alrededor del disco para asegurar que el dispositivo se pega correctamente.
- En caso de ser la bolsa de dos o tres piezas, acoplamos la bolsa con el disco y presionamos suavemente rodeando toda la circunferencia, cerramos el anillo de bloqueo y la bolsa estará acoplada al disco cuando escuche un clic.



Nefrostomía

No se debe de realizar lavados de forma habitual en las nefrostomías. Sólo está indicado en caso de sospecha de obstrucción.

Mantener el catéter en la cámara inferior de la bolsa y el realizar lavados continuos se ha demostrado que favorecen las infecciones de orina.

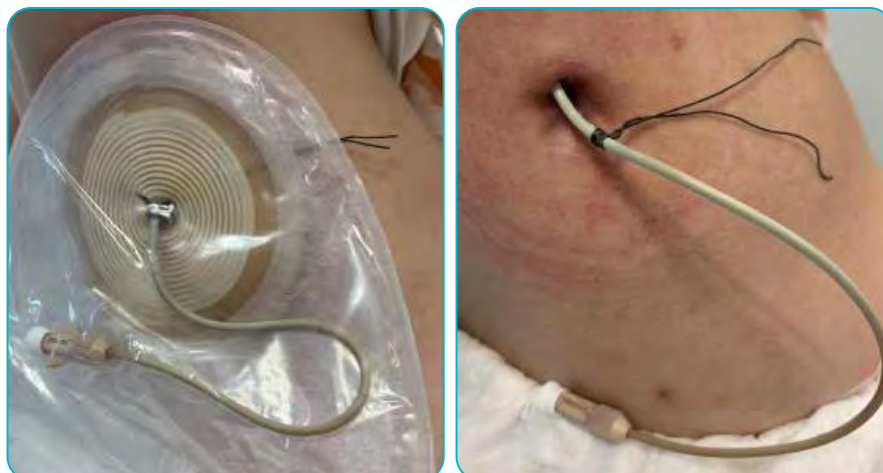


Figura 11. Fotografía Catéter de Nefrostomía fijado con seda.

En algunos casos podemos encontrar que la nefrostomía lleva un dispositivo de fijación. Se debe dejar en caso de que el portador decida usar un sistema de drenaje como es la bolsa de orina de pierna conectada al catéter.

Si decide usar una bolsa de urostomía se debe retirar el dispositivo de fijación. En este caso, se puede colocar una seda atada al catéter y dejar los cabos largos para que quede sujetos entre el disco y la piel.

Si se cambia solo la bolsa:

- Se retira la bolsa del disco.
- En el caso de una ureteroileostomía, al inicio puede aparecer moco, en este caso se limpia el estoma retirando el moco producido. Se utiliza una esponja suave y jabón neutro.
- Se adapta una nueva bolsa al disco, asegurándose su cierre y comprobando que está bien colocada con un leve tirón de ella.

Si el estoma está:

- Perfectamente redondo, se podrá recortar el disco directamente después de medir el estoma guiándose por los círculos que vienen dibujados sobre el disco.
- Si es de forma ovalada, usará el medidor para calcular de lado a lado y de arriba abajo. A continuación, se podrá recortar el disco con ambas medidas.
- Si es irregular, fabricar una plantilla con la hojita transparente que se incluye en el kit. Esta plantilla le ayudará a dibujar la forma de su estoma sobre el disco y así recortarlo con más facilidad.

9.2.4 Recomendaciones finales en los cuidados de la piel periestomal

La salud de la piel de alrededor del estoma es sumamente importante ya que nos va a garantizar el buen sellado de los discos y por lo tanto la seguridad frente a posibles fugas.

Si seguimos las normas higiénicas y de colocación explicadas, la piel no tiene por qué irritarse. El mejor enfoque es mantener la bolsa simple. Los productos adicionales solo se agregarán cuando sea necesario.

La regla de oro para mantener la piel saludable es no traumatizarla ni física ni químicamente. Físicamente significa no raspar, no frotar, despegar los discos con suma delicadeza, cortar el vello con tijeras. Químicamente significa no usar detergentes, ni alcohol, ni permitir que la orina permanezca durante mucho tiempo en contacto con ella.⁴⁰

El cuidado óptimo del estoma y de la piel ayuda a prevenir fugas, dolor en la piel e irritación, y todo esto aumenta la comodidad, la confianza y el bienestar del paciente.⁴⁴

9.3 RECOGIDA DE MUESTRA DE ORINA EN UROSTOMÍAS

- Comprobar la identidad del paciente.
- Respetar la intimidad del enfermo y guardar confidencialidad de sus datos.
- Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible
- Es preferible que la orina sea la primera orina de la mañana, por ser una orina más concentrada.

9.3.1 En ureteroileostomía

- Lavar con agua y jabón y secar con papel celulosa.
- Insertamos suavemente la punta del catéter, no más 5,0 a 7,5 cm, dentro del estoma y nunca forzar, si se detecta resistencia, girar el catéter hasta que se deslice hacia adentro.
- Sostenemos el catéter en su posición hasta que la orina comience a gotear, las primeras gotas

deben de ser desechadas, en el extremo abierto del catéter colocamos el recipiente estéril para recoger la cantidad requerida de orina.

- Secamos el estoma y zona periestomal y colocamos la bolsa de urostomía.

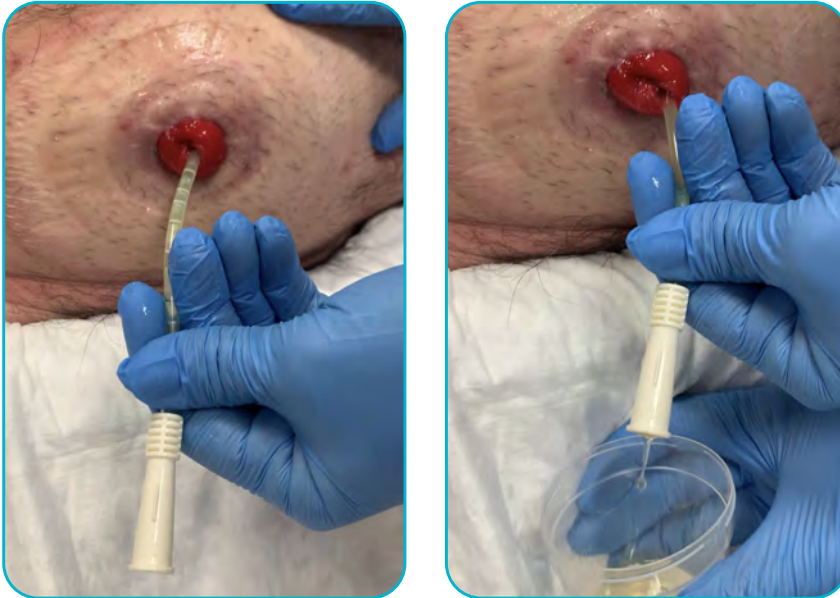


Figura 12. Fotografía extracción de orina mediante sonda en una Urostomía.



*Síntomas de infección del tracto urinario.
Recogida de muestra de orina*

9.3.2 En nefrostomía

- Lavar el extremo distal del catéter con agua y jabón y secar con gasa estéril.
- Aplicar clorhexidina y esperar 30 segundos.
- Sostenemos el catéter en su posición hasta que la orina comience a gotear, las primeras gotas deben de ser desechadas, en el extremo abierto del catéter colocamos el recipiente estéril para recoger la orina.

9.4 ELECCIÓN DE DISPOSITIVO

El dispositivo de ostomía es un colector confeccionado de material sintético y que va adherido a la piel periestomal, tanto en la ureteroileostomía, en la ureterostomía cutánea y en la nefrostomía y que sirve para recoger la orina que sale por cualquiera de estas derivaciones.

Los dispositivos de ostomía están disponibles en una gran variedad de estilos y tamaños, que se van a utilizar dependiendo del tipo de derivación y de acuerdo con las características de la persona y sus necesidades.

Algunas de las características de los dispositivos actuales:

- El disco protege la piel.
- Seguros y fáciles de manejar.
- Cómodos, discretos y flexibles.
- Impermeables al olor.
- Recortables y precortados.
- Válvula antirreflujo (evita el retorno de la orina) y grifo de vaciado.

9.4.1 Tipos de dispositivos que podemos encontrar:^{40,42,48,49,50}

Dispositivos de 1 pieza: el disco y la bolsa son una única pieza y se coloca directamente sobre la piel y se retira en conjunto en cada cambio. El tiempo de permanencia en la piel es de 24h. Estos dispositivos se recomiendan cuando la piel que rodea al estoma o catéter se encuentra en buen estado y es capaz de aguantar sin irritarse el cambio frecuente de disco y se quiera utilizar un dispositivo discreto y flexible.

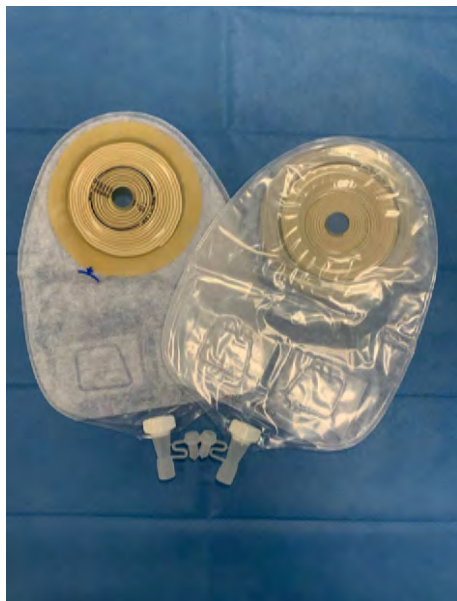


Figura 13. Bolsa de Urostomía 1 pieza.

Dispositivos de 3 piezas: formados por tres elementos: el disco y la bolsa y un enganche por cliper de seguridad. El disco de estos sistemas se puede dejar en la piel 3 o 4 días, mientras que las bolsas se deben cambiar a diario. Permite la visualización del estoma al colocar el disco sobre la piel y además será más fácil de manejar, especialmente si hay catéteres. Este dispositivo se deberá utilizar siempre que el factor primordial sea la protección cutánea y el cambio de disco deba realizarse con escasa frecuencia. Abultan un poco más que los dispositivos únicos, pero a cambio, tienen la ventaja de que el sellado de la piel está garantizado durante varios días.



Figura 14. Bolsa de Urostomía 3 piezas.

9.4.2 Tipos de discos

En dispositivos de 1 pieza o 3 piezas, podemos elegir disco plano o convexo dependiendo de las características del estoma y del abdomen.

Disco plano: Se utiliza si el área alrededor del estoma es plano en todas las posiciones como (acostado, de pie y sentado) y el estoma está en relieve.

Disco convexo: Es recomendable en situaciones donde hay pliegues en el abdomen alrededor del estoma, éste está plano o umbilicado. Garantiza un mejor sellado y evita la filtración de la orina y consecuentemente el despegado del dispositivo y la irritación de la piel. Ejercen mayor presión alrededor del estoma y sólo se deben utilizar en casos especiales, por lo que su empleo siempre debe venir respaldado por el consejo de una enfermera.

Disco precortado: se utiliza si el estoma es redondo y se debe elegir el tamaño más adecuado a este.

Disco recortable: su uso es común si el estoma es irregular, para poder recortar el disco y darle la forma que tiene el estoma.

Todas las bolsas de urostomía tienen una válvula de vaciado con tapón que consiste en un pequeño grifo y que permite vaciarlas tantas veces como sea necesario y una válvula anti-reflujo que permite el paso de la orina hacia abajo, pero impide que la orina retorne, evitando así posibles infecciones.

Existen otros tipos de dispositivos que debemos dar a conocer a los pacientes como son las bolsas de drenaje nocturno, bolsa de pierna y dispositivo Mini-Cap®.

Las bolsas de drenaje nocturno constan de una bolsa con capacidad para 2 litros y que se conecta a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía. Permite el descanso nocturno sin necesidad de vaciar la bolsa con tanta frecuencia. Se deberá colgar de un gancho en el lateral de la cama procurando siempre que quede por debajo del dispositivo de urostomía. Cada fabricante tendrá un tipo de grifo diferente. La caja dispositivos tendrá un adaptador que permitirá conectarla a la bolsa de drenaje nocturno. Cuando se conecte, es necesario dejar una pequeña cantidad de orina en la bolsa antes de conectar el tubo, pues esto evita provocar un vacío en el sistema.

La bolsa de pierna es una bolsa adaptable a la pierna que sirven para ampliar la capacidad de recogida durante el día con una capacidad entre 500-750 ml. Existen diferentes longitudes de tubo, que se conectan a la válvula de vaciado de la bolsa de urostomía. El uso de estas bolsas le dará una mayor independencia en la realización de actividades, viajes o trabajo a la persona urostomizada.

El dispositivo Mini-Cap® es una absorbente redondo y pequeño que se adapta al mismo disco de las bolsas normales. Absorbe la orina y la transforma en un gel. El periodo de uso recomendado es de 1h a 1h 30min, dependiendo de la ingesta líquida. Para uso en baños en playa, piscina, deportes y durante las relaciones sexuales.

En el caso de las nefrostomías, los dispositivos deben sostener el tubo para evitar tirones accidentales y asegurarlo a la piel del paciente. Al seleccionarlo, es importante tener en cuenta la comodidad del paciente, ya que el sitio de salida está directamente en la espalda del paciente y puede causar molestias al acostarse o sentarse en una silla.⁵⁰

9.4.3 Factores que pueden afectar al sello del sistema colector:⁴⁹

El sistema de ostomía deberá adherirse a la piel. Es importante cambiar el dispositivo antes de que surjan fugas. La cantidad de tiempo que un dispositivo permanece sellado a la piel depende de muchos factores, entre los que destacan:

- La sudoración reducirá el número de días que podrá portar una bolsa.
- La piel grasa y húmeda reduce el tiempo de uso de los cambios.
- El peso que aumente o pierda después de la cirugía puede cambiar la forma de su abdomen, lo cual puede hacer que necesite un sistema totalmente distinto.
- Algunas actividades físicas pueden reducir el tiempo de uso. Por ejemplo, deportes acuáticos y aquellos con actividad física intensa como judo, fútbol o boxeo.

La Guía de Buenas Prácticas Clínicas Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO), apoya la elección del producto más simple de ostomía que se adecúe a las necesidades del paciente. Las enfermeras expertas en ostomía son las que mejor pueden evaluar y recomendar la elección de productos adecuados a las necesidades de cuidado del paciente. Es muy importante que el paciente esté implicado en esta elección.³⁰

Para algunas personas, el dispositivo elegido después de la intervención será el que usarán por el resto de sus vidas, mientras que otras necesitarán posteriormente cambiar a un tipo de sistema de ostomía diferente si cambia alguna circunstancia en sus actividades, su anatomía o si existe alguna complicación. No se debe continuar usando la misma bolsa si ya no es satisfactoria.

9.5 ACCESORIOS⁵¹

Existe una gran variedad de productos y accesorios para el cuidado del estoma.

9.5.1 Productos que protegen la piel:

- **El spray y toallitas barrera:** crean una película barrera que protege la piel de los efectos agresivos y dañinos de los efluentes. Se seca rápidamente proporcionando una película duradera de silicona. Se utiliza para pieles levemente irritadas. Se aplica alrededor de toda la piel periestomal y se espera a que haya secado antes de aplicar el nuevo dispositivo.
- **Los polvos hidrocoloide para ostomía:** se utilizan para absorber la humedad de la piel que rodea el estoma cuando está ligeramente irritada o húmeda. Al absorber la humedad de la piel que rodea el estoma, facilitan la adhesión del disco de urostomía. No contienen ningún medicamento. Se espolvorean sobre la piel periestomal afectada y hay que asegurarse de eliminar el exceso de polvo. Es recomendable dejar de utilizarlos una vez que la piel se haya curado.
- **La crema de barrera cutánea:** ayuda a tratar la piel irritada, seca y dañada. Tiene un efecto hidratante, y permite que el disco se adhiera a su piel. Se aplica alrededor de toda la piel periestomal y se debe retirar el exceso de crema.

9.5.2 Productos que facilitan la retirada del disco:

- **El spray y toallitas para retirar discos:** ayuda a retirar con facilidad el disco de urostomía y cualquier resto de disco de la piel. Al mismo tiempo reduce el riesgo de causar daños en la piel. Están formulados a base de silicona y no contienen alcohol, por lo que no produce escozor. Se evapora rápidamente y, una vez seco, no deja ningún residuo. Se aplica alrededor de toda la piel periestomal y se espera a que haya secado antes de aplicar el nuevo dispositivo.
- **Las toallitas limpiadoras:** se utilizan para limpiar la piel. Mantiene la hidratación y mejora la irritación. Diseñadas para utilizarse con dispositivos de ostomías. En su defecto, se puede usar jabón neutro y agua en cada cambio de dispositivo.

9.5.3 Productos que mejoran el sellado del dispositivo:

- **Los anillos moldeables:** permite conseguir un sellado seguro evitando fugas y protegiendo la piel periestomal. Son flexibles, lo que significa que se pueden cortar, estirar o apilar unos con otros para mejorar el ajuste de la bolsa. Pueden aplicarse en el lado del disco del disco o directamente sobre la piel periestomal limpia y seca. Están disponibles en diferentes tamaños y grosores.
- **La pasta:** actúa como un material sellante que nivela las superficies cutáneas irregulares. No es un disco, por lo que aplicar demasiada puede alterar un sellado adecuado. Hay que tener en cuenta que contiene alcohol.
- **La resina moldeable:** sirve para rellenar zonas irregulares de la piel o mejorar el ajuste del disco. Se adapta y sella la zona periestomal evitando fugas del efluente. Es fácil de manejar, moldear y aplicar. No contiene alcohol.

9.5.4 Productos que proporcionan una seguridad adicional:

- **Semicírculos:** se superponen al borde del disco para aumentar la superficie adhesiva, ayudan a fijarlo y proporcionan una seguridad añadida. Son resistentes al agua y transpirables. Gracias a sus componentes hidrocoloides, se adaptan a todos los movimientos del cuerpo y son cuidadosos con la piel.
- **El cinturón:** supone una mayor sujeción del dispositivo, adaptándose a las presillas de los discos. Es muy útil en personas obesas y estomas hundidos. No debe presionar en exceso, debe haber un dedo entre el cinturón y la piel del paciente. Es elástico, ajustable y lavable.

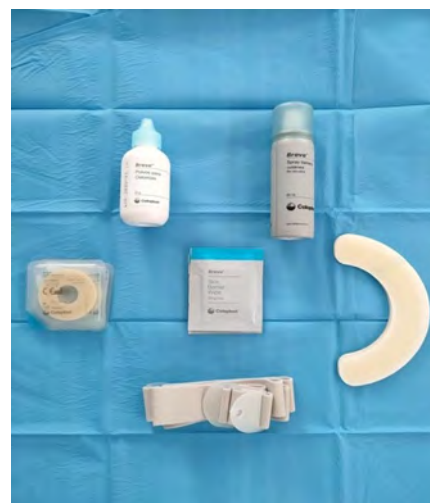


Figura 15. Accesorios para las Urostomías.

9.6 CUIDADOS EN EL POSOPERATORIO INTERMEDIO O MEDIATO DEL PACIENTE UROSTOMIZADO^{27,30}

Este periodo comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta su pre-alta. En esta etapa la enfermera debe continuar con los cuidados del paciente hospitalizado como:

- Cuidados y valoración del estoma y piel periestomal.
- Educación sanitaria sobre el autocuidado de la derivación urinaria.
- Valorar el comportamiento del paciente hacia la derivación urinaria.
- Identificar el grado de dependencia y conocer el apoyo del cuidador.
- Detectar precozmente signos y síntomas de posibles complicaciones.
- Asesorar al paciente /familiar sobre grupos de apoyo, asociaciones de pacientes, favoreciendo o ayudando así a la aceptación de su nueva situación de salud.
- Responder a preguntas y preocupaciones.

9.7 CUIDADOS EN EL POSOPERATORIO TARDÍO DEL PACIENTE UROSTOMIZADO

Esta etapa consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como las recomendaciones especiales.

9.7.1 Educación sanitaria. Adiestramiento paciente/cuidador

El objetivo de la educación durante el ingreso es asegurar que la persona o el familiar y/o cuidador conozca y sepa realizar una serie de destrezas mínimas que aseguren la adecuada transición del paciente a su domicilio o centro sociosanitario.³¹

Cada persona tendrá unas necesidades. Debemos encontrar la manera de enseñarles cómo realizar el procedimiento ellos mismos, para que sean capaces de llevar a cabo el autocuidado.⁴⁴

Se debe utilizar cada cambio de bolsa de urostomía como una oportunidad para educar, con tantas sesiones como sean necesarias. A medida que la persona recupere autonomía debe ir participando más activamente en el cuidado de su derivación urinaria. Si no puede o no está dispuesto a participar, y tiene un cuidador informal, entonces este debe ser animado a aprender el procedimiento.

Es importante crear un ambiente óptimo de confort en el que el paciente y familia puedan expresarse y asegurarnos que comprenden toda la información que estamos dando.

9.7.2 Información básica

La información básica que se debe incluir antes del alta se refiere a los siguientes aspectos:

- Vaciar la bolsa de urostomía de orina.
- Recopilar y preparar los materiales para el cambio.
- Retirar el dispositivo.
- Realizar la higiene del estoma y la piel periestomal y observar el aspecto del mismo.
- Secar la zona.
- Medir el estoma (en caso de ureteroileostomía) para ajustar el disco lo máximo posible.
- Cortar el disco según la medida si precisa.
- Utilizar los accesorios necesarios si precisa.
- Reconocer signos de fuga.
- Colocar el nuevo dispositivo.
- Conexión y desconexión del sistema de drenaje nocturno y diurno si precisa.
- Detectar complicaciones y dirigirse a una enfermera estomaterapeuta de referencia en caso necesario.
- Conocer cómo obtener los dispositivos. Se irá con una receta de todo el material que vaya a necesitar. Y lo recogerá en su farmacia habitual.
- Conocer recursos de apoyo:
 - Asociación de personas con ostomía en España (ASOE)
 - Asociación de ostomía que corresponde según su Comunidad Autónoma.
 - S.E.D.E Sociedad Española de Enfermería Experta en Estomaterapia.
 - Otros pacientes que han vivido esta misma experiencia, si existe la posibilidad en su Hospital.

9.7.3 Consejos sobre los cuidados^{39,43,49}

- **Vaciar la bolsa de urostomía:** La bolsa tiene una válvula de drenaje en el fondo para vaciarla cuando sea necesario. Debido a que las bacterias crecen rápidamente en la orina, resulta importante vaciar a menudo la bolsa. Demasiada orina también podría dañar la adherencia de la bolsa. Se recomienda vaciar la bolsa cuando alcance alrededor de 1/3 a 1/2 de su capacidad. Durante el día, la mayoría de las personas necesitan vaciar la bolsa con la misma frecuencia con la que acudían al baño. Para ello, se debe girar hacia arriba antes de abrir el tapón y luego ir poniéndola hacia abajo poco a poco, para que salga la orina.
- **Cambio de la bolsa:** Puede ser más fácil cambiar la bolsa en la mañana, antes de comer o beber algo, pues la excreción de la orina es generalmente inferior al resto del día. Si éste no es el mejor momento, se recomienda ofrecer a la persona urostomizada la información de que trate de esperar al menos de una a dos horas después de haber consumido líquidos.
- **Posición para cambiar la bolsa:** Cada persona tendrá que descubrir la mejor posición para

colocarse la bolsa, ya sea sentado, de pie o acostado. La posición que use debe ser la que permita ver su estoma y la más fácil para cambiar la bolsa. Puede resultarle más cómodo realizar el cambio delante del espejo en el cuarto de baño.

- **Higiene del estoma:** Se debe limpiar suave alrededor del estoma, pues no tiene terminaciones nerviosas por lo que generalmente no puede sentir si se frota demasiado fuerte. En ocasiones puede aparecer una pequeña cantidad de sangre al limpiar el estoma, ya que éste está muy irrigado. En este caso se aplicará una gasa mojada con agua fría sobre el punto sangrante hasta que deje de hacerlo. Recordar también que la aparición de mucosidad con la orina es normal ya que es segregada por una porción del intestino delgado.

No es recomendable el uso de toallitas prehumedecidas o toallitas para bebé, pues contienen productos que pueden interferir con la adherencia del dispositivo y, además, pueden irritar la piel.

Si existiera vello alrededor del estoma, cortarlo con tijeras, nunca con maquinilla.

No secar la piel de alrededor del estoma con secador (para no lesionar ni la piel ni el estoma). La medición del estoma con la plantilla medidora debe hacerse una vez por semana en las primeras 4-6 semanas después del alta y posteriormente comprobarlo al menos anualmente para garantizar un ajuste óptimo de la bolsa de estoma.⁴⁴

- **Higiene personal:** Podrán ducharse o bañarse, tanto con la bolsa de urostomía como sin ella. Se recomienda vaciar la bolsa antes. La presión del agua dirigida al estoma no debe ser fuerte. Se deberá utilizar un jabón de pH neutro y que no deje residuos que puedan dificultar la adhesión de la bolsa.

Cuando salga de casa, debe llevar siempre consigo un dispositivo y material necesario para realizar la higiene por si tuviera que cambiarse fuera del domicilio. Si en este caso, no dispone de agua y jabón, puede utilizar unas toallitas limpiadoras específicas para ostomías y secar con un pañuelo de papel.

- **Bolsa nocturna:** Si usa bolsa de diuresis nocturna, se debe utilizar una nueva cada noche. Algunas bolsas de urostomía necesitan de un adaptador para encajar el grifo con esta bolsa.
- **Olor.** En caso de que se detecte olor, se deberá revisar la bolsa y el disco en busca de una fuga.
- **Ropa:** Se podrá seguir utilizando la misma ropa. Actualmente los dispositivos son discretos y no se notarán en exceso. No se recomienda el uso de ropa que ejerzan presión sobre el estoma.
- **Alimentación:** Se recomienda beber mucha agua y zumos de fruta ricos en vitamina C para evitar infecciones y mal olor en la orina.
Se debe conocer que hay ciertos alimentos que dan un olor característico a la orina, como por ejemplo, los espárragos, ajos, cebollas y algunos pescados.

9.7.4 Cuidados para evitar que la piel se irrite

- Cada vez que se retire su sistema de bolsa, se debe revisar su piel en busca de signos de irritación.
- Revisar el disco de su sistema de bolsa para detectar signos de fuga de humedad.
- Si presenta cualquier lugar donde la orina puede haberse filtrado debajo del sistema, aplicar en estas áreas un refuerzo adicional.

- La sensación de picazón o ardor en la piel periestomal, una erupción cutánea o una infección de la piel puede indicar que tiene fugas. Debe quitar el sistema de bolsa y revisar la piel.
- Siempre cambiar el sistema de bolsa a los primeros signos de fuga. No intentar parchear el sistema de bolsa.

9.7.5 Requisitos al alta

La persona urostomizada debe irse al domicilio con un informe de enfermería al alta que incluya los siguientes aspectos:

- Tipo de derivación urinaria y dispositivo recomendado.
- Teléfonos de contacto, de la consulta de enfermería y del servicio de hospitalización de urología, para posibles dudas o consultas.
- Fecha de la cita para la consulta de enfermería y del urólogo.
- Prescripción de dispositivos.
- Motivos para acudir a su centro de salud o al servicio de urgencias del Hospital:
 - Si deja de salir orina por la derivación o la cantidad disminuye de manera importante
 - Si nota dolor en la zona del riñón o del estoma.
 - Si la orina se vuelve turbia, blanquecina o roja.
 - Si se sale el catéter o si se sueltan los puntos que lo fijan a la piel.
 - Si presenta fiebre > 38º

Se debe entregar todo el material necesario para los primeros días, hasta su adquisición en la farmacia, que consta de un kit de urostomía, bolsa de orina de pierna y de cama.

9.7.6 Seguimiento al alta

Estas personas se irán de alta con dudas y temores a los que se debe enfrentar una vez que salen del hospital. En su domicilio deben sentirse acompañados, especialmente los primeros meses después de la cirugía. Por ello, un seguimiento por parte de la enfermera le permitirá una continuidad en sus cuidados ayudándole a su completa autonomía. Se dará cita con su enfermera según evolución del paciente.

Debe también tener la posibilidad de ponerse en contacto con la enfermera ante cualquier duda que surja de manera telefónica.

En estas consultas de seguimiento tras el alta, la enfermera realizará intervenciones relacionadas con:⁴⁴

- Valoración del estoma y piel periestomal. Conocer los cambios que ha sufrido el estoma.
- Retirar los puntos de sutura de la unión muco-cutánea: según nuestra experiencia, sería recomendable hacerlo a partir del 21º día de la intervención si no se han caído previamente. Inicialmente retirar alternos y dos días después, el resto.
- En el caso de la ureteroileostomía se recomienda retirar los catéteres entre los primeros 5-15 días. Estudios recientes nos demuestran que tras la retirada de catéteres entre los días citados no hubo una mayor incidencia en estenosis ni infecciones. Al contrario que los catéteres que permanecieron durante 30 días en los que la incidencia de complicaciones fue mayor.⁵²
- Valorar la independencia y destreza que ha alcanzado el paciente o cuidador en el vaciado y cambio de dispositivo
- Seguir con el adiestramiento del paciente para conseguir su autonomía, o del cuidador en caso de que éste lo precise.
- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar la situación.
- Reforzar los progresos de la persona.
- Valorar el nivel de protección de los dispositivos que usa, informando sobre otros que pueda usar.

- Detectar, prevenir y controlar las posibles complicaciones. Enseñar al paciente/cuidador a detectarlas.
- Identificar el miedo a verse rechazado, al cambio y a perder su control e independencia.
- Abordar el impacto de la ostomía en su vida diaria y derivar a otro especialista como puede ser sexólogo o urólogo si precisa.

9.7.7 Autonomía del paciente

Estamos ante un tipo de personas donde la educación sanitaria es primordial. Requieren de un proceso continuo de aprendizaje en el manejo de su derivación urinaria para poder alcanzar su autonomía.

La educación, supone intervenir en el empoderamiento de éstos, ya que es una cuestión de especial importancia en los pacientes crónicos y su entorno.

10. COMPLICACIONES

Las complicaciones en las ostomías presentan una prevalencia muy alta. Los factores que pueden favorecer la aparición de dichas complicaciones varían desde la edad de la persona, una cirugía de urgencia, la masa corporal, las patologías de base, marcaje del estoma, técnica quirúrgica, tratamientos inmunodepresores y capacidad de la persona para el manejo.

Para evitar la aparición de complicaciones, es preciso mantener un seguimiento de la evolución y una buena educación para que tanto el paciente como el cuidador principal sean capaz de identificar cualquier problema de forma temprana.

Cuando a pesar de las medidas preventivas se produce una complicación, es fundamental conocer el tratamiento que se debe realizar para solucionar dicha complicación.

A continuación, vamos a detallar las posibles complicaciones que se pueden presentar en una urostomía.

10.1 COMPLICACIONES PRECOCES

Las complicaciones precoces son aquellas que se producen antes de los 30 primeros días tras la intervención.



Complicaciones más frecuentes

10.1.1 Absceso

Se caracteriza por la aparición de signos inflamatorios tales como dolor, calor, rubor y supuración en la zona periestomal.⁵³

Está producido por falta de asepsia y/o por la reacción al material de sutura o por la manipulación complicada durante la cirugía.⁵⁴

Será necesario solicitar un cultivo de orina y del exudado, y vigilar si la infección es superficial, en cuyo caso habrá que drenar la zona cutáneo-mucosa.

Si el absceso fuese profundo, habrá que realizar desbridamiento mecánico y colocación de drenaje si fuera preciso.⁵⁵

Cuidados de enfermería:

- Vigilar la evolución de la zona periestomal y administrar el tratamiento médico adecuado (antibiótico y/o drenaje).
- Observar, controlar y registrar las características de la zona.
- Realizar un cultivo para identificar el microorganismo.
- Lavar con agua y jabón neutro la zona. Secar con papel absorbente a toques.
- Si fuera preciso, realizar una técnica quirúrgica de drenaje y limpieza, preparando el material necesario.
- Aplicar crema de óxido de zinc o polvos hidrocoloides para la protección de la zona periestomal.
- Valorar otros efectos adversos que se produzcan, como invaginaciones, estenosis, etc.
- Si la herida presenta esfacelos, realizar una cura con desbridamiento autolítico, enzimático o mecánico para la retirada de esfacelos y/o tejido necrótico. Es aconsejable ir retirando con cureta o bisturí el tejido no viable para favorecer su eliminación y utilizar apósitos antibacterianos para el control de la infección.
- Para un buen control del exudado utilizar alginato o hidrofibra de hidrocoloide.
- La cura ha de realizarse cada 48-72 horas.
- Vigilar la evolución de la herida para ir adaptando el tipo de apósito al estado de la herida.
- Los productos o apósitos no deben comprometer la adherencia del disco, por lo que se fijará directamente sobre la cura, siendo necesario un sellado de la cura mediante pasta o resina moldeable. Se puede reformar la sujeción con un cinturón.
- Aplicar un dispositivo que proporcione una buena sujeción y evite fugas.

10.1.2 Dehiscencia

Es la separación de la piel de la mucosa del estoma producida por excesiva tensión del intestino y/o uréteres durante la intervención. La separación puede involucrar desde una o dos suturas hasta todas las suturas del estoma. Es importante conocer la profundidad de la dehiscencia.

Cuidados de enfermería:

- Si la dehiscencia afecta a toda la circunferencia del estoma será necesaria la reconstrucción.⁵⁴



Figura 16. Fotografía Dehiscencia en un Bricker.

- Limpiar el estoma y la zona periestomal con agua y jabón neutro.
- Secar a toques suaves con gasas estériles.
- Si la herida presenta esfacelos, realizar una cura con desbridamiento autolítico, enzimático o mecánico para la retirada de esfacelos y/o tejido necrótico. Es aconsejable ir retirando con cureta

o bisturí el tejido no viable para favorecer su eliminación.

- Para un buen control del exudado utilizar alginato o hidrofibra de hidrocoloide.
- Si la herida presenta un lecho limpio, utilizaremos apósitos epitelizantes para ayudar y acelerar el proceso biológico de cicatrización ya que favorecen la formación del tejido de granulación.
- La cura realizada ha de renovarse cada 48-72 horas, realizando una buena vigilancia de su evolución.
- Realizar el sellado de la herida con pasta o resina moldeable para asegurar la correcta fijación del disco.
- En casos más complejos puede ser necesario el uso de terapia de cicatrización asistida por vacío llamada " Vacuum Assisted Closure" (V.A.C.)
- Aplicar un dispositivo de ostomía que proporcione una buena sujeción y evite la fuga del efluente. Si es necesario se recurrirá del uso del cinturón.

10.1.3 Dermatitis periestomal

La dermatitis periestomal podemos decir que es una de las complicaciones más frecuentes en una urostomía. Es la erosión e inflamación de la epidermis con afectación de la continuidad de la piel.

Puede ocurrir de forma precoz o ser también una complicación tardía.

La gravedad de la dermatitis periestomal puede ir desde un eritema simple a heridas abiertas en la piel. Si afecta sólo a la capa córnea (células muertas) puede no ser perceptible al contrario que las erosiones (eritema brillante) que alcanzan capas más profundas de la epidermis e incluso dermis superficial y en este último caso puede haber sangrado.

Según la intensidad de la lesión se clasifican en: leve, moderada o severa. Según la causa se clasifican en:

- Irritativa
- Mecánica
- Alérgica
- Micótica

A. Irritativa: La irritación es uno del problema dermatológico más frecuente y está causada por el daño químico directo que provoca la orina en la piel periestomal.

Un contacto prolongado de la orina provoca en la piel:

- Irritación por exceso de hidratación.



Figura 17. Fotografía Irritación periestomal por fuga del efluente.

- Aumento del PH.
- Aumento de la fricción.
- Disminución de la tolerancia tisular a otras fuerzas.

El tratamiento consiste en mantener la piel periestomal seca y limpia.

Cuidados de enfermería:

- Lavar la zona con agua y jabón neutro.
- Secar bien con papel absorbente a toques.
- En caso de eritema podemos aplicar corticoides tópicos de potencia media- alta como puede ser la betametasona o metilprednisolona, mediante prescripción médica y zinc tópico.⁵⁷
- El zinc es un cofactor de distintas enzimas con efecto antiinflamatorio y promotor de la epitelización. El óxido de zinc en crema o pasta barrera es la presentación más frecuente. Sin embargo, para lesiones muy exudativas tenemos el óxido de zinc y sulfato de zinc en solución (concentración 1:1000) que se puede aplicar en fomento.
- El tratamiento durante el brote se recomienda que dure pocas semanas, con aplicación en cada cambio⁵⁶. Lo recomendable es que los cambios se realicen cada 48 horas. Con ello, evitamos que diariamente la acción mecánica de la retirada del disco nos perjudique y no alargar el cambio más allá de 2 días para que el tratamiento sea lo más efectivo posible.
- Si la piel periestomal presenta erosiones que afecta a la dermis, podemos añadir polvos hidrocoloides o algún apósito epitelizante.
- Adaptar el diámetro del dispositivo al estoma.
- Utilizar pasta o resina moldeable en caso de tener que rellenar algún pliegue si fuera necesario.⁵³

B. Mecánica: Es ocasionada al despegar o arrancar bruscamente los discos de los dispositivos. En ocasiones, la epidermis puede adherirse al disco que lleva los discos, por lo tanto, tras su retirada arrancamos la epidermis de la dermis ocasionando una herida.

Cuidados de Enfermería:

- En caso de erosión, curar con polvos o apósitos hidrocoloides.



Figura 18. Fotografía Irritación mecánica.

- Si presenta eritema, aplicar zinc.
- Utilizar crema o spray barreras.
- A la hora de la retirada, se despegará el disco del dispositivo suavemente, sujetando la piel con la otra mano. Se pueden utilizar productos que favorezcan la retirada de discos. Ayudan a que la retirada sea más fácil y no se agreda la piel.

- Para evitarla, se usarán dispositivos de 2-3 piezas.⁵⁴
- Se cortará el vello periestomal, si fuese preciso con tijeras o maquinilla eléctrica, no debemos afeitar la zona.⁵⁴

C. Alérgica: Existe una sensibilización previa del paciente a algún componente del dispositivo que provoca una reacción inmunológica⁵⁷. La lesión suele coincidir con el tamaño y forma del dispositivo.

Para tratarla se deberá cambiar de dispositivo, y un corticoide tópico de potencia media- alta. Realizar un seguimiento de la evolución de la piel regularmente hasta ser resuelto el problema.

D. Micótica: Producida por infecciones causadas por hongos que crecen en la piel en condiciones de humedad y maceración. Se presenta en forma de placas eritematosas y exudativas con pequeñas vesículas y lesiones satélite en el área periestomal que producen picor y escozor.⁵⁸



Figura 19. Fotografía Irritación por reacción alérgica al disco.

Debe realizarse un cultivo del exudado de la piel periestomal⁵⁴ para identificar el germen causal.

Cuidados de Enfermería:

- Realizar un buen cuidado de la piel periestomal y del estoma, lavando la zona con agua y jabón neutro. Secar bien con papel absorbente.



Figura 20. Fotografía Infección fúngica en una nefrostomía.

- Identificar la causa de la infección micótica.
- Tratar la lesión con fomentos con borato sódico 2% en cada cambio + antifúngico y corticoide tópico.⁵⁹

10.1.4 Edema

Es el aumento del componente hídrico intersticial de la mucosa del estoma⁶⁰.

Es frecuente en el posoperatorio inmediato producido por la manipulación del intestino durante la cirugía o por aumento de la presión intraabdominal. Tras la cirugía el estoma tiene un color rosa claro con una apariencia translúcida y llena de líquido.

Normalmente el edema posoperatorio desaparece entre la 6ª y 8ª semana.

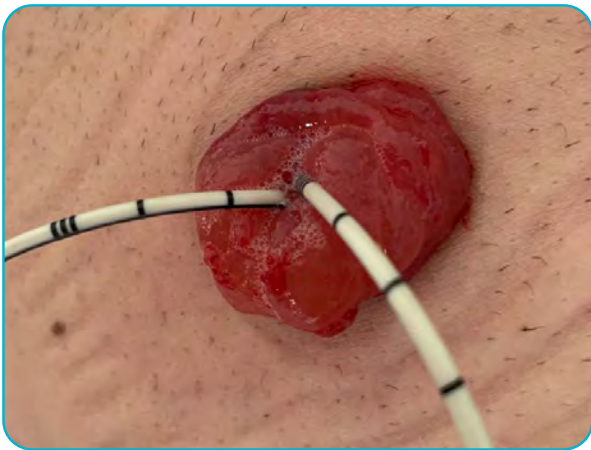


Figura 21. Fotografía Estoma edematizado en un Bricker.

Cuidados de enfermería:⁵⁵

- Vigilar los cambios con respecto al funcionamiento, color y tamaño del estoma.⁵⁵
- Evitar que el edema se mantenga durante un largo periodo de tiempo, ya que podría ocasionar otro tipo de lesiones, como úlceras de la mucosa debido al roce con el dispositivo, e incluso necrosis por compromiso vascular.
- El dispositivo no debe rozar el estoma para prevenir úlceras o presiones sobre la mucosa. Por ello debemos cortar el disco un poco más grande de lo habitual.
- Aplicar compresas de suero hipertónico frío sobre el estoma.
- Aplicar azúcar granulado sobre el estoma (terapia osmótica).
- Se aconseja utilizar un dispositivo de dos piezas plano y con bolsa transparente para visualizar el estoma y seguir su evolución.

10.1.5 Hemorragia

El intestino está muy vascularizado, por lo tanto, solo por realizar la higiene puede sangrar con facilidad en pequeñas cantidades. No debemos alarmarnos, se considera normal.

La hemorragia suele ocurrir en el posoperatorio inmediato. Si la hemorragia es externa se visualiza sin dificultad, pero si es interna, es más difícil de diagnosticar. Si se localiza en la pared abdominal la podemos identificar por la palpación de un bultoma en la zona junto con la confirmación mediante una ecografía.

La hemorragia puede estar ocasionada por:

- Un vaso subcutáneo en la sutura periestomal.
- Por la maniobra de eversión del estoma.
- Problemas trombóticos venosos.

- Lesión de vasos epigástricos.
- El roce del dispositivo por ser inadecuado el diámetro.

Siempre habrá que descartar la presencia de hematuria, en cuyo caso debe ser valorada por un urólogo especialista.

Se debe registrar el momento de la aparición, intensidad del sangrado y volumen.

Cuidados de enfermería:

El tratamiento se realizará en función del origen y de la intensidad de la hemorragia:

- Hemorragia en la mucosa: compresión, aplicación de frío local y en caso de no ceder el sangrado se puede cauterizar con nitrato de plata.⁵⁴
- Hemorragia arterial superficial: Se debe realizar sutura localizada en el punto de sangrado.
- Hemorragia por trastornos de coagulación: control analítico y tratamiento específico pautado por el especialista.
- Descartar que el dispositivo esté rozando el estoma.
- Manejar el estoma con cuidado reduciendo al mínimo las fricciones sobre él. Para ello podemos proteger el estoma con un anillo moldeable.
- Aplicar el dispositivo de ostomía correcto. Se recomienda un dispositivo de dos piezas.

Si existe hematoma interno: puede que requiera intervención quirúrgica para su drenado y evitar compromisos en el estoma.

10.1.6 Salida accidental del catéter

En caso de salida o pérdida del catéter, el paciente debe ser valorado por Urología para su reimplantación en quirófano lo antes posible, con el fin de evitar el riesgo de estenosis.⁵³

10.1.7 Necrosis

Es la complicación más grave. Se produce por un insuficiente aporte sanguíneo a la mucosa del estoma⁵³, por lo que el estoma presenta un color grisáceo negruzco⁶¹. Los cuidados de enfermería incluyen la vigilancia exhaustiva de la coloración de la mucosa por lo que se recomiendan dispositivos transparentes.

Si la necrosis es superficial, se reseca la zona necrótica, pero si se extiende a capas más profundas como la fascia⁶⁰, será necesaria la revisión quirúrgica de urgencia.



Figura 22. Fotografía Limpieza quirúrgica en un estoma esfacelado.

VER ANEXO 3. Tabla 6: Cuadro resumen de las complicaciones tempranas mas frecuentes en la urostomía.

10.2 COMPLICACIONES TARDÍAS

Toda complicación que se presenta posterior a los 30 días desde la intervención se considera una complicación tardía.

A continuación, vamos a ver las complicaciones más frecuentes:

10.2.1 Granulomas

Son lesiones en forma de pequeñas masas carnosas, duras y sangrantes de origen no neoplásico que aparecen en la unión del estoma con la piel.

Se pueden producir por el traumatismo continuado provocado por el roce del dispositivo, fricción continua del catéter de la nefrostomía o por puntos de sutura no absorbidos.⁵⁹



Figura 23. Fotografía Granuloma en un Bricker.

Cuidados de Enfermería:

- Mantener la zona limpia mediante limpieza con agua y jabón neutro.
- Secar bien la zona con papel absorbente.
- Tratar el granuloma con corticoide o utilizar nitrato de plata para su cauterización.
- Recortar el dispositivo al tamaño adecuado o retirar los puntos de sutura a tiempo, no dejar los puntos más de 21 días.

En el abordaje y manejo del granuloma no existe evidencia sólida que justifique la elección de un tratamiento sobre otro.

En líneas generales el manejo de la hipergranulación se basa en dos pilares:

- a) En la disminución de la respuesta inflamatoria.
- b) La eliminación de la posible etiología que causa la hipergranulación.

Hasta no hace mucho tiempo el tratamiento de elección ha sido la cauterización con nitrato de plata, sin embargo, esta opción terapéutica es muy discutida, ya que este procedimiento además de generar dolor y molestias a la persona ostomizada genera un trauma en el lecho lesional que ocasiona una lesión, iniciando un proceso de cicatrización.

Una vía más conservadora y menos traumática es el uso de corticoides tópicos para amortiguar esa respuesta inflamatoria.⁶²

Los corticoides, además de frenar la respuesta inflamatoria, presentan efectos antimitóticos para los fibroblastos y queratinocitos y ralentizan de manera importante la síntesis de los componentes de la matriz extracelular.

Tras el análisis de la diferente literatura, no existe evidencias sólidas que justifiquen el uso de un tratamiento u otro. Hasta el momento, ambos tratamientos se presentan como opciones terapéuticas. Los estudios existentes se basan en opiniones de expertos y estudios con una baja potencia muestral.

En base a consenso entre expertos nuestra recomendación a la hora de seleccionar la mejor opción terapéutica entre las disponibles, es el método menos traumático posible, es decir, el corticoide. Reservando las opciones más traumáticas para los casos de mayor gravedad y dimensión.

10.2.2 Estenosis⁵⁴

Consiste en un estrechamiento del orificio del estoma dificultando la correcta evacuación de la orina. Puede estar producida por una técnica quirúrgica dificultosa, por complicaciones en la cicatrización, por cizallamiento del asa del Bricker y/o por obesidad.



Figura 24. Fotografía Estoma estenosado.

Cuidados de Enfermería:

- Debe vigilarse el diámetro del estoma.
- Si la estenosis es parcial habrá que valorar la necesidad de enseñar a la persona a realizarse dilataciones periódicas digitales o con sondas. Para la dilatación digital se necesitará guante y lubricante. Comenzamos lubricando el dedo meñique y lo introducimos en el estoma realizando movimientos circulares, repetir la misma operación con el dedo índice, si es posible.
- En el caso de uso de la sonda, se introducirá la sonda previamente lubricada en el estoma.
- Si la estenosis es severa (menos de 10 mm), derivar a urología para la valoración de una nueva intervención.

En el caso de las ureterostomías cutáneas hay que tener mucha precaución ante la salida de un catéter ya que el cierre del orificio se produce con facilidad.

- El dispositivo de elección será convexo y con cinturón.
- En caso de signos de infección/síntomas de obstrucción (oliguria, anuria, fiebre o dolor lumbar) derivar de forma urgente al urólogo.

10.2.3 Invaginación/retracción

Producida por excesiva tensión del estoma, por fallo de la sutura muco-cutánea y/o por obesidad y aumento de peso⁵⁷. En ocasiones puede ir acompañado de una estenosis.⁵⁸



Figura 25. Fotografía Estoma retraído.

Cuidados de Enfermería:⁵⁴

- Deben usarse dispositivos convexos con cinturón.
- Material de sellado, barrera si fuera necesario para evitar fugas.
- Proteger la piel periestomal ya que las retracciones favorecen las fugas que ocasionan irritaciones importantes en la zona periestomal.
- Se darán recomendaciones dietéticas para prevenir estreñimiento y obesidad.
- Si la retracción es importante habrá que reconstruir el estoma.

10.2.4 Hernia

Consiste en un fallo de la pared abdominal provocando la protrusión tanto del estoma como de la piel de alrededor⁵⁹. Desaparece en posición de decúbito supino y reaparece cuando la persona se encuentra de pie o sentada. Puede producirse por un aumento de la presión abdominal (tos, estreñimiento...), o bien por obesidad. Es fundamental la educación para la salud del paciente en lo que respecta a evitar realizar esfuerzos abdominales.



Figura 26. Fotografía Hernia paraestomal.

Cuidados de Enfermería:

- Reeduación postural. Enseñar a la persona urostomizada a levantarse y acostarse de la cama o sofá sin realizar esfuerzo abdominal.
- Recordar a la persona la importancia de evitar la ganancia excesiva de peso.
- Evitar el estreñimiento.

- En caso de ser necesaria una faja, se recomendará una faja sin agujero.⁶⁰
- Se utilizarán dispositivos de una pieza por ser más flexibles.
- Si la hernia es muy grande y/o aparecen signos de oclusión (cambio de coloración del estoma, oliguria, anuria...), se derivará al urólogo de forma urgente para tratamiento quirúrgico.
- Vigilar la evolución del tamaño de la hernia.

10.2.5 Prolapso

Es la protrusión de la mucosa intestinal por encima del plano cutáneo. En las urostomías es una complicación poco frecuente. Puede producirse por un aumento de la presión abdominal (tos, esfuerzos...), o por fijación inadecuada del intestino a la pared abdominal. Debe realizarse una reducción manual del prolapso mediante un suave masaje abdominal en decúbito supino.

Se utilizarán dispositivos flexibles y planos, asegurándonos de que la bolsa de recogida no roce constantemente el estoma protruido, con el fin de evitar posibles laceraciones o sangrado⁵⁹. Para ello, pueden usarse gasas untadas en vaselina que cubran y envuelvan el estoma. Si el prolapso es grande el tratamiento será quirúrgico.⁵⁴



Figura 27. Fotografía Prolapso de un estoma en una colostomía.

10.2.6 Hiperplasia epitelial

Es una complicación que pueden presentar las urostomías y consiste en la incrustación de cristales de fosfato de calcio, fosfato de magnesio o ácido úrico, que afectan al estoma y/o piel periestomal. Tienen aspecto de escarcha sobre el estoma.⁵³

La formación de dichos cristales está relacionada con las ITU o con un PH alcalino.

El tratamiento consiste en limpiar la zona con una solución de ácido acético (vinagre) al 4% de forma preventiva cada 15 días y aconsejar la ingesta hídrica de dos litros al día junto con una dieta rica en vitamina C.



Figura 28. Fotografía Formación de cristales en la piel periestomal de una Urostomía.

10.2.7 Fístula

Se produce al existir una comunicación anormal entre la luz del asa y la piel periestomal. Se manifiesta con la salida de orina a través de otro orificio que no es el lumen del estoma.⁶⁰



Figura 29. Fotografía Fístula en un Bricker.

Cuidados de Enfermería:

- Se adaptará el dispositivo ampliando su orificio para que incluya si es posible el trayecto fistuloso .
- Debe evitarse la fricción del dispositivo con el estoma utilizando cremas barrera o pasta de hidrocoloide .
- Se debe realizar un seguimiento y valoración de la cantidad y características del exudado de la fístula.
- Evitar introducir objetos rígidos a través de la misma.
- Para su corrección, normalmente es necesaria la cirugía.

11. EL PACIENTE AL ALTA

11.1 SEXUALIDAD

En 1974 la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de enfermedad o dolencia”, formulando así una mirada amplia, integradora y positiva respecto a la salud.

En 1975, dio un paso más al considerar que la salud sexual de las personas incorpora también la salud sexual, definida como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”.⁶³

Una persona con una ostomía tiene todo el derecho de poseer una vida sexual plena y placentera como cualquier otro individuo. En la mayoría de las ocasiones cuando un paciente es dado de alta hospitalaria, todas las acciones se centran, por parte del profesional en la recuperación quirúrgica, el autocuidado, y, en la patología que le condujo a realizarse el estoma, sin embargo, en la mayor parte de los casos, los factores que más preocupan a los pacientes son: adaptarse al cambio corporal, la alteración en su vida sexual y el cambio que la propia ostomía produce en su vida social.

Esto se debe a que las personas ostomizadas generalmente se abordan desde una perspectiva quirúrgica. Los trastornos sexuales están determinados por dos aspectos: el psicológico y el físico. A nivel psicológico, la creación de un estoma implica un deterioro de la imagen corporal. Además, se suma la falta de control sobre el cuerpo, el manejo de la bolsa, la preocupación por las pérdidas o la aceptación por parte de la pareja y familia. De esta forma, puede ser complicado

reiniciar la actividad sexual, ya que la autoestima y la confianza en uno mismo van mermando. La principal causa física que afecta el desempeño sexual es la cirugía, el tratamiento de radioterapia o resecciones nerviosas. Estos pacientes tienen más riesgo de sufrir disfunción sexual y pérdida de sensibilidad. El apoyo de personas del entorno del paciente (pareja, familia, amigos) durante la enfermedad, van a influir mucho en su recuperación, tanto en el aspecto físico como psicológico para reiniciar su vida sexual y mejorar su calidad de vida. La enfermera, puede experimentar dificultades para tratar los temas sexuales, pero es necesario que sea capaz de evaluar la salud sexual de sus pacientes, apoyarlos y ayudarlos a afrontar la nueva situación. La mayoría de los pacientes ostomizados refieren tener relaciones no satisfactorias después de la intervención. El tener el apoyo y comprensión de una pareja y el del profesional sanitario ayudará a normalizar su vida sexual como hemos dicho anteriormente.

11.1.1 Problemas sexuales⁶⁴

A) En los hombres:

- Disfunción eréctil por resección o alteración por la cirugía de nervios y vasos sanguíneos de la pelvis. Esta puede ser de forma permanente o recuperarse en cierto grado. Otros factores que agravan la disfunción eréctil son, enfermedades crónicas, conflictos entre la pareja, quimioterapia, radioterapia, tabaco, alcohol, la edad y estrés.
- Disminución del deseo sexual tras la intervención. El hombre se encuentra cansado y débil debido a su nueva situación. También puede tener dolor, miedo, estrés o efectos secundarios del tratamiento médico. El deseo sexual suele recuperarse conforme va mejorando la situación de la persona y teniendo una buena comunicación con sus parejas sexuales.
- Ausencia de eyaculación por la sección de los conductos deferentes. así como por la prostatectomía y la exéresis de las vesículas seminales que se realiza durante la cirugía radical.
- Debido a esto mismo, si el paciente deseara tener descendencia, se recomienda la preservación de esperma antes de la intervención.
- Alteraciones en la sensibilidad del pene.

B) En las mujeres:

- Sequedad vaginal por resección nerviosa de la propia intervención quirúrgica o por posibles alteraciones de la anatomía. Este síntoma se puede solucionar con lubricantes o cremas hormonales.
- Estrechamiento vaginal. Tras la cicatrización se puede producir un estrechamiento de la vagina que ocasione dolor en las relaciones sexuales (dispareunia) con la penetración vaginal o su intento. Una solución a ello podría ser la utilización de dilatadores vaginales.
- Miedo al dolor en el coito. Algunas mujeres creen que las relaciones sexuales pueden dañar los tejidos u órganos internos después de la cirugía. Para resolver este problema basta con ofrecerle a la paciente información precisa y confiable de que este miedo es infundado y explicándoles que la masturbación y la exploración del propio cuerpo pueden ayudarles, así como el fomentar una relación de confianza con la pareja sexual.
- Anorgasmia, es la dificultad para lograr llegar al orgasmo que se ve motivada por varios factores psicológicos y físicos.
- Alteración de la sensibilidad en los genitales. Los nervios de la zona genital de la mujer pueden ser seccionados y disminuir la sensibilidad del clítoris.

COMPLICACIONES SEXUALES	
Mujer	Hombre
Relaciones sexuales dolorosas DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL	Disfunción eréctil DISMINUCIÓN DEL DESEO SEXUAL
Sequedad y estrechamiento vaginal	Aneyaculación por prostatectomía + resección de vesículas seminales + sección de deferentes
Miedo al coito	Miedo al coito
Anorgasmia	Anorgasmia
Alteración de la sensibilidad en genitales	Alteraciones de la sensibilidad del pene
Afectación psicológica que impide tener una correcta relación sexual debido a los cambios producidos	Afectación psicológica que impide tener una correcta relación sexual debido a los cambios producidos

Tabla 7. Cuadro resumen de las complicaciones sexuales en el hombre y en la mujer.

La OMS plantea que se requieren tres elementos básicos para la salud sexual:

- La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva en equilibrio con una ética personal y social.
- El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos o alteraciones que la entorpezcan.
- El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos ni sociales que interfieran con las relaciones sexuales. Es en este último punto en el que, como enfermeros, podemos intervenir para desterrar esos falsos mitos arraigados en la mentalidad de nuestras personas ostomizadas para que estos consigan una experiencia más placentera en sus relaciones.⁶⁵

11.1.2 Actividad sexual

Para poder disfrutar de una relación sexual plena, es fundamental que exista una buena comunicación con la pareja, basada en la confianza y en el cariño, dejando las prisas fuera del dormitorio. La sexualidad no solo se basa en la penetración si no también en los juegos y miradas cómplices, en la sensualidad de un masaje o en el placer de las caricias. Los juguetes eróticos, ropa sugerente o las velas pueden convertirse en un gran aliado para despertar la pasión en las relaciones.

Que el paciente comente sus inquietudes a su pareja sexual es una de las cosas más importantes que puede hacer para fortalecer su relación íntima y crear unas expectativas mutuas. Inquietudes que se pueden dar por la parte física, como por ejemplo: las limitaciones que produce la falta de erección en el hombre o la sequedad vaginal en la mujer, dolor si lo hubiere, las actividades sexuales que gustan y las que no. O inquietudes derivadas de la parte emocional como el enfado, resentimiento, culpa, el temor a no ser amado, a la desnudez, al derrame, al olor o al rechazo. Emociones que sin duda interferirán en el deseo de tener relaciones sexuales y en la calidad de éstas.

Para potenciar la confianza de la persona ostomizada durante el encuentro sexual, se aconseja vaciar previamente la bolsa; de esta forma se mantendrá limpia, sin olores y con una correcta fijación.

Se puede emplear una bolsa de ostomía más pequeña o cubierta con una funda, o incluso un dispositivo cubre-estomas. En el caso de las mujeres, se les puede recomendar que usen prendas íntimas diseñadas específicamente para cubrir de una forma discreta las bolsas de urostomía. En Internet hay disponible una gran variedad de productos diseñados para la ocasión. También se les puede aconsejar el uso de lubricantes íntimos para la sequedad vaginal y así conseguir que la penetración no sea dolorosa.

11.1.3 Posiciones durante el coito

A continuación, se puede ver una imagen con recomendaciones posturales en las que se evita presión sobre el abdomen y sobre la bolsa.

Cada pareja, con el tiempo irá conociendo y adaptándose hasta encontrar la postura que más les satisfaga a ambos. Se puede recurrir a cojines y almohadas para encontrar la posición más cómoda.



Tabla 8. Cuadro informativo de posturas sexuales.

11.1.4 Sexo sin coito

Si la penetración no es posible. En estos casos, hay que enfatizar que el sexo sin coito es otra alternativa ya que el orgasmo, el placer y las relaciones sexuales satisfactorias no tienen que tener relación directa con la erección, la eyaculación o la penetración.⁶⁴

Debemos considerar que la sexualidad es multidisciplinar haciendo necesario los cuidados específicos por parte de profesionales expertos como puede ser sexólogos, urólogos, fisioterapeutas especializados en suelo pélvico, etc.

Ante la disfunción eréctil la persona debe ser derivada al urólogo. Dicho especialista podrá ayudarle a mejorar o conseguir la erección a través de medicación o valorando la posibilidad de una prótesis de pene, dado el caso.

La sexualidad es un tema que debemos abarcar desde enfermería y ayudar a las personas ostomizadas. Estas, deben estar informadas de las alternativas sexuales y de los recursos multidisciplinares que disponen para resolver sus problemas sexuales.



Sexualidad

11.2 NUTRICIÓN

Aunque la alimentación cobra más importancia en el tratamiento de las ostomías digestivas, en el caso de las ostomías urinarias hay que tener en cuenta una serie de elementos como es el mantenimiento de un estado de hidratación óptimo para asegurar el correcto funcionamiento renal.⁶⁶

Siempre será de vital importancia, llevar unos hábitos saludables, dieta equilibrada.

Las personas con derivaciones urinarias tienen una mayor probabilidad de desarrollar infecciones del tracto urinario. Mantenerse hidratado ayudará a prevenir infecciones urinarias y otros problemas potenciales.

Los pacientes urostomizados deben seguir las siguientes pautas:

1. Reponer los líquidos perdidos: Se debe poner especial precaución en reponer los líquidos perdidos por el organismo para facilitar la función de los riñones. Ingerir al menos de 2 a 2,5L diarios.

Si el color de la orina es más oscuro de lo normal es un indicador de orina concentrada que requiere un aumento de la ingesta de líquidos.

2. Acidificar la orina: La orina ácida disminuye las infecciones inhibiendo el crecimiento de bacterias e impide la formación de cristales alrededor del estoma que pueden lesionar la piel periestomal.

Algunos alimentos que acidifican la orina son: la mayoría de las carnes, pescado, panes y cereales, queso, maíz, galletas saladas, arándanos, huevos, nueces, pasta, arroz y ciruelas.

3. Tomar alimentos ricos en Vitamina C: la Vitamina C ayuda al organismo a combatir la infección y es antioxidante.

Alimentos ricos en Vitamina C: perejil, pimientos, cítricos, kiwi, fresas, piña, verduras de hoja fresca, guisantes, tomates rojos, pepinos, grosellas y papaya.

4. Tomar alimentos ricos en carotenos: son potentes antioxidantes, protegen el revestimiento epitelial del tracto urinario.

Alimentos ricos en carotenos:

- Verduras de hoja verde: espinacas, perejil, zanahorias, etc.
- Frutas amarillas: melón, mango, melocotón, etc.

5. Tomar arándanos: Previenen las infecciones urinarias porque sus ácidos orgánicos evitan la adhesión de las bacterias a las paredes del tracto urinario.

El olor y el color de la orina puede variar con la ingesta de ciertos alimentos. Algunos medicamentos y alimentos tales como espárragos, cerveza y diversas especias como el curry variarán el olor, mientras que alimentos con ciertos colorantes y la remolacha variarán el color.⁶⁷

Es importante saber que el alcohol deshidrata y concentra la orina.



Recomendaciones dietéticas

11.3 ACTIVIDADES DE OCIO

Muchas personas tras la intervención pueden preguntarse si su vida social será igual que la que tenían antes de la intervención. Debemos informarles de que su vida social puede ser tan activa como lo era antes de la cirugía. Pueden seguir disfrutando de un concierto, eventos deportivos, reuniones de clubes sociales y cívicos, fiestas, actos religiosos, o cualquier cosa que disfrutaban antes. Las primeras veces que salgan de casa después de la cirugía, puede que se sientan como si todo el mundo estuviera mirando que llevan una bolsa debajo de la ropa, tenemos que hacerles ver que eso no es así.

¿SE PUEDE VIAJAR CON UNA UROSTOMÍA?

Llevar una urostomía no impide a la persona poder realizar viajes. Pueden realizar desde cruceros a viajes nacionales o internacionales.

Debemos recomendar que se lleven material extra ya que si te quedas sin material podría ser difícil conseguir allí donde estuviera.

En caso de viajar en coche, no se recomienda llevar el material en el maletero ya que un exceso de calor o frío podría afectar al material. Si el cinturón de seguridad toca la urostomía no pasa nada. Si se viaja en avión debemos recomendar que las bolsas de urostomía se lleven en el equipaje de mano ya que en muchas ocasiones las aerolíneas pueden perder el equipaje. También llevar los discos recortados ya que es mejor no llevar tijeras en el equipaje de mano por las restricciones en los aeropuertos.⁶⁸

¿PUEDO SEGUIR PRACTICANDO LA NATACIÓN O IR A LA PLAYA?

Su sistema de bolsa es resistente al agua y, con el ajuste adecuado, está diseñado para no tener fugas. Debemos aconsejar vaciar la bolsa antes de entrar al agua y no cambiarse el disco o la bolsa justo antes del baño. Existen trajes de baño específicos para las personas ostomizadas. Los bañadores de colores oscuros o estampados son menos translúcidos que los de color claro.

La persona urostomizada puede seguir realizando sus actividades de ocio. Debemos hacerles ver que una ostomía no impide disfrutar de las mismas actividades que realizaban antes de la intervención.⁶⁸

11.4 INTEGRACIÓN LABORAL

Una urostomía no debe limitar la incorporación al trabajo de la persona una vez recuperada de la cirugía. El tiempo de incorporación depende de la recuperación que tenga cada persona y del tipo de trabajo que vaya a ejercer.

A continuación, vamos a nombrar algunos consejos que podemos facilitarles:

- Tenga un kit completo de cambio de sus bolsas de urostomía, así como un cambio de ropa para cambiarse.
- Tener localizado el baño más adecuado para realizarse el cambio del dispositivo.
- Utilizar la ropa adecuada para sentirse cómodo en su trabajo.
- Acuérdesse de hidratarte bien.
- Solicitar ayuda o apoyo a centros especializados en caso de necesidad.
- Conozca sus derechos laborales.

Adoptar una nueva normalidad de vida después de la cirugía es esencial para alcanzar una vida activa. Para muchas personas, esa normalidad significa volver al trabajo.⁶⁷

12. LA IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA PERSONA OSTOMIZADA/ UROSTOMIZADA

Dra. María Romero-Elías

remaria17@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6034-7397>

1. La importancia de la actividad física tras el diagnóstico de cáncer

La práctica de actividad física (AF) tiene numerosos beneficios en los pacientes diagnosticados de cáncer⁶⁹. Aunque la mayoría de la evidencia científica se basa en pacientes diagnosticados de cáncer de colon y de mama, los pacientes de cáncer de próstata que realizan AF tras el diagnóstico de cáncer también se benefician de una mejor calidad de vida⁷⁰ y supervivencia⁷¹. La AF ha sido definida como cualquier movimiento corporal que requiera un gasto energético (e.g. caminar, pasear al perro, nadar, levantar peso, hacer la compra, etc)⁷². Sin embargo, cuando la AF es planificada, organizada y estructurada para conseguir determinados objetivos relacionados con la condición física y la salud, se trata de ejercicio físico⁷³. Considerando esta diferencia, se tratarán ambos conceptos indiferentemente a lo largo de este documento.

La condición física se compone principalmente del fitness cardiorrespiratorio y de la fuerza muscular. Estas cualidades se asocian con una reducción en el riesgo de muerte por cáncer y por cualquier causa.^{74,75}

2. Recomendaciones de AF en supervivientes de cáncer y ostomía

No existen diferencias entre las recomendaciones de AF entre población con o sin patología. En general, se recomienda realizar 300-150 minutos de AF moderada y/o vigorosa a la semana, respectivamente, o una combinación de ambas, junto con al menos dos días a la semana de entrenamiento de fuerza muscular. Y, ejercicios de flexibilidad^{76,77}. Sin embargo, se puede cumplir con las recomendaciones de AF, pero tener altos niveles de sedentarismo, lo que se ha asociado con peor pronóstico y mayor riesgo de muerte. Por ejemplo, una persona que pasa mucho tiempo sentada,

pero hace una hora al día de AF moderada-vigorosa, cumpliría con las recomendaciones de AF, pero también tendría altos niveles de sedentarismo. Si la situación personal no permite al paciente realizar abundante actividad física ligera, y tener un estilo de vida más activo, entonces lo ideal sería hacer pequeñas pausas activas durante esos periodos prolongados de inactividad. Por ejemplo, cada 45 minutos hacer algunas sentadillas, caminar, algunas flexiones, etc. Esto permitiría incrementar nuestros niveles de AF y reducir el sedentarismo.

Existen ciertas consideraciones en función del tipo de cáncer y de los efectos secundarios asociados al tratamiento¹⁰. Concretamente, los pacientes con ostomías deben tener en cuenta las siguientes indicaciones para practicar AF de forma segura:

- Vaciar la bolsa antes de empezar a realizar ejercicio físico. Se aconseja llevar un kit de repuesto.
- Evitar la presión abdominal positiva (flexión de cadera de la zona con estoma). En otras palabras, modificar cualquier ejercicio básico que cause una presión intraabdominal excesiva, es decir, una sensación de presión o un abultamiento en el abdomen.
- Aquellos que practican deportes de contacto o donde existe riesgo de un golpe en la ostomía pueden querer usar un protector/escudo de ostomía.
- Realizar los ejercicios de fuerza progresivamente, con una técnica correcta y evitando la maniobra de Valsalva.
- Una adecuada hidratación, antes durante y después de entrenar.
- Se pueden usar protectores o “garment supports” (prendas de apoyo) para mejorar el confort de los pacientes, sobre todo en pacientes que practiquen deporte de impacto.

3. El ejercicio físico en el paciente ostomizado

El ejercicio físico es una herramienta útil para mejorar la calidad de vida del paciente ostomizado⁷⁹. Sin embargo, estos pacientes reducen sus niveles de AF tras la cirugía. En otras palabras, una cantidad muy reducida de pacientes en estas condiciones de la población cumple con las recomendaciones de AF y, además tienen altos niveles de sedentarismo⁸⁰. Esto implica tener peor condición física, peor calidad de vida y peor pronóstico de la enfermedad. En este sentido, es fundamental promover la educación al paciente ostomizado, para aumentar los niveles de AF mediante una vida activa y saludable, y reducir el sedentarismo. Concretamente, los pacientes con cáncer de próstata con mayor conocimiento sobre hábitos saludables y ejercicio físico son los que tienen mejor pronóstico, viéndose reducida su mortalidad⁸¹.

Para incrementar los niveles de AF, debemos conocer los facilitadores y barreras que promueven o dificultan la práctica en pacientes con estoma. Los pacientes necesitan recibir apoyo del entorno (familiares y personal sanitario), recibir información sobre los beneficios del ejercicio físico y las instrucciones necesarias para practicarlo, así como disponer de programas educativos para mejorar el conocimiento y las prácticas relacionadas con los hábitos saludables. Por otro lado, las investigaciones apuntan que una de las mayores barreras para que los pacientes ostomizados realicen AF es el miedo a sufrir una hernia paraestomal. Sin embargo, dicha hernia aparecerá con mayor frecuencia y antelación si los pacientes no realizan AF después de dicha cirugía⁸². Estos autores encontraron que la mayoría de hernias ocurrieron en los primeros meses después de la ostomía. Los resultados muestran tasas reducidas de hernias y una mayor calidad de vida para los pacientes que realizaron AF poscirugía. La reducción de la incidencia de hernia paraestomal aumenta la calidad de vida de los pacientes y reduce los costes. Además, la reducción de hernias se asocia con una reducción en la angustia y ayuda a prevenir el aislamiento social, la incomodidad física, el dolor de una hernia paraestomal y dolores en la espalda.

4. Entrenamiento de la zona abdominal después de la ostomía

En la actualidad existe limitada evidencia sobre las pautas de ejercicio para pacientes ostomizados,

sobre todo en las etapas tempranas. La pregunta sería ¿cuándo puede un paciente ostomizado empezar a entrenar?

Aunque existen evidencias previas que recomiendan esperar 12 semanas poscirugía⁸³, otras fuentes indican que una vez cicatrizada la herida el paciente puede empezar con el trabajo abdominal. En este sentido, el inicio de un ejercicio abdominal suave es factible desde el momento del alta⁸². No se debe subestimar la capacidad funcional de los pacientes con estoma en las semanas posteriores al alta hospitalaria, ya que la mayoría de los ejercicios diseñados en las investigaciones fueron considerados de baja dificultad, sin dolor ni incomodidad para los pacientes. North (2014) encontró que, si el entrenamiento se iniciaba antes de los tres meses posostomía, la probabilidad de hernias paraestomales se reducía más significativamente, y mejoraba la calidad de vida de los pacientes. Al final de este apartado se propondrán ejercicios y objetivos concretos en función al momento poscirugía⁸⁴ (ver tabla 1).

5. El entrenamiento antes de la cirugía-ostomía

Las cirugías en general conllevan una serie de complicaciones posoperatorias. Sin embargo, la evidencia actual sugiere que los pacientes que tienen un mejor estado físico durante el período preoperatorio mejoran la recuperación posoperatoria⁸⁵. La prehabilitación trimodal consiste en darle soporte nutricional, psicológico y ejercicio físico en los pacientes de cáncer, con el objetivo de soportar mejor la cirugía y mejorar el pronóstico⁸⁶. Los pacientes ostomizados se someten a una cirugía que conlleva cambios corporales y de funcionamiento, lo que tiene un gran impacto psicológico, físico y social. En este sentido, pacientes comentaron que la urostomía afecta a la forma de vestir (83,4%), patrones de sueño (91,7%), vida familiar (91,7%), participación en actividades sociales (91,7%) y trabajo (75,0%)⁸⁷. Todos los participantes informaron problemas con la salud psicológica y la actividad sexual después de la cirugía de urostomía. Sin embargo, se conoce que la AF podría reducir o paliar algunos de los efectos adversos provocados por la ostomía.

El entrenamiento con pacientes ostomizados incluye los siguientes objetivos:

- Aumentar los niveles de AF.
- Mantener el peso corporal.
- Fortalecer la pared abdominal.
- Reducir complicaciones tras la cirugía.

En este punto, es importante recalcar la importancia de los **profesionales de las Ciencias de la Actividad Física y del Deporte**, para poder establecer un plan de entrenamiento adaptado individualmente a cada paciente. Todo plan de entrenamiento debe incluir una valoración física inicial, y un seguimiento. No existen recetas para la prescripción de ejercicio físico. Sin embargo, el personal sanitario también juega un papel fundamental en la educación de las personas para mejorar los estilos de vida saludables. En este sentido, las/os enfermeras/os pasan más tiempo con los pacientes y son una figura esencial para el cuidado y el manejo de las ostomías. Asimismo, para apoyar al paciente a mejorar sus niveles de AF, el conocimiento sobre los estilos de vida saludables, así como derivar a especialistas en ejercicio.

En resumen, no existen pautas específicas para pacientes con ostomías. Las evidencias son limitadas, y los ejercicios propuestos subestiman la capacidad de los pacientes. Sin embargo, está bien claro que una vez que el paciente se haya recuperado por completo de su cirugía, no hay razón por la que no pueda volver a todas las actividades que hacía antes, ya sean deportes de equipo, ir al gimnasio o clases de baile. Los pacientes pueden caminar, hacer pilates, yoga, tareas relacionadas con la jardinería, correr e incluso nadar. En el caso de actividades acuáticas, si el paciente está preocupado porque su bolsa gotee o se caiga al agua, puede agregar extensores alrededor de los

bordes para ayudarlo a sentirse más seguro. Las bolsas para estoma están diseñadas para resistir el agua, por lo que no debería suponer ningún problema.

6. Pautas para promover la AF desde los centros hospitalarios.

A continuación, se describen algunas pautas para motivar y promocionar la AF en esta población:

- Mandar mensajes coherentes sobre la importancia de llevar un estilo de vida activo y realizar AF, entre los agentes sociales que rodean al paciente.
- La importancia de un equipo multidisciplinar formado en los beneficios de realizar actividad física planificada y regular.
- Incidir en la importancia de hacer AF como estilo de vida, a largo plazo. Una herramienta para incrementar los niveles de AF puede ser el uso de podómetro. Se recomienda hacer 10000 pasos al día. Sin embargo, este puede ser un objetivo alto para pacientes que llevan tiempo sin practicar y/o con una condición física baja. Por tanto, habría que fraccionar estos pasos y progresar individualmente. Dosis inferiores de ejercicio físico pueden tener un impacto positivo sobre la salud de los pacientes.
- Educar en las recomendaciones de AF para mejorar la calidad de vida y la supervivencia después de un diagnóstico de cáncer.
- Importancia del entrenamiento de fuerza. Derivar a profesionales en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte para la prescripción de ejercicio físico individual y de calidad.
- Mensaje importante: "Cualquier AF es mejor que no hacer nada" pero no olvidar que ¡Cuanta más AF se haga más beneficios!
- Incidir en la movilización temprana tras la ostomía.

7. Descifrando las falsas creencias sobre la práctica de actividad física

A continuación, se destacan algunas falsas creencias respecto al ejercicio físico y la salud.

- a) No existe una activación segmentada de la zona abdominal superior e inferior. Se trabaja la faja abdominal en conjunto. Existen ejercicios que activan o menos cada uno de los músculos implicados, pero no de manera aislada⁸⁸.
- b) La grasa abdominal no depende de la cantidad de ejercicios o número de repeticiones. La grasa abdominal se verá condicionada por la ingesta de grasa en la dieta⁸⁹. Se sabe que los pacientes con mayor grasa abdominal tendrán mayor probabilidad de desarrollar una hernia paraestomal. Sin embargo, sabemos que los hombres suelen acumular más grasa en la zona abdominal, lo más importante son los hábitos diarios.
- c) No toda la grasa es mala, las grasas no saturadas son beneficiosa para la salud. Las encuentra en la mayoría de los frutos secos, productos de soja, aceite de oliva, aceite de maní, aceite de canola, aguacates (paltas).
- d) Durante el tratamiento de quimioterapia trata de evitar la exposición al sol directa e intenta proteger tu piel con prendas de abrigo y/o protección solar. Sin embargo, el uso de prendas de abrigo (chubasquero, sudaderas, etc.) no nos ayudará a quemar más grasa, porque sudamos más. Esto provoca deshidratación, no pérdida de grasa.
- e) Si en algún momento sientes dolor muscular debido al ejercicio, estas son las famosas "agujetas". Estas no son un síntoma beneficioso de efecto del ejercicio ni nada parecido. De hecho, pueden dificultar la adherencia a la práctica de AF en algunas ocasiones. Por otro lado, es totalmente normal si llevas tiempo sin hacer AF o si nunca has practicado. Lo mejor para recuperarte es hacer alguna actividad a intensidad ligera. Por tanto, para mejorar la salud no se necesita "sufrir" o también llamado "no pain no gain". La prescripción de ejercicio físico tiene efectos sobre la salud también con pequeñas dosis de ejercicio⁹⁰.
- f) Aunque no existen contraindicaciones en general para realizar actividad física por vivir con una ostomía, si siente algún síntoma que nunca había sentido antes o que se relaciona con vómitos, mareos, pinchazos en el pecho, debilidad, debe cese la actividad física y contacto con su médico.

8. Ejemplo de ejercicios para fortalecer la pared abdominal y reducir estas complicaciones poscirugía

Hasta la fecha existe solo un estudio que indique el tipo de ejercicios abdominales para producir activación muscular, asegurar el "comfort" o comodidad y evitar el dolor o malestar y que fueran adaptados en dificultad a cada paciente según el tiempo transcurrido tras la cirugía. El trabajo abdominal debe ser diferente en función del tiempo transcurrido tras la cirugía. El trabajo abdominal es SEGURO en términos de molestia, dolor, comodidad, dificultad y activación muscular. No subestimar la capacidad de los pacientes.

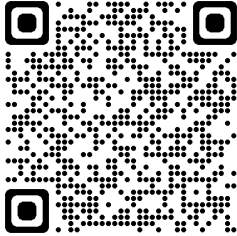
Solo existe en la actualidad un estudio de intervención⁹¹. Los participantes recibieron una consulta semanal de AF durante 12 semanas con un instructor de ejercicio que prescribió el entrenamiento físico. Este estudio de viabilidad demostró que una nueva intervención basada en ejercicio físico para personas con estoma es segura, factible y aceptable, y tiene resultados positivos.

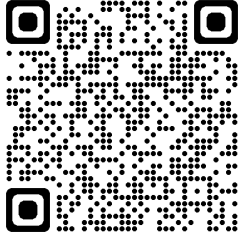
A final del documento se presentan una serie de ejercicios para trabajar la zona abdominal tras la ostomía. Siguiendo con los objetivos establecidos por las referencias científicas previas, estos ejercicios persiguen mejorar la ACTIVACIÓN, COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO de la faja abdominal. Existe limitada evidencia científica sobre cuáles son los ejercicios más eficaces y seguros para trabajar la zona abdominal en esta población. Los ejercicios que se proponen son un ejemplo de ejercicios que se llevaron a cabo en una intervención con pacientes ostomizados por cáncer colorrectal (FIT-CANCER) y que los pacientes realizan con supervisión y valoración previa. El programa FIT-CANCER fue una intervención basada en ejercicio físico en pacientes de cáncer colorrectal durante el tratamiento adyuvante de quimioterapia. Se llevó a cabo en el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda en la ciudad de Madrid. Forma parte del proyecto de investigación subvencionado por el Ministerio con referencia 2020/NAC/00055.

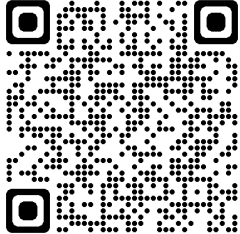
En otras palabras, esta propuesta trata exclusivamente de ofrecer un recurso práctico para mejorar el conocimiento sobre algunos ejercicios para trabajar la zona abdominal.

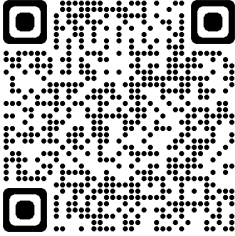
Sin embargo, es fundamental que antes de realizar cualquier ejercicio, se tenga el consentimiento del médico especialista y se valore físicamente al paciente para conocer su condición física, necesidades y preferencias, así como capacidades de adaptación al ejercicio. De este modo, con ayuda de expertos en la materia se planificaría un programa individualizado a cada paciente según las condicionantes descritas anteriormente.

Tabla 9. Ejemplo de ejercicios para activar, coordinar y fortalecer el abdomen

Consideraciones previas	Vídeo
<p>Aunque las evidencias científicas son limitadas, los objetivos para empezar a entrenar la zona abdominal tras la cirugía de ostomía son: activación, coordinación y fortalecimiento abdominal. Los ejercicios que aparecen en los siguientes vídeos, son un ejemplo para trabajar estos objetivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los ejercicios aparecen de menor a mayor complejidad. • Son ejercicios sencillos que podrás realizar en casa sin material específico. • Se pueden adaptar a personas con diferente condición física y experiencia. <p>Recuerda que no existen recetas ni recomendaciones generales, se necesita de una valoración inicial, y de un plan individualizado con ejercicios y progresiones diseñadas por especialistas en ejercicio.</p> <p>Si con la explicación de los vídeos te quedan dudas o no sabes cómo recomendar su realización, puedes contactarme mediante cualquiera de mis redes sociales o correo electrónico que aparecen en todos y cada uno de los vídeos.</p>	

Objetivo	Descripción de los ejercicios	Vídeo
<p>ACTIVACIÓN MUSCULAR</p>	<p>Los ejercicios que aparecen a continuación están ordenados de menor a mayor dificultad.</p> <p>Ejercicio 1. Respiración diafragmática: La respiración consiste en inhalar y exhalar el aire, tratando de llenar el diafragma. Podemos poner las manos encima del abdomen para facilitar la toma de conciencia.</p> <p>Ejercicio 2. Movilidad de cadera: Puede realizarse de pie o en cuadrupedia (silla o suelo) y ayudará a tomar conciencia sobre la posición de la estructura central del cuerpo. Consiste en hacer la retroversión y anteversión de la pelvis.</p> <p>Ejercicio 3. Puente lumbar: Se trabaja la zona lumbar con ayuda de miembros inferiores. Empujar suelo con las piernas y glúteos hacia el techo.</p> <p>Ejercicio 4. Encorvamiento: El objetivo es hacer fuerza con el abdomen, no con el cuello. La cabeza puede estar apoyada en el suelo.</p>	

Objetivo	Descripción de los ejercicios	Vídeo
<p>COORDINACIÓN Y FORTALECIMIENTO</p>	<p>Estos ejercicios son más intensos que los anteriores. Se pueden realizar en silla o en cuadrupedia para progresar de menor a mayor dificultad. Los dos primeros ejercicios pueden hacerse en silla y suelo, y los dos últimos en suelo. Es importante mantener la espalda recta y evitar la rotación de cadera para asegurar la activación del abdomen y asegurar una técnica adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio 1. Menor dificultad. Elevar uno de cuatro apoyos/extremidades en silla • Ejercicio 1. Mayor dificultad. Elevar uno de cuatro apoyos/extremidades en cuadrupedia • Ejercicio 2. Menor dificultad. Elevación contralateral en silla • Ejercicio 2. Mayor dificultad. Elevación contralateral en cuadrupedia • Ejercicio 3. Menor dificultad. Mantener la posición de cuadrupedia sin apoyo de rodillas con cadera alta • Ejercicio 3. Mayor dificultad. Mantener la posición de cuadrupedia sin apoyo de rodillas con cadera baja • Ejercicio 4. Menor dificultad. En cuadrupedia desplazamiento sin apoyo de rodillas con cadera alta • Ejercicio 4. Mayor dificultad. En cuadrupedia desplazamiento sin apoyo de rodillas con cadera baja 	

Objetivo	Descripción de los ejercicios	Vídeo
<p>FORTALECIMIENTO</p>	<p>El trabajo de plancha puede progresar de múltiples formas, desde posiciones más elevadas (silla) hasta realizar la clásica plancha en el suelo, lo que aumenta la dificultad del ejercicio. En el suelo/horizontal también se puede progresar de menor a mayor dificultad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio 1. Menor dificultad. Plancha apoyando rodillas • Ejercicio 1. Mayor dificultad. Plancha sin apoyar rodillas • Ejercicio 1. Menor dificultad. Plancha antebrazos apoyando rodillas • Ejercicio 1. Mayor dificultad. Plancha antebrazos sin apoyar rodillas • Ejercicio 2. Mayor dificultad. Plancha sin apoyar rodillas + alejando brazos. Menor dificultad sería realizar el ejercicio 1.2 • Ejercicio 3. Menor dificultad. Plancha en silla elevando uno de los apoyos/extremidades • Ejercicio 3. Mayor dificultad. Plancha en suelo elevando uno de los apoyos/extremidades • Ejercicio 4. Menor dificultad. Plancha en silla elevación contralateral apoyos/extremidades • Ejercicio 4. Mayor dificultad. Plancha en suelo elevación contralateral apoyos/extremidades 	

13. CONCLUSIÓN

La guía se presenta como una obra de referencia en el ámbito del cuidado de las urostomías llevada a cabo por enfermeras expertas en ostomías y en el campo de urología. En esta guía, se ha abordado el aparato urinario, antecedentes históricos de las derivaciones urinarias más frecuentes y las derivaciones urinarias no continentales.

Se plantea el plan de cuidados estandarizado en la persona urostomizada, los cuidados de enfermería en la persona urostomizada, productos sanitarios, cuidados en las distintas etapas del posoperatorio, productos que proporcionan una seguridad adicional, así como cuidados del posoperatorio intermedio y en el posoperatorio tardío. También se adentra en la educación sanitaria, el adiestramiento de la persona urostomizada, información, consejos sobre los cuidados y la autonomía del paciente.

La guía también profundiza en las complicaciones precoces y tardías y temas clave para las personas urostomizadas como el paciente al alta: sexualidad, nutrición, actividades de ocio, integración laboral, ejercicio físico...

Por lo tanto, esta guía se constituye como un material de referencia en el ámbito de las urostomías para el personal sanitario, marcando un antes y un después en la formación del profesional de enfermería con respecto a las ostomías urológicas ya que damos a conocer los cuidados enfermeros que requiere la persona urostomizada unificando criterios, realizando un cuidado eficaz y actual y promoviendo el autocuidado.

14. BIBLIOGRAFÍA

1. Asociación Española contra el Cáncer. Evolución del cáncer de vejiga. [Internet]. 2020. [citado 16 de Octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tiposcancer/cancer-vejiga/evolucion-cancer-vejiga>.
2. Bonill de las Nieves, C. Vivencias y Experiencias de las personas portadoras de estomas digestivos. [Tesis Doctoral]. Málaga: Universidad de Málaga; 2011
3. Folguera-Arnau, M., Gutiérrez-Vilaplana, J. M., González-María, E., Moreno-Casbas, M. T., Obarrio-Fernández, S., Lorente-Granados, G., Viñoly Torres, E., Rodríguez-Soberado, M. P., & en nombre del Grupo de Trabajo del Programa de implantación de buenas prácticas en Centros Comprometidos con la Excelencia en Cuidados®. (2020). Implantación de la Guía de buenas prácticas para el cuidado y manejo de la ostomía: resultados en cuidados. *Enfermería Clínica (English Edition)*, 30(3), 176–184. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.029>
4. Jin Y, Tian X, Li Y, Jiménez-Herrera M, Wang H. Effects of continuous care on health outcomes in patients with stoma: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2021 Dec 25;9(1):21-31. doi: 10.1016/j.apjon.2021.12.006. PMID: 35528792; PMCID: PMC9072188.
5. García Martínez C, García Cueto B. Cuidados de Enfermería al paciente ostomizado. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2017. Noviembre;5(4): 35-48.
6. Laguna M. Sistema urinario [Internet]. kenhub. 2022 [citado 15 abril 2022]. Disponible en: <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/sistema-urinario>.
7. Anderson JK, Cadeddu JA. Anatomía quirúrgica del retroperitoneo, las glándulas suprarrenales, los riñones y los uréteres. En: Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novik, Alan W. Partin, Craig A. Peters, editor *Campbell-Walsh Urología*. Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 3–32.
8. Benjamin I. Chung, Graham Sommers, James D. Brooks. Anatomía de las vías urinarias inferiores y los genitales masculinos. En: Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novik, Alan W. Partin, Craig A. Peters, editor. *Campbell-Walsh Urología*. Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 33–72
9. Emil A. Tanagho TFL. Anatomy of the genitourinary tract. En: McAninch JW, Lue TF, editores. *Smith and Tanagho's general urology*, 19th edition. 19a ed. McGraw-Hill Education/Medical; 2020. p. 1–16.
10. Pró E. Anatomía clínica. 2a ed. Santa María del Buen Ayre, Argentina: Médica Panamericana; 2014.

11. Thomas-White K, Forster SC, Kumar N, Van Kuiken M, Putonti C, Stares MD, et al. Culturing of female bladder bacteria reveals an interconnected urogenital microbiota. *Nat Commun* [Internet]. 2018;9(1). Disponible en: <https://bit.ly/3bIDbPX>.
12. McNichol L, Bliss DZ, Gray M. Moisture-associated skin damage: Expanding practice based on the newest ICD-10-CM codes for irritant contact dermatitis associated with digestive secretions and fecal or urinary effluent from an abdominal stoma or enterocutaneous fistula. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2022;49(3):235–9. Disponible en: <https://bit.ly/3R8MCsc>.
13. Guyton AC, Hall JE, Casanova XG. El sistema urinario: anatomía funcional y formación de orina en los riñones. En: Guyton AC, Hall JE, Casanova XG, editores. *Tratado de fisiología médica*. Barcelona España: Elsevier España; 2016.
14. M. Virseda, M. Esteban, J.M. Adot, S. Méndez. *Manual de texto en urodinámica salinas*. C/ Valenzuela, 6 -28014- Madrid: AEU. Asociación Española de Urología; 2020.
15. Pertusa P, Albisu A. Perspectiva histórica. En: Sanz JP, Burnuy C, Una M (eds). *E. intestino en urología*. Madrid: Jarpyo, 1995.
16. Vázquez García MC, Poca Prats T. *Manual de Cuidados en Ostomías*. 2009.
17. Registered Nurse's Association of Ontario. *Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía*. Ontario; 2019. http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/D0005_Apoyo_Adulto_Ostomia_2019.pdf.
18. Alcocer Pérez-España A, Barbacil Millan S, Castaño González I, García Morato JM, González Lluva C, Puerta Bueno M [et al.]. *Manual sobre derivaciones urinarias*. Madrid: Coloplast Productos Médicos; 2002.
19. García Martínez M, Nieto IM, Ramos Suárez JM, Cabrera S, Luque González I, Garrido Ó. Cuidados enfermeros en la ureteroileostomía (tipo Bricker). *Estudio de un caso clínico*. *Enfuro*. 2011; 117: 5-10..
20. Quirón P, Saboya P-H. Derivaciones urinarias cutáneas continentes. *EMC - Urol* [Internet]. 2021;53(4):1–18. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331021457324>.
21. Méjean A, Davody P, Chrétien Y, Dufour B. Dérivations urinaires non continentes définitives. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales -Urologie- Gynécologie*. 1996;10:41–213.
22. Damia OH, Lola M, Schiappapietra J. Nefrostomía percutánea. *Revista Argentina de Urología*. 1983;49(2):4–5.
23. Fleischer I, Autora P, Autoras VA, Weaver R, Martin T, Por R, et al. *GUÍA DE LA UROSTOMIA CONTINENTE* [Internet]. *Ostomy.org*. [citado el 20 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoq_cont_uro_es.pdf
24. Vázquez García MC, Poca Prats T. *Manual de cuidados en ostomías*. 1ª ed. Madrid: DAE, S.L.; 2009.
25. Alfaro-LeFevre R. *Aplicación del proceso enfermo: Fundamento del razonamiento clínico*. 8a ed. La Villa y Corte de Madrid, España: Ovid Technologies; 2014.
26. Danielsen AK, Rosenberg J. Health related quality of life may increase when patients with a stoma attend education: a case control study. *PLoS One*. [internet] 2014 [cited 2022 May];9 (3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24609004>
27. Villalba E, Palomino A, Gómez A, Costa M, Rodón A, et al. Marco de actuación de la Enfermera/o Experta/o en Cuidados Estomaterapéuticos de las Personas Ostomizadas, Familiares y/o cuidadores. Edita: Instituto Español de investigación enfermera y Consejo General de enfermería de España; 2022; (Consultado el 23 de mayo de 2022); pág 16. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/competenciasenfermeras/send/70-competencias-enfermeras/1664-marco-de-actuacion-enfermeraexperta-cuidados-estomaterapeuticos>
28. Henao Trujillo OM, Alemán G, Daza D, Sánchez P, Garcia J, Aristizabal González KD. Adaptación del paciente ostomizado. Proceso derivado de la atención del profesional de enfermería. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2019; 16 (1): 75-88
29. Bagés Fortacín C, Lleixà Fortuño MM, Español Puig C, Imberón Casas G, Munté Prunera N, Vázquez Morillo D. Efectividad de la visita prequirúrgica sobre la ansiedad, el dolor y el bienestar. *Enfermería Global*. Julio 2015; [consultado 2022]; 14 (39): 29-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/clinica2> Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía. [consultado el 4 de abril 2022]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia
30. Nurses' Association of Ontario. *Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Apoyo a Adultos que Esperan o Viven con una Ostomía*. [internet] 2019. [consultado abril 2022]. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/BPG_Cuidado_y_manejo_de_la_Ostomia
31. Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum) de enfermeros expertos en ostomía. *Libro blanco de la ostomía en España*. [internet]. 2018 ed Coloplast, pág 120. [Consultado marzo 2022]. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=imShzQEACAAJ&dq=libro+blanco+de+la+ostomia+en+españa>

32. Organización Colegial de Enfermería Consejo General. Resolución n.º 21/2017. Marcaje de estoma como intervención enfermera. Boletín Oficial del Estado [internet], Núm 18, (20 de enero de 2018), [citado junio 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/01/20/pdfs/BOE-B-2018-3536.pdf>
33. Hsu M, Lin J, Hsu H, Lai H, Wu Y. Preoperative stoma site marking decreases stoma and peristomal complications: A meta-analysis. *Journal Wound, Ostomy Continence Nursing* [Internet]. 2020 [cited 2022 May];47(3):249–56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32118803>
34. Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum) de enfermeros expertos en ostomía. Marcaje del estoma. 2016 [consultado abril 2022]
35. European Association of Urology Nurses - EAUN Incontinent urostomy. 2009. 4;11-15 Disponible en: <https://nurses.uroweb.org/guideline/incontinent-urostomy>
36. Doty, S. Spotlight on ostomy care: Nursing Made Incredibly Easy! [internet] 2019. [cited 2022 May]; 17 (5); 32-41 Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.nme.0000577592.05137.f9>
37. Registered Nurses' Association of Ontario | Speaking out for nursing. Speaking out for health. (2017). Disponible en: <http://www.rnao.org>.
38. La piel CV o. DC de C en, La piel D, la epidermis) QIC la A- en. Cómo usar esta herramienta [Internet]. Coloplast.es. [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.coloplast.es/global/spain/ostomia/productos/imagenes/escala%20det.pdf>.
39. Sillero Ruz, R. Mora Primo, Cristina. Sillero Ruz M. Cuidados de enfermería en la urostomía. *Revista electrónica de Portales Médicos.com* [internet]. 2018. [consultado mayo 2022]; Volumen XIII. Nº 15; 845. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-en-la-urostomia/>.
40. Coloplast Productos Médicos. Manual práctico. Una ayuda para personas con una nefrostomía y sus familiares. 2014. [consultado abril 2022].
41. Coloplast Productos Médicos. Manual práctico. Una ayuda para personas urostomizadas y sus familias. 2014 [consultado abril 2022].
42. Rivas Calvete O, Suelves Ferrer M, Marzal López B, Olivan Guerri L, Aspuru Rubio K, Andrés García D, García Saez S. Recomendaciones para pacientes ostomizados en los primeros días tras la intervención. *Revista Electrónica de Portales Médicos*. [internet]. 2020. [consultado junio 2022]; Volumen XV. Nº 11; 526. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/recomendaciones-para-pacientes-ostomizados-en-los-primeros-dias-tras-la-intervencion/>.
43. Wound Ostomy and Continence Nurses Society (WOCN). Basic ostomy skin care. A guide for patients and healthcare providers. 2018. P 5-10. [cited 2022 may] Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2021/04/wocn_basic_ostomy_skin_care_2018.pdf.
44. Smith D, Samways N. How to change a stoma bag. *Nursing Standard*. [internet] 2020. [cited 2022 may] Volume 35 (5):69-74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32285653>.
45. Grupo COF (Coloplast Ostomy Forum) de enfermeros expertos en ostomía. Guía para la planificación y el registro del cuidado del paciente ostomizado. 2015. Ed Coloplast, pág 97-99 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/otros-documentos/send/67-guias-clinicas/1276-guia-para-la-planificacion-y-el-registro-del-cuidado-del-paciente-ostomizado>
46. Osorio Lambis M, Múnera Bohórquez U, Leydy PO. Introducción al mundo de las heridas. *Bonaventuriana*; 2018. Disponible en: <https://gneapp.info/introduccion-al-mundo-de-las-heridas/>.
47. Nursing care and management of patients with a nephrostomy. *Nursing TIme/ vol 115 Issue 11*. noviembre de 2019;
48. Berti-Hearn L, Elliott B. Urostomy Care: A Guide for Home Care Clinicians. *Home Healthc Now*. [internet] 2019; [cited 2022 may] 37 (5): 248- 255. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31058731/>
49. American Cancer Society. Guía de urostomía. [internet] 2019 [consultado abril 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/7617.pdf>
50. Martin R, Baker H. Nursing care and management of patients with a nephrostomy. *Nursing Times* [internet]; (2019); [cited 2022 June] 115 (11): 40-43. Disponible en: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/patient-safety/nursing-care-and-management-of-patients-with-a-nephrostomy-14-10-2019/>.
51. De la Quintana P, Aguilera A, Albíruzi M, Andrés A, Arias M, Awad Y, et al. Cuidado de las personas con ostomía, incontinencia urinaria y heridas quirúrgicas. Madrid: ed. IMC; 2021; (2) 115-117
52. Contrary to conventional belief, we found intraoperative stent use in radical cystectomy/urinary diversion was associated with significantly higher infectious complications and urgent care visits, and significantly increased the odds of 30-day ureteroenteric anastomosis associated complications. Disponible en: <https://www.auajournals.org/doi/10.1097/JU.0000000000001329>.
53. Aisbcn.cat. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <http://www.aisbcn.cat/wp-content/uploads/2020/02/complicaciones-uro-definitiu2.pdf>.

54. Imc-sa.es. [citado el 1 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.imcsa.es/guias/cuidados_ostomia_pacientes. Pdf.
55. Tipos M. TALLER DE OSTOMIAS DE ELIMINACIÓN URINARIAS Y MIXTAS [Internet]. Estomaterapia.es.[citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: https://www.estomaterapia.es/images/Talleres/Taller_Ostomias_Eliminacion_Urinarias_y_Mixtas.pdf.
56. Conde Montero E. El círculo vicioso de la dermatitis en la piel periestomal. 2021.
57. Abordaje y Manejo de las Heridas. Fascículo 10 - Biblioteca Digital Médico Científica [Internet]. Biblioteca Digital Médico Científica. 2021 [citado el 23 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://bidi.cellpharma.com/abordaje-y-manejo-delas-heridas-fasciculo-10/>.
58. IM&C. Tratado de Ostomía, Incontinencia y Herida Quirúrgica [Internet]. Imc-sa.es. [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.imc-sa.es/guias/tratadoostomia/>.
59. A. GGJ, Martínez Saoini E, Conde Montero E, Nuño González A. Ostomy care. Piel cuidada, Resultados Positivos. 2019.
60. Médicos P. El estoma urológico. Marcaje del estoma. Complicaciones precoces y tardías [Internet]. Revista-portalesmedicos.com. 2020 [citado el 22 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/elestoma-urologico-marcaje-del-estoma-complicaciones-precoces-y-tardias/>.
61. Revista Enfuro 136 [Internet]. Enfuro.es. [citado el 6 de febrero de 2022]. Disponible en: http://revistasenfuro.enfuro.es/html/revista_136.html#../images/revista136/18
62. Conde E. La hipergranulación: cuando el lecho de la herida se activa en exceso [Internet]. Elena Conde Montero. 2015 [citado el 14 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.elenaconde.com/la-hipergranulacion-cuando-ellecho-de-la-herida-se-activa-en-exceso/>.
63. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo: Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018; [citado 18 de julio de 2020]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>.
64. Gonzalez Gomez L. Ostomías y sexualidad. Un enfoque enfermero. Npunto. 2020;
65. World Health Organization. Measuring sexual Health: Conceptual and Practical considerations and related indicators. 2010. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12-eng.pdf.
66. Bsn SEPJ, de UOAA CUP. Una Guía Completa de Nutrición para Aquellos Que Viven Con Una Ostomía [Internet]. Ostomy.org. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_diet_nutrition_es.pdf.
67. Vivir con una urostomía [Internet]. Escueladepacientes.es. [citado el 11 de abril de 2023]. Disponible en: <https://escueladepacientes.es/ostomias/urostomias/guias-urostomias/vivir-con-una-urostomia-ostomia>.
68. Ostomy.org. [citado el 20 de julio de 2022]. Disponible en: https://www.ostomy.org/wp-content/uploads/2018/02/uoa_urostomy_es.pdf.
69. Stout NL, Baima J, Swisher AK, Winters-Stone KM, Welsh J. A Systematic Review of Exercise Systematic Reviews in the Cancer Literature (2005-2017). PM R [Internet]. 2017 Sep 1 [cited 2022 Jun 20];9(9S2):S347-84. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28942909/>.
70. Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2012 Aug 15 [cited 2022 Jun 20];2012(8). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22895974/>.
71. Campbell KL, Winters-Stone KM, Wiskemann J, May AM, Schwartz AL, Courneya KS, et al. Exercise Guidelines for Cancer Survivors: Consensus Statement from International Multidisciplinary Roundtable. Med Sci Sports Exerc. 2019 Jun;51(11):2375-90.
72. Patel A v., Friedenreich CM, Moore SC, Hayes SC, Silver JK, Campbell KL, et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. Med Sci Sports Exerc. 2019 Nov 1;51(11):2391-402.
73. Piggin J. What Is Physical Activity? A Holistic Definition for Teachers, Researchers and Policy Makers. Front Sports Act Living [Internet]. 2020 Jun 18 [cited 2022 Jun 20];2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33345063/>
74. Dasso NA. How is exercise different from physical activity? A concept analysis. Nurs Forum (Auckl) [Internet]. 2019 Jan 1 [cited 2022 Jun 20];54(1):45-52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30332516/>
75. Hardee JP, Porter RR, Sui X, Archer E, Lee IM, Lavie CJ, et al. The Role of Resistance Exercise on All-cause Mortality in Cancer Survivors. Mayo Clin Proc [Internet]. 2014 [cited 2022 Jun 29];89(8):1108. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24126241/>

76. Groarke JD, Payne DL, Claggett B, Mehra MR, Gong J, Caron J, et al. Association of post-diagnosis cardio-respiratory fitness with cause-specific mortality in cancer. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* [Internet]. 2020 Oct 1 [cited 2022 Jun 29];6(4):315–22. Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjqcco/article/6/4/315/5804986>
77. Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* [Internet]. 2010 Jun;42(7):1409–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20559064/>
78. Rock CL, Thomson CA, Sullivan KR, Howe CL, Kushi LH, Caan BJ, et al. American Cancer Society nutrition and physical activity guideline for cancer survivors. *CA Cancer J Clin*. 2022 May;72(3):230–62.
79. Hubbard G, Taylor C, Beeken B, Campbell A, Gracey J, Grimmett C, et al. Research priorities about stoma-related quality of life from the perspective of people with a stoma: A pilot survey. *Health Expect* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2022 Jun 20];20(6):1421–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28675608/>
80. Lowe BG, Alsaleh E, Blake H. Assessing physical activity levels in people living with a stoma. *Nurs Stand* [Internet]. 2019 Aug 31 [cited 2022 Jun 30];35(1):70–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31814365/>
81. Pudrovskaya T, Anishkin A. Clarifying the positive association between education and prostate cancer: a Monte Carlo simulation approach. *J Appl Gerontol* [Internet]. 2015 Apr 16 [cited 2022 Jun 20];34(3):293–316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652869>
82. Thompson M.J, Trainor B. Prevention of parastomal hernia: A comparison of results 3 years on. *Gastrointestinal Nursing*, 5(3). 2007 <https://doi.org/10.12968/GASN.2007.5.3.23472>
83. Hey, S. (2018). Fitness and wellbeing after stoma surgery. *Journal of Stomal Therapy Australia*, 38(1), 8–10.
84. North J. Early intervention, parastomal hernia and quality of life: a research study. <http://Dx.Doi.Org/10.12968/Bjon.2014.23.Sup5.S14>, 23(5), S14–S18. 2014 <https://doi.org/10.12968/BJON.2014.23.SUP5.S14>
85. Russell S. Physical activity and exercise after stoma surgery: overcoming the barriers. *Br J Nurs* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jun 20];26(5):S20–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28328269/>
86. Steffens D, Young J, Riedel B, Morton R, Denehy L, Heriot A, et al. Prehabilitation with preoperative exercise and education for patients undergoing major abdominal cancer surgery: protocol for a multicentre randomised controlled TRIAL (PRIORITY TRIAL). *BMC Cancer* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2022 Jun 20];22(1):443. Disponible en: </pmc/articles/PMC9026022/>
87. Van Rooijen S, Carli F, Dalton S, Thomas G, Bojesen R, le Guen M, et al. Multimodal prehabilitation in colorectal cancer patients to improve functional capacity and reduce postoperative complications: the first international randomized controlled trial for multimodal prehabilitation. *BMC Cancer* [Internet]. 2019 Jan 22 [cited 2022 Jun 30];19(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC6341758/>
88. Pazar B, Yava A, Başal Ş. Health-related quality of life in persons living with a urostomy. *J Wound Ostomy Continence Nurs* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2022 Jun 22];42(3):264–70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25945824/>
89. Urquhart DM, Hodges PW, Allen TJ, Story IH. Abdominal muscle recruitment during a range of voluntary exercises. *Man Ther*. 2005 May 1;10(2):144–53.
90. Vispute SS, Smith JD, Lecheminant JD, Hurley KS. The effect of abdominal exercise on abdominal fat. *J Strength Cond Res* [Internet]. 2011 Sep [cited 2022 Jun 30];25(9):2559–64. Disponible en: https://journals.lww.com/nsca-jscr/Fulltext/2011/09000/The_Effect_of_Abdominal_Exercise_on_Abdominal_Fat.27.aspx
91. Warburton DER, Bredin SSD. Reflections on Physical Activity and Health: What Should We Recommend? *Canadian Journal of Cardiology*. 2016 Apr 1;32(4):495–504.

15. ANEXOS

ANEXO 1. CUADRO RESUMEN DE LAS DERIVACIONES URINARIAS INCONTINENTES Y CONTINENTES

TABLA 10. CUADRO RESUMEN DERIVACIONES INCONTINENTES

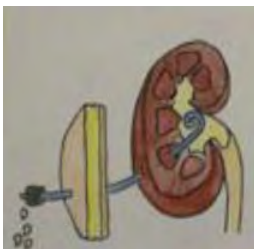
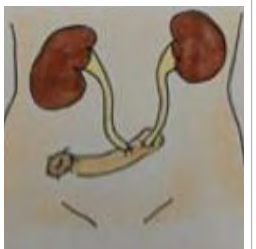
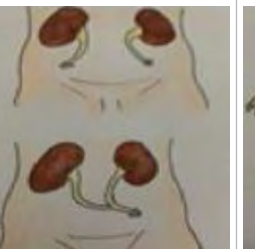
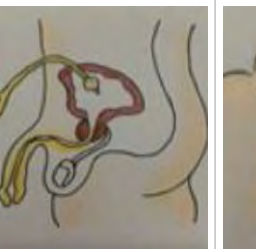
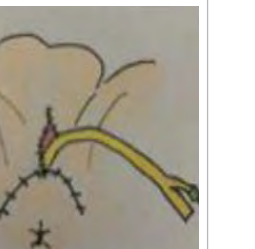
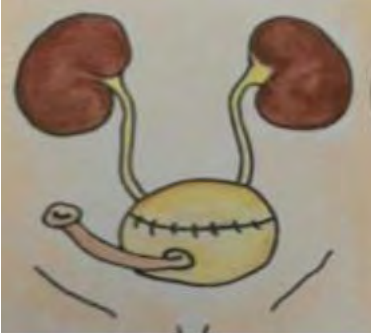

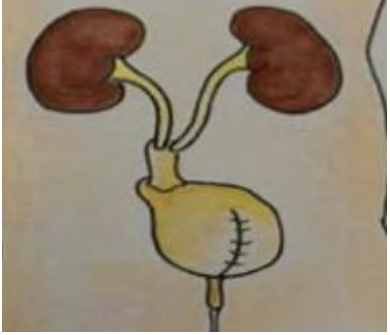
Heterotópicas				
Tracto urinario superior			Tracto urinario inferior	
Nefrostomía	Ureteroilestomía Bricker	Ureterostomía Cutánea	Cistostomía	Uretróstomía
Riñón a piel	Uréteres a piel a través de conducto ileal	Uréteres a piel	Vejiga a piel	Uretra a piel
				

TABLA 11. CUADRO RESUMEN DERIVACIONES CONTINENTES

Tracto urinario superior		
Heterotópicas (Mucocutáneas)	Heterotópicas (Vía digestiva)	Ortotópicas (Vía urinaria)
Urostomía continente	Ureterosigmoidostomía	Ureteroileouretrostomía
Mitranoff, Indiana, Kock...	Coffeys, Mainz II...	Studer, Camey, Hatmanm...
Neovejiga de asa ileal que se comunica al exterior a través de un estoma continente. La orina es evacuada con sonda a través del estoma.	Uréteres a sigma. La orina es evacuada con las heces a través del ano.	Neovejiga de íleon que se conecta a uretra. La orina se evacua por uretra.
		

ANEXO 2. CUIDADOS DE LA UROSTOMÍA CONTINENTE. NEOVEJIGA

Semana	Durante el día	Durante la noche
Semana 1	cada 2-3 horas	cada 3-4 horas
Semana 2	cada 3-4 horas	cada 4-5 horas
Semana 3	cada 4-5 horas	cada 5-6 horas
Semana 4	cada 5-6 horas	cada 6-8 horas
Semana 5	cada 5-6 horas	cada 6-8 horas

Tabla 12. Cronograma de la frecuencia de los autocateterismos en una Neovejiga.

ANEXO 3. CUADRO RESUMEN DE LAS COMPLICACIONES TEMPRANAS Y TARDÍAS MAS FRECUENTES EN UNA UROSTOMÍA.






COMPLICACIONES TEMPRANAS MÁS HABITUALES EN UNA UROSTOMÍA		
(Complicaciones que se producen en los primeros 30 días tras la intervención)		
COMPLICACIÓN	FOTO	TRATAMIENTO
Dehiscencia		<ul style="list-style-type: none"> • Desbridar en caso de tejido esfaceloso o necrótico. • Uso de apósitos epitelizantes en caso de lecho con tejido de granulación. • Sellado de la herida para una correcta adhesión del disco. • En casos más complejos, utilizar un V.A.C
Dermatitis irritativa		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de óxido de zinc en crema o pasta barrera. • En lesiones muy exudativas tenemos el óxido de zinc y sulfato de zinc en solución (concentración 1:1000) que se puede aplicar en fomento. • Si la erosión afecta a la dermis, podemos añadir polvos hidrocoloides o apósitos epitelizantes. • Adaptar el diámetro del dispositivo al estoma. • Utilizar pasta o resina moldeable en caso de tener que rellenar algún pliegue si fuera necesario.
Dermatitis mecánica		<ul style="list-style-type: none"> • En caso de erosión, curar con polvos o apósitos hidrocoloides. • Si presenta eritema, aplicar zinc. • Utilizar crema o spray barreras. • En la retirada, despegar el adhesivo del dispositivo suavemente, sujetando la piel con la otra mano. Se pueden utilizar productos que favorezcan la retirada de adhesivos. • Para evitarla, se usarán dispositivos 2-3 piezas. • Cortar el vello con tijeras, nunca afeitar.
Dermatitis micótica		<ul style="list-style-type: none"> • Identificar la causa de la infección micótica. • Tratar la lesión con fomentos con borato sódico 2% en cada cambio + antifúngico y corticoide tópico.
Edema		<ul style="list-style-type: none"> • Cortar el disco un poco más grande de lo habitual. • Aplicar compresas de suero hipertónico frío sobre el estoma o azúcar granulado sobre el estoma (terapia osmótica). • Se aconseja utilizar un dispositivo de dos piezas plano y con bolsa transparente para visualizar el estoma y seguir su evolución.

TABLA 13. Cuadro resumen de las complicaciones tempranas más frecuentes en una urostomía.
Fuente: elaboración propia.

COMPLICACIONES TARDÍAS MÁS HABITUALES EN UNA UROSTOMÍA (Complicaciones que se producen en los primeros 30 días tras la intervención)		
COMPLICACIÓN	FOTO	TRATAMIENTO
Granuloma		<ul style="list-style-type: none"> • Tratar el granuloma con corticoide o utilizar nitrato de plata para su cauterización. • Recorta el dispositivo al tamaño adecuado. • No dejar los puntos de sutura más de 21 días.
Estenosis		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dilataciones periódicas digitales o con sondas. • El dispositivo de elección será convexo y con cinturón.
Retracción		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de dispositivos convexos con cinturón. • Material de sellado o de barrera si fuera necesario para evitar fugas. • Proteger la piel periestomal.
Hernia		<ul style="list-style-type: none"> • Reeducción postural. • Faja sin agujero en caso de ser necesaria. • Vigilar evolución de la hernia.
Hiperplasia Epitelial		<ul style="list-style-type: none"> • Limpiar la zona con una solución de ácido acético (vinagre) al 4% de forma preventiva cada 15 días. • aconsejar la ingesta hídrica de dos litros al día junto con una dieta rica en vitamina C.

TABLA 14. Cuadro resumen de las complicaciones tardías más frecuentes en una urostomía.

Fuente: elaboración propia.

WEBS DE INTERÉS

- Sociedad Española de Enfermería Experta en estomaterapia. SEDE
<https://www.estomaterapia.es/>
- United ostomy Associations of America. UOAA.
<https://www.ostomy.org/>
- RNAO, Registered Nurses Associations of Ontario. Apoyo a adultos que esperan o viven con una Ostomía
https://www.bpsos.es/wp-content/uploads/2020/03/D0005_Apoyo-Adulto-ostomia_2019.pdf



Mitos y verdades sobre la urostomía



Ostomy Care | Continence Care | Wound and Skin Care | Interventional Urology | Voice and Respiratory Care

Todos los derechos reservados por Coloplast Productos Médicos, S. A.
Condesa de Venadito 5, 4ª planta - 28027 Madrid, España.
www.coloplast.es Coloplast es una marca registrada de Coloplast A/S. © 2023/07 - 460N0G2994

